



Col. 1302/0518

Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Buenos Aires



MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

CATALOGADO

TESIS DE MAESTRIA

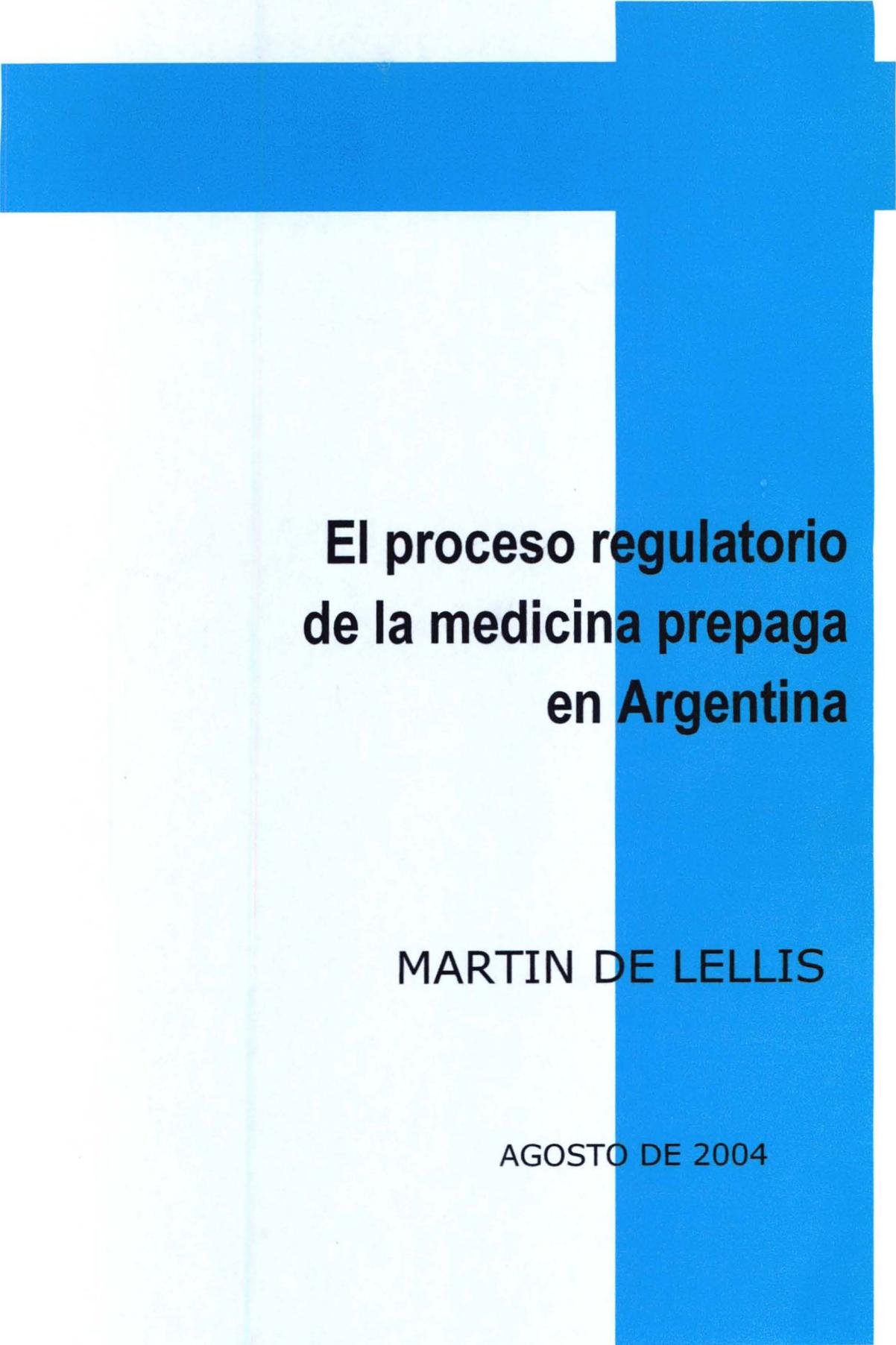
EL PROCESO REGULATORIO DE LA MEDICINA
PREPAGA EN ARGENTINA

top. M. 4241.
D₂
Tesis M

AUTOR: MARTIN DE LELLIS
DIRECTOR DE TESIS: ABRAHAM SONIS

AGOSTO 2004

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Profesor Emérito Dr. ALFREDO L. PALACIOS



El proceso regulatorio de la medicina prepaga en Argentina

MARTIN DE LELLIS

AGOSTO DE 2004

INDICE

Introducción.....	4
Objetivos	8
Metodología	9
Capítulo I: La regulación sanitaria en el marco de la reforma sectorial	
1.1. La reforma de los sistemas de salud	11
1.2. La reforma del Sector Salud en Argentina	14
1.3. La regulación sanitaria	26
Capítulo II: Caracterización del Sector de la Medicina Prepaga en la República Argentina.	
2.1. Componentes del Sistema de Salud en Argentina	34
2.2. Surgimiento y desarrollo de las Entidades de Medicina Prepaga.	40
2.3 Entidades de Medicina Prepaga : una breve caracterización	49
2.4. Composición del mercado	52
2.5. Opinión y participación de los usuarios	58
2.6. Medicina prepaga y esquemas de aseguramiento.....	61
Capítulo III: El proceso regulatorio de las entidades de medicina prepaga	
3.1. Su incorporación en la agenda pública y estatal	70
3.2. Formulación de la política	77
Capítulo IV: La acción regulatoria: un análisis comparado	
4.1. Antecedentes regulatorios	81
4.2. Análisis comparado de los contenidos bajo regulación	85

CAPÍTULO V: Visión y posicionamiento de los actores sociales

5.1. Puja corporativa y sectorial 126
5.2. La discusión en el marco de las audiencias públicas 127
5.3. Síntesis y conclusiones 135

Capítulo VI: Bases y fundamentos para la regulación de las empresas de Medicina prepaga

6.1. Rectoría nacional en el marco del federalismo sanitario..... 137
6.2. Las nuevas reglas de juego..... 141
6.3. Equidad y diversidad regional 146

Capítulo VI: Comentarios finales (Post scriptum)..... 150

BIBLIOGRAFIA..... 153

ANEXOS

I. Análisis Comparado

- a. Proyecto del Poder Ejecutivo de la Nación
- b. Proyecto de la Cámara de Senadores
- c. Proyecto de la Cámara de Diputados de la Nación
- d. Cláusulas contractuales

II. Audiencias Públicas

- a) Posición de las Instituciones
- b) Artículos objetados
- c) Modificaciones al Proyecto de Ley según resultado de Audiencias

INTRODUCCIÓN

La reforma de los sistemas de salud es un fenómeno mundial que, iniciado a fines de la década de los '70 y principios de los '80 en algunos países desarrollados, se extendió luego internacionalmente.

Los analistas sostenían que, cuando se inquiría a los ministros de salud de los países del mundo cuál era la situación de los sistemas de salud ellos contestaban "lo estamos reformando". Esta tendencia global se viene manifestando en Argentina particularmente desde los años 90, imponiéndose como problemática pública y obligando a los aparatos gubernamentales a ocuparse de ella y a darle prioridad en la agenda de las decisiones.

Tras haber asumido el partido justicialista el gobierno nacional durante las elecciones anticipadas de 1989, se inicia un acelerado proceso de transformación del aparato estatal y del conjunto de la economía argentina. Estos cambios gozaban del aval de la opinión pública, descreída de la eficacia de un Estado supuestamente sobredimensionado para resolver las necesidades y los problemas de la gente. Por entonces, el término privatización gozaba de un amplio consenso como medio para el logro de los objetivos de eficiencia administrativa y satisfacción de la ciudadanía, especialmente en el área de la prestación de servicios públicos.

Resultaba evidente, pues, que la legitimidad del rol cumplido históricamente por el Estado se hallaba sometida a cuestionamientos de diversa índole. Las fronteras que demarcaban los dominios funcionales del Estado y la sociedad se habían desplazado, generando como efecto una restricción del ámbito de intervención estatal legitimado históricamente. Se cuestionaba al Estado acerca de lo que debía y no debía hacer, o sea en su dimensión funcional.

En el marco de esta reforma del Estado de corte más general, se ha ido produciendo un desplazamiento en la concepción acerca de la salud, conformándose un criterio general en el cual la salud –por acción u omisión– pasa a considerarse un tema de incumbencia mayormente individual.

De manera expresa, entonces, el gobierno planteó líneas de acción y de manera implícita implementó un cambio gradual y paulatino gestado básicamente desde el Poder Ejecutivo.

Más específicamente, las orientaciones de la reforma del sistema han sido:

- a) Redefinición de los roles de la Nación (planificar, normalizar, regular, coordinar, brindar asistencia técnica y financiera) y las Provincias (asignar recursos, implementar programas y servicios, fiscalizar el cumplimiento de la normativa acordada).

- b) Implementación del régimen de libertad de elección para los afiliados a las obras sociales sindicales (Decretos 1141/96; 1142/96; 1560/96; 84/97; 206/97).
- c) Aseguramiento de un conjunto de prestaciones básicas que deben brindar todos los agentes del seguro mediante la aprobación del Programa Médico Obligatorio (Decreto Nro. 492/95 y Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social).
- d) Establecimiento del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica (Resolución N° 432/92 del MS y AS).
- e) Aprobación del Régimen de Autogestión para los Hospitales Públicos Nacionales (Decreto del PEN N° 578/93).
- f) Acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, dirigidas a poblaciones en situaciones potencialmente riesgosas.
- g) Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (Decreto PEN N° 1615/96, que dispuso la fusión de la ANSSAL, del INOS y la DINOS).
- h) Establecimiento de controles y regulaciones en materia de medicamentos, alimentos y tecnología, a cargo de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT).
- i) Formulación de un marco regulatorio para los seguros privados de salud (Proyectos de ley presentados en ambas Cámaras legislativas).

La reforma no consistió solamente en modificaciones financieras o administrativas, sino que trató de instaurar nuevas reglas de juego, las cuales implicaban una nueva relación entre el Estado y la sociedad. *"La reforma deja de ser un proceso principalmente intraburocrático y pasa a ser, esencialmente, un nuevo tratado sobre los límites legítimos que deben trazarse entre ambas esferas. El alcance de la reforma estatal tiende a involucrar al conjunto de la sociedad civil, en la medida en que las fronteras se corren, se adjudica nuevos roles a diferentes grupos o actores sociales o se priva a otros de los beneficios de la actividad del Estado"* (Osziak. 1994. pág.57).

Por otro lado, paralelamente a estos procesos de modernización y/o reforma, cuyo objetivo central fue el achicamiento en las funciones del Estado, resultaba necesaria una redefinición del rol que el mismo debía ejercer. Ello resultaba aún más imperativo en aquellas áreas sociales en las cuales el retroceso del Estado como garante de los servicios podía incrementar los niveles de riesgo entre la población.

En este escenario se inscribe la política pública reconocida como regulación de la medicina prepaga, la cual será objeto principal del presente trabajo. Por política pública se entiende el proceso social tejido alrededor del surgimiento, tratamiento y resolución de cuestiones ante las que no sólo el Estado sino otros actores adoptan políticas, lo que supone relaciones bidireccionales de influencia, poder y negociación (Osziak y O'Donnell. 1984). El caso de la medicina prepaga

puede ser considerado paradigmático, en cuanto a la posibilidad de identificar evidencias de cambio en las relaciones funcionales y en la distribución del poder entre el Estado y la sociedad.

En términos generales, el sector privado fue respondiendo a las nuevas reglas de juego incorporando nuevos actores e intereses, e introduciendo cambios organizacionales y financieros cuyo objetivo era maximizar las oportunidades de mercado, pero sin que implicaran necesariamente una mayor y mejor cobertura para sus beneficiarios.

La *medicina prepaga*, o *seguros privados de afiliación voluntaria* según la terminología de los organismos internacionales en la materia, es parte integrante del subsistema privado de la salud, y su forma más actual de manifestación. Dado su crecimiento y expansión, desde los ámbitos de generación de las políticas de salud se ha impuesto la necesidad de actuar sobre un subsector cuya existencia tiene hoy una amplia repercusión sobre la salud de la población, así como también sobre los restantes subsectores del sistema de atención.

En el presente trabajo nos proponemos abordar, en el marco de la reforma del sistema de salud argentino, la evolución de los intentos regulatorios de la denominada medicina prepaga, llevados a cabo durante los últimos nueve años, tanto en el seno del Poder Ejecutivo como del Legislativo.

Las principales razones que le otorgan pertinencia al caso seleccionado se resumen en:

- a) Se trataba de un acontecimiento inédito de regulación estatal, en el cual la convocatoria a los actores sociales tenía por objeto dotar de legitimidad al proceso regulatorio y al mismo tiempo obtener la información y/o conocimiento de la que el Estado carecía pero de la que sí disponían las instituciones convocadas;
- b) Se instauró un mecanismo de consulta pública participativa (Audiencias Públicas) en el que los actores pudieron expresar sus opiniones y posicionarse públicamente ante la cuestión planteada;
- c) Dicho proceso se planteó en un campo que se caracteriza por una alta conflictividad y puja corporativa, y en el marco de un proceso de reforma en el que estaba precisamente en discusión el rol regulador del Estado.

Como paso inicial, efectuaremos una breve caracterización de las entidades de medicina prepaga y analizaremos el mercado de las prepagas en términos de su distribución regional, cantidad de entidades, relación con las restantes entidades de la Seguridad Social, cobertura poblacional.

Analizaremos luego la incorporación de la cuestión regulatoria en la agenda pública a través de un relevamiento del rol que cumplieron las agencias estatales y las organizaciones sociales que más activamente han trabajado en la problematización pública de la misma.

A continuación se efectuará una revisión de los proyectos normativos formulados hasta la fecha, y se realizará un análisis comparativo de los principales proyectos de ley seleccionados: el Proyecto presentado por el Poder Ejecutivo, el Proyecto con media sanción de la Cámara de Senadores y el Proyecto aprobado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Se evaluará cómo cada uno de los instrumentos legislativos reflejan los temas que se han destacado como prioritarios en el debate sostenido hasta la fecha: protección del usuario, fiscalización, ordenamiento del mercado, contralor y/o penalización estatal, rol que debe cumplir la agencia que debe velar por la supervisión y/o fiscalización de la norma.

Seguidamente se realizará un análisis de las sesiones mantenidas en el marco de la Audiencia Pública convocada por el Senado de la Nación para la discusión de los proyectos regulatorios, en la cual se identificará la posición sostenida por los actores participantes y los principales conflictos de interés que se infieren de las posiciones adoptadas.

Finalmente, se formularán propuestas y recomendaciones para la regulación de las empresas de medicina prepaga, efectuando un examen de las implicancias y el alcance de la norma en un régimen federal de gobierno, en el cual la atención de la salud no es una facultad delegada por las provincias al Estado Nacional.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar los antecedentes y las características actuales del proceso regulatorio de la medicina prepaga en la República Argentina.

Objetivos específicos

1. Caracterizar el mercado y las instituciones que operan como entidades de medicina prepaga en la República Argentina.
2. Describir el accionar de los diferentes grupos y actores sociales (Estado, entidades de medicina prepaga, usuarios) que intervienen en el proceso de formulación de la política regulatoria.
3. Analizar el contenido regulatorio de los principales proyectos de ley tratados en el ámbito del Poder Legislativo durante la última década.
4. Evaluar el rol del Estado nacional en relación con la regulación de la medicina prepaga.

METODOLOGIA

El presente trabajo puede caracterizarse como un estudio de caso, cuya pertinencia debe evaluarse a la luz de las principales cuestiones que el mismo intenta plantear y develar.

Su propósito es analizar el proceso de formulación de políticas en torno a una cuestión social que se ha ubicado en la agenda pública sectorial desde hace aproximadamente una década, en el marco de las reformas que caracterizaron al sector.

Dicha estrategia metodológica resulta pertinente en ocasión del presente estudio porque no se dispone de una teoría sistemática de la regulación en salud, sino que es a partir de distintos *estudios de caso* que podrán evaluarse las fortalezas y debilidades del aparato estatal para la realización de sus propios objetivos regulatorios.

La política regulatoria que lleve a cabo el Estado Nacional no puede caracterizarse como una entidad homogénea, pues su éxito o fracaso relativo dependerá de las capacidades institucionales que haya alcanzado el aparato estatal en las distintas áreas y a la posibilidad de articular las demandas ejercidas por los distintos actores sociales en el tratamiento de cuestiones socialmente problematizadas.

En el abordaje del presente trabajo se utilizó una combinación de estrategias para abordar el fenómeno bajo estudio, triangulándose la información obtenida a partir de la revisión de datos secundarios con aquella otra que se basó en observaciones y entrevistas aplicadas a informantes clave.

La investigación documental y el trabajo de campo basado en la toma de entrevistas se desarrollaron a lo largo de todas las etapas del proceso de investigación:

- a) Entrevista a actores claves y relevamiento de fuentes secundarios de información relativa al mercado de la medicina prepaga.
- b) Relevamiento y sistematización de los proyectos de ley presentados a instancias de los dos poderes de gobierno entre los años 1995 y 2003.
- c) Selección de los proyectos principales, de acuerdo con el tratamiento obtenido en las Cámaras Legislativas.
- d) Análisis comparativo de los contenidos bajo regulación en cada uno de los proyectos seleccionados.
- e) Identificación de los actores participantes en Audiencias Públicas convocadas por el Senado de la Nación
- f) Análisis del registro de las Audiencias, con el objetivo de evaluar la posición adoptada por los actores sociales.

g) Análisis comparativo de la posición adoptada por los actores participantes, y de las objeciones formuladas a cada uno de los artículos que componen los proyectos de ley.

Las principales fuentes de información que han sido analizadas se enumeran a continuación :

- Informantes claves
- Censo de Instituciones de medicina prepaga
- Anteproyectos de ley
- Registro taquigráfico de las Audiencias Públicas convocadas para la discusión de los proyectos de ley
- Reportes y/o documentos de circulación restringida elevados por las Instituciones participantes en las Audiencias públicas.
- Artículos de divulgación publicados en los medios de comunicación masiva

Capítulo I

LA REGULACION SANITARIA EN EL MARCO DE LA REFORMA SECTORIAL

1.1. LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

A lo largo de la historia, el Estado ha atravesado diferentes etapas en lo relativo a su mayor o menor grado de intervención. Al Estado "gendarme", producto del modelo económico liberal imperante hasta las primeras décadas del siglo XX, le sucede a partir de los años '40 el denominado "Estado de bienestar" (Welfare State) o *Estado Providencia*, que se caracterizó por una fuerte intervención de las áreas de gobierno sobre la economía, y por la regulación de múltiples aspectos que conciernen a la protección de los ciudadanos.

En la década de los años 70, hegemonizada a nivel mundial por la administración republicana en los EEUU (reaganismo) y conservadora en Gran Bretaña (thatcherismo), el capitalismo entró en una fase de crisis que numerosos historiadores vinculan con las secuelas que devienen de la "crisis del petróleo" en la cual se pone en cuestión la sustentabilidad económica y fiscal del Estado, y comienza a verificarse un cambio en la dirección de las políticas públicas. Consecuentemente, se propició y lideró una progresiva "desregulación", un ajuste general del gasto público y, como señalaría Pierre Bourdieu (1999), una suerte de *dimisión* del Estado en relación al rol histórico que en las últimas décadas había desempeñado.

Conforme se hace preeminente la visión liberal de la economía se produce un replanteo profundo del rol del Estado, en particular su relación con la sociedad, su tamaño y su grado de intervención en la economía. Simultáneamente se pone en cuestión la legitimidad del Estado de Bienestar, que había marcado su hegemonía durante la segunda mitad del siglo XX.

Diversos factores concurrentes provocaron la erosión del modelo que cimentaba el Estado de Bienestar. Según Pierre Rosanvallon (1995), estos se vinculan con la declinación de la sociedad aseguradora: a) La ruptura del contrato social que liga a las generaciones que contribuyen de distinto modo al sostenimiento del régimen social; b) La disponibilidad de información que (según el autor) desgarró el *velo de ignorancia* sobre el cual se basaba el aseguramiento poblacional; c) El débil compromiso de solidaridad que vincula a quienes comparten sus circunstancias vitales en un mismo territorio geográfico.

La reforma de los sistemas de salud se inscribió en el marco más general de los procesos de Reforma del Estado iniciado en todo el mundo a principios de la década de los 80. Bajo el supuesto generalizado de ineficiencia del Estado en el manejo de las cuestiones públicas el modelo neoliberal, encarnado en los

organismos multilaterales de crédito y los organismos financieros internacionales, impregnó con su influencia la conducción estratégica de los gobiernos nacionales.

Baste como referencia de lo antedicho señalar cómo, en su informe sobre el desarrollo mundial del año 1996, al referirse a la transición económica y política que surge después del Consenso de Washington, señala el Banco Mundial (1996) los alcances y la profundidad que debería tener la reforma propuesta:ⁱ *"(...) En definitiva, el objetivo de la transición es el mismo que el de las reformas económicas en otros contextos: construir una economía de mercado capaz de elevar de forma duradera los niveles de vida. Lo que distingue a la transición de las reformas realizadas en otros países es el cambio sistémico que aquella implica: La reforma debe penetrar hasta las reglas de juego fundamentales, hasta las instituciones que determinan el comportamiento y rigen las organizaciones. Se trata pues de una transición social además de económica (pág.129)"*

Nuestro país se hallaba atravesando largos períodos de inestabilidad económica, con una fuerte intervención del Estado en la materia, que incluyeron la utilización de diversos mecanismos anticíclicos de política económica y medidas redistributivas en el orden social. Hacia fines de los años 80, la hiperinflación que se produjo, sumada a la tendencia que se observaba a nivel mundial, abonaron el camino hacia la introducción de medidas de reforma que apuntaron hacia una progresiva *desregulación* de diversas áreas de la vida económica.

La desregulación económica aparece entonces como una vía expedita cuyo objetivo era transformar lo que entonces se juzgaba como resabios de una economía centrada en el desarrollo interno y no suficientemente abierta a la competencia mundial en el intercambio de bienes y servicios.

Este mismo proceso tuvo impacto directo sobre otras áreas de la política social, tal como se verifica en las iniciativas de reforma que se plantearon en el campo de la previsión social, la educación, el área del empleo y, cercanamente al tema que nos ocupa, las políticas de salud.

En el caso específico de las políticas de salud, las medidas implementadas tenían como objetivo explícito transformar las reglas de juego que ligaban a las instituciones que históricamente conformaron el campo de la atención médica bajo el supuesto de que ello produciría una mejora en los niveles de eficacia, eficiencia, equidad y calidad en las prestaciones.

Así lo expresa un *Documento* conjunto elaborado por diversas agencias internacionales *"La reforma sectorial es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado realizado durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que lo justifican y lo viabilizan"* (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID 1995. Pág.6.).

Pero respondían también a un objetivo implícito, con mayor influencia en la toma de decisiones, y que signó también los procesos de reforma que se plantearon entonces en el campo de la previsión social: **la apertura del mercado de**

capitales por vía de la desregulación de las actividades económicas (Tobar. 1998). La tendencia que se ha ido planteando desde hace aproximadamente una década es la creciente incorporación de actores provenientes del ámbito financiero, quienes han centrado el interés en un sector que resulta, bajo ciertas condiciones, un área atractiva para la inversión económica y la obtención de rentabilidad. Entre los agentes financieros cuya presencia se destaca como novedosa están los representantes de la banca internacional, el mercado asegurador y los administradores de redes o gerencadoras que cobran de la entidad aseguradora un monto capitado y subcontratan a su vez prestadores a los cuales les pagan por prestación.

Coincidentemente, en ese mismo periodo los organismos internacionales en la materia tales como la Organización Panamericana de la Salud o la Organización Mundial de la Salud, encargados de formular los lineamientos generales de políticas públicas de salud asisten a una declinación de su hegemonía, iniciando los organismos financieros internacionales su periodo de influencia sobre el sector.

Un indicador sintomático de dicha situación han sido los variados documentos publicados por organismos de crédito internacional, que procuraban constituirse en la fuente rectora de las políticas de salud, tales como el Informe Anual del Banco Mundial del año 1993 cuyo título fue ***Invertir en Salud*** (Banco Mundial. 1993) Allí se proponen orientaciones para la reforma del sector salud, fundamentalmente para los países en vías de desarrollo, y se proponen medidas tales como la racionalización de prestaciones según un esquema de prioridades, la fijación de un paquete de prestaciones mínimas o básicas, el incentivo a la competencia, la descentralización de servicios, entre otras. Como ejemplo de esta transformación vale mencionar la reunión especial sobre reforma del sector salud realizada en Washington en el año 1995 y que fuera convocada por los siguientes organismos : BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID. 1995).

Si bien existen evidencias de que los mejores resultados sanitarios se asocian principalmente con la administración eficiente de los recursos invertidos más que con la cantidad absoluta de los mismos y que ello implica la necesidad de modificar las formas de organización del sistema, cabe señalar la intensa presión internacional para que todos los países se incorporaran por igual a un similar proceso de reforma en sus sistemas de salud, independientemente de sus indicadores sanitarios.

Al cabo de aproximadamente una década, cabe señalar que la reforma del sector salud presentó resultados altamente dispares, si bien conservando algunos lineamientos estratégicos que resultaron centrales. Por un lado, no todos los países comenzaron a reformar sus sistemas de salud al mismo tiempo y, por otro lado, aquellos que iniciaron este camino no siempre lograron cumplir las metas propuestas.

La reforma sectorial se basó en un enfoque homogéneo a nivel mundial, difundido por sus principales voceros. Una síntesis de este enfoque hegemónico, se encuentra claramente expresado por Celia Almeida: *"La premisa central es que a partir de los años 80, en todo el mundo, los diferentes países se comprometieron en un profundo proceso de reformas, pautadas por el recurso a*

la tecnología institucional defendida por la perspectiva neoliberal, hegemónica en ese momento. Así, la necesidad de reducir el desequilibrio fiscal y crear condiciones macroeconómicas más sustentables se centró en los esfuerzos para disminuir el tamaño del sector público, aislar al Estado de las presiones de los intereses particulares, adecuar su actividad a reglas y no a decisiones discrecionales, y delegar decisiones a agencias independientes que no tuvieran incentivos para someterse a presiones políticas. Esto significó la disminución de las actividades tradicionalmente asignadas al sector público, limitando su actuación a aquellas acciones que le son "propias"; con la expectativa de, por ese camino, aumentar la eficiencia. La elaboración de esas propuestas de reforma centró su crítica en el lado de la oferta de servicios y beneficios, con especial énfasis en aquellos vinculados a la protección social, es decir al cuestionamiento del Estado "proveedor" o del Estado de Bienestar keynesiano. Las premisas centrales que fundamentaron esa perspectiva se refieren, por un lado, a la sobrecarga estatal frente a las demandas exacerbadas por la crisis económica y la presión de los grupos de interés, derivando de allí la evaluación de los efectos dañosos para las economías nacionales de una excesiva intervención del Estado en los negocios privados, y de los altos impuestos necesarios para sustentar la política social. Por otro lado se subrayaba que, en términos generales, las decisiones del Estado reflejan las preferencias de políticos y burócratas movidos fundamentalmente por objetivos particulares, orientados a la obtención y mantenimiento del poder. (...) En esta perspectiva, la onda generalizada de reformas contemporáneas toma, según Kettl (1996), características de una "revolución global" (de ideas y políticas). Su novedad no está solamente en la generalización a nivel mundial de una misma agenda de reforma, sino también en el foco central puesto en el "gerencialismo" alegando que las estructuras burocráticas jerárquicas tradicionales, con sus procedimientos normativos y rigidez inherentes, son perjudiciales a los intereses públicos, ineficientes e inefectivos. Los reformistas construyen su "revolución" sobre la afirmación de la erosión de las teorías de la autoridad jerárquica burocrática, que fueron la base de sustentación del gerenciamiento del Estado moderno por más de un siglo. Parten del presupuesto que, como cualquier monopolio, las agencias estatales son inherentemente ineficientes, tienden a crecer indefinidamente, y tienen como resultado un mal desempeño. El foco de atención se traslada desde las actividades o "productos" de las agencias gubernamentales (output) hacia los resultados de esas actividades (outcomes)". (Almeyda, 2000. Págs. 27-28).

1.2. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

A primera vista, las reformas encaradas por los distintos países parecen muy distintas unas de otras, pues todas contienen elementos específicos del sistema de servicios de salud en el que se inscriben. Sin embargo, pueden observarse una serie de tendencias generales, sostenidas y promovidas por la acción de expertos, asesores y funcionarios que se desempeñaban en la órbita del Estado,

las organizaciones sociales y los organismos mundiales dedicados a la asistencia sanitaria o financiera.

Como en la mayoría de los países, la reforma del sector salud en la Argentina se asoció con el crecimiento de los costos, la inequidad de la atención y la creciente insatisfacción de los usuarios. Así como en la década del 70 las políticas de salud estuvieron orientadas al crecimiento de la oferta de servicios mediante incorporación de tecnología y especialización de la atención, durante la década del `80 se impone la necesidad de contener los costos crecientes y, al mismo tiempo, mejorar la eficiencia y la cobertura poblacional.

En el caso de Argentina es una opinión generalizada que, aún con el firme propósito gubernamental de iniciar las reformas, éstas resultaron siendo parciales y se caracterizaron por un proceso de avances y retrocesos en su implementación, como resultado de la presión ejercida por los principales actores sectoriales sobre las autoridades gubernamentales, según la órbita de los intereses en cuestión. También cabe decir que en la agenda se había incluido fundamentalmente a uno de los subsectores del sistema de salud (la Seguridad Social) a través de las medidas de desregulación (Del Prete.2001), y que el carácter federal del país imponía una diversidad de rumbos de acuerdo a una tendencia general planteada por el proceso de reforma.

A modo de síntesis, los ejes centrales que caracterizaron la reforma sanitaria son los siguientes:

- De la centralización a la descentralización
- Del pago por prestación al pago per cápita
- Separación de las funciones de financiación de las de prestación de servicios
- Introducción de mecanismos de competencia al interior de los sistemas
- Fijación de un paquete de prestaciones mínimas o básicas
- Privatización y tercerización de servicios
- Introducción de la atención médica gerenciada (managed care)
- De la prestación estatal de servicios a la financiación y regulación.

a) De la centralización a la descentralización

En el marco de los países de la región, la Argentina ha sido una pionera en la implementación de los procesos de *descentralización* en el sistema de salud, definida como un proceso de traspaso de atribuciones de un organismo central a otro periférico (con criterios fundamentalmente geográficos, aunque también pudieran ser funcionales). El concepto de descentralización supone que el organismo al que se le transfieren nuevas funciones y competencias dispone de autoridad y legitimidad para adoptar decisiones de carácter estratégico, con atribuciones políticas, legales y recursos propios para ello.

Dichos procesos de descentralización comenzaron ya en los años '60, cuando los hospitales públicos de nivel nacional comenzaron a ser transferidos a las órbitas provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires, aunque todavía bajo la forma de una desconcentración. En esas experiencias se descentralizan las gestiones operativas, salvo la referida al recurso humano, tanto en su asignación como en los aspectos financieros de la retribución, avanzándose posteriormente también en este último sentido.

Hacia fines de los años 70, el Estado Nacional (en el marco de un gobierno de facto) instaura una serie de medidas tendientes a transferir a provincias y municipios 65 establecimientos nacionales en cumplimiento de la Ley n° 21.883.

Fue durante el año 1981 que surgió el Consejo Federal de Salud, cuyo antecedente más directo era el Comité Federal de Salud. En este marco se impulsaron un conjunto de reformas tendientes a transferir a las provincias y a los municipios los establecimientos públicos nacionales.

En este sentido tales procesos fueron previos y anticipatorios de los principios de la reforma en salud como movimiento internacional que se planteó a partir de los años 80. En esta década se producen nuevas experiencias de descentralización, fundamentalmente a nivel provincial, como es el caso de Buenos Aires y Mendoza, por citar algunos ejemplos (O'Donnell. 1999).

Un segundo movimiento en la misma dirección fue encarnada por el Decreto Nro. 578/96 de Hospitales de Autogestión, y los que en dicha línea se sucedieron durante el gobierno posterior. Este Decreto abrió la posibilidad de que los Hospitales tuvieran la facultad de gestionar el reintegro de las prestaciones ofrecidas a las entidades de seguro social y/o a las entidades de medicina prepaga. Asimismo, el Decreto indicaba la necesidad de que los Hospitales adoptaran reformas administrativas que incluyesen, entre otros aspectos, la incorporación a programas de mejora continua de la calidad y el establecimiento de incentivos materiales, económicos y/o simbólicos para el personal empleado.

Esta política, luego continuada bajo la denominación de "hospitales de gestión descentralizada" a través del Decreto 939/9, ha tenido muy bajo impacto efectivo: las provincias han resistido en muchos casos el intento de los municipios por lograr mayor autonomía en la gestión y su desempeño no se reorientó de acuerdo a los principios de equidad y eficiencia que habíanse pregonado durante su creación. (Cetrángolo y Bisang. 1997)

En un escenario caracterizado por importantes desigualdades económicas en cada región y en donde se constata la carencia de un adecuado nivel de coordinación desde el nivel central, el proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida un conjunto muy heterogéneo de respuestas locales, dependiente de dos razones fundamentales: a) La configuración previa de cada sistema de salud; b) La política adoptada en cada territorio como respuesta al propio proceso descentralizador (FADE. 1999).

La principal polémica abierta en torno a los Hospitales de Autogestión sigue vigente: ¿En qué medida pueden los mismos ser considerados como instituciones capaz de autosustentarse financieramente, y así liberar de responsabilidad a las entidades que tradicionalmente fueron sus financiadores (Nación, Provincia, Municipio)?

b) Del pago por prestación al pago per cápita

Esta tendencia de las reformas está vinculada con las modalidades de pago de los servicios brindados, que se definen como: *"La forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes (por ejemplo: salario, pago por acto, pago por ingreso hospitalario, etc.)"* (Rubio Cebrián, S. 2000).

El tema de las modalidades de pago de los servicios de salud debe entenderse en el marco de las formas de contratación diferenciales que presenta cada uno de los subsectores del sistema de salud.

En el subsector público los servicios prestados se basan en la asignación de un monto anual (presupuesto) realizada a favor de cada hospital público. La suma otorgada por medio del presupuesto es la que define, en última instancia la calidad y cantidad de los servicios prestados a la comunidad con independencia de la demanda realizada por ésta.

En tanto que en la atención propia del subsector privado y/o de la seguridad social, la prestación de servicios de salud se realiza en los últimos años a través de la contratación de prestadores, sean individuales o colectivos. Estos se comprometen a prestar servicios a cambio de un pago de ciertos honorarios previamente pactados con la institución contratante.

El cambio en las modalidades de pago constituye, en nuestro país, uno de los ejemplos de reforma que no partieron de una decisión marcada por el Estado sino por la iniciativa desplegada por cada uno de los restantes subsectores del sistema de atención.

En Argentina la relación contractual predominante entre la organización financiadora y la organización prestadora ha sido el pago por prestación o por acto médico ya realizado. Es decir que la toma de decisiones respecto de las prácticas a efectuar quedaba bajo la responsabilidad de quienes históricamente hegemonizaron el ejercicio del "arte de curar". De este modo el monto total de los honorarios de los prestadores, tanto individuales como institucionales, dependía de la cantidad de prestaciones efectuadas, multiplicado por el valor pactado para cada una de ellas.

Ello condujo a generar dos fenómenos paralelos, como estrategias para aumentar el monto de las retribuciones por los servicios prestados: a) Sobreprestación, que se refiere a la indicación de prácticas y/o prestaciones superfluas en relación con la demanda de atención formulada por el paciente, en algunos casos relacionada con el diagnóstico, y en otras relacionada con el tratamiento; b) Sobrefacturación, la cual implica facturar prestaciones no efectuadas, y que ha resultado un mecanismo utilizado por los prestadores institucionales para recomponer la cadena de pagos o de sostener los procesos inflacionarios de la década del '80.

Este contexto de relaciones económicas que se plantea dentro de los actores del sector Salud, sumado al envejecimiento de la población, los cambios en los perfiles de morbimortalidad, el desarrollo de la tecnología médica, el costo de la investigación en salud generaron un incesante crecimiento del gasto en salud. Pero debe señalarse también que el mecanismo de pago primordial del sistema de salud en Argentina también contribuyó en grado sumo al notable aumento del gasto, el cual ha asumido características de ineficiente en términos de los resultados en salud alcanzados.

Resulta así entonces que uno de los ejes centrales de la reforma fue el cambio en la forma en que se determina y se implementa el pago por los servicios, tanto como el cambio en la forma en que se organiza la atención de la salud. El objetivo de este cambio es racionalizar y dotar de eficiencia a la prescripción médica estableciendo mecanismos de control de los costos en salud.

La modalidad de pago *per cápita* que básicamente comenzó a utilizarse implicó la transferencia del riesgo financiero (asociada al proceso de la atención de un cierto número de personas) al prestador de servicios. Ello significa que el prestador recibe un pago fijo y periódico por cada una de las personas a su cargo, debiendo comprometerse a atender las necesidades sanitarias de los mismos independientemente del monto percibido, es decir que una baja demanda implicará una mayor posibilidad de generar beneficios mientras que una gran demanda puede llegar a ocasionarle pérdidas.

Si bien en la actualidad prácticamente toda la contratación de prestadores se realiza bajo la modalidad de *cápititas*, es necesario destacar que esta modalidad también tiene implicancias negativas en términos de la atención. El riesgo mayor que aparece es la disminución de la calidad asociada al propósito de sostener ciertos márgenes de ganancia, expresada en la omisión de prácticas diagnósticas o terapéuticas que requeriría una efectiva atención y resolución de sus problemas de salud.

c) Separación de las funciones de financiación de las de prestación de servicios

En las décadas del 50 y 60, al calor de la hegemonía del movimiento peronista, se consolidan las Obras Sociales como entidades dependientes de los sindicatos obreros con un flujo de fondos provenientes de los aportes de seguro obligatorio.

La separación de funciones de financiación y prestación data de este período, pues si bien las obras sociales con mayor volumen de afiliados poseían establecimientos prestadores propios a través de los cuales canalizaban una gran proporción de la oferta de servicios, para el resto de las prestaciones se optaba por contratar a prestadores privados, tales como las Federaciones Médicas o bien las Clínicas o Sanatorios.

Las iniciativas de reforma convergen hacia la definición de contratos de gestión en el cual se combina el financiamiento público de la atención con un sistema de contratos entre proveedores y compradores de la atención. En muchos de los países en los cuales se han constituido sistemas de salud integrados verticalmente (Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Europa del Este) se ha tendido

hacia una separación de compradores y proveedores de atención médica, ligados por alguna forma de contratación; en parte: a) como forma de promover la competencia entre proveedores o compradores; b) como medio para impedir que el oligopolio en la compra o venta de servicios se constituya en un incentivo para favorecer al proveedor en detrimento del consumidor. Los contratos pueden efectuarse entre compradores y médicos de atención primaria, entre compradores y proveedores de segunda línea o bien entre compradores y consumidores de la atención.

La reforma del sector salud propició la *especialización* de funciones como un principio primordial para aumentar los niveles de eficiencia, incursionando así en los principios gerenciales dominantes en la última década. Implica que cada institución debe especializarse en el desarrollo de las funciones que le son específicas, y delegar o tercerizar aquellas que no le competen. En este sentido se propiciaba separar las funciones de prestación y las funciones de financiación, aconsejándose la venta de los establecimientos asistenciales propios y la consiguiente contratación de los servicios de prestación.

Las obras sociales comenzaron así un proceso de ajuste y achicamiento de sus propias estructuras, desprendiéndose de su dotación de clínicas y sanatorios propios. Siguiendo la misma línea, y en los años subsiguientes, las obras sociales comenzaron a delegar también las funciones de gerenciamiento, contratando para ello a otras organizaciones que, como consecuencia de este mismo proceso, recibieron la denominación de *gerenciadoras*. Esto desencadenó un aumento en la cadena de intermediación que en definitiva contribuyó negativamente a la racionalización y eficiencia en el uso de los recursos, desviándolos de sus principales destinatarios, los beneficiarios del sistema. En síntesis, las obras sociales constituyen en la actualidad un medio institucional para agrupar los fondos de financiamiento, los que a partir del mecanismo de la libre elección comienzan a descansar en la decisión individual de cada aportante, quien decide adonde derivar su dinero.

d) Introducción de mecanismos de competencia al interior de los sistemas

En países como la Argentina, en los cuales el aseguramiento de los bienes públicos se asoció directamente con la acción estatal, se ha cristalizado una suerte de estadocentrismo que encubrió la baja participación y responsabilidad de la sociedad civil a través de sus organizaciones.

Precisamente este ha sido uno de los aspectos más controvertidos en el proceso de reforma que se siguiera en los países de la región durante las últimas dos décadas, ya que han apuntado a producir un ajuste sobre la infraestructura y la dotación de recursos estatales con el objetivo de reducir problemas de eficiencia en la gestión.

Este condicionamiento ha marcado fuertemente la orientación ideológica y práctica del proceso de reforma, pues ha tendido a plantear una asociación lineal entre ineficiencia y gestión pública, así como a vincular las condiciones de eficiencia y competencia con la gestión privada.

El tema de la reforma está entramado directamente con el proceso de reforma del Estado. Como señala Stark (2001), se asocia con una reducción del Estado como productor directo, la transferencia de actividades hacia el sector privado y el fortalecimiento del rol regulatorio del Estado en el marco de las nuevas realidades vinculadas al progreso tecnológico y la globalización.

Uno de los principios o supuestos fundamentales que han guiado el proceso de reforma durante la década anterior ha sido que la conformación de poblaciones cautivas (ej: beneficiarios de las Obras Sociales Sindicales) privaba a los afiliados de la posibilidad de elegir libremente el seguro médico que más se adecuaba a sus expectativas, lo cual restaba incentivos para que tanto los aseguradores como los prestadores por estos contratados pudieran brindar una mejor calidad de atención.

Por ello la tendencia observada es abogar para que se incremente la libertad de los consumidores en la elección del proveedor, bajo el supuesto que a través de la misma se estimula la competencia entre proveedores y se orienta la atención en beneficio del consumidor.

Como ejemplo típico de estas medidas puede citarse el mecanismo de "*libre elección*" que diera origen a la desregulación de las obras sociales y que se desarrolla con más detalle en el apartado correspondiente.

La tendencia es hacia un mayor estímulo de la **competencia regulada** mediante un giro en la acción del Estado, desde una función menos centralizada y hegemónica hacia una función en la cual se trata de orientar, armonizar y equilibrar los intereses en conflicto. El estímulo de la competencia puede abarcar, entonces, tanto a proveedores como a financiadores de la atención.

En nuestro país, esta iniciativa ha tenido como objetivo producir una transformación en las reglas de juego que definían las oportunidades y los límites en la interacción de las organizaciones que conformaban el campo de la salud.

Como parte del diagnóstico formulado por los líderes políticos de la reforma se asignaba la principal responsabilidad por el pobre desempeño del sistema de servicios de salud a las relaciones de poder edificadas por los principales actores que conformaron el sector durante las décadas pasadas, y proponía como principal medida de reforma la desregulación sectorial para así instaurar el mecanismo de la libre elección y, consiguientemente, la mayor primacía de las reglas de mercado.

Esta iniciativa se traduce en la modificación establecida en el régimen de seguro obligatorio nacional (leyes 23.660 y 23.661) para otorgar a los trabajadores la posibilidad de elegir el agente asegurador hacia el cual dirigir los aportes obligatorios. El otorgamiento de esta opción, además de fundamentarse en el derecho del trabajador a elegir la institución en la cual asegurar a la familia, apuntaba a introducir mecanismos de competencia entre las aseguradoras para retener a sus afiliados y lograr, por esta vía, elevar el nivel de eficiencia y calidad de los servicios.

Uno de los propósitos que anidaba en quienes impulsaron el proceso de reforma era debilitar el pacto corporativo que se había asentado históricamente entre los actores sectoriales (Belmartino. 2000) como marco institucional e ir las sustituyendo progresivamente por relaciones de libre mercado.

Entre las razones mayormente apuntadas para señalar por qué se ha detenido el proceso de desregulación que fuera sancionado para aumentar la competencia y la mejora de la calidad, se señalan los siguiente puntos: a) Los pactos corporativos preexistentes impidieron que se consumara la voluntad de efectuar una desregulación ampliada, y se circunscribió a la acción de las obras sociales sindicales; b) Las características estructurales del mercado médico; en el cual la asimetría informativa favorece la acción oligopólica de quienes representan a compradores y proveedores de servicios; c) El débil papel que históricamente han tenido los organismos y entidades dirigidas a la defensa del consumidor u otras entidades de control ciudadano.

En un marco que introduce la competencia entre aseguradores y/o prestadores, estos estarían entonces habilitados para competir, según alguna de las propuestas, no sobre la base de precios, servicios cubiertos o calidad sino por resultados sanitarios (Tobar. 1999). Esto se haría factible incentivando la oferta de contratos por cápita ajustada según riesgo de la población (edad y sexo de la población) para así evitar procesos de selección adversa y para que los aseguradores desplacen su interés hacia las acciones de promoción y protección de la salud.

e) Fijación de un paquete de prestaciones mínimas o básicas

A la luz de la existencia de marcadas inequidades en la atención de la salud y también bajo la necesidad de disminuir el gasto sanitario se instó a que los países establecieran un paquete explícito de prestaciones destinado a cubrir las necesidades básicas en materia de salud. Argentina avanzó en este sentido aprobando por la Resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social el Programa Médico Obligatorio, siendo el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social, haciéndose extensiva dicha obligación a las entidades de medicina prepaga merced a la sanción de la Ley 24.754. Esta iniciativa tuvo el innegable valor de establecer un criterio uniforme para todos los Agentes del Seguro sobre sus obligaciones en materia prestacional. Además se diferenció de los lineamientos internacionales en que cubre casi todas las prestaciones posibles y existentes actualmente, no restringiéndose a un paquete mínimo.

La experiencia acumulada desde su implementación, permitió advertir la necesidad de efectuar correcciones. La mayoría de ellas derivada de la falta de precisiones, que dejó a consideración de los actores del sistema la interpretación final de la norma.

Los principales obstáculos fueron:

- Indefiniciones y omisiones que abarcaron al modelo asistencial, a las acciones de prevención, al menú de prestaciones incluidas y a los coseguros a tributar por los beneficiarios
- No implementar un método sistemático para su actualización, generando una ausencia de especificaciones en relación con las nuevas técnicas de diagnóstico y/o tratamiento.

En el último período, y a partir de la sanción del Decreto de Emergencia Sanitaria, dicho paquete experimentó una restricción en la cantidad de prestaciones cubiertas, acordándose el establecimiento de un programa médico obligatorio de emergencia (PMOE).

Con relación al PMO este ha sido ampliado por sucesivas resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, hallándose entre las más importantes aquellas que caracterizan al PMOE tras la promulgación del Decreto de Emergencia Sanitaria.

Sus principales características son:

- Su aplicación tiene el carácter de *obligatoria* para los prestadores incluidos.
- Funciona como una base mínima de prestaciones, algo así como un piso a partir del cual pueden formularse nuevas prestaciones.
- Se eliminan las carencias o preexistencias de los asegurados, así como el pago de coseguros o copagos de parte del paciente para financiar la atención.
- Este paquete de prestaciones se aplicó inicialmente para las Obras Sociales, mediante la Resolución Ministerial Nro. 247/96, cuyos alcances se describen textualmente en el primer párrafo: "*es el régimen de Asistencia Obligatoria para todos los agentes del Seguro involucrados en las Leyes 23.660 y 23.661; quienes deben asegurar a sus beneficiarios que mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados, se garantizan las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico odontológico*".

A partir de la promulgación de la Ley 24.754 se amplía su alcance a la medicina prepaga, ya que la misma señala en su único artículo que "*A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir como mínimo en sus planes de cobertura asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las Obras Sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.555 y sus respectivas reglamentaciones*".

Sus características principales son las siguientes:

- a) Para su entrada en vigencia se previó una prórroga de 3(tres) meses, a fin de posibilitar una rápida adecuación de los contratos vigentes y de los planes de cobertura médico asistencial de las empresas;
- b) Define una cobertura médico asistencial de carácter mínima y obligatoria
- c) Dicha cobertura está formada por las mismas prestaciones médicas a que están obligadas las Obras Sociales en términos de las leyes 23.660, 23.661 y 24.455.

Las principales objeciones formuladas respecto a su vigencia y aplicabilidad se resumen en las siguientes:

- Oposición a su naturaleza de orden público
- Su no aplicabilidad a los contratos de derecho privado celebrados entre particulares, porque violaría la libertad contractual.

- Su no aplicabilidad a los contratos en ejecución o celebrados antes de su vigencia.
- Confiscatoria de los derechos de libre propiedad
- Amenaza de producir la inviabilidad económica de numerosas empresas.

f) Introducción de la atención médica gerenciada (managed care)

La atención médica gerenciada, conocida como *managed care*, es una forma de administración de la atención médica dirigida fundamentalmente al control de la utilización de los servicios, que comprende tanto el lado de la oferta como el lado de la demanda, y pretende articular provisión y financiamiento al mismo tiempo que contener costos a través de medidas reguladoras de la relación médico-paciente. Entre sus principales características se pueden citar las siguientes:

- Estimula la contratación selectiva de proveedores, de acuerdo a parámetros vinculados con una adecuada ecuación entre la calidad y los costos de la atención.
- Privilegia la atención básica, la "puerta de entrada" a través de la obligatoriedad del paso por un médico generalista. Se parte del supuesto de que, al contar con la atención dispensada por el médico generalista, habrá mayores posibilidades de que estos agentes bien formados sean capaces de evaluar la calidad de atención ofrecida por los proveedores de segunda línea, y puedan ser útiles para seleccionar los mismos.
- Disminuye el acceso a la atención especializada y hospitalaria y, consecuentemente, disminuye el gasto en internación y prestaciones de alta complejidad.
- Controla rígidamente la actuación profesional según parámetros de práctica médica definidos por la empresa contratante (ej; el financiador), básicamente centrados en los costos de procedimientos; entre los cuales se encuentra las normas que fijan la duración máxima de la estancia hospitalaria, la autorización previa a la internación, la introducción de distintas formas de cuidado domiciliario para facilitar el alta temprana del paciente, la utilización de la evidencia clínica como sustrato para la toma razonada de decisiones.
- Estimula distintas formas de gestión de la calidad, que van desde encuestas de satisfacción de pacientes, incentivos a profesionales por sus resultados, evaluaciones de la calidad de los procesos mediante distintas formas de auditoría.

En muchos países, las distintas formas de Medicina Gerenciala han fortalecido la posición de los proveedores de atención primaria, y el rol de los profesionales con formación generalista que actúan como puerta de acceso (gatekeeper) para la atención por parte de especialistas, prescripción de fármacos y atención hospitalaria. (Bosch; Vázquez. 1997)

Si se analiza lo ocurrido en el sector privado durante los últimos años, y con la aparición del "managed care" se observa que fue muy intensa la actividad desplegada tendiente a normatizar la atención clínica¹, con el objetivo final de reducir los costos y trasladar los riesgos, limitando a su máxima expresión el libre albedrío del profesional sostenido hasta ahora en la concepción de la medicina como "el arte de curar"². Es decir, se visualiza un fenómeno contrario, hacia una fuerte regulación, que extrañamente no surgió promovido por una política pública sino de la propia necesidad de supervivencia y sostenimiento de los márgenes de ganancia del sector privado, frente al encarecimiento notable del cuidado de la salud, de la mano de la tecnologización y aumentos de costos de insumos y medicamentos.

g) De la prestación estatal de servicios a la financiación y regulación

Como ha sido señalado anteriormente, fue durante el transcurso del siglo XX que se configuró el denominado Estado de Bienestar. Por tal se entiende una forma de organización socioeconómica de la sociedad, caracterizada porque el Estado asume el protagonismo en la promoción y estímulo de la economía, mediante la asunción de amplias responsabilidades en la prestación de un gran volumen de servicios de carácter social que se consideran culturalmente esenciales para la comunidad a fin de proteger el bienestar y elevar de forma generalizada la calidad de vida del común de los ciudadanos.

Dentro de este marco el Estado asumió la responsabilidad de la provisión directa de servicios a la población: salud, educación, agua potable, luz, gas, petróleo, etc., ya sea a través de entes públicos tales como hospitales, escuelas o bien a través de empresas del Estado, como YPF, Gas del Estado, Segba, etc. Algunos de los servicios eran totalmente públicos y otros estaban tarifados. A partir de los nuevos marcos ideológicos dominantes en el campo de la economía se inicia la senda del achicamiento del Estado y por ende de un cambio de visión respecto de su rol para la sociedad. Bajo el supuesto de que la empresa privada, regida por las leyes de la oferta y la demanda y por mecanismos de competencia, podía ser más eficiente en la prestación de idénticos servicios, comenzó una década de privatizaciones y de desmantelamiento de la oferta pública, que conformaban los cimientos del Estado de Bienestar.

El concepto de privatización en relación con los servicios de salud ha sido empleado indiscriminadamente en términos teóricos, pero es de difícil aplicación bajo su forma más ortodoxa, fundamentalmente porque bajo ciertas condiciones la salud no es rentable y, en tal sentido, no despierta interés a los inversores privados.

Las modalidades habitualmente descritas bajo el rótulo de privatización refieren a la transferencia de funciones estatales a la gestión privada; o bien al transferir innovaciones administrativas propias del ámbito privado a la gestión estatal; en cuyo caso el Estado adopta formas de gerenciamiento propias de una economía de mercado.

¹ Guías de práctica clínica y/o protocolos de atención.

² Hace su aparición en este contexto una corriente que propone una herramienta para otorgarle cientificidad al ejercicio de la medicina conocida como "medicina basada en la evidencia"

El caso más simple de privatización es la concesión o tercerización de servicios generales dentro de los hospitales y otros organismos de salud. Por ejemplo: los servicios de alimentación, limpieza, lavandería, mantenimiento de equipos, etc. Otra forma es la autorización de uso privado por la que los profesionales pueden atender pacientes privados en el establecimiento público, abonando por ello un canon fijo o compartiendo con aquel parte de los ingresos originados en esa actividad. De este modo el hospital consigue que los profesionales concentren allí todo su trabajo, obteniendo mayor disponibilidad horaria para consultas urgentes, emergencias, etc. La dificultad de esta alternativa, además de su régimen remunerativo, es separar apropiadamente los momentos de actividad pública de la privada y controlar los abusos que puedan generarse. Otra modalidad aplicable en el caso de aparatología sofisticada es que el profesional aporte su propio equipamiento o instrumental para la tarea del hospital público y reciba por ello una compensación establecida. De esta forma el organismo estatal no incurre en inversiones ni gastos de mantenimiento, aunque aparece también la dificultad de controlar los abusos.

En la discusión acerca del nuevo rol del Estado primó la idea de que se debía abandonar la prestación directa de servicios para pasar a financiarlos cuando necesariamente dichos servicios deben ser públicos, como la salud o la educación, pudiendo ser prestados por entes privados. Además, para el caso del control de los servicios prestados por las empresas privatizadas comenzó también a establecerse con fuerza la noción de regulación como otro de los nuevos roles que el Estado debía cumplir en el mundo globalizado.

Esta situación ha reintroducido, en el debate acerca del contenido de la reforma, el rol regulador del Estado, tema que amerita un tratamiento más pormenorizado, basándose en los antecedentes que sobre el tema existen en otras esferas de la acción pública.

Como puede apreciarse en la explicitación de los ejes de reforma que han sido anteriormente expuestos, se plantea una reformulación importante en el rol del Estado, desplazándose el eje desde una actividad más centrada en la provisión directa de servicios hacia un rol centrado en la rectoría del sistema y el desarrollo de nuevos roles regulatorios.

Para profundizar la comprensión de este fenómeno, es menester ahondar en el concepto de regulación estatal y, más específicamente, los alcances de la regulación en un campo de tan alta complejidad e incertidumbre como es el propio del sector salud.

1.3. LA REGULACION SANITARIA

1.3.1. El concepto de Regulación

El primer obstáculo que aparece al intentar abordar esta temática es la carencia de un alto grado de consenso sobre el concepto de regulación, dado que habitualmente se reflejan las perspectivas disciplinarias que les dieron origen, las diferentes agendas políticas de las que surgieron, y/o los valores que subyacen a las mismas.

Si bien no existe una teoría sistemática de la regulación que permita inferir hipótesis para su corroboración empírica, se constata la existencia de un conjunto muy diverso de prácticas reguladoras que, aplicadas sobre diferentes contextos y situaciones, permiten extraer lecciones y tomar decisiones. Esto es resultado, en parte, del amplio número de experiencias de regulación pública que han sido objeto de análisis y evaluación de analistas y expertos, lo cuales permite ir constituyendo una rica fuente de información.

Una primera definición general que nos permite avanzar en este campo concibe a la regulación como *"el ejercicio de ajustar el funcionamiento de un sistema a unos fines determinados"* (Tobar. 1999).

Esta actividad compete a los tres poderes del Estado, ya que la regulación puede ejercerse mediante la aprobación y sanción de una ley, la ejecución de actividades fiscalizadoras o bien mediante la represión penal de los comportamientos inaceptables.

Si nos atenemos a la dimensión fundamentalmente económica de la regulación, señalaremos que se trata de un conjunto de normas y leyes dictadas por el Estado (independientes de las propias reglas de juego del mercado) que constituyen el marco en que se inscribe la actividad de los sujetos económicos. En tal sentido, la regulación incluye aspectos tales como la defensa de la competencia, la evitación de prácticas monopólicas, o el aseguramiento de mecanismos de transparencia de la información para paliar la asimetría entre el oferente de bienes y/o servicios y el consumidor/usuario de los mismos.

Visto a través del lente de la teoría económica clásica, la regulación es entendida como una restricción gubernamental artificial sobre actividades económicas naturalmente libres. Se diferencian entonces : a) Un enfoque menos intervencionista (de cuño liberal) que propone a la regulación como una actividad destinada a corregir las fallas de mercado; b) Un enfoque más directivo en el cual el Estado emplea su poder como regulador para estimular cierto tipo de servicios; c) Un enfoque más intervencionista o prescriptivo en el cual el estado por si mismo regula lo que debe o no ser ofrecido en el mercado.

En un enfoque completamente opuesto la regulación se define en los términos de bienes sociales o valores normativos que influyen sobre ciertos tipos de actividad económica. En este enfoque, los valores normativos son el punto de partida y el principal interés mientras que la eficiencia

económica ocupa un segundo lugar de importancia. Selznick fue un precursor durante los años `50 del nuevo enfoque predominante de la regulación definiéndola como *"el control focalizado y sostenido, ejercido por una agencia del estado sobre actividades que son socialmente valiosas"* (Ferreiro Yazigui. 2001).

Dado que el problema de la regulación y desregulación de los procesos económicos y sociales ha sido colocado en la agenda de discusión para considerar el rol que debe cumplir el sector estatal y el privado, recientes enfoques (Stark.1991) han concebido a la regulación *"como un conjunto de prácticas y reglamentaciones mediante las cuales el gobierno modifica u orienta la conducta y/o la estructura de una industria o servicio público o privado, con el objetivo de: a) minimizar costos de transacción asociados a factores institucionales; b) aumentar la eficiencia y la equidad de los mercados, alineándolos con el interés social"*.

En similar línea de análisis, Chang (1992) define a la regulación como *"la actividad del gobierno que afecta directamente el comportamiento de los actores del sector privado, con el fin de alinearlos con el interés público"*. Esta definición, no obstante, omite aspectos importantes tales como aquel tipo de regulación que ejercen sectores privados o bien aquella generada desde y hacia agencias del Estado.

Desde esta perspectiva, la regulación es concebida, entonces, como un hecho eminentemente político, en la cual se expresan ideas y valores que sustentan quienes ejercen y/o legitiman dicha actividad.

En síntesis, para el caso de las EMP, dos visiones netamente diferenciadas pueden ser identificadas:

- a) El modelo de regulación puede consistir en ajustar el funcionamiento del subsistema de la medicina prepaga a los objetivos de salud pública del país, y se considerarán "fallas" a todo aquello que constituya un impedimento para la consecución de tales objetivos sanitarios.
- b) El modelo de regulación puede responder a criterios exclusivamente económicos, tales como la apertura del mercado de capitales, la defensa de la libre competencia, la garantía de solvencia financiera y patrimonial de las empresas prestadoras.

1.3.2. El proceso regulatorio

En la medida que la desregulación de una determinada área de la actividad social implica la supresión de funciones de los organismos estatales competentes y el incremento en el margen de iniciativa y autonomía de los actores privados, ello supone no sólo la reforma del sector público sino la redefinición de las fronteras entre el Estado y la Sociedad (Oszlack. 1994)

A raíz de la privatización de los servicios públicos hubo en nuestro país un fuerte movimiento académico y de pensamiento en torno al control de las empresas privatizadas y a la protección del consumidor y/o usuario. La

prestación de servicios de salud comienza a ser concebida como un servicio público en el cual el Estado tiene el deber de tutelar y garantizar la protección de los mismos mediante la formulación de un marco normativo, pero no debe concentrar exclusivamente el monopolio de las acciones. (Madies.2001)

El proceso regulatorio cabe ser comprendido de formas complementarias, que expondremos brevemente a continuación :

- a) La regulación no se limita a una acción lineal y discreta sino que, contrariamente a ello, se trata de un proceso continuo que presenta grados diversos y variables de intervención política de parte del Estado u otras organizaciones delegadas. La regulación se ejerce sobre el supuesto (a menudo implícito) de que en un área de la vida social existe un bajo grado de control y normatización, y la desregulación se ejerce como respuesta a lo que se considera un excesivo grado de normatización y control. De tal manera, es muy difícil comprender el sentido que adopta el término regulación (o su contrario, desregulación) si no se comprende el escenario en el cual se está ejerciendo la función regulatoria, la concepción ideológica y los fines que persiguen cada uno de los actores implicados. Es clara la posición de algunos autores que definen a la regulación en relación con su opuesto, la desregulación, concibiendo esta como la supresión de una serie de normas que impiden la provisión de determinados bienes y servicios por agentes económicos públicos y/o privados que detentan de hecho alguna forma de monopolio u oligopolio sobre determinada área de la producción o los servicios. Por otra parte, todo proceso de desregulación conlleva necesariamente la introducción de nuevas medidas regulatorias; de forma tal que lo concebido como desregulación es en realidad una nueva forma de regulación o *reregulación*.
- b) La regulación de servicios de salud supone una relación entre entidades prestadoras de los servicios (públicas, privadas, de la seguridad social, mutuales y cooperativas, ONGs, etc.), usuarios, beneficiarios, pacientes y/o clientes -según las diferentes concepciones- y el Estado. Estos actores poseen combinaciones diversas de recursos materiales, de información, de coerción e ideológicos que sustentan las decisiones y los comportamientos que adoptan y que se ponen en juego en la relación con los otros. Por ello, el impacto de una política pública no puede concebirse solamente como resultado de la acción ejercida por un solo actor (ej: el Estado) sino que debe considerarse como el interjuego o interrelación entre los distintos actores participantes, en un escenario de potencial conflicto de intereses. Esta situación de *poder compartido* le imprime a la realidad social una dinámica de alta complejidad e incertidumbre, dado que no pueden anticiparse los resultados finales reconstruyendo el propósito de un solo actor sino más bien a partir de las alianzas y negociaciones tejidas entre los mismos.

- c) Finalmente, se concibe a la regulación como **proceso**, atendiendo a los distintos momentos o fases que se plantean en la relación entre el ente regulador y el comportamiento de los actores que se sitúan bajo la órbita de la regulación. En este sentido, se suele distinguir una instancia de formulación de políticas y determinación del marco normativo; un segundo momento de implementación de las mismas; y una tercer instancia en la cual se evalúan los resultados de la acción regulatoria, tanto los que fueran previstos como los resultados no deseados. En síntesis, la implementación de un proceso regulatorio se opera gradualmente y como fruto de medidas que se adoptan de manera incremental, no pudiendo concebirse entonces como la aplicación de una medida que actúe aisladamente y de manera lineal sobre el campo de regulación.

1.3.3. Fallas del mercado y del proceso regulatorio

Desde la teoría sanitaria, la existencia de *fallas de mercado* representa una de las condiciones que justifican en mayor medida la regulación estatal, cuyos principales aspectos se exponen sintéticamente a continuación:

- a) La atención de la salud es un *bien público*, en el cual el consumo por una persona no excluye la posibilidad de consumo por los demás, y en el cual se produce el fenómeno caracterizado como "*free rider*", según el cual nadie tiene incentivos para pagar si, aún cuando sin pagar, logra acceso al consumo o provecho del bien público.
- b) Se trata de *bienes meritorios o con altas externalidades* (de signo positivo o negativo), en los cuales su consumo no se agota en quien lo recibe individualmente, por lo cual se justifica su distribución masiva aún cuando no exista una demanda espontánea de parte de los potenciales beneficiarios.
- c) Existen *asimetrías de información* sobre los efectos de las decisiones a adoptar, por lo cual se plantea una relación de agencia entre consumidor y prestador del servicio. El paciente necesita el consejo e intervención del médico pero se halla ante dificultades insalvables para evaluar lo apropiado de la oportunidad y calidad de las acciones realizadas. La posibilidad de conducta oportunista asociada con el rol de agente respalda, en el campo de la atención médica, la hipótesis de que la demanda está inducida por la oferta o, para expresarlo en otros términos, *quien gasta no decide y quien decide no gasta* (Katz.1998).
- d) Es inherente a la problemática de la atención sanitaria la dificultad para adscribir una mejoría o un empeoramiento en la condición del paciente a la intervención asistencial, separándola de otros factores influyentes en el curso de la enfermedad. Esta situación se halla hoy agudizada por la creciente complejidad técnica de las prestaciones de salud, la imposibilidad de que el usuario pueda reconocer la

pertinencia de la atención que el profesional le indica como necesaria y la extraordinaria complejidad contractual de los seguros de salud. Más precisamente, la situación de debilidad estructural en que se halla ubicado el consumidor lleva a la necesidad de potenciar aquellas instancias organizativas que representen y defiendan sus intereses ante el resto de las corporaciones que se posicionan en el campo de la salud.

- e) Es necesario limitar los efectos adversos de las fallas de mercado, fundamentalmente en lo relacionado con una inequitativa distribución de los bienes sociales y la tendencia hacia una *oligopolización* o *cartelización* en la oferta de bienes o servicios. Al existir una relación habitualmente inversa entre las necesidades de salud y la capacidad de pago, (Tudor Hart. 1990), la política pública no puede aspirar a garantizar la igualdad de acceso, sino también definir medidas diferentes para actuar sobre necesidades diferenciales, tales que permitan revertir la inequidad.
- f) La teoría del aseguramiento sanitario se apoya en el principio de la incertidumbre e impredecibilidad de la enfermedad, y de que la oportunidad de desplazar tales riesgos a una población implica un costo que la mayor parte de las personas estarían dispuestos a pagar. Dicho costo, que resultaría excesivamente oneroso para el individuo, resulta financiable para grandes grupos de población.
- g) La composición de grupos de asegurados no puede ser dejada sólo en poder de los aseguradores, o a movimientos de consumidores no suficientemente informados, pues esto puede provocar como resultado una *selección adversa* de los grupos (quienes menos necesidad demuestran de ser asistidos, mayores posibilidades tienen de ser cubiertos,. Se trata de un tipo de comportamiento oportunista referido a aquellas circunstancias en las que se produce, de parte de los aseguradores o proveedores privados, la no admisión o el rechazo a asegurar individuos con alto nivel de riesgo (o superior al nivel medio) en sistemas de cobertura sanitaria, dado que las pérdidas esperadas por su causa serán previsiblemente superiores a las primas que deberían pagar los individuos. El problema de la selección adversa tiende a agudizarse en un escenario desregulatorio que alienta la competencia de las empresas al interior del sistema sin adecuados controles que restrinjan su comportamiento (Tafani. 1997)
- h) Desde la óptica del asegurador, es factible que los asegurados, adopten comportamientos de riesgo moral, que lo obliguen a protegerse de los mismos mediante los términos en que se establece la contratación de un servicio.

Así como es habitual hablar de las fallas de mercado, es común también aludir a las fallas existentes en el proceso regulatorio, que se plantean cuando se establecen las siguientes situaciones:

- 0a) **Captura Regulatoria:** Cuando el contenido u objetivos de la regulación afectan los intereses políticos o económicos de determinados grupos (expresado o canalizado a través de determinadas organizaciones) estos pueden tratar de obtener del regulador decisiones que los favorezcan. Cuando a ello se le añade la alta discrecionalidad de los agentes regulatorios y la opacidad de las decisiones, se establece un campo fértil para la corrupción de quienes ejercen la regulación.
- b) **Excesiva regulación:** Cuando los costos que la regulación impone a los regulados son superiores a los beneficios que se desprenden de ella, ya sea porque sus efectos pueden observarse a muy largo plazo, o bien porque se impongan gravámenes muy altos a la actividad regulada, tal que operen como disuasorios para la iniciativa privada.
- c) **Información asimétrica:** Cuando el regulado conoce más acerca de la materia objeto de regulación que la propia agencia regulatoria, lo cual puede generar decisiones ineficientes y contraproducentes de parte del regulador.

1.3.4. La dimensión político-institucional

La regulación sanitaria puede proponerse metas referidas a la salud de la población, tales como la mejora de indicadores sanitarios, la disminución de las brechas e inequidades en la atención, la garantía de calidad en la atención, la promoción de ambientes saludables o la protección a los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

Asimismo, para el cumplimiento de dichas metas la regulación deberá tener en cuenta aspectos tales como la estructura, procesos y resultados de los servicios de salud, las características de los establecimientos de salud (hospitales, sanatorios, centros de diagnósticos, etc.), los recursos humanos del sector, los sistemas de financiación y gestión de servicios y/o de los alimentos, medicamentos y tecnología médica.

En función de alguna combinación de estas metas y objetivos específicos que se consideren deseables es posible definir las *herramientas regulatorias* que incluyan la identificación de procesos susceptibles de ser regulados, así como las orientaciones y límites que se establecerán. No existen relaciones lineales entre objetivos a lograr y herramientas regulatorias, ya que el logro de un objetivo puede demandar intervención sobre varios procesos e, inversamente, la regulación de algunos aspectos de la actividad puede satisfacer más de un objetivo de los anteriormente mencionados.

Finalmente, se requiere un conjunto de capacidades políticas e institucionales que, en un sentido amplio, incluyen un marco normativo favorable, apoyos políticos oportunos, un esquema organizativo adecuado, insumos en cantidad y calidad suficientes y recursos humanos altamente capacitados.

Por lo general, esta tarea de diseño institucional se desarrolla paralelamente a la propia puesta en marcha de la actividad regulatoria, lo cual explica en parte los déficits de capacidad que revela la organización y el funcionamiento de las agencias reguladoras.

Luego de aproximadamente diez años de reforma y reestructuración del Estado Nacional son evidentes los déficits de recursos tecnológicos y humanos actualmente existentes con para el cumplimiento de la función regulatoria.

La deficitaria dotación estatal nos remite de manera contundente a la concepción del Estado vigente y a la forma en que define la relación entre lo público y lo privado. Como destaca Muñoz *"En aquellos servicios cuya provisión es aceptada como una responsabilidad colectiva, los agentes privados hacen actividad pública y, como tal, el Estado debe retener la responsabilidad del gobierno del mercado"* (Muñoz. 1996). Sin embargo, en un contexto socioeconómico como el actual, donde el Estado debe ejercer el control regulatorio sobre actores privados no disponiendo de sólidas capacidades administrativas, la definición de objetivos propios corre el riesgo de transformarse en una cuestión meramente voluntarista y de principios.

También debe señalarse que la brecha entre "el deber ser" de la regulación de los servicios públicos y el efectivo funcionamiento de la estructura regulatoria en Argentina no puede interpretarse sólo como resultado de déficits en las capacidades institucionales. La ausencia de una política regulatoria en el período inmediatamente posterior a las privatizaciones es señal del poder obtenido por los nuevos operadores de los servicios, quienes han podido ampliar sus márgenes de acción a partir de estas transferencias. El desbalance de fuerzas entre estas fracciones de capital y el resto de la sociedad ha sido de tal magnitud que la regulación no logró instalarse como un tema de agenda pública o lo hizo de manera muy limitada.

La crítica neoliberal ha insistido en una visión del Estado moderno que destaca, entre otros, los problemas de la hipertrofia, el gigantismo, la ineficiencia y la corrupción endémica (Oszlack. 1994). Aún cuando muchas de estas aseveraciones y supuestos debieran ser objeto de un análisis más razonado en el que se evalúe el carácter de estos procesos y si son imputables sólo al ámbito de lo público, persiguen a menudo como propósito justificar un proceso de ajuste cuya drasticidad e imprevisión agrava a menudo el problema que dio origen a la intervención.

1.3.5. Regulación de servicios públicos

En todo proceso regulatorio en el cual el Estado interviene sobre empresas que prestan servicios públicos a determinados usuarios se ponen en juego tres tipos de relaciones básicas entre los actores, que describiremos como: a) Regulación-Prestación; b) Prestación-Utilización; c) Regulación-Utilización.

En el vínculo *Regulación-Prestación*, el Estado debe poner en juego su capacidad institucional, su legitimidad y el monopolio del poder coercitivo para ejercer su rol. Esto implica definir con precisión cuál es el interés público que se debe preservar, qué se regula, cuál es el rol estatal y de las organizaciones sociales, con qué alcance se regula, qué problemas de captura burocrática se suscitan o cuál es la efectividad de los recursos de coerción-legitimidad que tiene el Estado frente a los de información y recursos materiales que manejan las empresas como base de su poder relativo.

En el vínculo *prestación-utilización* de los servicios de salud las partes que intervienen en la relación adoptan posición ante cuestiones tales como: el grado en que los servicios que se prestan satisfacen las necesidades de los usuarios; la medida en que la prestación discrimina según usuarios, los criterios de rentabilidad frente a las inversiones requeridas para su suministro; la razonabilidad de los precios o tarifas y patrones de comparación; la incidencia de las tarifas sobre el presupuesto de los usuarios y el impacto sobre los precios relativos, entre otros aspectos.

Finalmente, en la relación *regulación-utilización* de los servicios de salud se verifica en qué medida queda amparado el interés de los usuarios, qué canales abre la regulación a la participación ciudadana; cuál es la efectividad del rol estatal, cuanta legitimidad pierde o gana el estado en el ejercicio de su función reguladora, qué transferencias de recursos se producen mediante los precios y cuáles son los problemas de equidad distributiva que ello ocasiona.

Por todo lo expuesto y en función de los fines del presente trabajo, adoptaremos la siguiente definición del concepto de la regulación sanitaria: *Intervención pública por la que se establecen las condiciones del mercado de las prestaciones sanitarias, con el objeto de medir y controlar la entrada a dicho mercado, o controlar el comportamiento de las entidades, mediante el establecimiento de disposiciones adecuadas y la vigilancia de su cumplimiento (reglas de juego ciertas estables y garantizadas). Se pretende, además de garantizar la solvencia financiera y estándares de calidad asistencial y administrativa, el cumplimiento de objetivos de eficiencia y equidad, tratando de influir sobre el proceso de asignación, organización y distribución de los recursos y productos, compensando así las ineficiencias e inequidades del mercado (Rubio Cebrián. 2000).*

Capítulo II

CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR DE LA MEDICINA PREPAGA EN LA REPUBLICA ARGENTINA.

2.1. COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

El sistema de servicios de salud en Argentina se ha organizado sobre la base de su financiamiento. Tres son los subsectores cuya dinámica, relativamente independiente, han sido reconocidos históricamente como los más importantes:

a) El subsector público, que provee los servicios financiados por el presupuesto estatal a través de la red pública de establecimientos de salud destinados a la población excluida del sistema de seguridad social. La mayoría de establecimientos que componen esta red está a cargo fundamentalmente de cada uno de los Estados provinciales (aproximadamente dos tercios); mientras que algo más del 30% restante está a cargo de los Municipios, contándose una muy exigua proporción de los mismos que continúan a cargo del nivel nacional.

El nivel nacional concentra parte de su actividad en desarrollar programas de salud focalizados en poblaciones de alto riesgo, a través de sus programas con financiamiento externo, mientras que los estados provinciales y municipales se abocan fundamentalmente al financiamiento y a la prestación a través de sus redes de hospitales públicos, relegando las funciones de promoción y regulación.

Por otra parte el subsector público ha sido el principal sostén de las acciones destinadas a la promoción y prevención de la salud, con alguna colaboración del subsector de la seguridad social y casi ninguna del sector privado.

El ajuste de los presupuestos públicos también ha incidido tanto sobre la calidad como sobre la cantidad de servicios prestados, con una oferta que no ha acompañado el crecimiento de la demanda experimentado en las últimas décadas. Asimismo el Estado, como garante de la salud de la población, a través de sus organismos correspondiente en cada uno de los niveles jurisdiccionales, parece haber resignado su rol de rectoría, incapaz de conducir eficazmente el sistema, que comprende actores públicos y privados.

b) El Sistema de Seguridad Social que, calificado sobre la base de los aportes obligatorios de empleados y empleadores, financia los servicios de salud de los trabajadores en relación de dependencia y de sus grupos familiares inmediatos. Como consecuencia de la caída del poder adquisitivo

de la población empleada, la alta tasa de desempleo y la disminución del aporte patronal, la capacidad de esta fuente de financiamiento ha decrecido, resultando afectadas la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos a la misma.

c) El subsector privado, compuesto por los profesionales y/o instituciones que prestan servicios independientes a personas particulares con capacidad de pago o a los afiliados a las Empresas de Medicina Prepaga, cuyos planes de cobertura son definidos según esquemas de riesgo actuarial. Este sistema agrupa actualmente a alrededor de 3. 200.000 de personas, y está orientado hacia la captación de la población de ingresos medios y altos, lo cual ha atraído a capitales internacionales cuyo incentivo es la maximización del lucro en un segmento de negocio con altas perspectivas de rentabilidad. Sin embargo, dada la crisis que ha vivido el sector en el último lustro, dichos capitales han migrado hacia otros mercados más rentísticos. Las perspectivas de rentabilidad disminuyeron con la obligatoriedad de cumplimiento del Programa Médico Obligatorio el cual, por las prácticas que obliga a cubrir, no garantiza los márgenes de ganancias que dichos capitales esperaban obtener (Banco Mundial. 2002)

El funcionamiento de los tres subsectores refleja un alto grado de fragmentación, que atenta contra el uso eficiente de los recursos y el logro de aceptables niveles de equidad en su cobertura, problema que ha sido un tema recurrente en los análisis acerca de la políticas sanitarias en Argentina (Vassallo; Báscolo. 2001).

Asimismo, cada uno de tales subsectores presenta elevados niveles de fragmentación hacia el interior de los mismos. El subsector público presenta una división según jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) entre las cuales no existe el suficiente grado de coordinación y articulación. El subsector de la seguridad social está compuesto por un alto número de instituciones heterogéneas en término de la población que agrupan, el monto de la contribución financiera por afiliado y la cobertura prestacional que brindan, incluyéndose Obras Sociales sindicales, Obras Sociales provinciales, Obras Sociales del Personal de Dirección, Obras Sociales de las Fuerzas Armadas, del personal de Seguridad o bien del Poder Judicial. El subsector de aseguramiento privado, como veremos más adelante, está conformado por un conjunto de organizaciones prestadoras y aseguradoras cuyas características se presentan como altamente heterogéneas, razón por la cual resulta tan difícil efectuar una acción regulatoria sobre los mismos.

La creación y expansión de las Obras Sociales no eliminó el hecho de que la población asegurada continuara asistiendo al Hospital público por diversas razones: prestigio institucional, costumbre, atención de patologías no cubiertas por la seguridad social, en especial crónicos, ancianos, infecciosos o de salud mental y en general la atención de emergencias y, en los últimos años, como resultado del pago de bolsillo (copagos, bonos) que se impuso como un mecanismo adicional de financiamiento de la Seguridad Social, así como para desincentivar la demanda de servicios.

Estas prestaciones significaron erogaciones para el presupuesto hospitalario hacia pacientes teóricamente cubiertos por la seguridad social o privada. Ya por entonces resultaba una necesidad el recupero de honorarios por las

prestaciones brindadas a población accidentada y cubierta por los seguros clásicos como los laborales o de tránsito; a los que se añaden luego los provenientes de la seguridad social y, más recientemente, los de entidades de medicina prepaga con fines lucrativos. Esta situación generó un flujo real de recursos desde la población más desprotegida hacia las instituciones del seguro y los efectores privados, consolidando lo que se dio en llamar "*inversión de la Solidaridad*" (Bello. 1975).

Se planteó desde entonces un conflicto de intereses con repercusiones en el plano legal, dado que los fondos del hospital público provienen principalmente de rentas generales y, en tal sentido, a todos los ciudadanos les asiste un derecho de atención sin pago directo, estén o no cubiertos por un sistema alternativo. En este marco, la utilización de esta cobertura en forma voluntaria estaría dentro de sus opciones, sin obligaciones para terceros pagadores.

Asimismo, la constatación de que el Estado efectuaba un subsidio indirecto a los restantes subsectores, que cobraban a sus afiliados por prestaciones no cubiertas cuya demanda impactaba³ finalmente en el Hospital público, condujo a distintas alternativas para lograr el recupero económico de las mismas mediante su cobro a las distintas entidades aseguradoras.

Concurren a este campo otros actores de indudable importancia, tales como las instituciones del gremio profesional que han actuado como intermediarios en la contratación ante las entidades sanatoriales cuyo rasgo predominante ha sido su comportamiento como proveedores de servicios a las Obras Sociales. Una de sus principales banderas gremiales es la reivindicación de la libre elección del paciente y la defensa del Hospital Público como ámbito de investigación, docencia y asistencia para los profesionales del gremio.

La representación corporativa frente a los financiadores ha tenido una larga evolución. Ubicados hacia la década del 50 como empleados de las Obras Sociales, pasaron luego a constituirse en socios que compartían con las mismas el riesgo financiero de la atención a los afiliados hasta que se organizaron más recientemente como financiadores y prestadores directos de salud a través de la creación de entidades prepagas de tipo gremial. Las recientes medidas adoptadas en el plano legislativo hacia principio de los '90 han debilitado la posición de este grupo, dado que se le ha restado el rol de intermediario para la contratación de la fuerza de trabajo profesional ante las organizaciones responsables del aseguramiento.

Las organizaciones que representan los intereses empresariales de las empresas de seguro privado. Las prepagas pertenecientes a establecimientos asistenciales privados y los hospitales de comunidades extranjeras o confesionales están nucleados en ACAMI, las EMP con fines de lucro (alrededor de 800) están nucleados en ADECRA y los pequeños sanatorios de menos de 30 camas y las EMP formadas por pequeños sanatorios que se nuclean en CAES y suman alrededor de 1200

³ Uno de los contenidos de la reforma ya descrito ha sido la creación del Hospital Público de Autogestión (en la actualidad denominado Hospital Público de Gestión Descentralizada) consistió básicamente en otorgar la plataforma normativa que permitiera la recuperación de los costos generados por la atención de pacientes provenientes de la seguridad social.

establecimientos, la mayoría de ellos cooperativas de médicos. Sus reivindicaciones fundamentales se centran en la defensa de la libre elección de sus beneficiarios, el incremento de la tecnología médica y la búsqueda de mayor eficiencia administrativa y el crecimiento del sector a partir de la captación de afiliados de las Obras Sociales.

Una mención aparte cabe hacer para las empresas internacionales que han ingresado en la década anterior para competir en el nuevo escenario abierto con el proceso de reforma. La ventaja comparativa de este grupo está representada por su mayor potencia económica, su experiencia en el desarrollo de negocios concebidos según economías de escala, pero su mayor debilidad relativa ha quedado demostrada por su escaso conocimiento del mercado local y la dificultad para operar con coberturas amplias pero con aportes reducidos.

Las entidades de la sociedad civil (ONGs, mutuales, Cooperadoras Hospitalarias, Ligas para la acción sobre ciertas patologías) han tenido históricamente una presencia protagónica en asegurar la atención de la salud de la población con mayores dificultades para el acceso, afirmando con su presencia el valor inalienable del derecho a la salud. Agrupadas más recientemente en los foros que nuclean a las instituciones del Tercer Sector o el Sector Social y organizadas a su vez en Asociaciones o Federaciones con mayor cobertura territorial y complejidad organizativa, se han convertido en interlocutores insoslayables para la formulación e implementación de políticas públicas en salud.

Entre los proveedores de insumo o tecnología con creciente influencia sobre la orientación del modelo de atención se halla la industria farmacéutica, que participa con la mayor proporción del gasto sanitario.

Los Organismos Multilaterales de Crédito (Banco Mundial, BID) y los Organismos Sanitarios Internacionales (OPS; OMS) conforman otro actor de indudable importancia, por la influencia que han tenido en la formulación y orientación de las políticas sanitarias en la última década.

Finalmente, las agencias reguladoras y entes de rectoría, entre los cuales cabe reconocer, además de los Organismos Públicos, a los colegios profesionales que se ocupan de la autorregulación de sus prácticas y las agencias privadas que ejercen auditoría y acreditación de instituciones proveedoras de servicios.

Dos aspectos fundamentales permiten evaluar el diferente rol que juegan los distintos subsectores y/o jurisdicciones: la composición del gasto y el nivel de cobertura.

En relación con el gasto, se advierte cómo el gasto recae de manera importante en el subsector privado de atención, advirtiéndose a la vez que aproximadamente el 30% del mismo es gasto privado de bolsillo, aún cuando no contribuye de idéntica forma en el aseguramiento de la población.

Si se observa en el cuadro 1, el gasto sanitario de la administración pública nacional se ha ido reduciendo hasta conformar aproximadamente un 13 % del gasto total. Este reducido monto puede ilustrarnos acerca del débil

vínculo de apoyo a las provincias, que se completa con la ausencia de mecanismos formulados e implementados desde el nivel nacional tendientes a garantizar la equidad en un proceso tan complejo como es la propia descentralización de las áreas sociales.

Cuadro Nro. 1: Gasto público en atención público de salud según distintos niveles de gobierno. Años 1980 a 1997 (en millones de pesos) y % del Gasto público total del sector social.

Año	Nación		Provincias		Municipios		Total
	\$	%	\$	%	\$	%	
1980	649	20,86	2.143	68,9	319	10,3	3.111
1981	543	15,38	2.445	73,8	327	9,9	3.315
1982	356	16,14	1.647	74,7	203	9,2	2.206
1983	476	18,83	1.795	71,0	257	10,2	2.528
1984	470	15,16	2.358	76,1	272	8,8	3.100
1985	332	11,49	2.169	74,9	393	13,6	2.889
1986	552	15,74	2.509	71,6	447	12,7	3.508
1987	750	20,31	2.450	66,8	493	13,3	3.693
1988	637	19,89	2.168	67,7	397	12,4	3.202
1989	573	20,99	1.826	66,8	331	12,1	2.730
1990	507	17,50	1.978	68,3	412	14,2	2.897
1991	500	14,30	2.763	70,5	533	15,2	3.496
1992	388	9,03	3.301	76,8	608	14,1	4.297
1993	504	10,39	3.653	75,3	693	14,3	4.850
1994	729	13,55	3.841	71,4	809	15,8	5.381
1995	629	12,56	3.591	71,7	788	15,7	5.008
1996	649	12,88	3.555	70,5	689	16,7	5.037
1997	720	13,68	3.700	70,0	742	16,3	5.263

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social. Secretaría de Programación Económica y Regional.

En términos de cobertura, se observa cómo más de la mitad de la población está cubierta por un sistema de seguro de índole semipúblico o privado (ver Cuadro 2), pero dichos niveles de cobertura no se corresponden con el porcentaje de gasto público en salud correspondiente a cada uno de los subsectores (ver Cuadro 3), y en donde se advierte asimismo el importante peso que tiene el gasto privado de bolsillo.

Cuadro Nº 2 : Estimación de la cobertura del Sistema de Salud según Subsector. Año 1999 (%)

Condición	Millones de habitantes	(%)
Con cobertura de seguro de salud (OS o prepaga)	22.8	62.3
Con cobertura de Hospital Público	13.7	37.6
TOTAL	36.6	100
Obra Social	18.4	50.2
Mutual o Prepaga	2.9	7.9
Obra Social y Prepaga	1.5	4.2
Sólo Hospital Público	13.7	37.6

Fuente: Tobar, F. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y Sociedad. 2000.

Cuadro Nº 3 : Gasto en Salud por subsector. República Argentina. Año 2000.

Sector	Gasto En millones de \$	Porcentaje	Población	Gasto Per Capita
Público	5.043	22,8	14.000.000	\$ 420
OOSS (ANSSAL y otras)	3.686	16,7	9.150.000	\$ 402
OOSS provinciales	1.809	8,0	5.500.000	\$ 330
INSSJyP	2.100	9,5	3.500.000	\$ 600
Seguros Privados	2.600	11,7	3.500.000	\$ 866
Gasto de Bolsillo	6.800	30,8	35.400.000	\$ 194
Total	22.038	100	35.400.000	\$ 631

Fuente: Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana. Universidad de San Andrés. 2002.

Finalmente, cabe señalar dos tendencias que se han ido planteando en el transcurso de los años `90 al calor de la crisis económico-financiera: a) Disminución de la pertenencia de la población a prepagos privados de salud, ya sea por pérdida del empleo o por no mantener las cuotas de afiliación al día; b) El incremento de individuos y/o familias que al perder su relación de dependencia se separan de la cobertura de las Obras Sociales.

Tal como se observa en el cuadro 4, las pautas de utilización de servicios en el área metropolitana según condición y tipo de afiliación a alguno de los subsectores del sistema de atención indica que la utilización de servicios resulta bastante semejante, independientemente que se trate de afiliados a Obras Sociales o a prepagos, mientras que la no afiliación se vincula mayormente a consultas al médico en menores proporciones, así como refleja un mayor porcentaje de consumidores de medicamentos.

Cuadro N° 4 : Utilización de servicios de salud según condición y tipo de afiliación al sistema de atención de la salud. Area Metropolitana. Año 2001.

Utilización	Condición y tipo de afiliación							
	Afiliada a						No afiliada	
	Sólo Obra Social		Sólo Prepago		Otros sistemas y combinaciones			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consultantes al médico	1447821	22,5	447962	23,2	151291	21,3	564511	16,4
Consultantes al dentista	564832	8,8	171768	8,9	103491	14,6	284322	8,3
Consultantes a otros profesionales	384240	6,0	172951	8,9	50203	7,1	162156	4,7
Consumidores de medicamentos	2679997	41,6	801324	41,4	316409	44,6	1948000	56,7
Usuarios de estudios y tratamientos	995630	15,4	253458	13,1	68132	9,6	345521	10,1
Internados en el último año	374878	5,8	86886	4,5	19316	2,7	130988	3,8
Total	6447339	100%	1934349		708842	100	3435497	100

Fuente: Ministerio de Salud. Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria. Encuesta sobre utilización y gasto de servicios de salud. Area Metropolitana. Año 2001.

2.2. SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

2.2.1. Origen y expansión

Los seguros privados de afiliación voluntaria surgieron en Argentina a principios del siglo XX, y sus antecedentes pueden situarse en las mutuales de comunidad de base solidaria o en las mutualidades agrupadas por oficio o rama laboral que atravesaron el período colonial y los albores de la constitución de la República. Tales seguros captaban aquella franja de la población representada por los sectores no asegurados formalmente o bien aquellos de mayores ingresos, instrumentando un sistema de abonos voluntarios que originalmente cubrían atención médica, atención fúnebre y consumo de medicamentos.

Los profundos cambios sociales, epidemiológicos, demográficos y tecnológicos que atravesaron la posguerra produjeron un fuerte impacto sobre las formas de aseguramiento, que trajo como consecuencia el aumento de la cobertura por la Seguridad Social y el avance de formas de aseguramiento propiciadas desde el sector privado.

La financiación de las necesidades de un grupo poblacional a partir del pago de una cuota anticipada, periódica y uniforme representa la primera etapa en el desarrollo de las organizaciones aseguradoras que hoy se reconocen bajo el término de prepagas. Entre otros aspectos, estos sectores deseaban mantener la relación médico-paciente bajo el estilo del subsector privado, pero financiando el costo de los servicios a través de un pago periódico, fijo y conocido. Ante el avance tecnológico, también resultaba necesario acotar los riesgos de gastos en cirugías o enfermedades prolongadas que hasta entonces no se conocían, recibiendo los servicios de distintos efectores en forma coordinada. La medicina prepaga funcionaba básicamente como un sistema de cobertura de internación en sanatorios de alto nivel por tiempo limitado, y el acceso a consulta médica con un grupo de médicos consultores, la mayoría profesores universitarios a valores accesibles. En dicha época, para un paciente el costo de una cuota de cobertura médica equivalía aproximadamente al costo de una consulta privada.

En su génesis se advierte la iniciativa de grupos profesionales y hospitales privados, quienes advirtieron la necesidad de mantener su cartera de pacientes frente a transformaciones que la ponían en riesgo, tales como la plétora profesional, la extensión de cobertura semipública y/o el incremento de los costos por la incorporación de tecnología más sofisticada y compleja. Al mismo tiempo surge la iniciativa de parte de la conducción de sanatorios privados, que ante la capacidad ociosa de sus instalaciones promueven la creación de prepagos sanatoriales, tales como el Centro Médico Pueyrredón, el Sanatorio Metropolitano o la Policlínica Privada (Ahuad, A. et al. 1999)

Las primeras empresas de medicina prepaga propiamente dicha inician sus actividades en la década del 60, hallando un hito importante con la creación de AMSA (Asistencia Médica Social Argentina), que implementa un sistema cerrado en el que se oferta una cartilla de profesionales con atención en sus consultorios particulares, estudios de diagnóstico y/o tratamiento en distintos institutos especializados o bien en sanatorios ubicados en un área geográfica próxima a la residencia del afiliado.

El área geográfica abarcó inicialmente la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, luego se fue extendiendo a ciudades como Rosario, Córdoba y Tucumán, tendiendo a la conformación de redes prestacionales. La constitución de un aseguramiento que rigiera para la totalidad del país se dio con dificultades dada la oposición de los Colegios Médicos, Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, acostumbradas a fijar por sí mismas los aranceles, pero se consolida finalmente hacia mitad de la década del 60, con la creación del Centro Médico del Sur (CEMES).

Aunque seguirán siendo un sector marginal continúan su expansión por los resquicios del sistema: *"Las empresas de pre-pago, tanto gremiales como privadas, se afirman en los límites del sistema y en las múltiples lagunas que progresivamente se van ampliando en su mismo interior. La población de mayores ingresos, los sectores medios insatisfechos con los servicios ofrecidos por las instituciones de afiliación obligatoria, proporcionan un*

cierto caudal financiero que permite a las empresas afirmar algunas bases de sustentación en el mercado" (Belmartino y Bloch, 1993).

La amenaza que representaba el sector de la medicina prepaga para el gremialismo médico hacia los años sesenta se ve reflejado en la posición adoptada por uno de los dirigentes médicos más destacados de la época, el Dr. Bernardo Kandel, quien durante las Jornadas Médico Gremiales realizadas en la ciudad de Paraná a mediados de 1960 expresaba: "*Muchos peligros nos amenazan. Los que se ciernen en el frente externo distraen la atención de otros inmediatos que surgen a diario en el frente interno médico. Por estos últimos tiempos, aprovechando el interés del público por la mutualización o pago adelantado de asistencia médica, llámese Seguro, están surgiendo una cantidad de pseudo organizaciones médicas que se dedican a hacer abonos, contratos con sindicatos, se introducen en las industrias, desarrollan impresionantes campañas de promoción, reparten comisiones suculentas, todo ello destinado a conquistar afiliados. Hojeando los prospectos, leyendo los anuncios, o escuchándolos por radio o televisión, asombra todo lo que se brinda. Nada queda fuera de las posibilidades. Las tres medicinas: preventiva, curativa, reparadora, la atención esmerada de los accidentados de trabajo, el control del ausentismo, en fin, las llaves del paraíso" (Belmartino y Bloch, 1993).*

La referencia al frente interno da cuenta de la puja entre los profesionales agremiados (práctica liberal de la profesión) y los no agremiados (organizando grupos médicos) por el control del mercado de servicios de salud. La defensa de formas más tradicionales de ejercicio profesional (el médico en su consultorio, estableciendo relaciones personales con sus pacientes, libre de trabas burocráticas y de regulaciones) fue motorizada por las mismas amenazas que el gremio médico percibía durante los años 30: la mercantilización de la medicina, el *industrialismo médico*⁴, el riesgo de proletarización y, fundamentalmente, la necesidad de mantener el oligopolio de la oferta de servicios que tan costosamente el gremio fue consolidando.

Durante esta década continúa la expansión del sistema de Obras Sociales como fruto de las políticas de pleno empleo y el fortalecimiento del aparato sindical que administra los cuantiosos fondos que provienen de aportes de trabajadores y empleadores. Se produce la creación, durante la década del 70, de las primeras obras sociales para el personal de dirección, que compiten sobre un segmento poblacional similar al que se dirigían las primeras entidades de medicina prepaga, razón por la cual estas comienzan a focalizarse sobre las capas medias no cubiertas o insatisfechas por los servicios brindados a través de la Obra Social.

⁴ Algunos autores (Belmartino/Bloch) utilizan esta expresión para designar el fenómeno por el cual cambian las condiciones de trabajo para los profesionales de la medicina, pasando algunos de ellos a ser gerentes y/o propietarios de empresas de salud y, en su contracara, aquellos que no pudiendo realizar este salto conservan su práctica profesional pero ya no en las condiciones tradicionales conocidas como el ejercicio liberal de la profesión, sino sometidos a un entramado de normativas y estandarizaciones institucionales.

Hacia mediados de la década del 60 se forma la Cámara de Instituciones de Medicina Prepaga (CIMAP). La mayoría de las instituciones que allí se nuclearon estaban organizadas por profesionales que incorporaron a su práctica específica los métodos y procedimientos administrativos y organizativos de la actividad empresarial con la finalidad de lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos atento al impacto en los costos del desarrollo de la tecnología médica. La eficiencia en la administración permitiría dar cobertura a vastos sectores de la población que no tenían acceso a la medicina privada, con la ventaja de la libre elección del profesional y centro de salud. Se consolida de esta manera la tendencia empresarial y modernizante que imprimen estas organizaciones que van consolidando cada vez mayores niveles de integración y vinculación con el aparato estatal.

Como resultado de su dinámica de funcionamiento, caracterizada por la diferenciación de producto, la segmentación de nichos de mercado no cubiertos por los restantes sistemas de atención, este subsector fue ampliando progresivamente su dotación tecnológica y su capacidad operativa desde fines de los años 70 e inicios de la década del 80.

Hacia comienzos de la década del 70 dicha Cámara se transforma en CIMARA, con la inclusión de sanatorios, clínicas e institutos de diagnóstico y en 1981 se constituye ADEMP (Asociación de Entidades de Medicina Prepaga) quién reúne a las empresas que carecen de capacidad instalada propia (recursos humanos, edilicios y tecnológicos) y, más recientemente se forma la Cámara de Pequeñas y Medianas Empresas de Medicina Prepaga (CAPYMEP), que nuclea a un sector no representado en las anteriores agrupaciones.

Actualmente tanto CIMARA, (integrada por empresas con capacidad instalada), como ADEMP fueron integrando su representación del sector diluyéndose la diferencia marcada al punto de que algunas empresas reconocen una doble afiliación a ambas cámaras. Del total de empresas 57 están afiliadas a ADEMP, 16 a CIMARA, 8 a ambas cámaras y 188 no tienen afiliación.

Con el tiempo fueron cobrando una mayor presencia pública y actuando como grupo de presión, lo cual queda reflejado a través de la intensiva presencia en los medios masivos de sus referentes⁵.

La competencia creciente y la reducción del mercado potencial llevaron a las empresas a trabajar fuertemente en la reducción de costos a fin de lograr coberturas de menor precio para acceder a una mayor franja de población. Muchas de las empresas del sector que inicialmente realizaban servicios de aseguramiento, con el correr del tiempo desarrollaron capacidad instalada

⁵ En un artículo periodístico de 1996 publicado por el Diario Clarín se señala que representantes de las cámaras estuvieron reunidos en el Ministerio de Salud para tratar la regulación de las prepagas. Uno de los objetivos del sector es coincidente con los lineamientos del Banco Mundial con relación a manejar en un futuro fondos públicos al poder ofrecer cobertura a los afiliados a la Seguridad Social.

propia, tales como centros médicos, laboratorios y sanatorios. Se advierten entonces distintas modalidades de integración vertical: promovida por algún sanatorio u hospital de comunidad que ofrece modalidades de aseguramiento para mantener o expandir su clientela, o bien se integra hacia delante, adquiriendo capacidad instalada propia.

Todo ello sumado a las mayores exigencias de los asociados, la mayor capacidad de negociación de las compañías que otorga el capital financiero frente a los prestadores y la caída del nivel de calidad de los servicios en los Hospitales Públicos y Obras Sociales hicieron que las empresas de medicina prepaga fueran incorporando nuevos servicios a sus planes de cobertura, entre los cuales cabe citar los descuentos en la compra de medicamentos, los servicios de urgencias domiciliarias y la cobertura de salud bucodental y mental.

Con el tiempo también fue creciendo el tamaño de las cartillas de prestadores y disminuyendo los tiempos de espera para acceder a los servicios, así como las limitaciones y exclusiones de cobertura. Finalmente, en los últimos años, fue la competencia entre las propias empresas la que desencadenó una explosión en la oferta de servicios, que incluían desde cobertura de asistencia al viajero hasta servicios de sepelio, acceso a clubes deportivos o asistencia legal.

2.2.2. Los años `80 y `90: el crecimiento acelerado

Hasta la década de los 80 la tendencia predominante en el funcionamiento de estas entidades era brindar cobertura paralelamente al sistema de Obras Sociales a través de planes complementarios. Así, por ejemplo, creció una gran cantidad de pequeñas empresas dedicadas exclusivamente a brindar servicios de ambulancias, atención de emergencias a domicilio y traslado a los centros de salud.

En los últimos años, el sector ha adquirido singular trascendencia y expansión en relación con los cambios en las formas de organización y financiación de la atención de la salud. La tendencia de crecimiento lento en cuanto a cobertura poblacional sufrió una reversión en los últimos 10 años, como resultado de un conjunto de fenómenos que impactan sobre la situación social: precarización laboral y disminución de los niveles de cobertura provistos por el sistema de seguridad social, reducción en los aportes de empleadores y trabajadores formales, envejecimiento poblacional, aumento del desempleo, desfinanciamiento del sector público.

Ante este escenario, las EMP se constituyen entonces como alternativa de cobertura prestacional para quienes no disponen de ella, o bien en directa competencia con la población asegurada en el sistema de Obras Sociales.

El perfil de las organizaciones dedicadas a brindar aseguramiento en atención de la salud varía notoriamente en los últimos años, e incorpora una filosofía de corte empresarial, con altas demandas de calificación en los niveles gerenciales, un fuerte impulso a las áreas financieras o de aquellas vinculadas con la comercialización o el marketing.

La cantidad de usuarios y los recursos movilizados por los sistemas de prepagos con administración privada aumenta abruptamente posicionándose como una competencia para las obras sociales del personal de dirección de empresas y los prepagos gremiales, ya que tal ampliación se produjo por los esfuerzos de captación de los sectores con mayores ingresos.

Además, las empresas también acusan el impacto del proceso de globalización y desregulación económica, favorecida por las tendencias económicas planteadas a nivel internacional e ingresan a un proceso creciente de transnacionalización de la economía.

2.2.3. Los años 90 : crisis económico-financiera y emergencia sanitaria

Hasta entrada la década del '70 y, posteriormente con la rentabilidad financiera producto de la inflación de los años '80, estas entidades pudieron ser gerenciadas sin mayores problemas.

La expansión de las empresas en las últimas dos décadas queda claramente de manifiesto al analizar su evolución histórica:

Cuadro Nº 4: Evolución de Empresas por Décadas. Datos Generales. Período 1907-1997.

Nº Empresas	Década	(%)
13	1907/1960	6.13%
18	1961/1970	8.49%
29	1971/1980	13.58%
58	1981/1990	27.36%
94	1991/1997	44.34%
212		100.00%

Fuente: ADEMP. En base a 212 empresas en las que se notificó fehacientemente la fecha de su creación.

Asimismo, en plena explosión tecnológica, la incorporación de prácticas y medicamentos así como la detección de nuevas enfermedades, complejizaron el gerenciamiento. Es necesario destacar que a medida que el sector fue incorporando tecnologías de reciente aparición, la inflación manifestaba un crecimiento progresivo que permitía financiar el encarecimiento que año tras año se producía en las prestaciones médicas como producto de esas innovaciones. Se le cobraba por adelantado al paciente y se pagaba las prestaciones a plazo, de modo que la inflación licuaba en parte las deudas de las entidades prepagas. La referida rentabilidad financiera, como actividad marginal de los fondos acumulados para asistencia de la salud, volcaba recursos adicionales que minimizaban los errores de gerenciamiento.

A partir de 1992, el Gobierno implementó un Plan de Convertibilidad Monetaria para terminar con la inflación. Con ello se acabó con la rentabilidad financiera extraordinaria obligando a las EMP a trabajar sobre los costos de la atención médica a fin de maximizar la rentabilidad operativa *genuina* de la actividad. Hubo entidades que se adelantaron a los tiempos y modificaron su operatoria, y son las que hoy se encuentran mejor posicionadas.

Las condiciones económicas de excesiva fragmentación, atomización y operatividad en reducida escala llevaron a que se comenzaran a recrear en el escenario local formas institucionales que, generando su propia superación, permitieran establecer condiciones adecuadas a su posterior asociación con capitales extranjeros (Tafari. 2001). En la determinación de esta inviabilidad económica concurren diversos factores, entre los cuales cabe citar también la lentitud para adaptarse a las nuevas reglas del mercado globalizado, las escasas innovaciones planteadas en el gerenciamiento o, más claro aún, la ausencia de un adecuado cálculo y evaluación de los costos que insumía el proceso de atención.

Otro error sustancial fue la falta de visión de las EMP argentinas en cuanto a tratar de crecer a través de alianzas estratégicas, fusiones o adquisiciones, tal como el fenómeno se venía manifestando a nivel internacional. De esta forma podrían afrontar más exitosamente el nuevo contexto de competitividad que estaban creando los grandes operadores, tanto nacionales como extranjeros.

Por entonces, diversos operadores internacionales adquieren empresas del sector y empresas extranjeras con probada trayectoria en la actividad ingresan directamente al mercado de la medicina prepaga en nuestro país.

La mayoría de los bancos que participaban del negocio de las Administradoras de Fondos de Jubilación y Pensión y las compañías de seguros pronosticaban que con el nuevo esquema la Argentina no tardaría en acoplarse a la tendencia mundial de asociación de bancos, compañías de seguros y empresas de medicina prepaga, y es por ello que ingresan grupos previsionales o compañías de seguros que diversifican sus servicios y se incorporaban al área salud.

Todos estos grupos financieros pusieron sus expectativas en un futuro mercado de seguros de salud a partir de la desregulación total de las obras sociales. Existieron entonces inversiones volcadas hacia la generación de nuevas empresas, pero sin resultados halagüeños. En su mayoría, se optó por la adquisición de entidades ya existentes, pero sus resultados resultaron muy dispares de acuerdo al saneamiento financiero y al prestigio con que contaban las empresas transferidas.

Sin embargo finalizada la década de los 90 la experiencia de estos grupos no se reflejaba como muy alentadora, tal es el caso por ejemplo de empresas como el Excel Group o The Principal Group, lo que produjo como resultado un retiro gradual de los capitales invertidos. Asimismo, la fusión con bancos y compañías de seguro no terminó de cristalizarse como una tendencia predominante.

De todas formas, en los últimos seis años las fusiones y adquisiciones de empresas modificaron el mosaico existente en el sector privado de la salud (Ver Cuadro 5), consolidando así grandes grupos oligopólicos.

Cuadro Nº 5 : Fusiones y adquisiciones de entidades de medicina prepaga. República Argentina. 1994-2003.

Comprador	Año	País	Entidad	Nombre actual
Interclínicas	1994	Chile	Ceprimed-Mediplan	Ceprimed
Grupo Exxel	1995	Fondo de Inversión	Galeno-Life-TIM	SPM
Omaja	1996	Argentina	Top Family	Omaja
Swiss Medical	1997	Argentina	CIM-Salud-Diagnos-Optar	Swiss Medial
Colmena Golden Cross Vida 3	1997	Chile	Clínica Olivos-Clio	Cl.Olivos-Clio
HSBC	1997	Inglaterra	Docthos	Doctos
Acción Médica Internacional	1997	Argentina	C.M. Buenos Ayres; AMPRI	Acción Médica Internacional
Grupo Colombiano	1997	Colombia	Club Sanitas	Club Sanitas
Club Sanitas	1997	Colombia	Nubial	Sanitas - Nubial
Adeslas	1998	España	C.M.Sta Fe- CMS Isabel-Omaja- Top Family	Adeslas
Medical 's	1999	Argentina	Minerva Programas de Salud	
Aetna	1999	E.E.U.U.	AMSA	AMSA

BBV	1999	España	Adeslas	Adeslas
Samed	1999	Argentina	Ceprimed-Mediplan	Ceprimed
ING	2000	Holanda	AMSA – AETNA	AMSA
Swiss Medical Group	2000	Argentina	Sanitas Nubial	Swiss Medical Group
Swiss Medical Group	2000	Argentina	Medicien	Swiss Medical Group
Medical 's	2000	Argentina	Amil	Medical 's
SIS (Servicios Integrales de Salud)	2001	Argentina	SPM	SPM
SPM (Servicios Integrales de Salud)	2001	Argentina	AMSA	AMSA
Swiss Medical Group	2001	Argentina	Qualitas	Qualitas
Swiss Medical Group	2003	Argentina	Docthos	Doctos

FUENTE: Giordano, P. (1999) Seguros privados de atención médica. En: *Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud*. Medicina y Sociedad-CEMIC. Buenos Aires.

La alta conflictividad y fragmentación del campo de la salud se ha puesto de manifiesto recientemente, en la medida que la escasez de recursos ha agudizado la puja distributiva sectorial y se han hecho más evidentes los problemas de iniquidad que afectan la respuesta sectorial.

El desencadenamiento de la crisis ha agudizado los problemas financieros de los aseguradores privados, amenazados a su vez por el aumento abrupto del costo de las prestaciones, que condujo a un atraso en el pago de servicios a su red de prestadores y una reducción en sus tasas de afiliación por deserción o migración de los usuarios hacia planes más económicos o bien hacia otros subsectores (Seguridad Social). De acuerdo a datos recientes informados por organismos internacionales como el Banco Mundial o las propias cámaras de medicina prepaga (Bello, J; Mera, J. 2003), entre Octubre de 2001 y junio de 2002 la cobertura de la población cayó entre un 8 y un 12%, y las deudas acumuladas con prestadores privados previamente a la caída de la convertibilidad superaban los U\$S 2.000 millones. Esta situación tuvo como una de sus mayores consecuencias el aumento de la demanda al Hospital público de la población cubierta por este sistema.

En síntesis, la crisis económico-financiera del sector ha conducido hacia la concentración y oligopolización de la oferta de servicios. Esta tendencia, sumada al ingreso de capitales extranjeros y a la incorporación de agentes financieros (Bancos, AFJPs) cuya racionalidad está más centrada en la obtención de una rentabilidad económica con economías de escala, puede profundizar la tendencia hacia la segmentación de las coberturas y así profundizar aún más la inequidad del sistema de atención.

He aquí el pronóstico descrito hacia el final de la década por un analista del sector: *"Al subsector le esperan fuertes regulaciones (exigencias de capital mínimo, reservas técnico-siniestral, límites de endeudamiento y coberturas mínimas) razón por la cual cabe esperar una fuerte concentración, fusiones, ventas de paquetes accionarios, etc.. Exceptuando a AMSA, Medicus, el Grupo Exxel, Swiss Medical Group, Mediplan, Qualitas y Amil, el resto tiene escasas probabilidades de sobrevivir en forma solitaria ante el nuevo contexto"* (Montes.1996).

2.3. EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA: BREVE CARACTERIZACIÓN DE SU ACTIVIDAD

En líneas generales puede caracterizarse a las entidades de medicina prepaga (en adelante EMP) como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. Su nombre se deriva de que los asociados contratan voluntariamente y sin barreras de salida un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica fija. Como contrapartida, la compañía debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada paciente de acuerdo con el tipo de plan contratado. En general no realizan actividades de medicina preventiva, tales como vacunación masiva o controles periódicos a sus usuarios.

Para brindar los servicios ofrecidos las EMP deben contar con una red de prestadores eficientemente seleccionados y administrados. Solamente un 10% de ellas son financiadoras y prestadoras al mismo tiempo, es decir, que cuentan parcial o totalmente con infraestructura hospitalaria y profesional propia. En términos generales, la calidad médica de las prestaciones contratadas es semejante a las que obtienen de los mismos prestadores las obras sociales, diferenciándose fundamentalmente por el confort y las amenidades brindadas.

Cada empresa establece su propio contrato de aseguramiento que define las condiciones de la cobertura, la cuota y los requisitos exigidos. Se caracterizan, en general, por establecer un *período de carencia* inmediatamente posterior a la afiliación en el cual el usuario paga la cuota pero hay ciertos beneficios que no recibe (ej: restricción de atención para mujeres embarazadas).

En líneas generales, la población de afiliados está además cubierta por una Obra Social, generando una situación de "doble cobertura". De acuerdo a estimaciones hechas por la Superintendencia de Servicios de Salud, alrededor de la tercera parte de los afiliados está en situación de poseer doble cobertura.

Hasta el dictado de la Ley 24.754, que obligó a las entidades del seguro a cubrir las prestaciones consignadas en el Programa Médico Obligatorio⁶, éstas brindaban servicios de cobertura que incluían mayor o menor cantidad de prácticas según la dinámica de un conjunto de factores que se detallan a continuación:

- a) La necesidad de los prestadores de incrementar sus montos de facturación.
- b) La necesidad de los usuarios de pagar el precio más bajo por la mayor cantidad de servicios posibles.
- c) La necesidad de las compañías de incrementar sus beneficios aumentando la cantidad de usuarios.
- d) La evolución de los juicios de mala praxis médica.
- e) El desarrollo de la tecnología en salud y de la comunicación y difusión de temas de salud.
- f) La relación con el Estado.
- g) La ampliación del concepto de salud (hábitos de vida sana).
- h) Los cambios en el concepto de enfermedad (su no aceptación y el rechazo a la muerte).
- i) La globalización, que ha llegado al campo de los servicios de salud, manifestado por el ingreso de empresas extranjeras que deciden invertir en el negocio de la salud.

La cuota dineraria mensual es elevada y varía según el grado de cobertura elegido siendo la cuota mínima tres o cuatro veces superior al promedio per cápita que reciben las obras sociales.

⁶ El Programa Médico Obligatorio (PMO), aprobado por Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, establece un conjunto de prácticas y servicios de cobertura obligatoria para las Obras Sociales. Y, a partir del dictado de la Ley 24754, también lo son para las prepagas. Los antecedentes se pueden encontrar en los lineamientos de los organismos internacionales respecto de la necesidad de definir paquetes de prestaciones básicas. Muchos opinan que el PMO argentino ya no son prestaciones básicas sino que incluye prácticamente todas las prestaciones posibles. En la actualidad este paquete básico está siendo redefinido por la autoridad competente. Como aspectos específicos este programa contempla el otorgamiento de subsidios a las obras sociales por parte de la ANSSAL para las patologías de baja incidencia y alto costo. Un consecuencia implícita de este programa fue la concentración del subsector de las obras sociales, en tanto que todas aquellas que no estaban (o están) en condiciones de brindarlo a sus beneficiarios debían (o deben) presentar un plan de fusión con otras obras sociales. Este mismo efecto se podría cumplir con las prepagas, dada la proliferación en los últimos tiempos de pequeños emprendimientos.

Los servicios de salud se brindan a través de planes basados en dos modalidades. La **modalidad abierta** permite la libre elección del profesional o centro de atención asegurando la cobertura a través de un sistema de reintegros de los montos pagados por el usuario hasta un determinado tope. En tanto que la **modalidad cerrada** se basa en la contratación por parte de las empresas de un número limitado de prestadores. Dentro de una nómina, llamada cartilla, el asociado puede elegir libremente su profesional o centro de atención.

Por otra parte, excluyen un gran conjunto de prestaciones: no se otorga protección a las patologías preexistentes y las entidades que sí admiten cobran planes con primas de mayor valor que el resto de los usuarios. Hasta hace pocos años atrás, si un usuario cambiaba de EMP debía cumplir nuevamente los períodos de carencia. En la actualidad ello se fue modificando en la práctica y de hecho la mayoría de las EMP contemplan la antigüedad del usuario en el sistema.

En general existen diversas formas a través de las cuales todas las EMP realizan selección de usuarios al momento de su ingreso –procedimiento que puede originar problemas de selección adversa- con el objetivo de minimizar los riesgos económico-financieros.

El modelo de compra de servicios es semejante al de las obras sociales basándose en el pago por prestación. En los últimos años ha variado el mecanismo de pago a raíz del elevado aumento del gasto en salud. Y se ha tendido a transferir parte del riesgo al prestador, acotando así la sobreprestación, a través de otras modalidades de pago como los mecanismos por módulos, capitación, consultas vestidas o integradas, grupos relacionados con diagnósticos, etc.

Las principales características que diferencian al universo de las prepagas son las siguientes:

- a) Según las prestaciones comprendidas en la oferta de servicios, se diferencian en prepagas especializadas e integrales. Las EMP *integrales* ofrecen planes con servicios de salud para todo tipo de problemas y/o patologías. No obstante es necesario aclarar que siempre podrán encontrarse exclusiones o limitaciones aún a expensas de lo que establece el PMO. Las prepagas *especializadas* son aquellas que brindan servicios de una sola especialidad médica, tales como emergencias médicas, odontología, etc., que en general se hallan excluidos por las prepagas integrales.
- b) Se diferencian también por el nivel socio-económico de la población que contrata los servicios cuyos niveles de ingresos van del medio bajo al alto.
- c) En relación con su status jurídico, se incluye a entidades de muy diversa naturaleza jurídica. Por ejemplo, estas organizaciones pueden ser de carácter público o privado, con o sin fines de lucro, pudiéndose mencionar sociedades comerciales de diversa naturaleza (anónimas, de responsabilidad limitada, etc.), Sociedades Cooperativas y

Mutuales, Hospitales Privados, Fundaciones legalmente reconocidas, Asociaciones y Colegios de Profesionales e incluso Obras Sociales a través de sus planes de adhesión voluntaria. Algunas son servicios adicionales brindados por las obras sociales a la población general y otras son emprendimientos comerciales autónomos.

- d) En el último período, y en el marco del proceso desregulatorio, diversas prepagas han comenzado a actuar como redes gerenciadoras y prestadoras que intermedian entre las Obras Sociales y los beneficiarios. Las Obras Sociales delegan a las prepagas la responsabilidad de la asistencia médica del total o una parte de sus beneficiarios bajo una forma capitada.
- e) Finalmente en lo que hace a los objetivos de inversión se pueden encontrar tres grandes grupos de entidades:
- Las empresas de medicina prepaga de larga trayectoria en el sector, que operan en las grandes capitales del país, cuyos usuarios se ubican en el segmento de nivel económico medio-alto y alto. El encarecimiento de los costos de la atención médica por la utilización de tecnología de última generación hizo que esos segmentos de población ya no pudieran acceder a la medicina privada bajo la forma de pago de bolsillo. De allí que estas entidades ocuparan, en su momento un importante nicho de mercado;
 - Los grandes grupos económicos, con capitales internacionales, están comenzando a invertir en el sector a partir de la promesa de desregulación total del sistema de obras sociales. Es el caso paradigmático del EXCELL Group que compró empresas de medicina prepaga en funcionamiento (Tim, Galeno-Life, y Vesalio) logrando el segundo puesto en cuanto a la cantidad de afiliados.
 - El tercer grupo lo constituyen empresas de medicina prepaga que, en general, no responden a intereses de inversión en el sector sino que dan respuesta a la sobreoferta de mano obra profesional en el campo de la salud (médicos, bioquímicos, odontólogos, etc.). Trabajan con sectores de bajos ingresos de la población y comenzaron a aparecer en el interior del país aunque actualmente también se pueden encontrar en los grandes centros urbanos.

2.4. COMPOSICION DEL MERCADO

De acuerdo con las fuentes consultadas, no existe información confiable acerca de la cantidad exacta de empresas de medicina prepaga en la actualidad, lo cual expresa claramente la necesidad de efectuar diagnósticos oficiales sobre el sector. Los datos actualmente disponibles han sido aportados por las cámaras empresarias que las agrupan (CIMARA, ADEMP) o bien por consultoras privadas (Towers, Perrin, Marcú, 2001); (Daccordi&Siritto. 2004).

Según estimaciones del Banco Mundial (1995) los seguros privados de afiliación voluntaria ofrecidos por más de 200 empresas que se inscriben en

esta actividad cubrirían a unos 2.3 millones de personas, con un gasto de 1500 millones de pesos. Este informe también afirmaba que el mercado se hallaba para entonces altamente concentrado: las 72 empresas con fines de lucro más importantes absorbían un 70% del mercado, cubrían a 1.740.000 usuarios y declaraban ingresos por 1130 millones de pesos. Además de dichas organizaciones que estaban orientadas a captar sus usuarios entre la población de mayores recursos, existían alrededor de tres mil sociedades de ayuda mutua que cubrían a un millón de usuarios, y cuyo gasto estimado era aproximadamente un tercio del resto de las empresas.

Por su parte, consultores especializados afirmaban que, como consecuencia de fusiones, liquidaciones o cambios de rubros, de las 230 empresas que había en 1992 quedaban alrededor de 138 hacia 1997⁶.

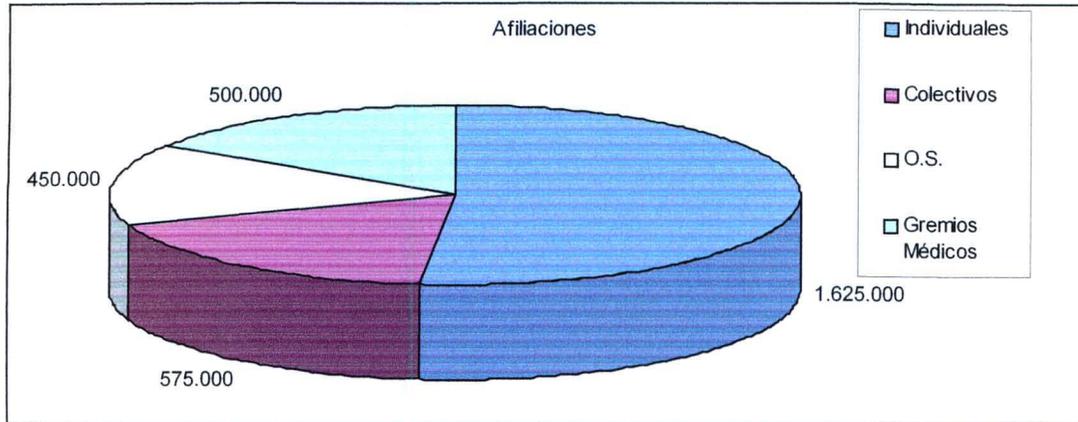
Según datos más recientes, proporcionados por empresas consultadas y por las Cámaras que agrupan a las mismas el sector está conformado⁸ por 272 empresas, mientras que el número de usuarios cubiertos ascendería aproximadamente a 3,2 millones distribuidos de la siguiente forma:

1. Prepagos propiamente dichos: 2.230.000 usuarios de los cuales 1.625.000 corresponden a afiliaciones individuales y 575.000 a planes colectivos.
2. Obras sociales de personal de dirección con sistemas de adherentes: 450.000 usuarios.
3. Prepagos de gremios médicos: 500.000 usuarios.

⁷ Según Informe Asegurador⁷ en 1997 (Nota al pie) se estimaba en unas 200 las entidades del sector con 3.000.000 de usuarios, de los cuales el 60% estaba afiliado en forma individual y el resto a través de acuerdos corporativos. Estos datos se refieren asimismo a prepagos de tipo integral, pero excluye los denominados sistemas de emergencias médicas u otras modalidades parciales. Towers, Perrin, Marcú y Asoc. (Nota al pie) Datos más actualizados indican que existirían alrededor de 200 entidades que cubren aproximadamente a 2.000.000 de personas en nuestro país.

⁸ Y no disponen los autores de datos sobre los prepagos de hospitales de comunidad y planes sanatoriales.

Gráfico Nº 1: Distribución de cobertura según tipo de Entidad.



Fuente: ADEMP. 2003

El diagnóstico, compartido por la mayoría de los expertos consultados, se transcribe textualmente en la siguiente expresión: *"El mercado financiador privado se compone, particularmente en CF y Gran Buenos Aires, por cuotas altísimas, planes rígidos, ausencia de un marco regulatorio, carteras envejecidas, escaso capital propio, precaria gestión, En el interior del país los precios son menores y las prepagas son básicamente institucionales, es decir, fueron creadas por los propios sanatorios privados u hospitales de colectividad; y comparten el diagnóstico descrito"* Montes (1998)

De acuerdo a datos suministrados por ADEMP, la distribución geográfica de las empresas, como se puede observar en el Cuadro 6 no es homogénea. Existe una gran concentración en la ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, con 84 y 74 empresas respectivamente, y sólo algo más de la tercera parte (111) en el resto del país.

Cuadro Nro. 6. Distribución geográfica de las Empresas de Medicina Prepaga. República Argentina. Año 2001.

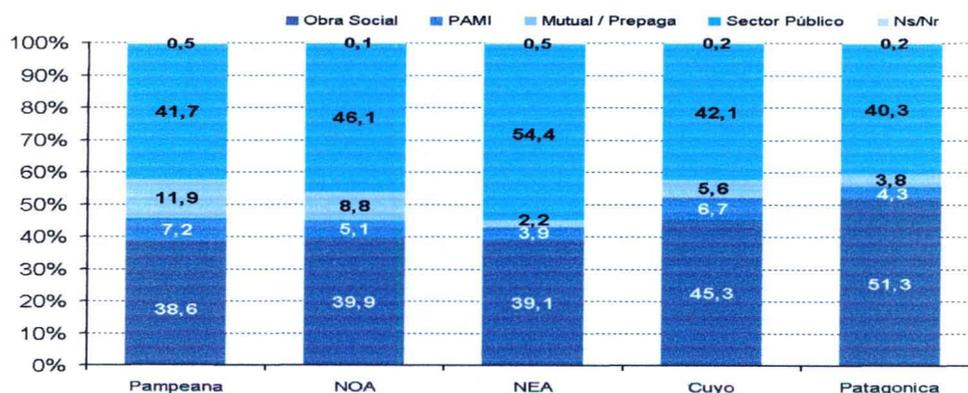
Provincia	Número	%
Capital Federal	84	29,31%
Provincia de Buenos Aires	74	30,69%
Catamarca	1	0,34%
Chaco	1	0,34%
Córdoba	22	7,59%
Formosa	1	0,34%

Jujuy	1	0,34%
La Pampa	1	0,34%
La Rioja	1	0,34%
San Luis	2	0,68%
Santa Cruz	1	0,34%
Santa Fe	31	10,69%
Córdoba	22	7,59%
Mendoza	14	4,83%
Tucumán	11	3,79%
Santiago del Estero	5	1,72%
Chubut	5	1,72%
Salta	5	1,72%
Entre Ríos	3	1,03%
Río Negro	3	1,03%
Corrientes	2	0,68%
Misiones	2	0,68%
Neuquén	2	0,68%
Tierra del Fuego	1	0,34%

FUENTE: ADEMP. 2001

Al analizar la distribución regional del nivel de cobertura de la población a través del sistema de aseguramiento por prepagas, se advierte una mayor concentración en la región pampeana; la zona que exhibe los mayores índices de bienestar económico y concentración poblacional y en la cual se halla comprendida la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico2: Población según Cobertura de Salud por Región del País. Argentina.



Fuente Secretaría de Desarrollo Social. Siempro. 2001

Si efectuamos una estratificación de los prepagos según su nivel de facturación, hallamos el siguiente ranking de entidades:

Cuadro N° 7: Facturación de las diez primeras empresas del mercado de prepagos. Argentina. 2000.

Empresas	Facturación anual (millones de pesos)	Participación sobre el total
Medicus	200	9.6%
SPM	190	9.0%
Swiss Medical (incluye Optar)	128	6.1%
Doctos	120	5.7%
Omint	114	5.4%
Amsa	100	4.8%
CEDIC	34	1.6%
Qualitas	34	1.6%
Medicor	28	1.3%
Omaja	26	1.2%
Otras	1126	53.7%
TOTAL	2100	100%

Fuente: Tobar, F. Economía de la reforma de los seguros de salud. Fundación ISALUD. 2001.

Otro de los aspectos habitualmente apuntados es que las EMP cubren a una población cuyo nivel socioeconómico comprende a los segmentos alto, medio y bajo; y que se distribuyen específicamente entre las principales entidades:

Cuadro 8. Nivel socioeconómico de los usuarios de las principales Empresas de Medicina Prepaga. Año 2000.

PREPAGA	PRECIO/CUOTA	ALTO	MEDIO	BAJO
AMSA	Bajo		X	X
Medicus	Alto	X	X	
Galeno Life	Medio	X	X	

Swiss Medical	Medio	X	X	
Tim	Alto	X	X	
Omint	Alto	X	X	
Doctos	Medio	X	X	
Qualitas	Alto	X		
Diagnos	Medio		X	

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de ADEMP y CIMARA

De acuerdo a una evaluación de las tendencias que plantean los indicadores relativos al mercado de las prepagas, las tendencias más recientes pueden sintetizarse en los siguientes aspectos:

Cuadro Nro.9 : Cantidad de contratos establecidos por las empresas líderes de medicina prepaga con Obras Sociales. Año 1999.

Ranking de Facturación Total	Empresas	Cantidad de contratos con OS
1	Medicus	13
2	SPM	6
3	Swiss Medical	4
4	Docthos	11
5	Omint	5
6	Amsa	18
7	Cemic	5
8	Qualitas	5
9	Medicor	-
10	Omaja	3
	Otras	75
TOTAL		145

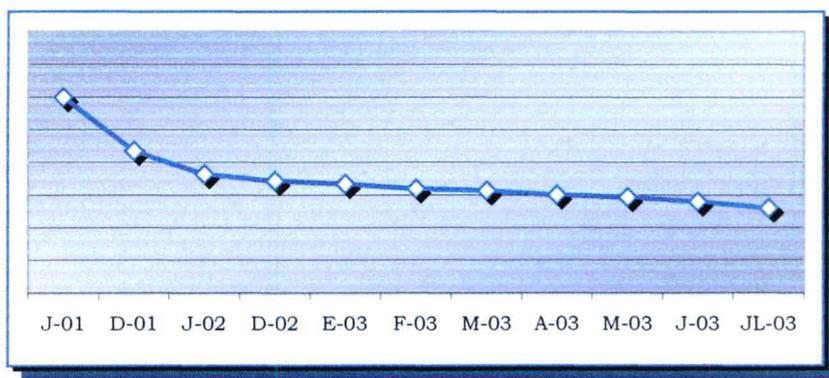
Fuente: Tobar, F. Economía de la reforma de los seguros de salud. Fundación ISALUD. 2001.

Como resultado de las tendencias observadas en las últimas décadas, en la actualidad se observan dos fenómenos:

- a) Una mayor oligopolización del mercado, dadas las recientes fusiones y adquisiciones experimentadas en el sector con la compra de importantes prepagos (Qualitas, Medicien, Docthos y AMSA) a cargo de dos empresas (SPM y Swiss Medical) que hoy concentran aproximadamente el 20 % del total de afiliaciones.
- b) El retiro del mercado de importantes capitales rentísticos extranjeros cuyo objetivo fue la inversión en el sector de la medicina prepaga, dado el escenario planteado luego de la caída de la convertibilidad y la disminución de los valores de las compañías.

Tras la salida de la convertibilidad se produjo una caída pronunciada de las afiliaciones, experimentando un retroceso del orden del 17% en el período que media entre junio de 2001 y junio de 2003. Este fenómeno se complementó con el denominado efecto "cascada", en el cual asociados de las empresas cuyas cuotas eran más elevadas fueron desplazándose hacia las empresas con cuotas resultaban más accesibles.

Gráfico 3: Evolución del nivel de afiliación en las EMP. Julio 2001-Julio 2003



Fuente : ADEMP. Medicina prepaga: diagnóstico de situación y propuestas. 2002

2.5. OPINIÓN Y PARTICIPACION DE LOS USUARIOS

Estas entidades se hallan ante costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. En los últimos años se han multiplicado las quejas de los usuarios y se han iniciado miles de procedimientos judiciales. No existen mecanismos efectivos para proteger a los usuarios, que deberán soportar las consecuencias de un endurecimiento de la competencia. Aunque su estructura flexible permitió al sistema funcionar de manera dinámica en las etapas iniciales de creación de los mercados (como entidades marginales en el interior del sistema de atención médica) podría ahora representar un obstáculo para conservar y desarrollar un mercado más integrado, transparente, competitivo y universal.

Dos son las modalidades más habituales de contratación y relación entre los usuarios y las empresas de medicina prepaga:

- a) De carácter individual, en la cual el afiliado decide contratar una cobertura para sí mismo y su núcleo familiar;
- b) De carácter corporativo, en el cual el aseguramiento lo realizan las empresas o compañías para quienes se encuentren bajo dependencia laboral a la misma.

Estas dos modalidades están asimismo segmentadas en el mercado de las prepagas, hallándose aquellas que tradicionalmente se han volcado hacia el aseguramiento individual (ej: Medicus, Qualitas) o bien aquellas entidades que se han fortalecido en el tipo de aseguramiento corporativo (ej: Docthos).

Tal como se adelantó, en los últimos años los sectores alto y medio-alto han optado casi masivamente por la medicina prepaga en detrimento del pago directo de bolsillo, identificándose esta modalidad tradicional como una de las necesidades *básicas* cuya privación resulta más difícil de aceptar, tal como surge de un estudio realizado sobre utilización y satisfacción acerca de esta clase de servicios (Adamo, G. Schuffer, M y Prece, G. 1994)

Otros aspectos de interés que surgen de dicho estudio son los siguientes: a) La elección de la institución aseguradora en el ámbito familiar es decidida por la mujer, luego de consultar a referentes y amigos; b) El casamiento suele ser la instancia en la que generalmente se elige el prepago, o bien se decide la continuidad con el régimen de aseguramiento previo, y sólo se adopta el del cónyuge en los casos en que éste estuviera asociado a uno de mejor calidad. C) Habitualmente, son las mujeres quienes están más en contacto con el sistema de atención médica, y se muestran más renuentes al cambio cuando ello implica la pérdida de una relación satisfactoria con los equipos profesionales o el médico de confianza.

Existe cada vez más una mayor racionalidad y análisis crítico en relación con la elección del prepago. Los potenciales usuarios toman en cuenta cuestiones puntuales que no fueron satisfechas en el servicio anterior o bien seleccionan planes que permitan un balance entre posibilidades económicas y las necesidades de utilización de servicios.

Los aspectos más frecuentemente evaluados como positivos son: a) Simplicidad en los trámites; b) Disponer de un lugar de referencia para las urgencias; c) Existencia de variados centros de internación de calidad; y d) Orientación adecuada para la utilización de los recursos de atención.

La gran mayoría de las personas entrevistadas aspira estar cubierta en las urgencias y en la internación, sectores considerados críticos para evaluar la oferta de servicios. En las urgencias se prioriza la disponibilidad de un centro donde acudir, con servicios centralizados y una atención rápida y eficiente. En todos los casos la confianza con el médico es fundamental, pero existe un gradiente actitudinal que conduce desde el establecimiento de la confianza exclusivamente en el médico hasta quienes lo hacen en el sistema, siendo los jóvenes quienes confían más en este último. Pese a

todo, la interconsulta privada por fuera del sistema es una práctica habitual entre los asegurados del sector, quienes no encuentran fácilmente habilitados canales institucionales para la recepción de quejas.

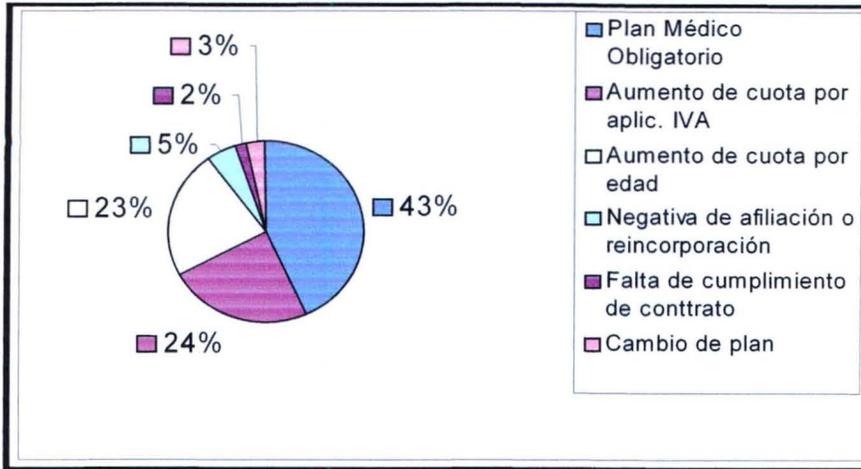
Por último, si bien las EMP no son diferenciadas por los entrevistados según la atención médica, sí lo son en cuanto a una cuestión de imagen. El sector tiene una imagen absolutamente heterogénea que incluye desde empresas de prestigio (cuyas prestaciones no son objeto de cuestionamientos), hasta entidades objetadas frecuentemente por los usuarios, por incumplimiento de sus prestaciones. Todo esto, producto de la falta de regulaciones por parte del Estado sumado a un desarrollo de servicios que se dio por adición de beneficios y no por diseño global, genera múltiples conflictos entre EMP y usuarios.

Esta apreciación coincide a la vez con informes producidos por la Dirección Nacional de Comercio e Interior de la Secretaría de Industria, Comercio y Minería, que *"detectó cláusulas abusivas como las que contemplaban diferencias en el valor de las cuotas para asociados de 65 o más años sin informar parámetros de cálculo, las que eximían de toda obligación a las EMP ante conductas de los prestadores en los planes cerrados, las que imponían intereses por mora en el pago sin información previa acerca de la tasa a aplicar; la imposición de carencias y/o preexistencias y las cláusulas que permitían la rescisión unilateral de contratos..."* (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. 2002). Según la Asociación de Defensa del Consumidor las quejas centrales son por incumplimiento del PMO, por incumplimiento contractual, por falta de cobertura del HIV, de los tratamientos por adicciones, de medicamentos oncológicos, y por el aumento de la cuota a cierta edad. Sugieren que se regulen aspectos jurídicos, económicos, financieros y asistenciales.

Recién a partir del año 1981 la Dirección de Análisis de Precios y la Dirección Nacional de Lealtad Comercial controlan y reciben las denuncias o reclamos a las empresas del sector (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. 2002).

Actualmente, la tendencia mundial posiciona a las organizaciones de defensa del consumidor en un lugar cada vez más importante en relación con la defensa de los derechos del consumidor en general. Prueba de ello es la proliferación de entidades así como la creación, a partir de la reforma constitucional de 1994, de la figura del Ombudsman, entidad que dentro del aparato estatal recibe y viabiliza las denuncias de consumidores, incluidos los usuarios de entidades de medicina prepaga. Todas estas organizaciones vienen reclamando desde hace tiempo algún tipo de regulación sobre la medicina prepaga basándose en las permanentes denuncias que reciben de los usuarios.

Una somera caracterización del porcentaje de los motivos de quejas de los usuarios ante los organismos de defensa del consumidor indica las siguientes razones:



Fuente : Adelco. 2003

En el transcurso del año 2004, y de acuerdo a los reclamos recibidos por Defensa del Consumidor de la Ciudad, se han registrado 449 denuncias por aumento de cuotas, tiempos de espera para acceder a ciertos servicios y restricciones en la atención de enfermedades preexistentes e incumplimiento del PMO. Entre los problemas más comunes que han sido denunciados en relación al incumplimiento del PMO fueron por falta de cobertura de material descartable y de medicamentos durante las internaciones o por falta de cobertura en determinadas prestaciones para bebés que nacen con problemas al momento del parto cuando por ley debería regir una cobertura integral para el recién nacido durante el primer año de vida.

2.6. LOS TEMAS EN DEBATE: MEDICINA PREPAGA Y ESQUEMAS DE ASEGURAMIENTO

2.6.1. Medicina Prepaga y Seguros de Salud

Algunas de las cuestiones fundamentales que se plantean en este punto son las siguientes: ¿Se encuadra la medicina prepaga en el modelo del seguro?. En este sentido, cuál es la diferencia entre las EMP y un seguro tradicional de tipo indemnizatorio? ¿Cuál es su diferencia con las Obras Sociales? ¿Cuál es la diferencia entre las EMP y el modelo de HMO, difundida en los EEUU?

Un primer aspecto que es necesario definir a la hora de diseñar una nueva propuesta normativa acerca de la actividad de las EMP es si las empresas son administradas :

- Bajo el concepto de seguro.
- Bajo el concepto de sistema solidario,
- Bajo el concepto de capitalización y ahorro

Los tres esquemas son argumentos esgrimidos alternativamente según el caso frente a la necesidad de rechazar una normativa que afecte los intereses del sector.

Según el concepto de ahorro y capitalización, las EMP funcionarían con un esquema similar al de los sistemas de retiro, con la diferencia de que la utilización de los fondos se da en el momento en que se produce la enfermedad. Este último es además uno de los fundamentos de la inclusión en los planes de periodos de carencia⁹.

Las EMP estarían comprendidas en el concepto de sistema solidario en la medida que todos aportan por igual para obtener una misma cobertura, de modo que los sanos solventan a los enfermos y los jóvenes a los viejos. *"Al sistema prepago, aportan sus cuotas en forma voluntaria asociados sanos y enfermos, y esos recursos conforman la base económica de la que fluye el dinero para los enfermos y para el pago de las prestaciones de prevención de los sanos. Cuando aquellos enfermos han sido rehabilitados, sus cuotas sirven para la asistencia de nuevos enfermos. Asimismo los montos recaudados por pagos de planes de alto o bajo costo, van indistintamente al mismo fondo común y utilizados para quien lo necesite independientemente del monto aportado y en relación directa con el plan de cobertura contratado".* (Giordano. 1999).¹⁰

Finalmente, aún cuando las EMP no se inscriban estrictamente en el marco de las instituciones aseguradoras, su modalidad contractual está basada en la idea del seguro, dado que a cambio del pago de una cuota mensual cubren el riesgo médico estipulado en el contrato con el usuario.

Las funciones de aseguramiento que se derivan del vínculo institucional entre beneficiarios e instituciones aseguradoras son las siguientes: a) Carácter voluntario de los aportes; b) Fuente de financiamiento basada en el aporte periódico del asegurado; c) Criterios actuariales para el cálculo del monto del financiamiento; e) Cobertura del aseguramiento, con definición de las prestaciones o servicios incluidos en el beneficio.

Un seguro de salud protege a las personas ante la contingencia de la enfermedad mediante el acceso a servicios médicos de diferente naturaleza, basando la prestación en una cuota dineraria cuyo monto se determina a partir de cálculos actuariales realizados sobre índices de riesgo epidemiológico de la población en cuestión.

⁹ El otro fundamento de la inclusión de períodos de carencia es conocido como abuso moral.

¹⁰ Sin embargo, durante las Audiencias Públicas organizadas por el Senado de la Nación a raíz de un proyecto ingresado a la Cámara se ofrecieron argumentaciones contrarias para justificar la solicitud de modificar los artículos donde se las obligaba a incluir todo tipo de prácticas y prestaciones de salud, existentes o a desarrollarse, o bien se eliminaban los períodos de carencia.

De acuerdo con esta concepción tradicional, el riesgo de enfermar debiera tratarse de manera análoga a la cobertura de un siniestro: el usuario paga una prima y en caso de enfermedad la empresa restituye en forma total o parcial el gasto que demanda la atención.

Una de las premisas en las que se basa este enfoque es que la contratación de servicios de salud rara vez se hace frente a la enfermedad, puesto que en estas circunstancias el individuo está debilitado o carece de los recursos necesarios para afrontar una situación a menudo descrita como "catastrófica".

Según esta teoría, para que el riesgo pueda ser asegurable debe presentar ciertas características, tales como estar individualizado, diversificado y ampliamente distribuido. La enfermedad es asumida entonces como un riesgo y los individuos, ante la aversión al riesgo, tienden a adoptar formas compulsivas o voluntarias de seguro.

Dado que no todos los individuos pueden hallarse motivados para contratar un seguro por falta de recursos económicos, escasa información o baja motivación hacia la previsión de riesgos esta situación podría producir efectos sociales negativos, como el incremento en el riesgo colectivo global, lo que demuestra que la decisión individual racional tiene una dimensión pública insoslayable.

Otra de las teorías, de cuño liberal y centrada principalmente en los aspectos económicos que explican el surgimiento de los seguros privados de salud, supone que las demandas sanitarias son potencialmente infinitas y los recursos de que se dispone son finitos. En tal sentido, el Estado no dispondría de la legitimidad suficiente para coartar las iniciativas privadas para actuar en este campo.

En esa regulación aparece como una de las cuestiones centrales la protección de los derechos del usuario, y la intervención del Estado debe estar orientada a garantizar el equilibrio contractual de la relación entre las partes. Es por ello que uno de los temas centrales de discusión en torno a este punto es definir cuál debe ser el alcance o bien los límites en la intervención del Estado sobre dos partes que acuerdan bajo normas contractuales propias del Derecho Comercial.

En muchas ocasiones los contratos tienen cláusulas que no son informadas al usuario en el momento de contratar la cobertura, lo que es comúnmente denominado *letra chica de los contratos*, en las cuales se indica las restricciones y limitaciones de la cobertura ofrecida. Cuando el usuario requiere una intervención y no puede pagar la prestación no cubierta tiene dos opciones, pagar servicios adicionales en forma privada o, si no puede, recurre al hospital público. En opinión de Giordano (1999) *la prolijidad con que se manejan los recursos financieros, hace que el nivel de prestaciones brindadas sean suficientes y eficientemente brindadas. Esto en general funciona correctamente ya que de no ser así, los asociados migran a empresas más eficientes y las empresas ineficientes simplemente quiebran*. Sin embargo no es tan sencilla la migración cuando el usuario posee una edad avanzada o una enfermedad preexistente, o cuando no puede arriesgarse a tener que pasar nuevamente por un período de carencia, mucho más por cuanto es posible que se encuentre con los mismos problemas en otra empresa. En ausencia de regulación no hay una real

competencia, y se podría decir que aún no se ha establecido un mercado propiamente dicho.

En su misma génesis, las empresas aseguradoras no disponían de datos suficientes para determinar el costo de las primas de un seguro de salud, ni conocían su operatoria. Sus actuarios acreditaban experiencia en el cálculo de primas de incendio, robo u otro tipo de siniestros, pero expresaban los límites para determinar los costos de un seguro de este tipo.

Estas empresas acostumbraban operar con mecanismos de reintegro, debiendo el paciente pagar los gastos y posteriormente presentarlos a la compañía para su recuperación.

Esta área de vacancia fue cubierta por grupos médicos, quienes como iniciadores de este tipo de organizaciones ya contaban con una cierta experiencia en la presupuestación a sus pacientes del costo de un tratamiento médico. Por ejemplo: el profesional calculaba los días probables de internación de una cirugía, el costo de los medicamentos a utilizar, los honorarios del anestesista, ayudante quirúrgico e instrumentadora y comunicaba al paciente el gasto total "global" que podría insumir su cirugía.

Diversos factores concurren para que la concepción del seguro fuera la más resistida entre los distintos actores:

- a) Los usuarios no sólo buscaban financiar su posible enfermedad sino disponer de un menú de servicios que cubrieran desde la atención domiciliaria de urgencia hasta la disponibilidad permanente de acceso a internación, y en la cual el atractivo descansaba en la calidad media de atención del paciente y el acceso a los ingredientes del confort.
- b) A menudo las propias entidades rechazaron esta concepción, en parte porque estarían obligadas a cumplir con una serie de requisitos propios del campo del seguro que no todas las entidades están dispuestas a sostener, tales como la solidez económico-financiera para solventar el riesgo que están asegurando. De hecho a diferencia de las empresas de seguros, no se conoce la solvencia o las reservas que tienen las EMP para cubrir los riesgos asumidos en los contratos con los usuarios.

Prueba de lo expresado es que la propia adhesión de los usuarios a la institución se incrementaba cuando las empresas asumían el riesgo económico y la obligación asistencial, contratando a los proveedores que brindarían la atención directa a los usuarios asegurados. Contrariamente, las empresas que trabajaban con sistemas de reintegro y cuyo principal objetivo era recrear así la idea de una medicina privada, terminaban teniendo una baja presencia institucional en el mercado tradicional del sector Salud.

En el último periodo, las EMP han seguido el modelo difundido en los EEUU como Health Maintenance Organizations (HMO). El principal elemento de

diferenciación entre este tipo de cobertura y el seguro tradicional, basado en el reembolso del gasto en atención médica efectuado por el beneficiario de una póliza, radica en la existencia de algún tipo de vínculo contractual entre el asegurador y el proveedor del servicio, que permite al primero introducir herramientas de gestión de la atención médica cuyo objetivo principal sea contener el alza de su costo.

Las HMO constituyen, desde su surgimiento en los años '70, un ejemplo de la instalación de nuevas reglas de juego en el campo de la atención médica. Más precisamente, su expansión se ve favorecida por el impulso que le brinda la administración Nixon como medio para disminuir la tasa creciente de incremento en los costos de la atención médica. Se estimuló la expansión de este tipo de organizaciones mediante subsidios y créditos promocionales e incentivos para que las empresas ofertaran a sus empleados al menos una HMO calificada por el Gobierno Federal como alternativa al seguro tradicional de pago por servicio.

La similitud más importante entre las EMP y las HMO radica en que en ambos sistemas el responsable de la cobertura asume ante el beneficiario el compromiso de cubrir una amplia gama de servicios de atención médica (ej: laboratorio, ambulatorio, internación, prácticas diagnósticas, medicamentos) a cambio de un pago preestablecido por persona, realizado en forma voluntaria, por adelantado y con independencia de la utilización efectiva de servicios.

Pero para que las EMP que operan en nuestro medio sean asimilables al modelo HMO que se ha difundido en los EEUU (siguiendo el modelo de la Kaiser Health Plan) deben presentar ciertas características específicas tales como :

- Que exista una red coordinada de servicios de atención gerenciada que estén a cargo de la propia compañía aseguradora. Las HMO han desarrollado variados instrumentos gerenciales para mejorar el rendimiento económico y la calidad de los servicios: introducción de modalidades de médico generalista o de familia con el rol de gatekeeper (guardián del acceso) del sistema, herramientas para la contención de costos, uso de protocolos o guías de práctica clínica, introducción de incentivos económicos o financieros para modelar cierto tipo de conducta en los prestadores, utilización de auditoría por calidad entre otras medicas. La incorporación de todas estas innovaciones gerenciales ha sido en nuestro país tardía y parcial, no cubriendo más que un limitado conjunto de empresas, entre las cuales cabe citar a Docthos,
- Que el alcance de la cobertura está determinado en ciertos límites territoriales.
- Que los gastos ocasionados por la atención fuera de la red de servicios de las son reconocidos parcialmente o no son reconocidos por esta; y así incentivar la utilización de servicios del listado de proveedores con los cuales la HMO ha realizado algún tipo de acuerdo de gestión.

- Que exista alguna transferencia del riesgo desde el asegurador al prestador. Un acuerdo explícito de riesgo compartido puede consistir en un contrato con un grupo médico para proveer los servicios profesionales que el beneficiario requiera sobre la base de un pago capitado. Un acuerdo implícito entre asegurador y proveedor puede consistir en un convenio de remuneración de la atención proporcionada mediante honorario por servicio, el cual podría estar sujeto a descuentos según resultados financieros (ej: disminución del gasto en internación o por utilización de medicamentos). Esta última modalidad descansa, por regla general, en la utilización de sistemas de información que permiten el seguimiento de los costos por paciente de que atiende cada médico ajustado por variables tales como edad, sexo o diagnóstico y/o la utilización de métodos de control y gestión de la calidad (ej: guías o protocolos de práctica clínica, utilization review, physician profiling).

2.6.2. Obras sociales y Empresas de Medicina Prepaga

La concepción de que la salud es un bien público con altas externalidades resulta un argumento de peso para justificar la intervención estatal en materia de aseguramiento, y la constitución de grupos en los cuales el riesgo quede absorbido, tal es el caso de las mutualidades, obras sociales u otras formas similares.

Si la sociedad adopta la decisión de asegurar el riesgo las prestaciones de salud se convierten en una garantía legal, asociada con la protección de uno de los derechos sociales básicos, y de esta forma se alcanza mayor legitimidad para sustraerlo de la órbita excluyente del mercado.

El seguro no debe descansar en una contratación que cada individuo efectúe de manera análoga a la protección de bienes privados, sino que se trataría de promover el aseguramiento a través de un conjunto de cápitas para que el riesgo se distribuya poblacionalmente de forma solidaria.

La diferencia entre el sistema de Obras Sociales y los Seguros Privados de Salud pueden analizarse de acuerdo a cuatro características fundamentales:

a) Antecedentes históricos

Las Obras Sociales Nacionales (OSN), que agrupan a las sindicales y del personal directivo, remonta sus antecedentes a los distintos sistemas de protección social. Por un lado, los movimientos asociacionistas y/o mutualistas organizados según afinidad laboral, geográfica o por pertenencia étnica, cuya finalidad era dar asistencia a viudas, huérfanos, inválidos o ancianos. Por otro lado, el Sistema de Seguridad Social que surge hacia fines del siglo XIX en Alemania y cuyo objetivo era proteger a la fuerza de trabajo ante una contingencia ajena a su voluntad tales como el accidente, la enfermedad o la vejez.

Los Seguros privados de salud (SPS) surgen principalmente en aquellos países como EEUU fuertemente orientados hacia la promoción de asociaciones del sector privado o sin fines de lucro, y como alternativa generada a impulso de

los prestadores organizados ante la situación de falta de cobertura estatal y depresión económica producida por la crisis del '29. Las Compañías de Seguros más importantes, tales como el Blue Cross, Blue Shield y el Kaiser Health Plan se constituyeron entonces en el primer esbozo de lo que luego se constituiría en seguros compradores de servicios, más tarde identificadas como HMO (Health Maintenance Organizations).

Como ya ha sido analizado en el apartado precedente (2.1.) estos dos subsistemas coexisten en países como Argentina, con un sistema de salud cuya configuración es mixta, y en el cual el individuo puede estar cubierto hasta por los tres subsistemas de atención.

b) Origen y voluntariedad de los aportes

Las OSN se apoyan en el principio de solidaridad contributiva forzada en el cual se opera una redistribución intencionada de los aportes de acuerdo al nivel de ingreso de cada trabajador. Al establecerse el financiamiento como porcentaje del sueldo y no en función del riesgo de enfermar o la cantidad de servicios que se aspira recibir se produce un subsidio cruzado desde los que más tienen hacia los que menos tienen.

El principio que rige aquí como importante para orientar el funcionamiento del sistema es el de la **equidad distributiva**, entendida como la utilización de los aportes individuales volcados al sistema de manera de dar más atención a quien más lo necesita.

Los SPS se basan en una filosofía totalmente diferente. Al adquirir un seguro privado de salud se cambia voluntariamente la posibilidad de sufrir una pérdida financiera importante ("catastrófica") por una pérdida financiera baja, segura y previsible: la cuota del seguro. Se transfiere de esta manera a la compañía de seguro el riesgo económico por la contingencia de un evento imprevisible que afecte la salud, mientras que a su vez el seguro, como administrador del riesgo, redistribuye *ex post* el riesgo de pérdida económica entre el conjunto de asegurados.

El principio que rige aquí como importante para orientar el funcionamiento del sistema es el de la **equidad conmutativa**, entendida como la utilización de los aportes individuales volcados al sistema de manera de dar a cada uno la atención que le corresponde por su contribución en el sistema.

c) Mecanismos de distribución de servicios

En el sistema de O.S. la distribución *ex post* de los servicios y recursos para dar respuesta a las demandas de la población cubierta se realizan independientemente del monto aportado por cada beneficiario. De esta manera, los trabajadores más jóvenes, sanos y de mayores ingresos contribuyen a financiar los servicios de salud de los más viejos, enfermos y de menores ingresos.

En los SPS, la distribución *ex post* se activa según demanda de los afiliados, pero con dependencia directa del monto aportado. Al ser la cobertura que

ofrecen los seguros privados proporcional al aporte realizado se trata de un sistema equitativo de acuerdo a la contribución financiera, pero no respecto a las necesidades en salud. Por regla general, los seguros privados no cubren las enfermedades catastróficas, de alto costo y baja incidencia, o bien la cubren muy parcialmente.

El aspecto más importante a definir aquí es el criterio que deberá guiar la cobertura. En una revisión sucinta de los más importantes perspectivas de la atención médica, Marracino (1999) destaca tres criterios fundamentales, que han sido hegemónicos en distintos períodos del Sistema de Atención Médica en la República Argentina. En un período signado por la sobreabundancia de recursos disponibles para la atención y con la interiorización del seguro social de base sindical, el criterio predominante era *todo lo legítimo para quien lo demande*, en una coyuntura en la que se agudiza la puja competitiva entre los distintos actores el principio ordenador pasa a ser *lo posible para quien lo demande*; mientras que en una perspectiva en la cual se conjuguen los objetivos de eficacia sanitaria y eficiencia en la microgestión el principio ordenador hacia donde debería tender el sistema y que debería regir las relaciones entre los actores es *lo necesario para quien lo necesite*.

d) Conformación del pool de beneficiarios

En el sistema de O.S. el pool de riesgo se conforma primariamente con el conjunto de trabajadores que pertenece a una misma rama laboral, quienes ingresan al sistema en forma obligatoria, reforzándose el principio de que el cuidado de la salud es una responsabilidad colectiva.

En los SPS la conformación del pool de riesgo proviene de una decisión de aseguramiento voluntario, reforzándose el principio de que el cuidado de la salud es una responsabilidad individual. Con el objetivo de maximizar sus beneficios, los aseguradores tratan de captar aquellos individuos con ingresos suficientes para realizar una contribución igual o superior al gasto esperado. Para tal fin, el SPS selecciona según riesgo, segmentando a la población y excluyendo por diferentes mecanismos (ej: determinación de carencias, exclusiones por edad) a algunos individuos, aumentando el riesgo de que se produzca el fenómeno descrito como selección adversa.

Cuadro Nro.10 : Principales diferencias entre las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga.

	OBRAS SOCIALES	ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
Antecedentes históricos	Mutuales organizadas por territorio, etnia o religión Seguro social por rama laboral (modelo	Seguros indemnizatorios(tipo Kaiser Health Plan) HMO (Health Maintenance

	bismarckiano)	Organizations)
Origen y de voluntariedad y de aportes	Contribución solidaria y colectiva (Aporte proporcional al ingreso de los empleados agrupados por rama laboral)	Contribución voluntaria e individual
Formas de distribución de los servicios	Independiente del monto aportado (según demanda del beneficiario)	De acuerdo al Plan contratado
Conformación del pool de beneficiarios	Trabajadores agrupados por rama laboral	Población segmentada según ingresos, edad y niveles de riesgo

Capítulo III

REGULACION DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA COMO POLITICA PUBLICA

3.1. SU INCORPORACIÓN EN LA AGENDA PÚBLICA Y ESTATAL

El propósito de este capítulo es describir el proceso por medio del cual la medicina prepaga se ha constituido en una cuestión socialmente problematizada y la regulación estatal como una respuesta de los poderes públicos ante la misma.

Si bien la regulación de la medicina prepaga se ha ubicado en la década de los `90 entre las prioridades del Estado Nacional concitando la atención del poder político, es necesario efectuar algunas precisiones en torno a lo que resultan aspectos fundamentales del proceso de formulación de políticas públicas: la incorporación de esta cuestión en la agenda pública y gubernamental mediante la participación diferencial del Estado y las distintas organizaciones sociales.

La primera cuestión es identificar cuáles son los actores que han participado históricamente en la inclusión de esta cuestión en la agenda pública sectorial. El concepto de **agenda pública** ha sido formulado en forma sistemática desde las ciencias políticas, con el objeto de describir el proceso de inclusión de temas o problemas (issues) que, dada su problematización como cuestión social significativa, el Estado termina incorporándolos en su programa de acción, y les confiere de esta manera carácter de legitimidad a los mismos (Oszlack y O'Donnell. 1976).

La ubicación de una cuestión socialmente problematizada en la agenda estatal representa el primer paso en el proceso de formulación de políticas. Una cuestión cuyo interés acaso no trascendía de la órbita individual o del pequeño grupo pasa a convertirse luego en el centro de gravedad de un debate y movilización que abarca a vastos sectores de la opinión pública. Una vez que el problema es aceptado, y considerado como asunto de interés público o como cuestión de estado, origina el proceso de formulación de la política, que implica la articulación de acciones y recursos orientado al logro de determinados fines.

Ya en la década del `60 la Federación Médica de Capital Federal solicitaba intervención al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación ante la aparición de lo que se denominaba por entonces *una medicina asistencial industrializada, la cual significaba un avasallamiento del ejercicio liberal de la profesión médica*. Durante las Jornadas Médico Gremiales realizadas en la provincia de Santa Fe se solicita la reglamentación urgente del sistema de prepagos a fin de asegurar a la población la adecuada prestación de los servicios y, al mismo tiempo, evitar la explotación de la fuerza de trabajo profesional.

En 1965 se decide convocar a una reunión del gremialismo médico para analizar el tema, la cual se concretaría en el Primer Congreso Argentino de

Prestaciones Médicas Privadas Socialmente Organizadas (Medicina de Pago Previo) reunidas en Tucumán en setiembre de 1966. Fruto de esta intensa acción aparecen en las provincias de Santa Fe, Córdoba y Mendoza los primeros intentos regulatorios. En Córdoba el decreto 4518 de 1965; en Santa Fe los decretos 329 y 628 de 1967; y en Mendoza una ley de 1965. *Estas regulaciones pueden pensarse como respuestas de los poderes públicos a la presión de los médicos organizados en gremios y estrechamente vinculados con los organismos encargados del control de la matrícula*" (Belmartino- Bloch, 1993).

El claro afán de control de la oferta y demanda de servicios médicos que pretendían seguir ejerciendo las agremiaciones médicas se manifestaba en diferentes conductas: sobre los prestadores agremiados se ejercía principalmente el control del ejercicio profesional mediante otorgamiento de la matrícula, y sobre aquellos no agremiados o ajenos a la profesión se ejercía un disciplinamiento a través de la apelación al poder regulador del Estado. Como ejemplo, baste mencionar que las entidades que se financiaban a través de una cuota fija periódica o *abono prepago* debían sujetarse a la fiscalización, inspección y vigilancia de las propias entidades deontológicas que regulaban el ejercicio de la profesión, tales como los Colegios Médicos.

Paralelamente, las entidades de seguro privado agrupadas en la Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga (CIMAP) estrechaban sus relaciones con la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Durante la primera reunión Nacional de Entidades Privadas de Medicina por Abono se explicitó el objetivo de lograr la aprobación de un proyecto de ley, elaborado por la misma Cámara, destinado a *regular el funcionamiento* de entidades de medicina prepaga.

Durante la siguiente década decae el poder de CIMAP al virar el apoyo del poder político gobernante hacia la consolidación de las obras sociales. El discurso de la Confederación cambia y se hace confrontativo con el sistema de Obras Sociales atacando la cautividad de los aportes de los trabajadores. Se argumenta que esta situación viola las libertades y derechos individuales contenidos en la Constitución Nacional.

Un hito en la confrontación entre las gremiales médicas agrupadas en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y los organismos del Estado ocurre en 1971, durante la gestión del Ministro Manrique. La sanción de la ley 18.610, que en su artículo 4º faculta a las Obras Sociales sin capacidad instalada propia a otorgar las prestaciones mediante convenios, es resistida por la Confederación ya que no especifica de qué tipo de prestador se trata, dejando el campo librado a cualquier prestador por fuera de la gremial. Además se faculta al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) para el establecimiento de aranceles y el control contable y médico de las Obras Sociales. Según los gremios médicos estas medidas ponían en peligro fuentes, modalidades y formas de trabajo por ellos respaldadas.

Las demandas de regulación planteadas por el gremio médico se canalizan fundamentalmente hacia la defensa y/o ampliación de su cuota de control en el mercado de servicios. Se sintetizan en los siguientes puntos: a) Defender los fondos destinados a la cobertura de atención médica y evitar su utilización de parte de la actividad empresarial extraprofesional; b) Asegurar las modalidades de contratos por libre elección y pago por acto médico; c) Garantizar para las organizaciones gremiales la exclusividad en la contratación con Obras Sociales. (Belmartino; Bloch. 1993).

Ya incluido el tema en la agenda de los poderes públicos, el tema más conflictivo que dividía posiciones entre los participantes –representantes de los Ministerios de Salud y Economía- estaba dado por el régimen económico que se proponía para estas empresas, el cual debía apoyarse en tres requisitos básicos: las reservas técnicas, el capital mínimo y el patrimonio neto. Se consideraba que, merced a la garantía de estos requisitos, las EMP estarían en condiciones de hacer frente a la siniestralidad, en analogía con las compañías de seguro.

El problema central de la discusión era que la viabilidad económica y/o financiera de algunas de las empresas que actuaban en el sector dependía del monto fijo a pagar para cada uno de estos tres requisitos.

En relación con el capital mínimo, el Ministerio de Economía fijó la cifra de un millón de pesos, mientras que el Ministerio de Salud propuso un monto de 200.000 pesos. El grupo Excell, representante de las empresas multinacionales, propuso que se situara en 12 millones de pesos bajándolo luego en su propuesta realizada en el Congreso a 7 millones de pesos (Audiencias Públicas, 1998). En relación con las reservas técnicas, el Ministerio de Salud proponía una doceava parte de la facturación anual mientras que el Ministerio de Economía proponía un piso más elevado¹¹.

El Subsecretario de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud, señalaba que el marco normativo tenía dos objetivos fundamentales: optimizar el nivel de la prestación, y proteger al usuario. Afirmaba además que se trataba " *de un proceso que seguramente desembocará en una ley omnibus que englobará a todas las variables que se dan en los actuales conceptos de salud*", ¹² y señalaba además que el proyecto que se estaba debatiendo tenía todo el respaldo político del Poder Ejecutivo: " *El Poder Ejecutivo, en cerca de cien reuniones, agotó la compatibilización dentro del propio Poder Ejecutivo con observaciones del área de Economía, de Seguros y con observaciones de los distintos sectores que trabajaron en una comisión, más los proyectos del Senado y los ocho de la cámara de Diputados. Así fue como salió este producto que, como dicen los del Banco Mundial, lo empezarán a copiar*".(Revista Sistemas de Salud. Febrero de 1997)

¹¹ Todo riesgo. *Marchas y contramarchas*. Junio de 1998. Buenos Aires

¹² Consultor de salud. *La regulación de la medicina prepaga*. N° 180. 03/10/97

Por su parte, el representante de la Superintendencia de Servicios de Salud ubicó al proyecto de regulación de la medicina prepaga como uno de los cuatro ejes de la reforma del sistema de salud junto a la reconversión de las Obras Sociales, a la instrumentación de la Superintendencia de Servicios de Salud y a la reconversión del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Podemos conjeturar que las características que tiene el proyecto con sanción legislativa refleja la presión de *los grupos económicos más poderosos que tienden a la captura regulatoria del Estado*. Tales grupos económicos, organizados corporativamente, presionan en el ámbito del Sector Salud con el objeto de proponer y disponer regulaciones que van afirmando sus cuotas de poder en la sociedad y obteniendo claras ventajas comparativas. El semáforo aquí no estaría conectado a la red *publica* de electricidad sino a una *red privada*, que da luz verde a los vehículos de gran porte y que desarrollan grandes velocidades, en desmedro de los niños, ancianos, discapacitados, personas en general, que no pueden competir en tamaño ni velocidad (Oszlak. 1994).

El representante del Banco Mundial, que acompañó el debate originado alrededor de la formulación del proyecto de ley planteó así los términos del dilema: " *el problema es hasta dónde proteger al consumidor sin forzar la quiebra de la empresa y hasta dónde proteger la empresa sin explotar al consumidor*"¹³, y a continuación expresaba sin ambages que " *el Banco Mundial quiere que exista una ley adecuada de regulación de medicina prepaga y después que exista otra ley que permita la competencia entre estas empresas y las Obras Sociales del Personal de Dirección*".¹⁴

Luego de las elecciones de 1989 la reglamentación de las leyes 23.660 (Nuevo Régimen para la Obras Sociales) y 23.661 (Ley del Seguro Nacional de Salud), promulgadas durante el gobierno anterior, fue dilatándose frente a temas considerados más urgentes. El Poder Legislativo no tuvo suficiente peso político frente a la negociación corporativa que se estaba realizando en el Poder Ejecutivo, contraria a dichas leyes. Desde ese momento la política en el sector será un conjunto de acciones y, fundamentalmente, de omisiones (Oszlak y O'Donnell, 1984) en torno a la reglamentación de las mencionadas leyes hasta 1993, año de emisión del Decreto N° 9 (Desregulación de Obras Sociales) y sucesivas normas similares.

Es interesante aclarar que estos decretos desvirtuaban por completo el espíritu y fundamentos de las leyes, o directamente los contradecían. La Ley del Seguro Nacional de Salud se fundamentaba en ejes como equidad, accesibilidad, universalidad, siendo el Seguro el garante de los mismos. Por el contrario, en 1993 los ejes políticos eran la liberalización, subsidio a la

¹³ Revista Consultor de Salud: *Las reformas pendientes del Sistema de Salud*. .nro. 181. 17 de Octubre de 1997.

¹⁴ Revista *Todo Riesgo*. *La regulación a la medicina privada: reforma a fuego lento*. Marzo de 1998)

demanda, libre elección, y el mercado era el garante de la satisfacción de dichos postulados.

Un ejemplo muy claro es la Disposición que restringía la contratación de prestadores a través de las asociaciones profesionales, siendo que en la Ley quedaban legalmente habilitados para tal función, lo cual significó un duro embate a las organizaciones gremiales. Cada obra social ahora contrataba directamente con profesionales e instituciones prestadoras de servicios, bajo el supuesto de que así se evitaba el encarecimiento de los costos y el control de la situación que antes ejercían las asociaciones profesionales y las federaciones y asociaciones de clínicas y sanatorios. Ante este panorama la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina (CONFELISA) propició la creación de la Cámara Argentina de Empresas de Salud (CAES) entidad que, reemplazando a la anterior, representará en el orden nacional a todas las pequeñas y medianas empresas que realizan acciones, brindan servicios, producen y comercializan bienes para la promoción, la recuperación y rehabilitación de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad (Ahuad; Paganelli; Palmeyro. 1999)

En el escenario trazado era posible vislumbrar la conformación de dos bloques que se diferenciaban en cuanto a su apreciación de la situación del sistema de salud y su necesidad de reforma.

Por un lado los gremios obreros con sus Obras Sociales, la Administración Nacional del Seguro de Salud y los prestadores privados, nucleados en CONFELISA, quienes sostienen la defensa del sistema de seguridad social y cierto papel regulador del Estado. Y, por el otro, el sector privado que representa a las entidades de medicina prepaga que plantean una reforma estructural del sistema que no preservaría la existencia de la seguridad social ni el papel regulador del Estado. A fines de 1991 éste último grupo logra posicionarse en el gobierno: el presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) asume como Secretario de Salud, y en 1993 como ministro.

El debate queda subsumido a la opción por uno de dos polos antagónicos: *Estado versus Mercado*. En esos momentos las entidades de medicina prepaga ejercieron una fuerte influencia en las decisiones políticas, defendiendo fervientemente la política económica implementada por el gobierno menemista. La mayoría de las nuevas propuestas para el sector provienen de grupos privados, en algunos casos a través de estudios y diagnósticos de consultoras, por ejemplo: la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (Findling y Tamargo. 1993).

Del conjunto de orientaciones de reforma propuestas desde los organismos internacionales de crédito destacábase, por su expresión en iniciativas políticas adoptadas por el gobierno nacional, la recomendación acerca de implementar el "subsidio a la demanda". Esta recomendación se propone como remedio para mejorar la administración de recursos y alentar la competencia entre el sector público y privado de atención ya que hasta el momento el sistema se manejó sobre la base de subsidiar la oferta.

Como ejemplo de una política orientada según el principio del subsidio a la demanda cabe destacar el evento realizado durante el año 1987 sobre "*Reformas pendientes del Sistema de Salud en la Argentina*" organizado por la Fundación Integración, presidida por el ministro de Justicia de la Nación, al que asistieron referentes políticos y técnicos, nacionales y extranjeros. En ellas se expusieron diversas propuestas de reforma, entre las cuales debe destacarse la expuesta por el Dr. Solanet, economista de FIEL, quien abogó porque se estableciera un marco regulatorio que permitiera el ingreso a la prestación de servicios a entidades que pudieran demostrar solvencia e idoneidad para hacerlo, y que estas entidades pudieran permanecer prestando este servicio, siempre que pudieran mantener esa solvencia.

En un proyecto de la reforma del sistema presentado en 1987 la mencionada Fundación proponía la afiliación obligatoria de todo personal en relación de dependencia, así como también los trabajadores autónomos, a una entidad que les asegure, un estándar mínimo de cobertura sanitaria. Dicha entidad podría ser las obras sociales, las *entidades de medicina prepaga*, o cualquier otra entidad que se creare al efecto¹⁵.

Por otro lado, los organismos internacionales comenzaban a supervisar el proceso de transformación del sistema de salud de nuestro país. En la Carta de Intención enviada al Banco Mundial en abril de 1996 y firmada por los Ministros de Salud, de Economía y el Jefe de Gabinete, el gobierno se comprometía a establecer los mecanismos de la desregulación de la salud a través de *los instrumentos legales apropiados* antes de noviembre de 1996. En una Carta de Intención enviada al FMI con posterioridad se dice que "*habrá libertad de afiliación a la entidad de seguros médicos que se prefiera, debiéndose optar inicialmente entre las organizaciones existentes, administradas por sindicatos de trabajadores. En una segunda etapa existiría libertad para afiliarse a cualquiera de las compañías de seguros médicos, que tendrán libre ingreso al sector. El avance de la ejecución de este programa de reforma, conforme a lo acordado con el Banco Mundial, será revisado en las fechas previstas a esos efectos*"¹⁶

La desregulación de las obras sociales planteaba nuevas oportunidades y desafíos para las empresas del sector. Se promovieron las alianzas con las obras sociales a fin de poder ingresar al sistema de la seguridad social, aún cuando el Poder Ejecutivo no las había habilitado para ello, o la creación de Obras Sociales de Empresas.

¹⁵ En términos expresos, se indicó " en nuestra propuesta, la solidaridad se establece a través de la creación de un Fondo de Seguro constituido por los aportes realizados sobre los salarios pero destinados no al subsidio de determinadas obras sociales o a su compensación de acuerdo con su nivel de aportes sino a subsidiar a las personas, o sea a establecer que este fondo sea destinado a suplir la cuota de aporte de aquellos que para acceder al plan de cobertura mínima debieran destinar un porcentaje de sus salarios".¹⁵ FIEL. El gasto público. Propuesta de reforma del Sector Público. Síntesis de trabajo preparado por FIEL. Boletín Informativo TECHINT. N° 246. Marzo-Abril 1987. Bs. AS.

¹⁶ Informe Asegurador. *Avanzan aceleradamente las reformas al sistema de salud*. Marzo de 1997. Buenos Aires

En estos casos las obras sociales firman convenios con las EMP con el fin de brindar las prestaciones por su intermedio. De esta manera publicitaban que en caso de optar por una determinada Obra Social se accedía a los servicios provistos por determinada entidad de medicina prepaga. El supuesto de base era que el prestigio de estas últimas iba a contribuir a un traspaso masivo de afiliados, lo cual también le convenía a la EMP en tanto que de esta manera accedía a un grupo poblacional que se encontraba fuera de una posible demanda porque sus aportes obligatorios se canalizaban hacia el sistema de la seguridad social. Este fue el caso de Docthos, del Grupo HSBC Roberts, que a través de Osdo comenzó a gerenciar la obra social de los empleados de dos empresas pronto desaparecidas: Duperial y Orbea. Esta nueva entidad había recibido, durante el primer período de pases (Enero-Abril de 1997) alrededor de 90.000 nuevos beneficiarios. Esta situación genera un fuerte debate al interior de las Cámaras que representan a las empresas de medicina prepaga.

El caso OSDO se convirtió rápidamente en un caso testigo que marcaría, para los actores implicados, el rumbo que podría tomar el proceso desregulatorio. Las Cámaras de prepagos juzgaban que la asociación con dichas empresas era espuria e introducía un elemento de competencia desleal con el resto de las entidades. El presidente de Staff Médico y ADEMP menciona: "*No es la manera lógica ni cristalina de competir. Si todo es pelea salvaje, cada uno hará el acuerdo que pueda*"¹⁷

Durante el año 1997 se presentó el proyecto de desregulación de obras sociales del personal jerárquico cuyo objetivo era ampliar la libertad de elección de los usuarios de esas organizaciones a las entidades de medicina prepaga, activado por la presión del sector de medicina prepaga con el cual compite por target de usuarios de mayores ingresos. Sin embargo, la férrea oposición de las OSPD hizo que el proyecto no fuera retomado nunca en los debates posteriores, perdiendo estado parlamentario a fines del año 1998 sin haber sido tratado.

Según referentes del sector de la medicina prepaga, tales como las EMP, las obras sociales de personal jerárquico tienen ventajas comparativas en tanto que están exentas de impuestos, por estar encuadradas jurídicamente en la figura de *asociaciones civiles sin fines de lucro*. Este beneficio lo pueden trasladar a sus precios permitiéndoles ofrecer servicios a un menor costo, con el beneficio adicional de que si presentan déficits financiera pueden acogerse a los subsidios otorgados por el ANSSal, que le reintegra gastos tales como coberturas de SIDA (Giordano. 1999).

En este escenario, comienzan a difundirse masivamente las críticas evaluaciones del sistema de seguridad social montado en Chile desde finales

¹⁷ Desde el frente sindical, se atribuyó el súbito crecimiento en el número de afiliados a los efectos de una *agresiva campaña publicitaria*. La *dirigencia gremial* presionó entonces ante el propio presidente Menem para que mediara en el conflicto y forzara el retiro del Grupo Roberts de dicha agrupación. *Revista Todo Riesgo. Obras sociales: pirimer round.*

de los '80, en el cual las entidades de medicina privada agrupadas en las ISAPRES para atender a población aportante al régimen previsional imponen mecanismos de "descreme" (screaming cake) y selección adversa, profundizando los problemas de inequidad en el sistema; así como las denuncias de corrupción, desvío de fondos y deficiente calidad del servicio que reciben empresas de los EEUU. Surgen voces críticas acerca de la implantación del modelo de las HMO en la Argentina, cuando ya habían exhibido su ineffectividad en el propio país de origen, así como el aumento de la turbulencia y conflictividad que acarrearía el ingreso de capitales extranjeros al mercado local de las prepagas.¹⁸

Al mismo tiempo, se advierte un desplazamiento progresivo de la cuestión hacia el problema que representa la carencia de un adecuado marco regulatorio que proteja los derechos de consumidores y usuarios en términos de carencias, cláusulas abusivas y aumentos injustificados de las cuotas, en el cual comienza a advertirse el papel desempeñado por las asociaciones de defensa de los consumidores.

Una prueba de este fenómeno se expresa en el principal motivo de las demandas planteadas ante las Defensorías del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y de la Nación. De la evaluación realizada por este organismo en base a la totalidad de denuncias efectuadas por los consumidores, el % de las mismas se refiere a problemas de los usuarios con las entidades de medicina prepaga (ver punto 2.6.).

3.2. FORMULACION DE LA POLITICA

El ingreso legal de las EMP al sector de las obras sociales sindicales había sido previsto para 1998, época en que el gobierno se comprometió con el Banco Mundial a fiscalizar el sector. Sobre la base de ese compromiso el Banco comenzó a otorgar un préstamo de 350 millones de dólares y el gobierno argentino aportaría 400 millones. Se determinó que en una primera etapa las EMP afiliaran al personal ejecutivo o que está fuera de los convenios, previa aprobación por un ente regulador (a crearse) de los planes de salud de las entidades, que además controlaría ciertos requisitos de solvencia económica financiera de esas compañías.

Según consta en el Acta Acuerdo Gobierno-Banco Mundial, para garantizar el cumplimiento del cronograma "(...) *El Ministerio de Salud y la Jefatura de Gabinete se comprometerán a efectuar un monitoreo diario de la ejecución de este plan de acciones y de mantener informado al Banco Mundial sobre el progreso de su implementación*"(Clarín. 27/06/97)

Uno de los principales opositores fueron los diferentes grupos sindicales y las Obras Sociales del Personal de Dirección. Por entonces se realizó una reunión entre estas últimas, la misión del FMI y la Confederación General del Trabajo con el fin de tratar una serie de puntos (entre ellos la

¹⁸ Diario Página 12. Suplemento Económico CASH. Prepagas en guerra. 10/10/1997.

flexibilización laboral), siendo el más importante el de evitar que la medicina prepaga pueda competir en un escenario desregulado con las entidades que conformaban el sistema de Seguridad Social.

En este escenario en el que recrudescieron las presiones de obras sociales sindicales y del personal directivo, el Gobierno sanciona el Decreto 1301/97 en el cual prohíbe a las EMPs competir en el mercado de las Obras Sociales. Esta medida recibió fuertes críticas del empresariado extranjero, que la catalogaron como *"una pésima señal para los inversores, y un atentado contra la política desregulatoria que el Gobierno comprometió con el Banco Mundial y el FMI"* (Clarín. 6/2/97).

Los Ministerios de Economía y de Trabajo de la Nación confrontaron con la posición de la ANSSal y del Ministerio de Salud. Mientras los dos primeros anticipan que las EMP podrán entrar a ofrecer servicios directos al sector de la seguridad social, el entonces ministro de salud y el titular de la Superintendencia de Servicios de salud reafirmaban que ello no estaba previsto¹⁹. La falta de consenso en temas tan cruciales hizo que las decisiones se dilataran, lo que explica el tiempo transcurrido entre los debates en la Cámara de Senadores, con la media sanción del dictamen de la Comisión de Salud basado en los proyectos de los senadores Salum y Martínez Almudevar.

La voluntad política del Ejecutivo Nacional no bastó para apurar el tratamiento y definición de la cuestión como lo había vaticinado el ministro en febrero de 1998 en una nota periodística²⁰ al afirmar *" el proyecto que está en el Congreso (desregulación de obras personal jerárquico) junto con el proyecto de regulación de las actividades de medicina prepaga ... presumimos que va a ser aprobado rápidamente por el Senado. .."*

Tal anteproyecto condensaba el contenido principal de las propuestas en las cuales se basaba, y estuvo dividido en 3 capítulos: a) Caracterización del órgano de control de las entidades de medicina prepaga, en el ámbito del Ministerio de Salud Nacional, rol y financiamiento; b) Caracterización de las entidades de prestaciones prepagas de servicios de salud, creación de Fondos de garantía, obligaciones y contenidos de los contratos; c) Disposiciones transitorias.

En Abril de 1998 se convocó una reunión de asesores de los senadores de la comisión de salud junto con los asesores técnicos y el secretario de la misma para analizar un documento elaborado por la comisión en el cual se comparaban dos proyectos, uno de ellos incluía distintas modificaciones que hacían lugar a peticiones y presiones de algunos actores involucrados en el escenario sanitario.

¹⁹ Revista Informe: *Un horizonte más claro después de octubre*. Sección Obras Sociales. Abril de 1997.

²⁰ Diario Clarín. *Cómo se hará la reforma del sistema de salud*. Suplemento Económico. 15 de Febrero de 1998.

A partir de allí se conformó un Dictamen de comisión que pasó para su tratamiento en el recinto pero no fue ingresado a la orden del día hasta el último día de las sesiones ordinarias de ese año. En esa fecha fue finalmente incluido, demorándose su tratamiento por estarse debatiendo el proyecto de presupuesto para el año siguiente. Las sesiones continuaron al día siguiente, merced a una extensión dispuesta debido a la cantidad de temas del orden del día que faltaba tratar. No obstante, no tuvo tratamiento hasta el año siguiente, fecha en la que fue sancionado y pasó a la Cámara de Diputados.

Finalizadas las Audiencias se fue poniendo de manifiesto y haciéndose evidente que las entidades de medicina prepaga son de muy variado tipo y que estas especificidades debieran contemplarse al momento de regular.

Dada la cercanía de las elecciones se pospuso el tratamiento en comisión. El fracaso sufrido por el Partido Justicialista en tal oportunidad sumado a que el presidente de la comisión y principal impulsor del tratamiento del tema en la cámara era de dicho partido político determinó que el debate se suspendiera por ese año.

Por su parte en la Cámara de Diputados se registran diversos proyectos de ley, ninguno de los cuales llegó a tener tratamiento legislativo. Sobre la base de los proyectos de Bulrich, Ortiz Maldonado, Armendariz/Peralta y Pellín, la citada comisión, junto con la de Comercio de la Cámara de Diputados, elaboraron un anteproyecto de dictamen a principios de 1996.

En la Cámara de Senadores se originaron un total de seis proyectos (se excluye el que fuera propuesto a instancias del Ejecutivo) entre los años 1994 y 1999, siendo el proyecto cuyo antecedente más directo fuera el elaborado por Salud y Martínez Almudévar el que recibiera sanción de dicha Cámara Legislativa y, tras no haber sido recibido sanción de la Cámara de Diputados en el lapso previsto se declara su caducidad (ver punto 4.3.2.):

Las iniciativas de regulación de la medicina prepaga, atada a la suerte del proceso de desregulación de las Obras Sociales, sufre un período de marchas y retrocesos durante todo el gobierno de la Alianza. El Gobierno sanciona el Decreto 440/00 en el cual se determina la desregulación del mercado de la salud y la libre competencia entre prepagas y obras sociales sindicales a partir del 1/01/2001.

Durante el mes de setiembre de dicho año, los medios indicaban que el Gobierno estudiaba introducir la limitación de los traspasos entre afiliados de Obras Sociales sindicales y Obras Sociales de Dirección pero facultarían a las prepagas a competir en ambos segmentos, pero el proyecto no prosperó ante la negativa de los dirigentes gremiales, que se consideraban la iniciativa como "gatopardista" (Clarín. 13/09/2000).

Seis meses más tarde, sin consenso y asediado por las presiones de la dirigencia gremial, las EMP, los principales prestadores y Obras Sociales de

Dirección que objetaban la inconstitucionalidad de la norma y que no aceptaban el libre traspaso de afiliados entre las entidades sindicales decide la suspensión del proceso desregulatorio mediante el Decreto 377/01, *"hasta tanto recaiga sentencia definitiva con relación a las medidas cautelares actualmente en trámite"* (B.O. PEN. 29/03/01).

Superada la fase más aguda de la emergencia sanitaria, los funcionarios del gobierno comienzan a mencionar de forma más insistente la necesidad de introducir un mayor orden a través de una mayor disponibilidad de información sobre el sector y mediante la elaboración de un marco normativo más claro que, en el futuro, podría incluir a todo el sistema de salud como Obras Sociales y Prepagas.

En el año 2003 se eleva un nuevo anteproyecto de ley a iniciativa de la Senadora Mercedes Oviedo, el cual consta de sólo 14 artículos y, al parecer, habría logrado reunir las posiciones encontradas de funcionarios, legisladores y representantes del sector.

Si bien su contenido comprende los ítems más importantes de los anteriores anteproyectos, no establece ningún tipo de exigencias económico financieras a las empresas, como capital mínimo o reservas técnicas que garanticen el cumplimiento de las prestaciones o requisitos de reinversión de los fondos recaudados para asegurar cierto nivel de liquidez. La omisión de esta importante cuestión fue, sin embargo, la que logró el mayor consenso entre las entidades convocadas para su análisis y discusión.

En el escenario posterior a la convertibilidad, la regulación de las prepagas había perdido parte del carácter conflictivo que presentaba durante la década pasada. El mercado que se hace más oligopólico por las compras y fusiones originadas entre las empresas, entre las que destaca la adquisición de la empresa Dochos por la Swiss Medical Group. El advenimiento de este hecho pareció entonces tan inevitable que el titular de Swiss Medical Group afirmaba entonces: *"Si no eramos nosotros, otro hubiera comprado Docthos"*²¹.

Las entidades reiteran su anuencia a las políticas del Estado Nacional e insisten en que no se plantea alguna resistencia alguna a que se regule por la vía legislativa. Uno de los empresarios devenido en líder del sector y ejemplo de empresario construido desde el llano menciona categóricamente que *"(...) No tenemos problemas en que nos regulen por ley. Pero es deseable que la ley sea consensuada, con derechos y obligaciones para todos y que no signifique el cierre de las empresas chicas que funcionan con buenos servicios"*.²²

²¹ Diario Clarín. Suplemento Económico. Sección Negocios en el mercado de la salud. 25/01/2004.

²² Diario Clarín. Suplemento Económico. Sección Empresas. 30/05/2004.

CAPITULO IV

LA ACCION REGULATORIA: UN ANALISIS COMPARADO

4.1. ANTECEDENTES REGULATORIOS

En la evolución de los modelos regulatorios de la medicina prepaga en nuestro país han sido identificadas diversas fases:

- a) *La regulación de las EMPs se trata de manera análoga a los seguros tradicionales, exigiéndose el cumplimiento de aspectos tales como la solvencia financiera y patrimonial;*

- b) *Se impone a las EMPs mecanismos normativos para asegurar la lealtad comercial, fiscalizando aspectos tales como la selección adversa, la omisión de cobertura, la publicidad engañosa o la obligatoriedad de efectuar pagos adicionales de parte del beneficiario;*

- c) *Se supera la regulación con una finalidad exclusivamente económica y comienza a regularse introduciendo objetivos de salud, lo cual en nuestro país se ha introducido siguiendo el modelo de Atención Gerenciada de acuerdo al patrón de las HMO de los EEUU, en los cuales el usuario paga al financiador y este paga a proveedores que se ocupan de brindar la atención directa, mediante diversas modalidades de contrato en los que aparecen formas diversas de transferencia del riesgo. El producto que estas empresas ofrecen es un plan médico, lo cual implica una organización gerencial en la cual cobran importancia central los sistemas de información centrados en la utilización de servicios de parte de los pacientes, así como un contrato de gestión entre aseguradores y proveedores que asegure menores costos y mejores resultados sanitarios.(Tobar. 2000)*

- c) *Se trata de regular a las EMP como parte de una política de salud: Esta fase, que se inicia más recientemente en las políticas públicas del sector Salud, se enmarca en el proceso de reforma anteriormente descrito, y se cristaliza en los intentos de construir una ley que sirva como marco regulatorio para el accionar de las entidades de medicina prepaga en la República Argentina, tema que será de objeto de análisis en los apartados subsiguientes.*

Señalaremos a continuación una sucinta revisión de los principales antecedentes que permiten contextualizar el proceso regulatorio que hoy sometemos a análisis y observación.

Hasta el año 1980 se hallaban bajo la órbita regulatoria de aquellas instituciones que regulaban cualquier otro tipo de emprendimiento comercial, tales como la Inspección General de Personas Jurídicas, la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, la Dirección General Impositiva. El Ministerio de Salud o la Municipalidad local regulaban específicamente la habilitación y control de instalaciones en caso de que el prepago tuviera efectores propios.

Año 1980 :

- En su Resolución 2181, la ex Secretaría de Comercio y Negociaciones Económicas establece las condiciones que deben registrarse en los contratos, referidas a: a) carácter individual y colectivo de los convenios, b) forma de pago de las primas y reintegros, c) porcentaje de descuentos sobre medicamentos y requisitos para mantenerlos, d) formas de recibir las prestaciones (credencial identificatoria, detalle de coseguros), e) documentación administrativa para acceder a los servicios y normas para solicitar la atención de urgencia, ambulancia o incubadora); f) Formas de pago y reintegros (cuotas mensuales, pérdida de la condición de afiliado, montos y topes de los reintegros).

Año 1984 :

- La Secretaría de Comercio congela los precios para ciertos bienes y servicios entre los cuales figuraba la medicina prepaga.

Año 1986 :

- Se crea en el ámbito de la Secretaría de Comercio una comisión mixta con representantes del sector, y se firma el Acta Acuerdo Nro 6 (Anexo A y B) iniciando el período de precios administrados para el sector. Se trataba de un enfoque econométrico que actualizaba periódicamente y de acuerdo a una fórmula polinómica los precios de cuotas y beneficios.

Año 1989 :

- Se promulga la Ley 23.661 del Seguro Nacional de Salud, que excluye a la medicina prepaga de efectuar contratos de servicios con la Seguridad Social (art. 29 inc. e).

Año 1993 :

- El Estado Nacional decide incluir la medicina prepaga bajo el control de la Superintendencia de Seguros de la Nación. Este proyecto fue fuertemente cuestionado por las Cámaras de medicina prepaga, abandonándose finalmente la propuesta.

- Se sanciona la Ley de Defensa del Consumidor: Esta ley consagra varios derechos que son innovadores o no estaban previstos con anterioridad, tales como el deber de información, obligaciones relativas a la publicidad de los servicios, obligaciones relativas al cumplimiento de los servicios y consideraciones acerca de las cláusulas abusivas que no deben figurar en los contratos.

Año 1996 :

- El Poder Legislativo sanciona la Ley 24.754 que obliga a las EMP a cumplir con las Prestaciones Médicas Obligatorias (PMO). La medicina prepaga objeta la ley argumentando que, a diferencia de las obras sociales, dicha medicina es un contrato individual que no incluye el principio de solidaridad, no está exenta de impuestos y no tiene financiación estatal, en alusión al Fondo de Redistribución de la ANSSal. Se trata el tema en sede judicial, presentándose recursos de amparo para dejar sin efecto la aplicación de la ley.
- Se inicia ese año lo que se llamó el “desembarco” de empresas extranjeras, que llegaban para realizar fuertes inversiones en distintas áreas, y también en salud. Esta situación se enmarca -como ya se señalara anteriormente-, dentro del proceso de transnacionalización de las empresas del sector salud. Esto significa una gran amenaza para las EMP de capitales nacionales, las cuales agudizaron la presión por la regulación del sector, ahora con el fin de sostenerse frente al poderío económico de los capitales transnacionales.

Año 1997:

- El Ministerio de Salud y Acción Social instituye una Comisión Intersectorial cuyo objetivo era la elaboración de un proyecto de ley de regulación de Medicina Prepaga. Esta Comisión definió cuáles debían ser los tres componentes básicos en la regulación de la medicina prepaga:
 1. Compromisos de riesgo médico que asumen las empresas.
 2. Calidad de la infraestructura material y técnica de los prestadores.
 3. Transparencia de los planes de salud, sin cláusulas contractuales abusivas para el consumidor.

Finalmente, el Poder Ejecutivo Nacional elevó a la Honorable Cámara de Senadores un proyecto de Regulación de la Medicina Prepaga, junto a un proyecto de Desregulación de las Obras Sociales de Personal de Dirección.

Año 1998 :

- La Secretaría de Comercio Interior, recomendó a las empresas modificar los reglamentos de cobertura médica, eliminando cláusulas que para la Ley de defensa del consumidor podían considerarse abusivas. En diciembre de ese año, el Congreso Nacional sancionó la Ley 25.063 incluyendo a la Medicina Prepaga dentro del Impuesto al Valor Agregado

(IVA), con una alícuota del 10.5%. El PEN dispuso la promulgación parcial de la Ley 25.063, mediante el Decreto 1.517/98 vetando parcialmente el proyecto de ley sancionado por el Congreso de la Nación el 7 de diciembre de 1998 (Artículo 7º). El PEN entendió así que la medicina prepaga quedaba de esta forma con una alícuota del IVA del 21%. Numerosas presentaciones en la Justicia de las empresas del sector y la Asociación de Consumidores y Usuarios solicitaron acciones de amparo argumentando la inconstitucionalidad del veto parcial. Más de 160 fallos judiciales otorgaron medidas cautelares a los usuarios y empresas del sector privado de salud. Las EMP consideran que se ven muy perjudicados porque este sector nunca ha gozado de subsidios del Estado sino por el contrario debe tributar impuestos a los ingresos brutos, impuesto a las ganancias, impuesto a los activos y desde 1999 el impuesto al valor agregado.

Año 2000 :

- Se establece el PMO mediante la Resolución 939 del Ministerio de Salud.
- Si bien no se trata de normativa sectorial específica, debe citarse también la Ley 19550 de Sociedades Comerciales y la Ley de Defensa del Consumidor Nro. 24240, así como la Resolución 9/2004 que promulgada por la Secretaría de Defensa del Consumidor trata sobre la protección del usuario ante las cláusulas abusivas.

Año 2002:

- Se establece, como medida prioritaria a cumplir mientras subsista la situación de emergencia sanitaria establecida por el Decreto 496 /2001, la definición de las prestaciones básicas esenciales comprendidas en la emergencia sanitaria.

Año 2004:

- Se sanciona la Resolución 315/2004, que regula la obligatoriedad de cumplimiento del PMO de Emergencia, reglamentando el porcentaje de cobertura y descuento en medicamentos para enfermedades crónicas.
- Se sanciona el Decreto 476/2004, el cual crea el Gabinete de Coordinación de Regulación y Supervisión Financiera en el ámbito del Poder Ejecutivo Nacional, que tiene entre sus objetivos promover políticas de supervisión y regulación conjuntas de los conglomerados financieros que ejercen su actividad en los sectores regulados por los organismos representados en el mismo, entre los que se incluyen aquellas entidades que se ocupan de supervisar acciones relacionadas con el aseguramiento y/o la prestación de servicios de salud: Superintendencia de Seguros de la Nación, Superintendencia de Administradores de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, Superintendencia de Servicios de Salud, Subsecretaría de Defensa de la Competencia y Defensa del Consumidor, Superintendencia de Entidades Financieras y Cambiarias.

De acuerdo a la revisión efectuada, se advierte que son diversas los organismos de regulación que tienen ingerencia sobre la actividad de las EMP: Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Economía, Superintendencia de Servicios de Salud, Subsecretaría de Defensa de los Derechos del Consumidor, Dirección de Defensa del Consumidor de las municipalidades, Inspección General de Personas Jurídicas.

4.2. ANÁLISIS COMPARADO DE LOS CONTENIDOS REGULATORIOS

4.2.1. Una perspectiva general

Entre 1994 y 1999 se presentaron en el parlamento un total de 35 (treinta y cinco) proyectos: veintiséis tuvieron origen en la Cámara de Diputados, y nueve en la Cámara de Senadores, uno de los cuales correspondía al Poder Ejecutivo. Sus elementos esenciales se exponen a continuación:

Proyectos de Ley

Expte	Cámara de Inicio	FECHA	Título	Síntesis	Firmantes	Distrito	Bloque	Publicación
1522 -S- 94	Senado	1 9 9 4	Reglamentación de los Sistemas de Medicina Prepaga	Creación de la Superintendencia de Prestaciones Prepagas; atribuciones; contratos con los asociados; requisitos, cláusulas prohibidas; duración; infracción, sanciones y multas	Molina	Santa Cruz	PJ	DA E 124
S/D	Diputados	1 9 9 5	Creación de la Comisión Nacional de Control y Regulación de Medicina Prepaga.	Objetivos y funciones; integración y funciones del Directorio; incompatibilidad de cargos; control de la Comisión por parte de la Sindicatura General de la Nación; registro para las entidades de Medicina Prepaga y análogas; sanciones.	Aremendáriz, Peralta	Buenos Aires Chubut	UCR	TP 91
2024 -D- 95	Diputados	1 9 9 5	Autoridad regulatoria de las Entidades de Medicina Prepaga	Creación en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social; autarquía; objetivos; funciones, deberes y atribuciones; canon de fiscalización y control; directorio; recursos; jurisdicción; resoluciones.	Bullrich	Capital Federal	PJ	TP 63
4982 -D- 95	Diputados	1 9 9 5	Sindicatura de Entidades de Medicina prepaga (SINENMEPA)	Creación en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social; integración ; atribuciones.	Gazia	La Pampa	PJ	TP 16
S/D	Diputados	1 9 9 5	Régimen para la regulación de entidades de Medicina Prepaga	Creación del Ente de Regulación de entidades de Medicina Prepaga (ERMEP); funciones, integración, funcionamiento; Plan Mínimo de Cobertura; Presupuesto;Control	Pellín	Neuquén	M. Pop. Neuquino	TP 135

3 ó 5856 -D- 95	Diputados	1 9 9 5	Creación de la Comisión de Control de Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de Aseguradoras de Salud, de Administradoras de la Seguridad Social y Sistemas Análogos (COCEMEP) en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social	Creación del Registro Unico Nacional de la COCEMEP; objetivos; competencia; financiamiento; sanciones; autoridades.	Corchuelo Blasco	Chubut	PJ	TP 131
2761 -D- 95	Diputados	1 9 9 5	Creación del sistema básico de regulación del funcionamiento de las empresas y entidades que se dediquen a la prestación de salud prepaga	Autoridad de control y aplicación: Ministerio de Salud y Acción Social; creación de la Dirección Nacional de Fiscalización y control de prestaciones prepagas de salud: facultades sancionatorias, asuntos de su competencia, recursos; contratos entre prestadores y consumidor; obligación de cubrir tratamientos de enfermos de SIDA por parte de los planes de servicio de cobertura integral; caducidad del contrato; adecuación de las actuales prestadoras de salud al nuevo sistema.	Ortiz Maldonado	Buenos Aires	UCR	TP 88
5297 -D- 96	Diputados	1 9 9 6	Régimen para las operaciones de medicina prepaga o de seguros de medicina prepaga, derechos y obligaciones	Registro nacional de prestadores de medicina prepaga (EMP); contrato de medicina prepaga; organismo de control y aplicación; creación en el ámbito de la Secretaría de Comercio dependiente del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos de la Nación de la Superintendencia Nacional de Prestaciones Prepagas de Servicios Médicos (SUNAPRE), integración, funciones; órgano asesor: integración, funciones; sanciones; financiamiento; disposición transitoria.	Melogno	Chubut	PJ	TP 144

825-D-96	Diputados	1 9 9 6	Registro Nacional de Afiliados	Características del registro. Obligaciones de las Empresas. Incumplimiento. Sanciones.	González Gaviola	Mendoza	PJ	18
S/D	Diputados	1 9 9 6	Creación del Sistema Nacional de Salud con los alcances de un Seguro Social	Ambito de aplicación; beneficiarios; autoridad de aplicación: Ministerio de Salud a través de la ANSSAL; administración; agentes; Hospital público de autogestión (HPA); medicina privada, creación de la Superintendencia Nacional de Medicina Prepaga; financiación; Sistema Unico de Seguridad Social (SUSS); prestadores; estructuras prestacionales integrales (EPI); programa de prestaciones básicas obligatorias (PBO); Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; jurisdicción; infracciones y penalidades; participación de las provincias y la Capital Federal; derogación de la ley 23.661	Alarcia Casari de Alarcia Bizzotto Martinez Escalante Veramendi Domínguez Aban de Abalos Gazia Rubini Herrera Arias Rivadera	Córdoba Córdoba Santa Fe Buenos Aires Corrientes Buenos Aires Capital Federal Salta La Pampa Buenos Aires S. del Estero La Rioja	PJ	TP 84

2440 -S- 96	Senado	1 9 9 6	Régimen de Prestadores de Servicios de Medicina Prepaga	Ambito de aplicación; objeto; Creación de la Superintendencia de Prepagos Médicos; funciones y atribuciones; integración; contratos con los consumidores	Martínez Almudevar	La Pampa	PJ	DA E 159
1312 -D- 97	Diputados	1 9 9 7	Creación de la Comisión de Control de Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de Aseguradoras de Salud, de Administradoras de la Seguridad Social y Sistemas Análogos (COCEMEP) en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social	Creación y objetivos de la Comisión. Registro de entidades de medicina prepaga. Financiamiento de la Comisión. Autoridades de la Comisión. Sanciones.	Corchuelo Blasco	Chubut	PJ	TP
0383 -PE- 97	Senado	1 9 9 7	Régimen para la empresas de medicina prepaga	Definiciones, actividades comprendidas, contratos, prestación de servicios, patrimonio neto, infracción y sanciones	Menem Rodríguez Mazza	La Rioja	PJ	DA E 76
1190 -D- 98	Diputados	1 9 9 8	Creación del Sistema Nacional de Salud con los alcances de un Seguro Social	Reproducción del Expte 1190-D-98	Alarcía	Córdoba	PJ	TP 84
0007 -D- 98	Diputados	1 9 9 8	Régimen para las operaciones de medicina prepaga o de seguros de medicina prepaga, derechos y obligaciones	Reproducción del Expte 5297-D-96	Melugno	Chubut	PJ	TP 1

3045 -D- 96	Diputados	1 9 9 8	Creación de la Comisión Nacional de Regulación de las Prestaciones Privadas de Servicios de Salud	Objetivos; autarquía; funciones; integración; auditoría; órbita de aplicación.	Guevara Storani	Capital Federal Buenos Aires	UCR	TP 64
0112 -S- 98	Senado	1 9 9 8	Régimen de Prestadores de Servicios de Medicina Prepaga	Reproducción del Expediente 2440-D-96	Martinez Almudevar	La Pampa	PJ	DA E 7
7171 -D- 98	Diputados	1 9 9 8	Regimen para el contralor de calidad y eficiencia de los servicios médicos que brindan las empresas de medicina prepaga	Régimen de asistencia mínima obligatoria (PMO); medicina prepaga; efectores; usuarios; funciones de la superintendencia de servicios de salud; sanciones; publicidad.	Santander	La Rioja	PJ	TP 171
4648 -D- 99	Diputados	1 9 9 9	Régimen para las organizaciones de medicina prepaga		Godoy	Misiones	PJ	S/D
1495 -S- 99	Senado	1 9 9 9	S/D	Determinación de entidades. Cláusulas contractuales. Derechos y obligaciones de usuarios y prestadores. Régimen de carencias. Reserva técnica. Patrimonio neto. Financiamiento de la autoridad de aplicación. Fondo de Garantía de las Prestaciones de Salud	Salum	Jujuy	PJ	DA E 89/ 99
1732 -S- 99	Senado	1 9 9 9	S/D	Entidades de medicina prepaga. Exclusividad del objeto social. Patrimonio neto. Autoridad de aplicación. Cláusulas contractuales. Listado de prestadores. Régimen de carencias. Reintegro de prestaciones al Hospital Público.	Cafiero	Buenos Aires	PJ	DA E 106 /99

3391 -D- 00	Diputados	2 0 0 0	Creación de la Comisión de Control de Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de Aseguradoras de Salud, de Administradoras de la Seguridad Social y Sistemas Análogos (COCEMEP) en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social	Reproducción del Expte 1312-D-97	Corchuelo Blasco	Chubut	PJ	S/D
4429 -D- 00	Diputados	2 0 0 0	Regulación y fiscalización del sistema solidario de salud y de las actividades de las entidades de medicina prepaga	Entidades de Medicina Prepaga. Derechos y obligaciones. Contrato de Medicina Prepaga. Organismo de control y aplicación. Organismo asesor. Sanciones. Financiamiento.	Guevara	Capital Federal	UCR	S/D
5685 -D- 00	Diputados	2 0 0 0	S/D	Derechos y obligaciones de las entidades de medicina prepaga. Autoridad de aplicación. Tipos de planes. Solvencia económico-financiera. Cláusulas contractuales. Precio de los contratos. Requisitos de prestadores. Cumplimiento de requisitos ante la autoridad de aplicación. Registro de entidades prepagas. Infracciones y sanciones. Procedimientos a seguir en caso de quiebras,	Camaño Valdovinos Corchuelo Blasco Pampuro	S/D	S/D	S/D
3185 -D- 00	Diputados	2 0 0 0	Ley de libre contratación entre los prestadores y las Obras Sociales	S/D	Soñez	Entre Ríos	FRE PAS O	183

4429 -D- 00	Diputados	2 0 0 0	Regulación y fiscalización del sistema solidario de salud y de las actividades de las entidades de medicina prepaga	Objeto social de las entidades de medicina prepaga. Tipo de Plan. Cumplimiento del PMO. Cláusulas contractuales. Listado de prestadores. Obligaciones ante la autoridad de aplicación. Solvencia económico-financiera. Registro de entidades. Infracciones. Financiamiento de la autoridad de aplicación. Fondo de Garantía de las Prestaciones.	Guevara Farizano Espínola Pernasetti Cambour Cafiero	S/D	S/D	S/D
236- D-00	Diputados	2 0 0 1	Régimen regulatorio para las empresas de medicina prepaga	Entidades objeto de la regulación. Autoridad de aplicación. Requisitos de habilitación. Derechos y obligaciones de empresas y beneficiarios. Cláusulas contractuales. Listado de prestadores. Reservas técnicas. Registro Nacional de Entidades. Infracciones y sanciones. Financiamiento de la autoridad de aplicación.	Galland y otros	S/D	S/D	TP 160
1187 -D- 01	Diputados	2 0 0 1	Régimen para las organizaciones de medicina prepaga	S/D	Godoy	Misiones	PJ	S/D
S- 1168 -04	Senado	2 0 0 4	S/D	S/D	M.T. del Valle Colombo de Acevedo	Catamarca	S/D	S/D
S- 1046 -03	Senado	2 0 0 3	S/D	S/D	Luis Falco	S/D	S/D	S/D

4882 -D- 03	Diputados	2 0 0 3	Establecer prestaciones obligatorias a cargo de las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga	Obras Sociales. Empresas o Entidades que prestan servicios de medicina prepaga. Prestaciones obligatorias. Incorporación.	Rodríguez	Buenos Aires	UCR	TP 150
2886 -D- 03	Diputados	2 0 0 3	Regulación de las personas físicas y de las entidades o empresas que presten servicios de cobertura de la atención y el tratamiento de la salud humana	Objeto. Del Instituto Nacional regulador de entidades o empresas de servicios de cobertura de la atención y el tratamiento de la salud. Objetivos y funciones del Instituto. Requisitos y modalidades de los contratos. Cláusulas prohibidas. Sanciones.	Moreau Mastrogiácomo Gastañaga Abalos Insfrán Balián	Buenos Aires	UCR	TP 80
2738 -D- 03	Diputados	2 0 0 3	Regulación de entidades que brinden cobertura de medicina prepaga	Determinación del objeto de regulación. Autoridad de aplicación. Reserva técnica. Cláusulas contractuales. Reintegro de prestaciones al Hospital Público. Derechos de los usuarios. Infracciones y sanciones. Listado de prestadores. Régimen de carencias. Variaciones en el precio. Financiamiento de la autoridad de aplicación. Fondo de Garantía de las Prestaciones.	Pruyas	S/D	S/D	S/D
S- 112- 04	Senado	2 0 0 4	S/D	Determinación de las entidades. Autoridad de aplicación. Objeto social. Tipo de planes. Cláusulas contractuales. Períodos de carencia. Variaciones en el precio de las cuotas. Nómina de prestadores. Reintegro de prestaciones al Hospital Público. Procedimiento en caso de quiebras. Funciones de la autoridad de aplicación. Infracciones y multas.	Oviedo	PJ	Misiones	S/D

S/D: En algunos casos refiere a la carencia de información. En otros, como título y síntesis, no implica que no se dispone del proyecto para el análisis correspondiente, sino que no se dispone de la información oficial al respecto (Los proyectos se titulan y se sintetizan a los fines de la publicación en los órganos oficiales de difusión de las Cámaras, pero en si mismos no contienen ninguno de los dos elementos)

4.2.1.2. LAS LEYES PROVINCIALES

Hasta el momento sólo la Provincia de Chaco cuenta con una Ley aprobada de Regulación de la Medicina Prepaga.

La Ley 4.606, sancionada el día 2 de junio de 1999 y publicada el 14 de julio del mismo año en el Boletín Oficial bajo la denominación **Entidades de Medicina Prepaga**, consta de 18 (dieciocho) artículos cuyo contenido es el siguiente: a) Determinación de entidades; b) Registro; c) Régimen jurídico; d) Tipos de planes; e) Cláusulas contractuales; f) Régimen de carencias; g) Listado de prestadores; h) Reintegro de prestaciones brindadas a establecimientos del sector público; i) Listado de prestadores; j) Autoridad de aplicación; k) Infracciones y sanciones.

La Ley se asemeja, en la estructura y el contenido de los artículos que lo componen, al Proyecto elevado oportunamente por el Poder Ejecutivo a la Cámara de Senadores de la Nación, orientado a resguardar los derechos de los usuarios a través del establecimiento de normas que definan las cláusulas contractuales que vinculen a los mismos con las empresas prestadoras.

Varios aspectos son dignos de remarcar en esta ley:

- Las entidades de medicina prepaga se definen de acuerdo con el modelo de seguro tradicional de tipo indemnizatorio, ya que se las definen como “aquellas que se obligan, aún en forma accesorio, al reembolso de las sumas abonadas por el usuario en su atención médica”.
- No se establece la fijación de ningún paquete de prestaciones básicas a ser incluido en el Plan.
- Las EMP estarán obligadas a abonar las prestaciones comprendidas en el Plan brindadas a los usuarios por cualquiera de los establecimientos sanitarios que integran la red de servicios asistenciales dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco.

- La autoridad de aplicación de la ley es el Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco, en cuyo ámbito se establecerá el registro de entidades de medicina prepaga.
- Dicha autoridad de aplicación está facultada para arancelar los servicios brindados a las EMP y fijar el destino de los fondos que por tal concepto se recauden, así como para delegar la fiscalización del cumplimiento de la ley.

4.2.2. DIMENSIONES DE LA REGULACION

La revisión completa de todos los Anteproyectos de ley presentados en ambas Cámaras permitió identificar las principales dimensiones y contenidos bajo regulación. Asimismo, plantear elementos para una caracterización de los mismos según el énfasis diferencial que se le otorga a alguna de las dimensiones y contenidos identificados.

La concepción regulatoria encarada sobre las EMP puede ser ordenada de acuerdo a las siguientes preguntas fundamentales: Qué regular?; A quién/es se regula?; Por qué regular?; Quién regula?; Dónde regular?

Un repaso a las relaciones posibles que surgen de tales preguntas permitirá inferir cuál es la orientación ideológica que le imprime identidad a cada uno de los proyectos analizados.

a) Qué regular?

Uno de los principales escollos que se encuentran a la hora de redactar el contenido de los proyectos regulatorios es la carencia casi absoluta de un marco conceptual que permita orientar la toma de decisiones acerca de la regulación, tanto en sus características como a las condiciones y requisitos que impone.

Probablemente dicha situación se haya generado en la falta de interés que han tenido los sectores académicos por este subsector sanitario, pues los esfuerzos se han abocado casi con exclusividad al sector público y, en parte, al de la seguridad social.

Tal grado de profundidad adquiere este vacío conceptual que no se cuenta con una definición específica de la actividad. Por otra parte se pueden ensayar múltiples definiciones pero todas ellas presentan numerosos problemas, tal como se expone en el punto 4.4.3.1.

Además de los reseñados, en una serie de proyectos se resolvió la cuestión apelando al recurso de dejar sin definir el punto, tal como en los casos de los proyectos presentados por los diputados Corchuelo Blasco y Bullrich.

Las categorías fundamentales que serán analizadas con posterioridad para evaluar la orientación del proyecto regulatorio son: **Entes sujetos a regulación, Exclusividad del objeto social; Definición del Plan.**

b) A quién/es se regula?

Se incluyen aquí aquellos contenidos regulatorios vinculados con la determinación de los derechos y las obligaciones de dos términos en la relación :

a) Los usuarios o consumidores de servicios de salud; b) Las entidades de medicina prepaga.

Uno de los aspectos más importantes que deben ser tomados en cuenta aquí es el contenido de las cláusulas contractuales que se focalizan principalmente en asegurar la transparencia de las normas contractuales, o bien se proponen más explícitamente la protección del usuario, entendiendo la misma como establecer normas que explícitamente lo defiendan, ya sea por su edad avanzada, por tener una patología preexistente, por ser un neonato con patología congénita, etc.

En relación con el rol que se le asigna a los usuarios, los anteproyectos se diferencian de acuerdo a la orientación ideológica en:

- Aquellas que se centran en los aspectos formales y de procedimiento que garantizarían la transparencia de la relación contractual, pero no avanzando en la legislación sobre los contenidos que deben ser incluidos en el mismo para proteger los derechos del usuario;
- Aquellos otros que, dado el mayor desvalimiento en que se encuentra el usuario, establecen como objetivo principal la definición de normas protectoras para evitar cláusulas abusivas que lesionen los fundamentos básicos que deben regir la relación entre las partes contratantes.

Pero gran parte de los proyectos consultados se refieren casi con exclusividad a la regulación de la actividad empresarial, sin consideración alguna a la perspectiva del consumidor en el mercado, y por consecuencia sin previsiones en materia de cláusulas abusivas y control de contenido.

Las categorías fundamentales que serán analizadas con posterioridad para evaluar la orientación del proyecto regulatorio son: ***Entes sujetos a regulación, Obligaciones ante la autoridad de aplicación.***

c) Por qué regular?

Todos los proyectos analizados incorporan los fundamentos que justificarían la sanción de una ley que regule el ejercicio de la medicina prepaga. Pueden tomarse dichos fundamentos como base para caracterizar el marco ideológico de cada iniciativa, aún cuando ello deba complementarse con la lectura de los artículos que componen cada proyecto. En el proyecto de Bullrich (2024-D-95) se establecen incluso cuáles son las opciones regulatorias y se adopta posición por una de las descriptas.

La regulación estatal de la actividad de las EMP puede ser diferenciada según imperen alguna de las dos concepciones principales que han sido identificadas:

- *El sector de las prepagas se concibe como parte integrante del subsistema de salud y, en tanto tal, el proyecto de regulación es la materialización de una política de salud.*

Se trata de aquellos proyectos que reflejan una visión más global, en la cual el Estado debe supervisar el ejercicio de las EMPs porque integran de manera importante el sistema de servicios de salud. Sus acciones, sus resultados y su relación con los restantes subsectores son temas que deben caer entonces necesariamente bajo la órbita regulatoria del Estado. En tal sentido, resulta importante especificar cuál será la actuación de la autoridad de aplicación, y

cuáles serán las obligaciones de las empresas ante la misma: por ejemplo, presentación de planes para su aprobación, contribuciones al sostenimiento de la agencia regulatoria, obligación de inscribirse en el registro habilitado oficialmente por la misma, cumplimiento de las leyes y normativas generales que vinculan al subsector de la medicina prepaga con los restantes subsectores del sistema de salud.

Aquí aparece la necesidad de mitigar algunas externalidades negativas tales como subsidios indirectos del sector público al privado al atender en el Hospital público a población cubierta por este subsector.

Desde este enfoque, la ley debería centrarse en el establecimiento de un marco regulatorio que especifique cuáles deben ser las obligaciones de las empresas ante la autoridad de aplicación, habida cuenta del rol que cumplen como parte integrante del sistema de salud. No solamente se concibe la necesidad de intervenir sobre el sector específico sujeto a regulación sino también por los efectos deseados o indeseados que el mismo podría generar sobre los otros subsectores: el público y el de la Seguridad Social. Son proyectos que hacen de la regulación sanitaria el centro de la cuestión. Son proyectos que hacen de la regulación sanitaria el centro de la cuestión (Ver Proyecto de Ley de Alarcia y otros. TP 84/1996).

- *Se concibe a las EMP como sumatoria de entidades, en la cual no aparecen explicitadas las relaciones con los restantes subsectores del Sistema de Salud y tampoco se indica cómo actuar en las interrelaciones más comunes entre los mismos.*

Se incluyen aquí aquellos proyectos que regulan el sector en tanto que es parte de la economía formal y conciben a las entidades como un conjunto de emprendimientos privados dirigidos a brindar servicios de salud a personas con capacidad de pago. Se trata de una regulación cuyo sesgo es fundamentalmente de naturaleza económica, y en la cual se destacan los beneficios en términos de una disminución en los niveles de litigiosidad actualmente existentes. (Proyecto de Ley del Diputado Melogno –Expte.007/1998).

Esta relación, si bien involucra una prestación asistencial o de salud, está mediatizada por una relación contractual que la sitúa en la órbita del Derecho comercial. La asimetría ínsita en la relación entre prestadores y usuarios justifica la intervención del Estado para establecer un control en defensa de la parte más débil, promover la mayor transparencia en el mercado y estimular la competencia entre los oferentes de servicios. En la mayoría de estos proyectos de ley se señala la necesidad de no coartar las pautas de libertad económica en las cuales se ha desarrollado el subsector (ver Proyecto Galland, D-236-01) e incluso se señala en algunos proyectos que no es intención del mismo regular el subsistema, pues, citando al entonces Secretario de Salud, se menciona que "*la competencia evita que las empresas se abusen del afiliado*" (ver Proyecto Corchuelo Blasco- 3856-D-95).

Las categorías fundamentales que serán analizadas con posterioridad para evaluar la orientación del proyecto regulatorio son: ***Definición del Plan, Cláusulas contractuales, Obligaciones ante la autoridad de aplicación.***

d) Quién regula?

Asimismo, en la medida que para operar las entidades prestadoras deben ser habilitadas, supervisadas y/o fiscalizadas por los organismos competentes del Sector Salud, otro aspecto importante a considerar son las obligaciones ante la autoridad de aplicación y los requisitos de solvencia económico-financiera de las compañías.

Se trata de identificar aquí cuál es el organismo que se desempeñará como autoridad de aplicación y cuáles deben ser sus competencias, su composición y el área de influencia de su accionar.

En este caso, no caben dudas de que la principal responsabilidad regulatoria recae en el Estado.

Los artículos que lo conforman hacen fundamentalmente hincapié en el diseño del ente gubernamental que se ocupará de controlar y fiscalizar la gestión de las EMP. En general, no regulan directamente sino que apuntan a perfeccionar la burocracia con el fin de hacer de ella una maquinaria adecuada para generar una futura regulación del sector. La transparencia en la elección de la autoridad, la equitativa representación de todos los sectores involucrados en el tema, la reglamentación de los mecanismos de toma de decisión, etc. supuestamente asegurarían que el accionar de la institución fuera justo y equitativo. En este punto debe resaltarse la insistencia con la que en varios proyectos se estipula que en los entes reguladores debe haber representación de las EMP, formando parte de su Directorio, por ejemplo, lo que daría lugar a que sean los propios regulados los que regulen.

Aquí es posible diferenciar dos subtipos, de acuerdo a si esta función de contralor sea ejercida directamente por un organismo gubernamental (Proyectos de Ley del diputado Gazia - Expte. 4982/1995 y de los diputados Storani/Guevara - Expte. 3045/96) o si el ejercicio de dicha función es tercerizado (Proyecto de Ley de Martínez Almudevar - Expte. 2440-S-96).

Deben incluirse también aquí toda especificación acerca de los canales institucionales mediante los cuales puede hacerse efectiva la participación de los usuarios en el control y/o evaluación de los servicios de salud, y que exceden el contenido expreso que debería figurar en las cláusulas contractuales.

Podrían quedar comprendidos aspectos tales como la representación de los mismos en los órganos consultivos de la autoridad de aplicación, la regulación de la publicidad o el tratamiento que puede otorgársele a las quejas y demandas de los usuarios, temas que no aparecen descritos en ninguno de los anteproyectos revisados.

Las categorías fundamentales que serán analizadas con posterioridad para evaluar la orientación del proyecto regulatorio es: **Autoridad de aplicación, Solvencia económico-financiera de las entidades.**

• Dónde regular?

Todos los proyectos analizados, al ser elevados para su sanción en el orden nacional, no dispondrían de un ámbito territorial específico para su aplicación,

dado que la atención de la salud no es una facultad delegada por los Estados Provinciales al Estado Nacional. Sin embargo, son escasísimos los proyectos que, en sus fundamentos o bien en su articulado, incluyan alguna consideración relativa a este aspecto.

Una excepción a esto puede señalarse en el proyecto de creación de la Comisión de Control de la Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de aseguradoras de salud, de administradoras de la Seguridad Social y sistemas análogos (COCEMEP) que, en su artículo 14º invita a las jurisdicciones "*para que adhieran a dicha ley o sancionen a través de sus propias legislaturas leyes similares a la presente*" (ver Proyecto Corchuelo Blasco 5856-D-95). Asimismo, en los fundamentos del Proyecto Oviedo (S-112-04) se indica expresamente que "*las cuestiones de procedimiento y ejecución quedan en la competencia de cada provincia y la ciudad de Buenos Aires, pero que los beneficios que otorga la adhesión a la presente hará que prácticamente no exista entidad de medicina privada que no adhiera a la misma*".

Una consideración más pormenorizada acerca de los problemas que plantea la aplicación de una ley sancionada en el nivel nacional para un país con régimen federal de gobierno, se recomienda la lectura del Capítulo 6 (punto 6.1, 6.3).

4.2.3. LOS PRINCIPALES PROYECTOS

A nuestro criterio, los proyectos centrales de todo este camino hacia la regulación sobre los cuales haremos un análisis de los principales contenidos regulatorios: a) el del Poder Ejecutivo, b) el sancionado por la Cámara de Senadores y c) el Dictamen de la Cámara de Diputados (actualmente con estado parlamentario).

4.2.3.1. El proyecto del Poder Ejecutivo:

El proyecto del Poder Ejecutivo (en adelante PE) surge a instancias de la Comisión Interministerial creada por la Subsecretaría de Fiscalización y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud y Acción Social con el objetivo de elaborar un proyecto de ley de regulación de Medicina Prepaga.

En cerca de cien reuniones, las autoridades sanitarias del Poder Ejecutivo reunieron los aportes del área de Economía, Seguros, con las observaciones de todos los actores que participaron en la Comisión y los proyectos preexistentes que habían sido presentados en ambas Cámaras legislativas.

El proyecto 371/97 fue ingresado al Poder Legislativo a través de la Cámara de Senadores el 18 de julio de 1997 junto con un proyecto que establecía un marco normativo para las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios (382/97). Este último proyecto proponía autorizar a los beneficiarios de dichas organizaciones a que puedan entregar sus aportes a las entidades de medicina prepaga, pero la férrea oposición de estas Obras Sociales impidió su tratamiento en Comisión, lo que hizo caducar su vigencia en el año 1998.

Si bien el proyecto contribuiría a llenar un vacío legal de varios años respecto de este tipo de cobertura en salud adolece de serias indefiniciones técnicas. Estas transforman un proyecto de regulación en un mero indicador de cuáles son los ítems sobre los cuales se debería legislar, delegando, aparentemente, esta facultad al decreto reglamentario, en el art. 8^{o23}. Cabe recordar que éste último debería limitarse sólo a aspectos de ejecución y no de normatización.

El contenido del proyecto 317/97 (ver Anexo I-a) comprende los siguientes temas:

- a) Determinación del objeto de regulación;
- b) Personas jurídicas que pueden constituir entidades de medicina prepaga y la exclusividad del objeto social;
- c) Establecimiento de la autoridad de aplicación;
- d) Definición del plan, así como las condiciones estipuladas para su aprobación;
- e) Derechos y obligaciones de usuarios y empresas, a ser incluidas en las cláusulas contractuales que relacionan a cada una de las partes;
- f) Pautas mínimas de cumplimiento de parte de las entidades a fin de garantizar la solvencia técnica y patrimonial de las mismas;
- g) Obligaciones que rigen para las empresas ante la autoridad de aplicación;
- h) Fuentes de financiamiento de la autoridad de aplicación;
- i) Establecimiento de un registro oficial para las entidades de medicina prepaga.

4.2.3.2. El proyecto sancionado por la Cámara de Senadores de la Nación

El proyecto sancionado por la Cámara de Senadores de la Nación (en adelante CS) toma esencialmente los contenidos del proyecto de Salum –el cual fue la base del dictámen de comisión junto con otro de Martínez Almudevar–, el cual a su vez replica el viejo proyecto del PEN, con algunas modificaciones de suma importancia. El mismo fue ubicado en el orden del día de las últimas sesiones ordinarias del año 1998, obteniendo la sanción de esa cámara.

El proyecto tiene algunos puntos diferentes que resultan clave a la luz de los esfuerzos por regular el sector. Se trata de un proyecto orientado a garantizar la adecuada defensa del consumidor de medicina prepaga, estableciendo determinados requisitos y condiciones.

²³Art. 8° - Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley deberán cumplir los siguientes requisitos mínimos para su funcionamiento de acuerdo a las normas reglamentarias que se dispongan en tal sentido.

Su contenido (ver Anexo I-b) comprende básicamente los siguientes puntos:

- a) Determinación del objeto de regulación;
- b) La obligatoriedad de llevar adelante registros contables individualizadas para las entidades que cubran más de un objeto social;
- c) El establecimiento del Ministerio de Salud como autoridad de aplicación y la creación de un Fondo de Garantía de las Prestaciones de Salud;
- d) La definición del/los planes que pueden brindar las entidades, así como las condiciones estipuladas para su aprobación;
- e) Los derechos y obligaciones de usuarios y empresas, que deberán ser incluidas en las cláusulas contractuales que relacionan a cada una de las partes;
- f) Las condiciones económicas y financieras que garanticen la solvencia técnica y patrimonial de las mismas;
- g) Las obligaciones que rigen para las empresas ante la autoridad de aplicación;
- h) Las fuentes de financiamiento de la autoridad de aplicación;
- i) El establecimiento de un registro oficial para las entidades de medicina prepaga.

4.2.3.3. El proyecto con dictamen de la Cámara de Diputados de la Nación

El proyecto de Dictamen de la Cámara de Diputados de la Nación (en adelante CD) surge del análisis de distintos proyectos considerado por las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Legislación General, de Defensa del Consumidor y de Presupuesto y Hacienda: Guevara y otros, Camaño y otros, Galland y otros, Godoy, Soñez y el proyecto que obtuvo media sanción del Senado (0237-S-99).

Su contenido (ver Anexo I-c) comprende básicamente los siguientes puntos:

- a) Determinación del objeto de regulación;
- b) Naturaleza jurídica de las entidades que brinden este tipo de servicios
- c) Definición del/los planes que pueden brindar las entidades, así como las condiciones estipuladas para su aprobación por la Superintendencia de Servicios de Salud;
- d) Derechos y obligaciones de usuarios y empresas, que deberán ser incluidas en las cláusulas contractuales que suscriban las partes;

- e) Condiciones económicas y financieras que garanticen la solvencia técnica y patrimonial de las empresas;
- f) Obligaciones que rigen para las empresas ante la autoridad de aplicación;
- g) Condiciones que deben cumplir las entidades de medicina prepaga para inscribirse en el Registro creado a tal efecto por la SSS.

4.2.4. ANÁLISIS COMPARADO

Se han relacionado, con fines comparativos una serie de aspectos que, a nuestro juicio, son considerados como más relevantes, pues sobre cada uno de ellos se podrían diseñar contenidos muy diversos de regulación.

Tales aspectos son: a) Entes sujetos a regulación, b) Exclusividad del objeto social, c) Autoridad de aplicación, d) Definición de plan, e) Cláusulas contractuales, f) Obligaciones con la autoridad de aplicación, g) Solvencia económico-financiera de las entidades.

4.2.4.1. Entes sujetos a regulación

Uno de los principales escollos que se encuentran a la hora de redactar los contenidos de los proyectos regulatorios es la carencia casi absoluta de un marco conceptual que permita orientar la toma de decisiones acerca de la regulación, tanto en sus características como acerca de las condiciones y requisitos que impone.

Probablemente dicha situación se haya generado en la falta de interés que han tenido los sectores académicos por este subsector sanitario, abocados casi con exclusividad al sector público y, en parte, a los problemas de la seguridad social.

Tal grado de profundidad adquiere este vacío conceptual que no se cuenta con una definición de la actividad. Si bien se han registrado múltiples definiciones acerca de la misma, todas ellas presentan problemas en torno a las principales dimensiones incluidas en la caracterización de las empresas de medicina prepaga : a) Los servicios que prestan; b) Los beneficiarios de los mismos; c) El tipo de riesgo asumido; d) La modalidad de pago o contratación que vincula a aseguradores y usuarios, e) Los aspectos formales que establecen la relación contractual entre las partes; f) Los requisitos para ser inscriptos en un Registro.

Analizaremos a continuación los aspectos más controversiales en torno a la determinación de los entes bajo regulación:

a) *Diferentes objetos de regulación*

Según se aprecia en cada uno de los proyectos revisados, estos pueden ser alternativamente las entidades o empresas, los contratos o bien las actividades desempeñadas por las entidades o empresas.

Por ejemplo, en el artículo 1 del PEN se establece que la Ley alcanza a las **entidades** que realicen determinadas actividades mientras que en el proyecto de la CS y la CD se identifica a las **actividades** como objeto de regulación. Asimismo, estas abarcarían los niveles de protección, recuperación y rehabilitación en el caso del proyecto de CS, mientras que en el de la CD se elimina el término *protección* e incorpora los de *promoción* y *prevención*. Como dato digno de mención, el proyecto Oviedo (Expte. S-112-04) opta por un articulado más genérico en el cual se regulan *prestaciones del área de la salud*.

Comentario:

El tema no es menor dado que cuando los proyectos regulan *las empresas* dejan afuera un cúmulo de organizaciones sin fines de lucro y cuando regulan *las entidades de medicina prepaga* abarcadas previamente por la Ley 24.754 también dejan fuera las actividades de medicina prepaga llevadas a cabo por otros entes tales como obras sociales, cooperativas y mutuales, federaciones médicas, que no tienen un exclusivo objeto social sino que la prestación de servicios de salud resulta una actividad más que se añade a otras de diferente índole.

Asimismo, cuando se regulan los contratos, subyace a estos proyectos una posición ideológica respecto de la función reguladora del Estado, cuya principal responsabilidad es asegurar la transparencia de la relación contractual entre entidad y usuario sin tener en cuenta otro tipo de protección especial de estos últimos, la cual puede llegar a ser estrictamente necesaria en el contexto de un país en desarrollo.

Finalmente, la opción más adecuada parece ser la regulación de *las actividades* en tanto que ello es independiente de la forma jurídica de la organización que las emprenda, siendo a la vez más integral en su perspectiva reguladora y con mayor hincapié en la presencia fiscalizadora del Estado sobre el sector.

Con relación a los niveles de intervención, sería importante que la norma pueda incorporar todas aquellas actividades promocionales y/o preventivas que no han sido comúnmente incorporadas en los planes asistenciales, detallando que las actividades están a cargo de las empresas o bien señalando la corresponsabilidad de pacientes y efectores en el cumplimiento de las mismas.

b) *Características de pago.*

El proyecto del PEN indica solamente que la prestación debe efectuarse en *contrapartida de un pago*, mientras que el proyecto de la CS señala que las entidades deben ofrecer *servicios de contratación y pago voluntario* y el

proyecto de la CD señala que los servicios ofrecidos deben estar comprendidos en un Plan instrumentado a través de un "sistema de contratación y pago voluntario".

Comentario:

A diferencia de la contratación directa de servicios entre prestadores y usuarios en los que se predomina el pago directo de bolsillo (erogación de carácter puntual en contrapartida por una prestación recibida - medicamento, consulta médica, intervención diagnóstica, etc.-); la prestación cubierta por las entidades de medicina prepaga debería caracterizarse como:

- Periódica, generalmente establecida como de carácter mensual
- Voluntaria. En el caso de la voluntariedad, es necesario señalar que si bien nadie está obligado a contratar una cobertura médica privada y por lo tanto se trata de un acto voluntario, una vez efectuada la contratación el pago pasa a ser obligatorio; por lo tanto este aspecto debe ser tenido en cuenta al momento de formular los anteproyectos de Ley.

Al definir en la cláusula b que el campo de regulación abarcará a los servicios de **medicina prepaga** puede introducir un matiz de ambigüedad, pues al no explicitar que se trata del pago de la cuota mensual parecen quedar fuera todos aquellos sistemas de reintegro que utilizan mecanismos de post-pago o que se financian, parcialmente, por mecanismos de co-seguro que se realizan al cabo de cada prestación.

c) Personas físicas que contratan servicios de medicina prepaga.

El proyecto original del PEN mantenía el concepto de usuario en toda su extensión, siendo el de mayor coherencia, mientras que el proyecto de la CS toma el concepto de consumidor en el primer artículo y luego el de beneficiario. El proyecto de la CD reemplaza el término de *consumidor* por el de *usuario*, mientras que otros proyectos analizados (Oviedo.Expte. S-112-04) menciona simplemente "a quienes contraten los servicios".

Comentario:

Todas estas cuestiones están asociadas a la noción que se tenga de quienes reciben las prestaciones. De acuerdo a los distintos proyectos, y de manera implícita o explícita, varía la forma en que dicho sujeto ha sido nominado: cliente, consumidor usuario, beneficiario. Detrás de cada término hay una concepción que imprime una orientación ideológica a la propuesta normativa. La nominación de usuario refleja más el sentido de la relación con una empresa de prestación de servicios, mientras que el término beneficiario, poco utilizado en los proyectos, proviene del sector de la seguridad social cuya población es conocida también como afiliado y cuyo aseguramiento es de carácter obligatorio. Para las asociaciones mutuales y/o cooperativas, se trata de asociados, que por los propios estatutos hallan prescritas sus obligaciones de participación. De todas las nominaciones expresadas, quizás la más desacertada es la de consumidor, ya que, en términos generales, no se consumen prestaciones de salud sino que se utilizan frente a la adversidad.

Cabe destacar que, del conjunto de proyectos presentados en ambas Cámaras y que han sido revisados a tal efecto, el único que lo define conceptualmente es el de Melogno (5297-D-96) quien señala que "*se considera usuario a quien contrate particularmente o reciba por contratación de terceras personas jurídicas o empresas para sí o para terceros familiares o no, el servicio de medicina prepaga*".

a) Servicios ofertados por las entidades de medicina prepaga.

El proyecto del PEN establece que las EMP ofrecen *servicios de cobertura de atención de la salud humana*, mientras que el proyecto de la CS introduce el concepto de *cobertura médico-asistencial* y el proyecto de la CD reemplaza el término *cobertura médico-asistencial* por el de *cobertura asistencial de salud*.

Comentario:

Todos los proyectos establecen como su objeto de regulación a toda EMP que brinde cobertura en salud. De acuerdo al tipo de servicios que presten pueden diferenciarse en pre-pagas que brindan servicios integrales, planes de cobertura parcial, menús combinados de prestaciones ambulatorias, planes complementarios para afiliados a Obras Sociales, pre-pagas odontológicas, pre-pagas de servicios de emergencias, pre-pagas de asistencia al viajero, mutuales agrupadas por territorio geográfico, ocupación laboral o país de origen, fondos solidarios de grupos profesionales que prestan alguna cobertura médica y, en definitiva, a toda organización que, independientemente de su tamaño y la restricción de sus servicios, disponga de personería jurídica y oferte cobertura médico-asistencial.

He aquí uno de los problemas centrales que enfrenta este marco regulatorio, pues requeriríase una discriminación más sutil entre las entidades de medicina prepaga que brindan servicios integrales y las Entidades que brindan planes de servicios de salud primarios y complementarios, los cuales podrían estar exceptuados o no del todo comprendidos en alguno de los artículos que incluyen los proyectos.

Una de las alternativas planteada por las entidades que concurrieron a las Audiencias Públicas, es que se incluya como EMP sólo a aquellas que brinden internación, quienes deberían brindar el PMO de forma integral, reservándose la clasificación de Entidades Prepagas de Medicina Primaria a todas aquellas otras que, no disponiendo de internación y no requiriendo el cumplimiento del PMO, brindan servicios o planes primarios y complementarios de salud.

Pero resulta sumamente importante identificar los matices y dificultades que se aprecian en cada una de las definiciones. El término salud humana, siendo el más abarcador resulta excesivamente genérico y/o ambiguo, y la noción de asistencia puede ser restrictiva de actividades preventivas o promocionales de la salud. Asimismo, el término cobertura asistencial no permite establecer una diferenciación con otros entes financiadores o incluso con prestadores directos de servicios de salud, razón por la cual se requieren de otros elementos que permitan recortar el universo en cuestión. En virtud de tales imprecisiones y

dificultades de acordar una conceptualización común, la Confederación de Clínicas y Sanatorios propondrá que en la legislación se indique que las EMPs "(...) Ofrezcan servicios de cobertura de atención de la salud humana, de contratación y pago voluntario, conforme a un 'plan' descrito en el art. 5to". Inc b) "Asuman el riesgo económico y la obligación asistencial como contrapartida del un pago "

b) Riesgo económico y/o asistencial.

El proyecto del PEN señala que las EMP deben asumir el "riesgo económico y asistencial", mientras que el proyecto de la CS señala que las EMP "asuman el riesgo económico y la obligación asistencial al beneficiario", y el proyecto de la CD indica simplemente que asuman el riesgo económico.

Comentario:

De la lectura de los artículos, se refleja una confusión acerca del término riesgo, central en el modelo del aseguramiento prestacional.

La cobertura que brindan las EMPs se apoya en una concepción poblacional acerca del riesgo epidemiológico que permite, merced a una determinada composición de las unidades cubiertas, la función de aseguramiento poblacional de quienes sufren la contingencia de la enfermedad. El concepto de riesgo asistencial tiende a asociarse empero con los problemas derivados de la mala praxis, en cuyo caso no son precisamente las EMP las que deben ocuparse del mismo sino que se trata de una responsabilidad de cada profesional, el cual debe a su vez hallar los medios para asegurarse del riesgo de verse sometido a un juicio de mala praxis. De allí que el proyecto del Senado opte por introducir el concepto de obligación asistencial, por juzgárselo más adecuado a la materia objeto de regulación.

Este artículo ha suscitado un debate muy acalorado en el transcurso de las Audiencias Públicas: la Asociación de Entidades de Medicina Privada del Interior cuestiona porque se produce un confuso límite entre la responsabilidad del prestador y la de las EMP, lo cual puede dar lugar a malentendidos en los casos de mala praxis profesional, y **proponen una revisión del concepto de riesgo asistencial, mientras que ADEMP también cuestiona** dicho inciso y **propone** que diga: "suscribir un contrato con el objetivo de brindar cobertura de prestaciones médicas" (Audiencias Públicas. 28/8/1997). Finalmente, COMRA propone incluir la siguiente definición: "Asuman el riesgo económico en un determinado período de tiempo" (Audiencias Públicas. 11/9/1997) .

f) Naturaleza jurídica de las entidades

El proyecto del PEN comprende a entidades tales como las sociedades anónimas, las cooperativas; las mutualidades y las Asociaciones o fundaciones con personería jurídica. Si bien el proyecto de la CS sigue incorporando a las mutuales y cooperativas, se elimina toda mención a la situación fiscal de las

entidades, mientras que el proyecto de la CD incluye a las sociedades comerciales de cualquier naturaleza y las compañías aseguradoras que ofrezcan coberturas de salud. El proyecto de la CD elimina la opción de funcionar como EMP a las entidades estatales (ej: hospitales públicos), hospitales privados y a las Obras Sociales regidas por leyes nacionales (cuando ofrezcan planes a adherentes voluntarios, a excepción de los beneficiarios incluidos en los inc. a) y b) del artículo 9 de la Ley 23660; y, en las mismas condiciones, las Obras Sociales provinciales y municipales), y otorga la posibilidad de funcionar como EMP a las compañías aseguradoras que ofrezcan coberturas de salud. Este proyecto mejora la redacción del inciso sobre las obras sociales en relación a otros proyectos, incluyendo bajo la órbita reguladora de la presente ley a los socios adherentes a las mismas como fuera pedido por gran cantidad de disertantes en las audiencias, dado que los proyectos anteriores arrastraban la indefinición respecto de si tales entidades eran alcanzadas por el proyecto.

Comentario:

La cuestión de la naturaleza jurídica de las entidades prepagas es un tema central en la definición del marco regulatorio, pues de ello depende el tratamiento impositivo que se le otorgue. Según ciertos sectores, la indefinición respecto de los requisitos jurídicos estaría generando situaciones de competencia desleal o subsidiada a favor de las cooperativas, mutuales y fundaciones, que no tienen fines de lucro y que están exentas de la carga impositiva que se aplica a las restantes.

Las empresas que originalmente realizaron esta actividad pasaron de ser sociedades de hecho a constituirse en sociedades de Derecho, entre las cuales se incluyen distintas figuras jurídicas: sociedades comerciales o asociaciones civiles con y sin fines de lucro cuyo registro y control societario es realizado por la Inspección General de Justicia, o bien mutuales, fundaciones y cooperativas, estas últimas actuando bajo la órbita del Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual (INACYM).

El tema no es irrelevante, dado que si las EMP se encuadran bajo la figura de una sociedad anónima deberán cumplir las imposiciones fiscales que en tal sentido les caben, mientras que si se inscriben como fundaciones, mutuales o cooperativas quedarían exentas de las mismas.

Durante la Audiencia, se ha propuesto incluir a toda sociedad comercial cuya figura esté contemplada en el Código de Comercio, dado que la mayoría de las prestatarias (incluyendo a las empresas del interior del país) han adoptado esta forma jurídica, y señalan la conveniencia de que este marco suficientemente amplio favorezca la reinversión de las empresas en capacidad instalada.

g) Registro de entidades de medicina prepaga

El proyecto del PEN señala la necesidad de que las entidades se inscriban en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENEMP), creándolo a tales efectos en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud; y

facultando a dicho Organismo a emitir las normas regulatorias y fiscalizar su cumplimiento. Tal registro tendría el carácter de obligatorio, pues ninguna entidad podría desarrollar las actividades descritas en el artículo 2do sin estar inscripta previamente en el mismo, mientras que la Cámara de Diputados señala los motivos de exclusión del mismo (condenas por delitos penales, quiebras o fraudes cometidos por la propia empresa). Finalmente, el proyecto de la CS detalla que la Superintendencia debe obligar a las entidades a determinar las condiciones técnicas exigibles y a mantener actualizado el registro con la oferta correspondiente de planes. Con excepción del Proyecto del PEN, todos los demás proyectos incluyen en la delimitación del ente bajo regulación su inscripción en un Registro creado a tal efecto por la autoridad de aplicación.

Comentario:

La disponibilidad de un registro de las empresas de medicina prepaga permitiría básicamente ejercer la función de contralor y sancionatoria, fiscalizando el cumplimiento del PMO, el contenido de los contratos entre las partes (por sus facultades, el Estado tiene el deber de resguardar el equilibrio contractual en aquellas transacciones de bienes públicos) y los márgenes de solvencia, reservas técnicas y porcentajes de inversión en bienes, entre otras cuestiones de consideración.

Un problema que presenta esta cuestión es que se incluye la inscripción en el registro dentro de la definición de las EMP, ya que se menciona "*Son consideradas entidades de medicina prepaga las que se encuentren inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga y autorizadas por la Superintendencia de Servicios de Salud*". Es decir, dada la dificultad de cernir las características del sector en cuestión se lo define por el hecho de que deben inscribirse ante la autoridad de aplicación, sin tomar en consideración que omitiendo dicha inscripción quedan exentos de los controles y obligaciones que la ley estaría imponiendo. Esta redacción supone una falacia lógica, pues de tal manera, resultaría simple no incluirse dentro de las EMPs incumpliendo aquello que la ley prescribe, y así quedar libradas de someterse a la norma.

El proyecto de Martínez Almudevar es el antecedente de este tipo de problemas, dado que en un intento de especificar más la cuestión avanza en estipular requisitos dentro de la propia definición. ACAMI y OSDE **questionan** esta obligación **argumentando** que establece controles y registros redundantes para, por ejemplo, las mutuales o las obras sociales de dirección, ya que en el caso de las obras sociales sería el segundo registro en el que deben inscribirse para poder funcionar.

Son las propias empresas de medicina prepaga las que han presionado para hacer efectivo el mencionado registro. En el Documento elaborado por ADEMP "Diagnóstico de situación y propuestas" (ADEMP. 2002) elaborado durante el transcurso del actual debate sobre regulación se señala que de no contar con el mismo cualquier norma de regulación recaería exclusivamente sobre las entidades tradicionales, beneficiando de tal forma a competidores desleales.

Si se adoptara como requisito obligatorio el registro obligatorio como entidad de medicina prepaga este hecho se constituiría en una oportunidad muy valorable para obligar al cumplimiento de los requisitos de funcionamiento que están descritos en los anteproyectos de Ley, y al mismo tiempo servir como

información pública para orientar la elección de los propios usuarios que deciden contratar un servicio con tales características.

4.2.4.2. Exclusividad del Objeto Social

Mientras que el proyecto del PEN plantea exclusividad del objeto social, el proyecto de la CD señala que resulta suficiente que en los Estatutos de la Institución esté contemplada la prestación de servicios de salud. El proyecto de la CS del año 1999 indica que para quienes cumplan más de una finalidad (cuyo objeto no sea exclusivo) es requisito indispensable efectuar registraciones contables individualizadas y diferenciadas del resto de sus actividades.

Comentario:

Varios problemas se plantean en torno a la dilucidación del problema de la exclusividad. Por un lado, se trata de proteger la racionalidad de un servicio a fin de que no sea capturado por la búsqueda del lucro como motor de la actividad económica, o que no se vea amenazado el financiamiento de la actividad mediante desvío de los fondos hacia otras actividades conexas, comprometiéndose la sustentabilidad financiera de la empresa. Esta situación se ha visto agudizada en los tiempos más recientes, dada la llegada de inversiones provenientes de grupos empresarios cuya experiencia se había desarrollado en otras áreas de la industria y/o los servicios, de manera que resulta relevante incorporarlo en el mismo Anteproyecto legislativo.

En líneas generales, y como alegan algunos grupos convocados a la discusión del proyecto de ley en el marco de las Audiencias Públicas, la interpretación lineal de este artículo puede implicar que las entidades de medicina prepaga se vean inhabilitadas de brindar servicios a entes financiadores tales como las Obras Sociales. Por otro lado, la exclusividad del objeto social podría poner en desventaja a pequeñas entidades que operan en zonas donde no existe la alternativa de otras prestatarias, y cuya supervivencia se basa en la oferta de servicios adicionales a sus asociados. En este reclamo se une la posición de las entidades que representan a los prepagos nacionales y a los del interior del país, pues proponen un marco lo suficientemente amplio ya que : a) en muchas localidades los sanatorios cuentan con prepagos tradicionales que no están constituidos jurídicamente como independientes de la empresa que explota el Sanatorio; b) Se impediría la ampliación de la cartera de servicios.

4.2.4.3. Autoridad de Aplicación

El proyecto del PEN establece que la Superintendencia de Servicios de Salud será autoridad de aplicación de la ley, en el proyecto de la CS se establece en ese rol al Ministerio de Salud de la Nación, mientras que en el proyecto de la CD no se establece cuál será la autoridad de aplicación, pero se indica que los planes deberán ser aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud. Este proyecto añade la creación del Fondo de Garantía de las Prestaciones

que, en la órbita de dicha entidad, esté facultado " (---) *para asegurar el cumplimiento de las mismas en caso de quiebra, insolvencia manifiesta, intervención, o toda otra circunstancia que impida a una entidad de medicina prepaga el cabal cumplimiento de sus obligaciones de acuerdo con lo normado por esta ley (Art. 29º)*".

Comentario:

La *Superintendencia de Servicios de Salud*, creada por Decreto 1615/96 en el ámbito del Ministerio de Salud, cuya existencia fue ratificada por la Comisión Bicameral de Seguimiento de la Reforma del Estado y de las Privatizaciones, es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y autarquía económica y financiera, en el que se fusionaron la *Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL)*, el *Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)* y la *Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS)*.

Sus funciones comprenden la supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguro de Salud (obras sociales y otros), asumiendo competencias, objetivos, funciones, facultades, derechos y obligaciones de las entidades fusionadas.

Asimismo debe fiscalizar y supervisar:

- El cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de las obras sociales (Decreto 9/93);
- El Programa Médico Obligatorio o PMO (Resolución 247/96 –MSyAS-);
- El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprometidos en el sistema (Resolución 432/92 –MSyAS-);
- El cumplimiento de las obligaciones de pago de los Agentes de Seguro de Salud respecto a los Hospitales Públicos de Autogestión (Decreto 578/93).

El Decreto 1576 del 30 de diciembre de 1998 fijó la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud, su organigrama, responsabilidad primaria, objetivos, acciones y cargos. Su misión, tal como allí se establece, es ser el ente de regulación y control de los actores del sector con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación, recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar de las prestaciones de salud establecidas en la legislación.

Los proyectos sometidos a comparación y la casi totalidad de los proyectos revisados ubican o citan expresamente a la Superintendencia de Servicios de Salud o el Ministerio de Salud como el organismo que actúa en carácter de Autoridad de aplicación, Por su parte, la Cámara de Senadores, además de eliminar el plazo otorgado a la Superintendencia para la aprobación de los planes refrenda la validez de la ley 24.754, tema que fuera objeto de duras críticas por las entidades y asociaciones alcanzadas por la misma. En el proyecto Oviedo se incluye también a la Secretaría de Comercio, que debe autorizar conjuntamente con la Superintendencia toda variación en los precios de las cuotas.

Varios son los aspectos que deben ser discutidos en torno al rol que debe cumplir la autoridad de aplicación en el proceso regulatorio, pues se trata de definir:

- *Orbita regulatoria:*

Si bien parece haber consenso en los proyectos de ley acerca de la necesidad de que el Organismo responsable de la regulación y fiscalización de las entidades de medicina prepaga debe hallarse en la órbita del Ministerio de Salud, ello no es ocioso formularlo dada la controversia acerca de la preeminencia que deben tener respectivamente las visiones económica y/o sanitaria acerca de la regulación del funcionamiento de las entidades de Medicina prepaga.

Este ha sido uno de los temas más cuestionados en el marco de las Audiencias Públicas, pues las facultades regulatorias de este organismo serían inespecíficas, y comprenderían tanto a las Obras Sociales como a las entidades de medicina prepaga.

Por ejemplo, el reciente proyecto que, en el ámbito de la Cámara de Senadores ha promovido la senadora Oviedo (Expte. S-112-04), incluye a la Secretaría de Comercio como ente regulador de los aspectos comerciales de la actividad, lo que puede conducir a una riesgosa confusión acerca de la preeminencia que deben tener los aspectos comerciales por encima de los sanitarios.

- *Alcance de su actividad :*

De acuerdo a los antecedentes que han sido revisados en países de la región que desarrollaron procesos similares, la autoridad de aplicación tiene la facultad de controlar la constitución, organización, funcionamiento, fiscalización de las empresas, las condiciones técnicas de los planes, los instrumentos contractuales, las normas de contabilidad, las técnicas actuariales, los límites técnicos de las operaciones realizadas, las garantías y todo lo atinente al funcionamiento de estas operadoras.

Pero fundamentalmente, es deber de la autoridad nacional de aplicación ejercer la tarea de contralor que garantice una prestación eficiente, haciendo uso de la prevención y del poder sancionador, asegurando el derecho a una información objetiva y veraz como también el debido resguardo a la salud.

Refiriéndose a la oferta de servicios médicos prepagos, la autoridad de aplicación ha considerado que la oferta difundida debe cumplir con los principios de veracidad, legalidad y libre competencia; argumentando sobre los perjuicios que ocasiona la inexacta publicidad de los servicios en tanto daña la confianza de los consumidores e introduce distorsiones en las condiciones de competencia entre empresas. (Siboldi. 1999)

En el caso de nuestro país, el modelo de la Superintendencia de Servicios de Salud ha sido cuestionado por entidades tales como OSDE, argumentando que el modelo de ente de contralor se ha copiado de las AFJP y ART y que tiende a la burocratización del sistema.

- *Fuente de financiamiento :*

El origen de los fondos que sostendrán este Organismo ha sido incluido en la mayoría de los anteproyectos legislativos, y comprenden las siguientes imposiciones: a) Una matrícula anual de pesos un mil (\$ 1.000); a abonar por cada entidad de medicina prepaga (EMP) inscrita en el registro; b) Una tasa a abonar por cada entidad de medicina prepaga (EMP) del seis por mil (6%) de su facturación anual; c) Las multas abonadas por las entidades de medicina prepaga (EMP) sancionadas conforme lo previsto por el artículo 24, inciso b); d) Las partidas que le sean asignadas en el presupuesto nacional.

Esta serie de imposiciones ha sido fuertemente cuestionada por las entidades que participaron en las Audiencias, alegándose motivos tales como la conveniencia de que los recursos provengan de rentas generales, el carácter no específico del organismo de aplicación, o bien que la misma no surja de un estudio presupuestario.

Dado que en algunos proyectos (PE) se carga también sobre las EMP la financiación de las Calificadoras de Prepagos Médicos, el sistema podría terminar resultando excesivamente oneroso y desincentivar su cumplimiento.

- *Representación corporativa:*

Si bien en alguno de los proyectos revisados se incluye la representación corporativa que deben tener las entidades de medicina prepaga, no se plantea cuál es la función que tendrían tales representantes en el funcionamiento del ente, si bien puede suponerse que su participación se establecerá en calidad de comisión asesora.

Desde dos entidades que representan el arco de intereses de la medicina prepaga (Excell, representante de las prepagas de capitales internacionales e INACYM), que representa a las mutuales y cooperativas que brindan prestaciones se plantea aumentar la presencia institucional de las mismas en el Directorio de la autoridad de aplicación, incluyendo a representantes de cada una de las Cámaras empresariales, del Sector Mutual, del Sector Cooperativo, del Sector Gremial Médico y del Sector Gremial Sanatorial.

- *Fondo de Garantía de las Prestaciones*

En relación con el art. 30º y respecto de la creación del Fondo de Garantía de las Prestaciones de Salud se agregan una serie de situaciones nuevas que pueden motivar la necesidad de solicitar ayuda al mismo y que exceden la figura de la quiebra, siendo su expresión absolutamente amplia. Frente a esto cabe la posibilidad de que termine funcionando como el Fondo de Redistribución de la ANSSal, el cual desde su creación, en general ha favorecido a las Obras sociales más grandes, con mayor número de afiliados y que por ende eran las que manejaban mayores cuotas de liderazgo sobre el resto de las entidades. El Fondo también se aplicaría para solventar las enfermedades de baja incidencia y alto costo, constituyéndose como un ente solidario y, conceptualizando así al sector desde un punto de sistémico. Sería deseable que se aplicara el mismo criterio para el reconocimiento de la antigüedad de los usuarios, y evitar así que se le niegue cobertura tras años de aportes al sistema.

En relación con el manejo de los fondos crea un consejo de administración, formado por las EMP, los prestadores y los usuarios. Como es posible observar la Superintendencia no tiene atribuida ninguna función de contralor sobre el manejo y asignación de los fondos, aunque éstos están dentro de su órbita de actuación.

El proyecto de la CS restringe el Fondo de Garantía de las Prestaciones para aquellas de baja incidencia y alto costo. Por el contrario amplía las causas que motivan la utilización del Fondo (dictamen anterior sólo en caso de quiebra): quiebra, insolvencia manifiesta, intervención o toda otra circunstancia que impida a la entidad cumplir con sus funciones. Podría funcionar como un Fondo de redistribución de la ANSSal.

Autoriza a transferir la cartera de clientes mediante concurso público, ya no en caso de quiebra decretada de una entidad sino por falencia e, igualmente, a intervenirla y cubrir la continuidad de las prestaciones con el Fondo de Garantía.

Comentario:

La cuestión acerca del destino de los afiliados que, por insolvencia o quiebra de las empresas de medicina prepaga, deben ser reabsorbidos por otra entidad ha suscitado los principales interrogantes y cuestionamientos de las entidades participantes.

Si bien en términos generales se acuerda la necesidad de que la cartera de clientes sea reabsorbida dentro del sistema, las dudas principales apuntan a señalar cuáles podrían ser los mecanismos que permitan evitar la selección adversa de los pacientes de parte de algunas entidades, cómo se financiará el período inmediatamente posterior al cierre de la entidad expulsora dado que para la entidad receptora se aplicaría un período de carencia similar al que la ley marca para la totalidad de los afiliados.

Al mismo tiempo, representaría una oportunidad para que los pacientes que repentinamente carecen de su régimen de cobertura, puedan ser reenviados a entidades que, de acuerdo al registro y/o evaluación efectuada por la autoridad de aplicación, demuestren los mejores estándares de calidad y cumplimiento del Programa Médico Obligatorio.

4.2.4.4. Definición del Plan

En los artículos analizados se halló un consenso básico sobre los aspectos incluidos en la definición del Plan de prestaciones de salud: *"Se considerará "PLAN" a los efectos de la presente ley, al conjunto de condiciones generales y particulares de las prácticas médicas, odontológicas, y demás prestaciones y servicios a que se obligan las entidades de medicina prepaga dentro de una denominación identificatoria"* (Art. 5º. Proyecto Cámara de Diputados).

Sin embargo, subsiste la indefinición respecto de los denominados planes

integrales, alternativos y/o complementarios; o bien respecto del tipo de EMP que ellos configuran.

Una de las mayores dificultades existentes es la gran heterogeneidad de las EMPs que deben ser objeto de regulación, razón por la cual el establecimiento de una norma única se convertiría en una tarea sumamente complicada para la autoridad de aplicación.

En el mercado existen entidades que ofrecen coberturas de salud de tipo integral, es decir para casi la totalidad de patologías y problemas de salud, comúnmente denominadas prepagas integrales. Por otra parte, existen aquellas prepagas denominadas parciales, porque se abocan a prestar servicios de una sola índole, tal como emergencias médicas, salud mental u odontología, y que requieren un tratamiento específico en algunas cuestiones regulatorias.

Sobre el punto los últimos proyectos definen a las prepagas parciales como las que:

- Brinden cobertura completa de una especialidad del PMO.
- Brinden atención de un nivel de complejidad

La terminología también se aplicó a los planes, y allí entonces se comenzó a tergiversar el espíritu de protección del usuario que animó a ciertos proyectos legislativos. Los planes parciales no son equivalentes de las prepagas parciales. Estas últimas, y según el PMO vigente, estarían obligadas a brindar todas las prestaciones de salud correspondientes a la especialidad que realizan y que estén contenidas en dicho PMO. No así los planes parciales que podrían ser planes que no tengan todas las prácticas correspondientes según lo establecido en el PMO sino sólo una parte de ellas.

- *Planes con cobertura integral.*

En el Proyecto del Senado, aparece expresamente la obligatoriedad de cumplimiento del PMO y su norma de origen, ya que siempre se hacía mención no a ésta sino a la ley que obliga su cumplimiento. Los planes con cobertura integral deberían ser aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud de acuerdo con las normas que dictara el Ministerio de Salud y Acción Social. A esos efectos las entidades de medicina prepaga presentarían los planes propuestos, cumpliendo con la totalidad de los requisitos exigidos por la Superintendencia de Servicios de Salud y facilitando toda la documentación de respaldo que se les requiera.

Son públicas las manifestaciones de las prepagas en los medios masivos y también en sedes judiciales en contra de la obligación de cumplir con el PMO por motivos de costos. Cuando se adaptaron los planes de acuerdo con los nuevos requerimientos ello repercutió en los precios de los planes. Por otro lado, según las empresas esta obligación de uniformar los planes les impide diferenciarse como emprendimientos comerciales en tanto que todos deben vender lo mismo. Y si bien el PMO fue considerado desde el inicio como un

“piso”, o como lo definió el Banco Mundial un paquete de prestaciones básicas, según las empresas de medicina prepaga es en realidad un “techo”, en tanto que serían demasiadas las prestaciones que están obligadas a brindar.

Con relación a la inclusión en los planes de las prácticas determinadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, ello ha despertado numerosas objeciones de las entidades convocadas, que se han unido en el reclamo de que el Estado : a) pueda asegurar la libertad de contratación para ejercer la industria y/o el comercio; b) Prevea las demandas prácticamente infinitas que puede originar la innovación tecnológica en el área de la Atención Médica; c) Contemple la asimetría entre el Ente regulador y las entidades reguladas, lo que otorgaría ilegitimidad a la autoridad de aplicación, d) Reconozca la contradicción que ello supone en relación con aquellas cláusulas contractuales que disponen la imposibilidad de modificar el precio de las prestaciones. Como consecuencia de estas objeciones, plantean un listado exhaustivo de las coberturas mínimas que serán ofrecidas, y que deberán ser conexas con el compromiso prestacional del Plan contratado.

La Cámara de Empresas Prepagas del Interior **cuestiona** la exigencia de que los planes contemplen el PMO y **propone** que se piensen alternativas que permitan dar flexibilidad a la oferta de planes, alegando que, por principios de equidad, esto facilitaría el acceso de la población que dispone de menores recursos. Sugieren que se aborde la solución de lo que consideran como distorsiones de la ley del PMO y **propone** incluir los Planes Parciales, definiéndolos como **complementarios y alternativos**.

- *Planes Alternativos y/o complementarios:*

Han sido variadas las controversias surgidas en torno a la definición de planes complementarios, alternativos o parciales.

El proyecto con media sanción de la Cámara de Senadores obliga a cumplir la oferta de un plan que tenga todas las prácticas del Plan Médico Obligatorio (Art. 7º.) Una vez cumplimentado este punto estarían facultadas a ofrecer los así llamados *planes alternativos*. *Estos estarían facultados a brindar prestaciones y servicios globales o parciales, por sí o a requerimiento del potencial usuario (Art.8º),* mientras que el proyecto de la Cámara de Diputados indica que las entidades *“podrán cumplimentar coberturas complementarias, por sí o a requerimiento del afiliado” (Art. 7º)* y discrimina en función de PMO, planes alternativos o parciales, y medicina prepaga parcial, así como elimina el concepto de entidades responsables de reaseguros que se había incorporado en el dictamen anterior.

Cabe señalar especialmente que el proyecto Oviedo distingue entre *planes de cobertura integral, que contendrán como mínimo la totalidad de las practicas contempladas en el PMO y de cobertura parcial, los que se diferenciarán entre sí por niveles de complejidad y/o ámbitos específicos de actividad prestacional, de conformidad con lo que al respecto determine la autoridad de aplicación” (Art.6º).*

Los planes alternativos implicaban que, una vez que la EMP brindaba un plan conteniendo todas las prácticas establecidas por el PMO estaría habilitada para brindar otros planes que no lo contengan. Esta decisión se fundaría explícitamente en la protección de la supuesta libertad de contratación, por la cual nadie estaría obligado a comprar lo que no necesite.

Sin embargo, a fin de evitar que, en ausencia de control de precios, la demanda se oriente hacia planes alternativos más baratos (y quede finalmente desprotegida), los planes complementarios deberían ser todos aquellos que brindan otras prestaciones *además* de las incluidas en el PMO.

- **Entidades prepagas parciales**

El proyecto de la CD indicaba en el artículo 12º. que la Superintendencia podía autorizar *planes y entidades* de medicina prepaga parciales y las regulaba diciendo que debían contener todas las prácticas indicadas en el PMO para esa especialidad.

En el proyecto de la CS se introduce asimismo el concepto de prepagas parciales. Dicho artículo estaría anulando todo el proyecto regulatorio, pues si bien contempla la existencia de entidades que brindan coberturas parciales, esta opción resultaría poco atractiva, ya que al permitir que las prepagas brinden *prestaciones y servicios globales o parciales alternativos, siempre y cuando brinden un plan que cumpla con el PMO (Arts. 7º y 8º)*, es muy posible que de esta manera se logre sortear la regulación estatal.

Subiste entonces la duda acerca de si caerían tales entidades bajo la órbita de la regulación estatal, y en qué sentido lo harían.

Por otra parte, resultaría inconveniente mantener entidades de medicina prepaga parciales, en la medida en que fusionándose con una prepaga integral sus planes pueden pasar como planes alternativos (en tanto que pueden ser globales o parciales) y en ese caso no están obligadas a cumplir con el PMO de esa especialidad.

Finalmente, se hallan comprendidos aquellos casos especiales, como las empresas que brindan servicios de emergencia o medicina domiciliaria, quienes se rehúsan al cumplimiento de las obligaciones impuestas por entender que dichas entidades atienden la emergencia allí donde ella haya sido identificada y no den continuidad a la atención.

Comentario:

La mayoría de las EMP metropolitanas señalan que resulta injusto fijar obligaciones que no figuran en el contrato original suscrito voluntariamente entre afiliados y empresas basándose en el argumento de que ello se trasladaría rápidamente a los costos y su pago resultaría entonces oneroso para el usuario; pero no cuestionan la existencia de una norma única que fije o determine un paquete básico de prestaciones. Contrariamente, las mutuales

y prepagas del interior han destacado la inequidad que representa brindar obligatoriamente un mismo paquete de prestaciones para todas las EMP, pero basando el argumento en las características de la población cubierta por las mismas (sectores medio-bajos) y la realidad local, en la cual no existen recursos tan abundantes en cantidad y calidad como los que se hallan disponibles en la región metropolitana.

Otro ejemplo a considerar en este punto es el de las prepagas integrales o especializadas. Ambas, según la definición propuesta, serían entidades de medicina prepaga y, en tanto tal, debieran ofrecer un plan de prestaciones que contenga todas las establecidas en el PMO. Ello de hecho contradice la esencia institucional de las especializadas, cuyo objeto es brindar prestaciones de una sola especialidad, y que, en algunos casos (como las emergencias) no hacen un seguimiento del paciente.

4.2.4.5. Cláusulas Contractuales

Un análisis completo del tratamiento que los distintos proyectos revisados le conceden al tema de las cláusulas contractuales se explicita en cuadro que figura en Anexo I.

Se añade a todo lo anterior algunos aspectos que es de interés remarcar en torno al proyecto de la Cámara de Senadores:

Este proyecto presenta las siguientes características: a) no considera la noción de sistema de medicina prepaga de modo que no incluye el ítem referido a la inexistencia de carencias ante el pasaje por distintas instituciones una vez que se ha ingresado al sistema, ni de las compensaciones entre entidades por tal pasaje; y b) cede a la presión de las asociaciones del interior ya que en muchos puntos no se pueden cubrir especialidades por falta de recursos humanos, pero deja librado el camino a reducir la oferta de prestaciones por causa que la autoridad considere justa. Para un análisis más detallado de las diferencias planteadas (ver Anexo I-d)

Comentario:

El tema de las cláusulas contractuales tiene una importancia fundamental en el tratamiento que efectúan los distintos anteproyectos de ley, e indica la impronta que tienen los proyectos analizados en torno a la protección del usuario. Dicha orientación se ve reflejada en varios artículos que comprenden aspectos tales como la imposibilidad de rescisión unilateral del contrato, la aceptación tácita del usuario como prueba de conformidad con alguna modificación contractual, la confusión y/o ambigüedad en la fijación del precio o la prestación, la modificación selectiva y unilateral del plan y la introducción de medidas que afecten la calidad y cantidad de las prestaciones.

La relación médico-paciente, eje central del sistema de atención médica, representa una relación contractual de hecho, que la doctrina jurídica encuadra dentro de lo que se denominaría una locación de servicios con

obligación de medios o, incluso en ciertas especialidades tales como la obstetricia o la cirugía, con obligación de resultados. En este modelo, el médico se compromete a aplicar sus conocimientos técnicos y el paciente se compromete al pago de los honorarios convenidos.

Esta relación aparece luego mediatizada por la empresa de medicina prepaga, que se constituye en un tercer pagador. Esto implica que el paciente debe abonar a la empresa una cuota convenida y esta se compromete a brindarle una prestación o asistencia médica en caso de que aquel lo necesite, subcontratando a terceros (profesionales, laboratorios, sanatorios) para la efectiva prestación del servicio.

Esta relación afiliado-empresa se encuadra en la doctrina jurídica en lo que se denomina Contrato de Seguro de Salud, mientras que entre la empresa aseguradora y los particulares o instituciones prestadoras se plantean otras modalidades de contratación, tales como la locación de obra, locación de servicios o contratos de compraventa.

La doctrina jurídica adopta dos formas de control en la incorporación de las cláusulas:

a) Control del procedimiento, basado en afirmar y desarrollar un deber de información muy pronunciado a cargo de la entidad, dado que la carencia de una regulación específica que proteja los derechos del consumidor amenaza la transparencia de los contratos.

En tal sentido, la Constitución de la Nación ha ratificado el deber de la administración de proteger el derecho de los consumidores, y en este caso debería serlo sobre aquellos contratos de adhesión en los que haya desequilibrio por la desigualdad entre las partes y la carencia de procedimientos de negociación; lo que se conoce también como el restablecimiento del equilibrio contractual.

Para cubrir en parte el vacío regulatorio existentes en el orden general, la Secretaría de Industria, Comercio y Minería sanciona la Ley 22.802 de Lealtad Comercial, en la cual se prevén sanciones para aquellas empresas de medicina prepaga que publicitaran su servicio con inexactitudes u omisiones que pudieran inducir a engaño, omisión o error respecto de las características, calidad, condiciones de comercialización y/o precio del servicio ofrecido.

Esta escasa transparencia en las formas contractuales ha dado lugar a numerosos reclamos de parte de los beneficiarios, convirtiendo al servicio de medicina prepaga en uno de los más cuestionados ante los organismos de defensa de los consumidores.

b) Control del contenido, eliminando legalmente cláusulas consideradas abusivas, y que comprenden aspectos tales como los que han sido descritos en el articulado de los proyectos.

Las cláusulas abusivas proliferan en virtud de la cautividad que es inherente a estas modalidades contractuales y que provienen de la situación de desvalimiento social y jurídico del consumidor, tal como ha sido reseñado. Una vez que se legisla sobre el contenido del contrato es necesario prever su viabilidad, ya que de lo contrario terminará perjudicándose a las empresas y/o al consumidor.

Como dato que sirve para ilustrar este punto, el Ombudsman de la Ciudad de Buenos Aires colocó al tema de las denuncias por incumplimiento de las EMPs como uno de los principales temas que originaron demandas de parte de la ciudadanía, referidas la mayoría de ellas a incumplimiento del Programa Médico Obligatorio. En la actualidad, el 15% de las denuncias radicadas en la Secretaría de Industria, Comercio y Minería por infringir la Ley 21.240 de Defensa del Consumidor corresponden a servicios médicos prepagos, habitualmente referidas al incumplimiento de prestaciones contratadas u ofertadas.

Esta situación se repite en forma análoga en otros países vecinos. En el año 1996 las empresas prepagas de salud se ubicaron en el primer lugar en los reclamos que se formularon ante el programa estadual de orientación y protección al consumidor en Río de Janeiro, ascendiendo casi al 20% del total de las reclamaciones.

Al estar vigente la Ley 24.754 y la Resolución Nro. 247/96 que obliga a garantizar las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico-odontológico y que prohíben los períodos de carencia así como el pago de copagos de parte de los beneficiarios, todas aquellas cláusulas que pretenden excluir o limitar la prestación de servicios de salud se consideran abusivas, por implicar una restricción en los derechos de los consumidores.

A la inversa, las EMPs suelen colocar bajo responsabilidad del beneficiario la obligación de informar acerca de patologías preexistentes, incluso cuando ellas son de complejo diagnóstico e incluso asintomáticas. Como ha sido señalado por las Asociaciones de Defensa del Consumidor durante las Audiencias Públicas esta resulta abusiva por la asimetría informativa que vincula a cada una de las partes que intervienen en la relación, máxime aún cuando la empresa cuenta con prestadores capaces de efectuar esta acción.

Las entidades prepagas han cuestionado el contenido de las cláusulas contractuales apuntando a la ilegitimidad de medidas que impidan la actualización de los precios (más aún si la autoridad de aplicación está facultada para incluir nuevas prestaciones), la rescisión unilateral de los contratos de parte de las EMPs y la indicación de que todas aquellas prestaciones no excluidas explícitamente queden automáticamente incluidas. Entidades gremiales se han sumado asimismo a la objeción planteada en torno a la imposibilidad de modificar el precio selectivamente de acuerdo a características de los usuarios.

Tanto las entidades prepagas como las entidades gremiales no acuerdan con el hecho que la suscripción y/o modificación de cualquier contrato deba ser aprobado por la autoridad de aplicación. El objetivo de regular este aspecto es limitar de esta manera la arbitrariedad o el abuso de una de las partes en perjuicio de la otra.

Este tema resulta uno de los aspectos más importantes y controvertidos de la regulación, pues se relaciona directamente con el concepto de capitalización progresiva que según algunos anima el sistema. Si se modifica el precio de la cuota que debe solventar el afiliado dentro del sistema, por ejemplo, conforme aumenta su edad cronológica independientemente de los aportes que históricamente ha hecho al sistema se vulnera el principio básico de la equidad conmutativa, que implica recibir una prestación acorde al aporte realizado.

Finalmente, entidades de medicina prepaga que han estado presentes en las Audiencias han señalado la necesidad de definir los instrumentos que normalizarían las relaciones entre prestadores y utilizadores, consistentes en el reglamento o contrato general del sistema, la solicitud de inscripción, la declaración jurada de antecedentes de salud, la cartilla de prestaciones del Plan elegido, el Listado de prestadores donde constarían los mismos en sus distintas ramas y especialidades.

4.2.4.6. Obligaciones ante la Autoridad de Aplicación

a) Aprobación de los planes

La totalidad de los proyectos analizados coinciden en señalar que la presentación de un Plan para su aprobación deberá ser realizada ante la Superintendencia de Servicios de Salud, con plazos definidos para que esta finalmente se expida. El proyecto de la CS añade que la SSS deberá establecer la entrada en vigencia de un sistema de categorización y acreditación de establecimientos prestadores.

El proyecto del Poder Ejecutivo señala especialmente algunos aspectos que analizaremos a continuación : *a) Cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Pago de prestaciones a los hospitales públicos de autogestión (HPA); Presentación de Información estadística;*

Comentario:

Así como la inclusión de los prestadores dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad representa un inestimable punto de partida, sería necesario efectuar un avance en torno a la implementación del mismo exigiendo, por ejemplo, que un porcentaje de los prestadores incluidos en la cartilla de la entidad para ofrecer la cobertura pactada, demuestren estar acreditados y categorizados por autoridad competente.

Para tal fin, el proyecto del PEN crea un segundo tipo de entes de contralor: las Calificadoras de Prepagos Médicos cuyo objeto social será: evaluar y dictaminar sobre la calidad, tipo y categoría de las coberturas de salud y la responsabilidad patrimonial y otros atributos económicos-financieros de las prepagas. Este tipo de entes no existen actualmente y deberían crearse, pero uno de los puntos a considerar es si el número de prepagas justifica la creación de los mismos.

Por otra parte se originan en una nueva delegación del contralor, en este caso desde la Superintendencia, quien finalmente termina controlando a las Calificadoras.

El otro problema que se plantea es si normatizar dicha inclusión puede asegurar la calidad de las EMP, en la medida que las mismas operan como entidades aseguradoras y que la cobertura real es brindada por otros entes

privados denominados clínicas, sanatorios, laboratorios, etc. que son contratados bajo diferentes modalidades de pago y sobre los que, en la actualidad, no se efectúa casi ningún control de calidad, salvo los requisitos mínimos de funcionamiento para lograr la habilitación.

El proyecto del PEN señala expresamente en su Art. 18 que *"Aunque no exista convenio previo, las entidades de medicina prepaga (EMP) deberán abonar las prestaciones comprendidas en el plan, brindadas por los hospitales públicos de autogestión (HPA) a sus usuarios, a través del procedimiento que determine la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin"*, mientras que el proyecto de la CS amplía la obligación de pago a todos los hospitales públicos.

El proyecto de la CD añade, a la obligación de pago de las EMP a los hospitales públicos, los hospitales privados y/o mixtos con participación del Estado. Hace explícita la obligación de éstos de facturar las prestaciones correspondientes, y aclara que la obligación de pago se restringe a las prestaciones brindadas a sus beneficiarios que hubiesen estado comprendidas en el Plan contratado por los mismos.

Establece asimismo que: *"De no cumplimentarse el pago en tiempo y forma, el establecimiento requerirá a la SSS la emisión de un certificado de verificación de la prestación, a los fines de la aplicación de los dispuesto en el artículo 27 de la presente ley"* (Art. 40º). Así, refiriéndose a los títulos ejecutivos reglamenta en la misma ley esta cuestión, mientras que en el proyecto del Senado decía que la SSS debía determinarlo en un plazo de 80 días a partir de la sanción de la ley.

El proyecto de CD señala la obligación de que las entidades presenten estadísticas de salud y estados contables a la SSS.

El proyecto de la CS agrega además las siguientes obligaciones: a) que los prestadores estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores y de acreditar constancia del seguro de mala praxis; b) Elimina la solicitud, por parte de la SSS, de intervención de la autoridad judicial cuando se detectaren personas jurídicas no inscriptas en el registro que estén actuando de hecho como EMP; c) Impone requisitos para la inscripción en el registro.

Restringe la utilización de las partidas presupuestarias asignadas a la SSS destinadas a entender en la medicina prepaga, a aquellas que le hubieren sido *conferidas específicamente*.

4.2.4.7. Solvencia económico-financiera de las Entidades

a) Reserva técnica

En el proyecto del PEN se señala que la Superintendencia de Servicios de Salud será la encargada de fijar las reservas técnicas que no podrán ser inferiores a la doceava parte (1/12) del promedio de la facturación anual de los doce (12) meses anteriores a la fecha de cierre de cada ejercicio,

determinando el destino hacia el cual debe orientarse la inversión financiera o en bienes tangibles. En tanto que el proyecto de CD elimina la inversión de las reservas técnicas en cierto tipo de bienes.

Comentario:

De acuerdo a la discusión planteada por los actores, este resultó uno de los temas más controversiales, ya que los valores fijados como base son considerados excesivos para algunos y escasos para otros. Particularmente, la controversia fundamental se expresó en la posición asumida por el grupo Excel, que cuando se trató durante las Audiencias Públicas

b) Patrimonio neto

El proyecto del PEN señala que las EMP deberán acreditar un patrimonio neto de \$ 250.000 para las empresas ya existentes y de \$ 500.000.- para las empresas a crearse, efectuando a su vez la salvedad de que para las EMP que brinden cobertura parcial o especializada dicho patrimonio se establecerá de acuerdo a la normativa reglamentaria que a tal efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud, mientras que el proyecto de la CD señala que la SSS establecerá categorías de acreditación que la misma implementará en la reglamentación, debiendo acreditarse un monto de \$500.000.- para la categoría inferior.

Comentario:

Cabe señalar que, en el ejemplo citado, en ninguno de los casos se explicitan los criterios técnicos seleccionados para la determinación de dichas sumas. Esta carencia de una definición explícita se repite cuando se exigen otros requisitos de funcionamiento, sean jurídicos, prestacionales o económicos, siendo que, a nuestro criterio, la definición de los mismos debiera formar parte de la propia norma.

Tampoco se establecen diferencias en relación al volumen y tipo de riesgo cubierto, ya que este debería diferenciarse según se trate de la cantidad de población, su composición por edad o por alguna característica que discrimine un riesgo poblacional.

Finalmente, un aspecto considerado especialmente durante el transcurso de las Audiencias Públicas, es que a juicio de las EMP tales requisitos tenderían a promover economías de escala, desalentando así el funcionamiento de pequeñas y medianas empresas que no estarían en condiciones de cumplir con los mismos.

Las principales objeciones formuladas por las EMPs participantes se resumen en:

- Se discrimina entre empresas nuevas o a crearse y las ya existentes.
- Debería determinarse un índice de riesgo basado en datos tales como la facturación promedio, cantidad de afiliados y perfil demográfico, epidemiológico y social de la población cubierta; el que debería ser elaborado por entidades calificadoras de riesgo con experiencia en el sector.

- Muchas empresas, principalmente aquellas que brindan servicios parciales (ej: emergentología) o bien operan en el interior del país, objetan que no se requiere una reserva líquida tan alta porque la inversión ya se ha efectuado en móviles, ambulancia o equipamiento médico.
- Al no explicitarse los criterios que determinan el cálculo de los montos propuestos, resulta difícil aseverar si es suficiente o exiguo para afrontar el riesgo de las prestaciones.
- Debiera diferenciarse a las empresas sin fines de lucro, que están obligadas por ley a reinvertir parte de las ganancias obtenidas, de las restantes empresas que tienen fines de lucro.
- El monto del patrimonio neto exigible no debería ser idéntico para empresas que brinden servicios especializados y para quienes brinden servicios parciales.

Capítulo V:

VISION Y POSICIONAMIENTO DE LOS ACTORES SOCIALES

Para situar el ámbito sobre el que se ejerce la actividad regulatoria es útil acudir al concepto de campo acuñado por Pierre Bourdieu, que está constituido por *"la existencia de un capital común y la lucha por la apropiación de ese capital"* (Bourdieu. 2003)

El campo alude a un sector de la vida social con especificidad propia, en el cual se plantean conflictos fundamentados en el control de los recursos materiales (bienes, dinero) o simbólicos (prestigio, estima) que se generan y/o circulan en su interior, y que incluye además las formas de procesar dichos conflictos, la constitución de los sujetos que se posicionan como actores relevantes en dicho campo y la explicitación de formas distintas de acumulación del poder.

El debate alrededor de la política de salud –sus formas de financiamiento y de organización- pone en evidencia la dinámica conflictiva de este campo, y en el cual los actores corporativos confrontan por satisfacer sus intereses particulares. En estas ocasiones el Estado se transforma en un espacio a través del cual cada uno de los sectores intentan afirmar su posición y lograr imponer las demandas que permiten aumentar su ventaja relativa para el tratamiento y/o resolución de las cuestiones que conforman la agenda sectorial.

La identificación de los protagonistas relevantes de este campo ha sido abordada en diversos trabajos que efectúan una caracterización de los problemas propios del Sector Salud (Mera, J; 1999; Belmartino, S, 2000;) destacándose el tratamiento que se efectuara a partir del escenario planteado en los últimos años, en el que se agudizaron los problemas asociados con la puja distributiva y la inequidad (Katz, J; Muñoz, A. 1998)

5.1. LA PUJA CORPORATIVA Y SECTORIAL

Para situar el ámbito sobre el que se ejerce la actividad regulatoria es útil acudir al concepto de campo acuñado por Pierre Bourdieu, que está constituido por *"la existencia de un capital común y la lucha por la apropiación de ese capital"* (Bourdieu. 2003)

El campo alude a un sector de la vida social con especificidad propia, en el cual se plantean conflictos fundamentados en el control de los recursos materiales (bienes, dinero) o simbólicos (prestigio, estima) que se generan y/o circulan en su interior, y que incluye además las formas de procesar dichos conflictos, la constitución de los sujetos que se posicionan como actores relevantes en dicho campo y la explicitación de formas distintas de acumulación del poder.

El debate alrededor de la política de salud –sus formas de financiamiento y de organización- pone en evidencia la dinámica conflictiva de este campo, y en el cual los actores corporativos confrontan por satisfacer sus intereses particulares. En estas ocasiones el Estado se transforma en un espacio a través del cual cada uno de los sectores intentan afirmar su posición y lograr imponer las demandas que permiten aumentar su ventaja relativa para el tratamiento y/o resolución de las cuestiones que conforman la agenda sectorial.

La identificación de los protagonistas relevantes de este campo ha sido abordada en diversos trabajos que efectúan una caracterización de los problemas propios del Sector Salud (Mera, J; 1999; Belmartino, S, 2000;) destacándose el tratamiento que se efectuara a partir del escenario planteado en los últimos años, en el que se agudizaron los problemas asociados con la puja distributiva y la inequidad (Katz, J; Muñoz, A. 1998)

5.2 LA DISCUSIÓN EN EL MARCO DE LAS AUDIENCIAS PÚBLICAS

En relación con el tema la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Senadores organizó una serie de Audiencias Públicas entre agosto y setiembre de 1997. Estuvieron presentes cámaras de medicina prepaga de Capital Federal y del interior del país, prepagas de Capital Federal, entidades de seguros, entidades de defensa del consumidor, hospitales de colectividad, representantes de laboratorios, cámaras de empresas de emergencias, prepagos odontológicos, cámara de prepagos odontológicos, asociaciones intermedias de clínicas, médicos y odontólogos, federaciones de mutuales, el Excell Group y la Superintendencia de Servicios de Salud.

Tabla 1: Listado de entidades y expositores participantes en Audiencias Públicas. Agosto-Setiembre de 1997.

ENTIDAD	EXPOSITOR	FECHA
Asociación Médica Social Argentina (AMSA)	Dr. G. SALINAS	18/09/97
Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP)	DR. P. GIORDANO	28/08/97
Asociación Argentina de Cámaras de Seguro	Lic. A. PALMEIRO	18/09/97
Asociación de Entidades de Medicina Prepaga del Interior (ADEMPI)	DR. M. ARDIANI	11/09/97
Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI)	Cont. R. GONZALEZ	18/09/97

Asociación de Defensa de los Consumidores y Usuarios de Argentina (ADECUA)	Sra. S. DE LUCA	18/09/97
Asociación de Hospitales de Colectividades y Particulares sin Fines de Lucro	Dr. CARLOS TOSSI	18/09/97
Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME)	Dr. E. TETTAMANZI	04/09/97
Cámara de Empresas de Medicina Prepaga de Tucumán (CADEMTUC)	Dr. JORGE SOTO	11/09/97
Cámara de Empresas de Medicina Privada del Interior	Cont. J. VAZQUEZ	04/09/97
Cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la República Argentina (CIMARA)	Dr. J. AUFIERO	11/09/97
Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFECILISA)	Dr. E. BADI	11/09/97
Cámara de Emergencias Médicas y de Medicina Domiciliaria	Dr. JUAN C. RUIZ	04/09/97
Cámara de la Pequeña y Mediana Empresas de Medicina Prepaga (CAPYMEP)	Dr. JORGE DEL RIO	04/09/97
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC)	Dr. J. RODRIGUEZ	04/09/97
Centro Especializado de Rehabilitación Odontológica - Cámara de Prepagos Odontológicos	Dr. C. DONAIRES	04/09/97
Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA)	Lic. PABLO CHALLU	11/09/97
Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)	Dr. JORGE OCHOA	11/09/97
Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA)	Dr. O. MONASTERIO	11/09/97
EXCEL GROUP S.P.M.	Dr. E. FRANCIOSI	28/08/97
Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA)	Dr. J. M. GARRIGA	18/09/97
Federación Médica de Capital Federal (FEMECA)	Dr. ALDO GIUSTI	28/08/97

Liga de Acción del Consumidor (ADELCO)	Dr. E. HOLMBERG	28/08/97
MEDICUS SA	Dr. C. SILVEIRA	28/08/97
Obra Social de Ejecutivos (OSDE)	Dr. T. SANCHEZ DE BUSTAMANTE	11/09/97

En representación del Poder Ejecutivo participaron el titular de la Superintendencia de Servicios de Salud, José Luis Lingeri y el Subsecretario de Regulación y Fiscalización, Dr. Roberto Pelusso y el gerente técnico de la Superintendencia de Seguros de la Nación, Ing. Marcelo Aguirre. De parte de la CD se hallaban presente los miembros de la Comisión de Salud. Las Audiencias fueron presididas por el Presidente de la Comisión, el Senador por La Pampa Dr. Enrique Martínez Almudevar.

El carácter abierto y plural de la convocatoria era destacado por el Presidente de la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública del Senado, Dr. Martínez Almudevar, el mismo día de la apertura, jueves 28 de agosto de 1997: *"La Comisión de Asistencia Social y Salud Pública ante la existencia de un proyecto de regulación de la actividad de medicina prepaga ha considerado necesario el hecho de cursarle invitaciones a todas aquellas instituciones que quedan involucradas dentro de esta regulación a los efectos de escuchar sus opiniones con la intención de acordar, compatibilizar el articulado de este proyecto y con la pretensión de enriquecerlo modificándolo, agregándole o sacándole lo que estimemos conveniente de acuerdo con las conclusiones a las que arribemos después de escuchar a cada uno de ustedes y de sus representados".*(Audiencias Públicas. 28/8/97)

Si bien las Audiencias fueron convocadas para discutir la cuestión de la regulación de la medicina prepaga y los proyectos regulatorios existentes en la Cámara de Senadores en ese momento (Poder Ejecutivo y Martínez Almudevar) en general todas las entidades hicieron sus planteos exclusivamente en relación con el proyecto del Poder Ejecutivo.

Las Audiencias finalizaron a fines de Setiembre de 1997. Todas las exposiciones fueron analizadas en la Comisión de salud y se confeccionó una matriz comparativa de las distintas posturas para facilitar el debate entre los senadores miembros de la Comisión.

Se presenta a continuación una síntesis de las principales posiciones adoptadas por los actores que participaron en el debate. En esta presentación se ha tratado de identificar la tendencia o rasgo central dominante que define su posición de cada uno de los actores (para una más completa revisión de las objeciones, recomiéndase la lectura del Anexo II).

La **Federación Argentina de Mutuales de Salud** objetan fundamentalmente la definición de EMP, pues en estas entidades no hay contrato sino otra modalidad de relación entre las partes. Uno de sus representantes objetaba los alcances del proyecto, destacando una importante diferencia entre las

organizaciones mutuales y las empresas con fines de lucro. Señalaba que *"el objetivo de las mutualidades es brindar entre los asociados ayuda recíproca frente a riesgos eventuales, y la relación que se establece entre la entidad y sus asociados no es de carácter contractual sino estatutaria"* (Audiencias Públicas. 28/8/97) y añadía que *"son los propios asociados quienes crean o modifican sus coberturas de servicios a través de la suma de voluntades y en claro marco estatutario donde los mismos pueden ejercer el control"* (Audiencias Públicas. 28/8/97). Planteando argumentos de corte similar, el coordinador del INACYM destacaba las características que tenían estas entidades como organizaciones sin fines de lucro, y planteaba la realidad de un sector que ofrece cobertura de salud en localidades con menos de 1000 habitantes, muchos de los cuales se encuentran fuera del mercado laboral y carecen además de oferta disponible del subsector público. Dada la población que cubren estas instituciones, objetan entre otros aspectos la exclusividad del objeto social y requisitos tales como el monto que debe conformar el patrimonio neto y las reservas técnicas, el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, y la tasa de aportes a la autoridad de aplicación, que debería ser claramente inferior a la que estipula el anteproyecto.

Otro actor perteneciente al sector privado que participara en las Audiencias y con fuerte influencia sobre el campo sectorial son los **hospitales de colectividad** que brindan servicios a los afiliados de Obras Sociales. Estos han ido captando en los últimos tiempos una importante masa de asociados ofreciendo diversos planes de cobertura a través de sus propias EMP, contando con la ventaja comparativa de que no están obligados a tributar impuestos por tratarse de Organizaciones sin fines de lucro. Durante las Audiencias, el Dr. Tossi se refería al tributo del 6% de la facturación anual a la Superintendencia de Servicios de Salud, tal como propone el Art. 27 del Proyecto. Tal tributación podría provocar como efecto un aumento en los costos de la atención, el cual debería ser absorbido por los propios usuarios.

En representación de las organizaciones de defensa gremial de los profesionales, participaron COMRA, FEMECA y CORA. El posicionamiento de las **entidades gremiales** presenta algunos aspectos que resulta de interés destacar. Los mismos han surgido durante las décadas del 30-40, orientados hacia la defensa gremial y el control deontológico del trabajo médico (amenazado entonces por el industrialismo y la proletarización). Cumplieron un rol importante como grupo de presión en la formulación de las políticas sectoriales y como negociador de las formas de contratación y pago con las entidades financiadoras. En las últimas décadas su rol ha sido colocado en una situación ambivalente con el nacimiento de los prepagos gremiales, pues su ubicación social ya no está definida solamente por la defensa del trabajo profesional sino también por su calidad de empresa aseguradora, en directa competencia con los restantes agentes de seguro de salud. De allí que las posiciones adoptadas en el debate se hayan centrado en: a) La limitación de las entidades jurídicas habilitadas para operar como EMP; b) La exclusividad del objeto social; c) La restricción en el valor de las cuotas; d) Los plazos para la detección de carencias.

FEMECA objeta la limitación de las personas jurídicas habilitadas para operar como EMP, pues afectaría el derecho constitucional que consagra la libertad de trabajar y ejercer toda actividad sin una justificación de peso o razón sustancial, y COMRA señala que la inclusión de las prácticas determinadas por la SSS en los planes es inconstitucional, pues representa una indebida ingerencia sobre el derecho de pactar libremente. En relación con la exclusividad del objeto social, CORA señala que la excesiva restricción no guarda relación con la preservación del patrimonio de las empresas y la salvaguarda de la garantía prestacional de los usuarios.

La posición adoptada por las **entidades de medicina prepaga** han variado de acuerdo al nivel de representatividad de las mismas, ya que estuvieron presentes las Cámaras que agrupan a las entidades que operan en el área metropolitana (ADEMP y CIMARA), aquellas que representan a las prepagas del interior del país y a las que se agrupan bajo la denominación de pequeñas y medianas empresas de medicina prepaga. En el orden internacional, la empresa que adoptó la posición de mayor confrontación al proyecto ha sido Excell.

Las principales entidades de medicina prepaga y las **Cámaras metropolitanas** han sostenido los siguientes reclamos: a) Instalar la discusión del proyecto regulador de las EMP en el marco más amplio del proyecto de desregulación de las Obras Sociales; b) Limitar los alcances del Programa Médico Obligatorio; c) Señalar la importancia de que en el proyecto figuren los derechos de las EMP y las obligaciones de los consumidores en materia de contratos; d) El trato diferenciado en relación con las Obras Sociales que tienen sistema de afiliados adherentes o voluntarios representa un ejemplo de inequidad tributaria que es menester revertir; e) La ilegitimidad técnica de la autoridad de aplicación para determinar aprobación de prácticas y/o servicios.

Las **Cámaras que agrupan a las empresas radicadas en el interior del país** expresan su posición vinculada con dos reclamos: a) Defensa de la libre empresa y de las fuentes de trabajo que provee la gran cantidad de pequeñas empresas o mutualidades del interior, b) Aseguramiento de la atención sanitaria, ya que de no brindarse atención a la población de mayores ingresos esta aumentaría su demanda sobre el subsector público, hoy al borde del colapso; c) Posibilidad de mantener un nivel de precios que resulte accesible para la población del interior del país, de bajo poder adquisitivo. Por ello cuestionan fundamentalmente aquellos artículos que tratan sobre la exclusividad del objeto social (lo cual pondría a muchas empresas en la imposibilidad de operar), el cumplimiento del PMO, excesivamente oneroso para los recursos que estas empresas manejan y el establecimiento del capital mínimo, planteando que debe existir una adecuada relación entre su patrimonio neto y la cantidad de beneficiarios, y que los montos deberían ser fijados analizando previamente la realidad económica de las EMP del interior del país. Enfatizando el contraste entre la realidad metropolitana y la que se vive en el interior del país, el representante de la Cámara de Empresas de Medicina Privada del Interior señala expresamente *"En la actividad de la medicina prepaga existen dos realidades bien diferenciadas. Una es la que involucra a las Entidades de Medicina Prepaga de la Capital Federal, las que*

por actuar en un contexto socioeconómico y poblacional distinto, poseen fuentes de financiación y capacidad para asimilar los cambios mayores que las EMP del resto del país. La otra realidad es la que atañe a las EMP del interior del país, en su mayoría PYMES y Entidades Mutuales. Estas EMP conforman una verdadera red social no contemplada y fácilmente vulnerable, que brinda prestaciones de salud a más de 15.000.000 de afiliados y significa una fuente laboral indispensable para miles de personas de todo nuestro país” (Audiencias Públicas. 11/9/97).

Un párrafo aparte merece la posición adoptada en relación con la regulación en general. Mientras un sector aboga por la necesidad de evitar la competencia desleal a través de medidas que aumenten la transparencia de las relaciones contractuales y obliguen a cumplir con los requisitos fiscales, otro sector importante reclama que la excesiva regulación puede perjudicar el funcionamiento de la libre empresa o, aún más, que el sector ha demostrado capacidad de funcionar eficientemente durante cuarenta años sin el contralor estatal durante varias décadas y no debe modificarse dicha situación. En los términos expresos que figuran en el documento presentado por esta entidad ante el Senado de la Nación se señala *“Es saludable mejorar las normas siempre que no asfixie una actividad ni encarezca su costo (Informe sobre Medicina Prepaga. pág.12)”*.

Una de las críticas fundamentales que han sido planteadas por las entidades y Cámaras que agrupan a las **Entidades de Medicina Prepaga** es la falta de mención en el proyecto de ley que señala la obligatoriedad de cubrir el PMO, fijada para las entidades de medicina prepaga a través de la Ley 24.754. Las empresas aguardaban que el proyecto de regulación de las EMP enmendara la situación suscitada por la Ley 24.754, y que había provocado aumento en los importes de las cuotas para absorber aumento de los costos. CIMARA y ADEMP presentaron entonces sendos recursos de amparo para no cumplir la cobertura, dado que *“la ley exige que contratos voluntaria y libremente concertados entre las partes incluyan coberturas no convenidas oportunamente (Audiencias Públicas. 11/9/97)”*. Señala además la legítima defensa de los intereses de los consumidores que fija el proyecto, pero que deberían fijarse también sus obligaciones para que el contrato entre las partes sea más equilibrado y alerta en cuanto a que colocar reservas técnicas muy elevadas podría tener como consecuencia el fomento de los oligopolios y promover la desaparición de las pequeñas y medianas empresas.

Adoptando una posición que representa el interés de las **empresas multinacionales** cuyo ingreso al sector salud se produjo en la década del 90, EXCELL aboga por dos reclamos fundamentales: libre competencia e igualdad tributaria entre los prestadores de la salud. Como, de acuerdo a la opinión de los representantes de la empresa, el proyecto de Ley abunda excesivamente en artículos orientados a la protección de los usuarios, recomienda que se lo enmarque directamente en la legislación que protege los derechos del consumidor. Pero fundamentalmente es en el artículo que establece los aspectos económico-financieros que esta empresa plantea las objeciones más directas, ya que considera las disposiciones relativas a las condiciones económicas de los prestadores exiguas, en especial lo relativo al patrimonio neto requerido para operar. Excell propone un valor mínimo de \$7.000.000, para poder ajustar de allí en adelante sobre la cantidad de nuevos afiliados.

Esta propuesta, expresada por el representante de Excell, motivó las reacciones más enconadas de parte de los representantes de las prepagas nacionales. Refiriéndose a las facultades excesivamente discrecionales que al parecer el proyecto otorgaba a la Autoridad de Aplicación para fijar el monto de las reservas técnicas, el representante de AMSA señalaba el peligro de esta situación y efectuaba este sugestivo señalamiento: *"Solamente los invitamos a pensar qué sucedería si la Autoridad de turno hace suyas propuestas de montos millonarios como los mencionados en esta misma Audiencia"* (Audiencias Públicas. 18/9/97).

Las entidades que agrupan a los **establecimientos asistenciales**, tales como CIMARA y CONFELYSA sostienen también dicha posición, al señalar que la aplicación de la Ley 24.754. CIMARA señala la necesidad de establecer un patrimonio neto diferenciado para empresas que brinden servicios parciales especializados, mientras que CONFELYSA destaca la inconveniencia de que el proyecto plantee restricciones en la naturaleza jurídica de las entidades habilitadas para operar.

De manera similar a los argumentos planteados por las prepagas del interior del país, la **Asociación de Hospitales de Colectividades y Particulares sin fines de lucro** objetan el pago de prestaciones a los hospitales públicos, y solicita que se asegure el tratamiento fiscal que se ofrece a los entes dedicados a la atención en salud, incluyendo expresamente la exención impositiva en la norma. El planteo de esta entidad es muy ilustrativo de las profundas divergencias en la situación de las entidades. Luego de señalar el rol que le cupo al sector privado en la compensación de los déficits planteados en el sector estatal, señala las características propias del tercer sector: *"Desde siempre fuimos la opción entre el Hospital público y las entidades privadas, porque respondiendo a nuestro objetivo original pudimos adaptar nuestro accionar. Hemos sido mucho más que una opción asistencial : nuestros asociados participan estatutariamente de los destinos de cada institución a través de su asociación a cada entidad, logrando así el acceso a las distintas opciones que las mismas brindan para la protección de la salud y la atención de la enfermedad, excediendo frecuentemente el nivel de prestaciones comprometido"* (Audiencias Públicas. 18/9/97).

Las **Asociaciones de protección y defensa del consumidor** han sido representadas por dos entidades: ADECUA y ADELCO. Si bien los proyectos de ley trataron en variados artículos cláusulas vinculadas con los derechos y obligaciones de empresas y usuarios, su posición ha estado centrada en la objeción de aquellos artículos que pueden resultar abusivos, tales como la detección de enfermedades preexistentes; y la propuesta de crear un fondo compensador o de redistribución para cubrir las demandas de mayor consumo y gasto de parte de la población de mayor edad. Esta organización propone una solución para no privar de cobertura a la población de tercera edad: constituir un Fondo de Redistribución general con los aportes progresivos de la población de mediana edad para lograr cubrir total o parcialmente el incremento de las cápitas que resultaría necesario para dar respuesta al mayor consumo experimentado por este grupo etéreo.

La posición adoptada por la **Cámara de Emergencias y Medicina Domiciliaria** indica claramente la necesidad de contar con un marco

regulatorio específico e integral, pues los antecedentes existentes en algunas provincias establecen requisitos mínimos para brindar el servicio médico prehospitalario pero no señalan nada acerca de la relación entre entidades y usuarios. Estas entidades no poseen un plan de prestaciones definido, no presenta tampoco condicionamientos, ni carencias ni preexistencias y tampoco pueden respetar la libre elección del profesional por tratarse de guardias médicas permanentes.

La **Industria Farmacéutica** ha tenido un rol decisivo en la orientación de las políticas sectoriales, lo cual puede ponerse rápidamente en evidencia a analizar la incidencia del medicamento sobre la composición del gasto en salud y la influencia que han ejercido sobre la formación y la práctica de los profesionales de la salud. Aunque indirectamente implicada, al resultar uno de los proveedores fundamentales de insumos para los afiliados de las Obras Sociales y del sector de la medicina prepaga, su posición guarda también importancia. Durante las Audiencias han tenido bajo número de intervenciones, dejando la exposición para aquellos sectores directamente interesados. Han sentado su posición a través de Documentos que reflejan un acuerdo general con el contenido del proyecto en discusión, aunque en disidencia con algunos artículos específicos, y señalando asimismo los aspectos relacionados con la orientación del sistema de salud. De acuerdo con el Documento presentado, las distintas reformas del sector salud están fragmentando excesivamente el mercado o sector de la salud y ello puede conducir a una desintegración del concepto de solidaridad, que no es solamente un principio ético sino también político y económico. Es indispensable para mantener el gasto y el déficit público acotado, ya que si toda la población hoy atendida por la seguridad social o por las EMP pasa a atenderse en el hospital público aquellos se incrementarán.

Un actor fundamental en las sucesivas discusiones fueron las **Obras Sociales de Personal de Dirección y/o Jerárquico**. Las Obras Sociales de personal de dirección están constituidas por empleados con sueldos muy elevados que efectúan un aporte proporcional al mismo u otros que, sin llegar a ese ingreso, la empresa les cubre la diferencia de aporte permitiéndoles acceder a estas entidades. Las Obras Sociales de Personal de Dirección suman alrededor de veinte entidades, y dadas las características del segmento de usuarios que cubren, compiten con las entidades de medicina prepaga. La Obra Social de Ejecutivos de Empresa (OSDE) es una de las que presenta un mayor volumen relativo, ya que cuenta con un padrón de 600.000 afiliados y una facturación anual que supera los \$152 millones. Hasta 1994 actuaba como asegurador, canalizando los aportes de los asociados y contratando prestadores privados, pero a partir de esa fecha comienza a prestar un servicio propio y a centralizar la atención de los asociados en sus propios centros de salud.

La principal objeción planteada por este actor ha sido formulada en torno a la indefinición respecto de si las Obras Sociales que tengan sistemas de afiliación voluntaria serán consideradas EMP. De acuerdo a la propuesta elevada por ACAMI, debería incorporarse un Artículo que señale expresamente lo siguiente: *"Sin perjuicio de lo normado en el presente, reconócese a las obras sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales la facultad de incorporar y mantener afiliados que hayan adherido voluntariamente a las*

mismas. Dichas afiliaciones se regularán por la normativa específica del sector, sin que resulte aplicable la presente ley” (Audiencias Públicas. 28/8/97) y, de no incorporarse esta cláusula serían inaplicables algunos artículos, tales como aquel que determina exclusividad del objeto social o el que obliga a la inscripción en el Registro, pues esto establecería controles redundantes para este tipo de entidades.

Durante la última Audiencia tomaron la palabra los **representantes del gobierno**, quienes expusieron acerca de los principales objetivos perseguidos por el Ejecutivo en relación con la sanción del marco regulatorio.

El Subsecretario de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud, aseguró que *“este es el comienzo de un proceso que seguramente desembocará en una ley ómnibus que englobará a todas las variables que se dan en los actuales conceptos de salud” (Audiencias Públicas. 25/9/97)*, y señalaba que el marco normativo tenía dos objetivos fundamentales: optimizar el nivel de la prestación, y proteger al usuario.²⁴ Señalaba además que el proyecto que se estaba debatiendo tenía todo el apoyo político del Poder Ejecutivo.

5.3. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Han quedado puestos en evidencia los temas sujetos a regulación, y el posicionamiento básico de los distintos actores participantes en la discusión pública, a partir de los cuales se pueden colegir los principales acuerdos y desacuerdos que presentan entre los mismos.

Según puede apreciarse en Anexo II-b, los artículos más objetados son los que refieren a los siguientes tópicos: Exclusividad del objeto social (Art. 3); Inclusión en la cobertura a brindar de todas las prácticas y servicios no excluidos expresamente (Art. 11); Rescisión del contrato entre las partes (Art. 12); Reservas técnicas; Patrimonio neto (Art. 21); Tasa de contribución a la SSS (Art. 27).

Tales aspectos han sido motivo de discusión y análisis en la Comisión de Salud del Senado de la Nación, originando las modificaciones que se detallan en el Anexo II-c.

Cabe señalar asimismo que los aspectos más conflictivos relacionados con los tópicos mencionados, principalmente aquellos que versan sobre la exclusividad del objeto social y los requisitos de solvencia económico-financiera de las entidades han sido modificados en el más reciente proyecto de ley que impulsara recientemente en el ámbito del Senado la legisladora Oviedo.

El trabajo realizado hasta aquí indica algunos aspectos que deben ser considerados como paso previo a la formulación de ideas y propuestas para una mejor regulación de las entidades de medicina prepaga.

La visión de los actores sociales en torno a cada uno de los puntos bajo regulación puede contribuir al esclarecimiento del campo, así como conjeturar

²⁴ Consultor de salud. *La regulación de la medicina prepaga*. N° 180. 03/10/97

el posicionamiento que adoptarán los mismos en relación a las medidas que se adopten para la regulación del sector.

Se enumeran a continuación, y de un modo sintético, las principales conclusiones que se pueden extraer del trabajo:

- a) *La regulación se ha concretado en la agenda de los poderes públicos y ha tenido expresión concreta en una amplia variedad de proyectos de ley que expresan distintas concepciones acerca de cómo debe ser concebida la acción de las empresas de medicina prepaga.*
- b) *Se ha avanzado en un campo sobre el cual existían muy escasos antecedentes regulatorios. La convocatoria a los actores por medio de las A.P. se constituyó en un escenario en el cual quedó expresada la puja sectorial, pero también un medio para constituir el campo mismo de la regulación, ya que toda estrategia de cambio supone la modificación y/o el establecimiento de "nuevas reglas de juego", las cuales tienen como objetivo una modificación en el comportamiento de los actores.*
- c) *La existencia de un conjunto altamente heterogéneo de EMP, en términos del estatus jurídico, la composición del capital accionario, la población que sirven, la realidad local en la que operan y el conjunto de prestaciones básicas que son objeto de aseguramiento. La propia diversidad y complejidad del universo de las EMP lleva a que no puedan ser reguladas de manera homogénea, debiéndose introducir criterios diferentes para cada tipo de entidades, pues de lo contrario se correría el riesgo de que algunas entidades se vean perjudicadas por exigencias demasiado elevadas para su caso que impedirían su funcionamiento, mientras que otras gozarían de los beneficios adicionales, explícitos y en muchos casos implícitos, que les otorgaría la norma. Dado lo anteriormente expuesto, debiera ponerse a discusión en un futuro proyecto de regulación la viabilidad de que a través de una norma inespecífica se puedan mitigar los problemas que motivaron la regulación o, contrariamente a ello, pueden contribuir a agravarlos.*
- d) *Si bien los proyectos siguen el modelo con que fueron diseñados y regulados los nuevos sistemas de retiro (sistema de capitalización) y de riesgos del trabajo, cuya homogeneidad se basa en que fueron creadas por medio de la sanción de las leyes correspondientes, en el caso del sector de la medicina prepaga, las entidades fueron surgiendo lentamente a lo largo de treinta años, como fruto de esfuerzos individuales o colectivos, privados o públicos que fueron modelando instituciones que adquirieron perfiles, características y objetivos totalmente distintos.*

Capítulo VI:

BASES Y FUNDAMENTOS PARA LA REGULACION DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

6.1. RECTORIA NACIONAL EN EL MARCO DEL FEDERALISMO SANITARIO

6.1.1. Rectoría

La debilidad regulatoria del Ministerio de Salud es una opinión coincidente entre los principales analistas del sector, a la vez causa y efecto de la escasa visualización que han tenido las cuestiones propias del sector salud en la agenda pública y estatal.

Varias cuestiones se han conjugado para generar dicha situación, entre las cuales cabe citar a los procesos de desregulación que se han realizado en la década pasada y que han profundizado la fragmentación en el propio aparato del Estado. Han concurrido además el desplazamiento en el eje de poder hacia las organizaciones y agencias que, alineadas con un enfoque de sesgo económico, han cobrado mayor hegemonía en las decisiones políticas sobre el Sector Salud.

Sin embargo, las tendencias de reforma anteriormente revisadas suponen el fortalecimiento del rol de rectoría del Estado Nacional. Concebimos a la rectoría como el proceso mediante el cual el Estado Nacional es capaz de ejercer el liderazgo del sector, proponiendo iniciativas u orientaciones que permitan alinear a las distintas autoridades subnacionales y al resto de las organizaciones sociales en la definición de políticas y prioridades para la acción.

La rectoría del Estado en el proceso de reforma se plantea en diferentes planos: apuntando a fortalecer las prioridades sanitarias en la agenda pública de gobierno, a incrementar la relación entre Nación y Provincias en el marco del régimen federal y aumentar el liderazgo y la convocatoria de las organizaciones de la sociedad civil para la formulación concertada de las políticas nacionales de salud.

La Organización Panamericana de la Salud coincide con esta perspectiva cuando afirma *"Las reformas del sector se enfrentan al desafío de fortalecer la función de rectoría de las autoridades sanitarias y una parte importante de ese papel rector consiste en dar cumplimiento a las funciones esenciales de la salud pública (FESP) que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local"* (Muñoz, 1999)

Tal como ha sido adelantado en el análisis de los Anteproyectos de ley, dos posturas netamente diferenciadas nos permiten identificar las posibles orientaciones planteadas en el proceso regulatorio:

- a) Concebir el campo de la medicina prepaga como la sumatoria de entidades comerciales prestadoras de servicios, es decir como un rubro más de la actividad económica, para lo cual la intervención del Estado no debe resultar cualitativamente diferente a la que debe regir para las actividades de índole comercial.
- b) Concebir a las EMP como parte del sistema de salud y a la regulación de dichas entidades en el marco global de una política de salud, dado que toda acción u omisión de las EMP repercutirá inexorablemente sobre la salud del conjunto de la población, y por ello debe estar sujeta a las políticas públicas que se dicten sobre la materia, siendo la regulación misma una política de salud. La definición central que se plantea en este aspecto es la salud como Bien o servicio Público administrado privadamente.

A nuestro juicio, la regulación de las EMP constituye un proceso de definición de políticas públicas en tanto implica una jerarquización de los valores que van a orientarlas, lo que facilitará alcanzar una mayor coherencia interna y solidez técnica en las distintas normas que se incorporen al proyecto de legislación. En este sentido, requiere una toma de posición relativa al objetivo final de la regulación: proteger al usuario-consumidor frente a las EMP, fiscalizar el cumplimiento de las leyes públicas, mejorar el desempeño del sistema de salud, etc.

Es indudable que, detrás de una visión compartida subyacen valores acerca de lo que significa la salud de parte de quienes hayan efectuado dicha elección. Y es quizás, en esta definición de valores, que se hace necesario trabajar más profundamente, a la luz de una nueva redefinición de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil.

6.1.2. Capacidades Institucionales

Una de las principales falacias argumentativas que acompañó la reforma administrativa del Estado se basaba en el supuesto de que la reducción de su tamaño implicaba necesariamente una mejora en la capacidad de gestión, en parte porque el diagnóstico del problema enfatizaba más su hipertrofia que su deformidad (Oszlack. 1994).

Los aspectos destacados en el análisis de la reforma sectorial acaecidos en la región durante las últimas dos décadas permite identificar la existencia de una brecha entre el cambio en las reglas de juego institucionales y la dificultad o rezago organizacional para acompañar los mismos; que tiene como uno de sus indicadores principales el déficit de liderazgo y de gerenciamiento.

En el reciente Documento producido por la OPS con la denominación "Funciones esenciales de la Salud Pública" (Muñoz. 2000) se describe la necesidad de fortalecer la capacidad institucional para la regulación y fiscalización en salud pública incluyéndose aspectos tales como:

- La capacidad institucional para desarrollar el marco regulador para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- La capacidad de generar nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como a promover ambientes saludables.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.

Sin embargo, nuestro país se caracteriza hoy por una falta de preocupación político-técnica respecto de la regulación efectiva de la prestación de servicios de salud.

En el sector Salud, el déficit de gestión abarca a las instituciones prestadoras, las instituciones financiadoras y las instituciones reguladoras, e incluye aspectos fundamentales como la flexibilidad de las estructuras organizacionales, la calificación y formación continua de los recursos humanos, la calidad y oportunidad de los datos que aporta el sistema de información. Tales carencias se ponen agudamente de manifiesto al examinar la capacidad de que dispone el Estado para ejercer el rol regulatorio.

A la vez, resulta evidente que tal regulación requiere del desarrollo de excelentes sistemas de información, así como de una maquinaria organizacional pública (agencias reguladoras) con capacidad de controlar y fiscalizar; y un sistema de incentivos capaz de orientar en la dirección deseada el comportamiento de los actores que conforman el sistema de salud.

Cabe señalar además que un aspecto central de la institucionalidad regulatoria es la legitimidad que tienen los organismos creados en función del rango de los instrumentos jurídicos que le han dado origen. Desde el punto de vista jurídico, la creación de un organismo de control mediante una ley o un decreto supone un estatus diferente. En el primer caso, el funcionamiento de un organismo se sustenta sobre la mayor legitimidad y permanencia del instrumento legal, mientras en los casos de aquellos creados por decreto, su accionar queda sujeto a una voluntad ejecutiva mucho más fácilmente alterable.

En el caso que nos ocupa, el mayor énfasis debiera estar colocado en el fortalecimiento institucional de la **Superintendencia de Servicios de Salud**, con el objeto de dotarla de recursos financieros que hagan viable su funcionamiento y recursos humanos altamente calificados e independiente de los intereses políticos y sectoriales.

6.1.3. Rol del Estado en el marco de un país federal

Como hemos señalado, el Gobierno Federal argentino en general, y el Ministerio de Salud en particular, ha ido paulatinamente debilitándose en lo que hace a ejercer el liderazgo de las políticas públicas relativas a la salud.

Sin embargo, los procesos de descentralización y desregulación estatal asociados al proceso de reforma han colocado como una de las cuestiones de primer orden la configuración de un nuevo rol del Estado en salud.

De acuerdo al Art. 1 de la Constitución Nacional, Argentina adopta la forma de gobierno representativa, republicana y federal. En la Constitución sancionada durante el año 1993 se establece asimismo que las autoridades nacionales deben garantizar el respeto de los Tratados Internacionales que adquieren jerarquía constitucional, en los que aparece el derecho a la preservación de la salud. De acuerdo a lo que señala el Art. 14º, cada una de las provincias que conforman el país conservan todo el poder no delegado por la Constitución al Gobierno Federal y el que expresamente se hayan reservado en los pactos especiales al momento de su incorporación. Del examen de los restantes artículos de la Carta Fundamental la salud no resulta, por tanto, materia delegada por los estados federales al nivel central.

Debe señalarse empero que dicha autonomía no es nunca del todo completa, y que tanto en la teoría como en la práctica se ve afectada por el grado de influencia y control que ejerce el poder político nacional.

Por ejemplo, en el artículo 75º de la Constitución Nacional se establecen distintas alternativas que refuerzan la facultad de sancionar legislación federal en materia de salud, mientras que en el Artículo 41º se afirma el derecho de todos los habitantes a gozar un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano, donde se establece que corresponde a la Nación *"dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección"* mientras que las provincias son responsables de dictar la legislación complementaria. Cabe agregar que, en el caso de la regulación específica de productos (por ejemplo, medicamentos) y servicios (por ejemplo, la medicina prepaga) relacionados con la salud, los usuarios se ven amparados por el texto de la Constitución Nacional: *"Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno."* (Constitución de la Nación Argentina. Art.º 42).

En los países federales, el diseño y la implementación de las políticas de salud demandan la integración de dos niveles de gobierno: nacional y provincial/estadual, por lo que el grado de complejidad de la administración de estas políticas aumenta considerablemente en estos países. Mientras que en un gobierno unitario los respectivos roles se definen de una forma jerárquica en las que predominan relaciones de autoridad y subordinación, en un gobierno federal la autoridad central debe llevar adelante procesos de coordinación que garanticen el logro de objetivos comunes. Este proceso de coordinación termina siendo, más que el resultado de las previsiones formales de la legislación, instrumentos surgidos de las continuas negociaciones e interacciones entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales (Vassallo. 2002)

La autoridad nacional conserva por lo tanto responsabilidades asociadas con la negociación intersectorial, el establecimiento de las políticas, prioridades y programas con financiamiento nacional que abarquen todo el territorio del país, mientras que las responsabilidades asociadas a la gestión, provisión y

supervisión de la atención sanitaria a cargo de las jurisdicciones provinciales y locales (ej: Municipios).

El análisis de la experiencia internacional demuestra que, aún en los países donde las políticas de salud se hallan descentralizadas, como es el caso de Brasil o Canadá, el gobierno federal ocupa un rol decisivo en la determinación de los principios básicos a los que deben atenerse las políticas jurisdiccionales y, también, refuerza su papel de redistribuidor mediante programas destinados a equilibrar las disparidades interjurisdiccionales. En un país federal y altamente descentralizado como los Estados Unidos, la fijación de políticas generales o la regulación del mercado de medicamentos y alimentos descansa en una única autoridad de aplicación, que actúa en el nivel nacional. En este último caso, ninguno de los productos puede ser comercializado, aún dentro de cada estado federal, sin la correspondiente autorización nacional.

6.2. LAS NUEVAS REGLAS DE JUEGO

6.2.1. Requisitos y obligaciones de funcionamiento: unidad o diversidad regulatoria?

El análisis de un proceso regulatorio como el que aquí se ha expuesto ha tenido como propósito esclarecer (al menos en parte) la importancia que tiene la concertación del Estado y las organizaciones de la sociedad civil para establecer las reglas de juego que delimitarán el accionar de las entidades que, nucleadas en el sector privado, generan un bien de naturaleza esencialmente pública.

Cuando la *mano invisible* no actúa tal como lo predice la teoría económica, debe actuar la *mano visible* del Estado para implantar un conjunto de instituciones y reglas de juego claras y transparentes que establezcan las posibilidades y restricciones para el desempeño de las empresas en el mercado de las EMP. Establecida la posibilidad de que exista un mercado de bienes y servicios relacionados con la salud, el objetivo de evitar prácticas monopólicas o alentar una competencia basada en criterios de mejor precio y calidad no debe ir reñida con el sostenimiento de principios éticos básicos que deben regir el funcionamiento del sistema.

Por ello resulta necesario:

- a) Establecer los derechos y obligaciones que deben guiar la definición del contrato entre las partes para evitar los problemas más habituales que caracterizan al mercado de la salud: por ejemplo, las asimetrías informativas, el riesgo moral o la selección adversa.
- b) Efectuar intervenciones regulatorias que obliguen y/o incentiven a las EMP de acuerdo a los lineamientos políticos que fije la autoridad de aplicación, y que se apoye en el principio de asegurar básicos solidarios en el funcionamiento del sistema.

Sin embargo, y como hemos ya adelantado, con un espectro tan disímil de instituciones el proyecto de regulación simplifica excesivamente la realidad.

Esta difícil cuestión puede ser abordada atendiendo a tres obligaciones fundamentales:

- **Obligaciones tributarias**

Con relación a las obligaciones tributarias ante la AA, la discusión se plantea en los siguientes términos: algunos actores abogan por la ausencia general de tributos para las empresas del sector salud, o bien la redefinición de una carga impositiva homogénea para todas las empresas que compiten en el mercado (igualdad tributaria).

Según referentes del sector de la medicina prepaga, tales como las EMP, las obras sociales de personal jerárquico tienen ventajas comparativas en tanto que están exentas de impuestos, por estar encuadradas jurídicamente en la figura de *asociaciones civiles sin fines de lucro*. Este beneficio lo pueden trasladar a sus precios permitiéndoles ofrecer servicios a un menor costo, con la ventaja adicional de que si presentan déficits financieros pueden acogerse a los subsidios otorgados por el ANSSal, que le reintegra gastos tales como coberturas de SIDA (Giordano. 1999). En tal sentido, juzgan desleal dicha exención, pues favorece a algún tipo de empresas en detrimento de otras (ej: Obras Sociales de Dirección y Entidades de Medicina Prepaga)

Mientras que otros referentes señalan precisamente lo contrario, que la carga impositiva debe ser congruente con las características de la entidad jurídica de la empresa prestadora (equidad tributaria). Al mismo tiempo, las OS sindicales y de Dirección objetan que el Estado homologue el tratamiento de las EMP al suyo propio, cuando no cargan con los costos y obligaciones de las entidades regidas por un principio de solidaridad sin exclusiones.

- **Obligaciones económico-financieras**

En relación a los requisitos u obligaciones económico-financieras que se exigen a las EMP para poder funcionar como tales, tratadas en el proyecto como reservas técnicas, patrimonio neto y margen de solvencia financiera, es necesario diferenciar aquí dos tipos de propuestas de regulación de las entidades que han sido formuladas: aquellas que las caracterizan como entidades prestadoras de servicios de salud, o bien aquellas otras que la definen como entidades que, de permitírsele el marco normativo, pueden adherir al sistema de la seguridad social.

En el primer caso, los proyectos legislativos imponen condiciones para el funcionamiento de las EMP que difieren notoriamente respecto de las que les permitirían competir con las obras sociales. Por ejemplo, esto puede ilustrarse a través del patrimonio neto. Mientras que los primeros establecen un patrimonio neto mínimo de \$250.000 para las entidades existentes y de

\$500.000 para las a crearse, la resolución 246/2000 de la Superintendencia de Servicios de Salud determina los siguientes valores para las entidades que deseen constituirse en agentes de seguro: 1) \$ 1.000.000 para la entidades con ámbito geográfico de prestación de servicios de salud en una jurisdicción provincial, 2) \$ 2.000.000 para las que funcionen en el Area Metropolitana o en dos jurisdicciones provinciales y 3) \$ 3.000.000 para las que lo hagan en dos o más jurisdicciones provinciales o en el Area Metropolitana y en una o más jurisdicciones provinciales.

La heterogeneidad normativa podría llegar a devenir en un intrincado marco regulatorio que impidiera un buen funcionamiento del sector, fundamentalmente para aquellas entidades que decidieran participar de ambos subsistemas (privado o de la seguridad social).

En este caso particular, los requisitos fijados debieran permitir regular homogéneamente, es decir: independientemente del sector en el cual la entidad desee desarrollar su actividad. Esto permitiría simplificar la intervención y evitar profundizar aún más la fragmentación institucional del sistema de salud argentino.

Pero si se analizan los requisitos impuestos para determinar el patrimonio neto exigido, cabe señalar que, de hallarse suficientemente fundamentado técnicamente, podrían establecerse diferentes valores, ya no en relación al subsistema en el cual participe, sino al tipo de entidad de que se trate.

En relación a la conformación de un Fondo para Garantía de las Prestaciones, su utilización debería quedar más restringida en la medida que pueda avanzarse en el saneamiento del mercado y en la determinación de requisitos básicos para el funcionamiento de las empresas; constituyéndose en una oportunidad apropiada para definir mediante incentivos el destino de la cartera de clientes que, por quiebra u insolvencia de las empresas, se hallan desprovistos de cobertura.

• Obligaciones prestacionales

El cumplimiento del PMO como paquete básico y universal de prestaciones significa un primer paso en la formulación de una norma única y general que favorezca el principio de la universalidad; pero que debería garantizar mayores niveles de equidad en el acceso aspirando a establecer *lo necesario para quien lo necesita*.

Pero la norma universal debe ser aplicada siguiendo un criterio de **equidad conmutativa** que, como hemos señalado, resulta mucho más aproximada a la índole de los problemas que se trata de corregir.

La equidad conmutativa se ve amenazada sobre todo en aquellas situaciones que suscitan los principales conflictos y quejas de los afiliados ante los Organismos de Defensa del Consumidor, y que se sintetizan en:

- El establecimiento de restricciones a la cobertura y/o variaciones selectivas en el precio de las cuotas por edad, principalmente para

quienes forman parte del sistema y han estado contribuyendo durante años para su aseguramiento.²⁵

- Omisión de prestaciones que obligatoriamente las EMP deben cumplir ante su población a cargo.

Asimismo, el principio de la equidad social concebida como justicia distributiva cobra importancia cuando se analiza el funcionamiento de todo el sistema de servicios de salud, pues toda acción u omisión planteada por este subsector repercute inexorablemente sobre la salud del conjunto de la población y, en tanto tal, debe ser concebida como parte integrante del sistema de salud y sujeta a las políticas públicas que se dicten sobre la materia.

Uno de los aspectos más críticos del sistema de atención radica en la creciente proporción de beneficiarios que no pueden ser cubiertos satisfactoriamente por los distintos regímenes de aseguramiento; bien por la determinación de carencias y/o preexistencias, bien por las barreras administrativas, geográficas o económicas que actúan como obstáculos al acceso.

Como ejemplo, podemos mencionar que ante la fijación de carencias los pacientes acuden al sector público en búsqueda de atención que indirectamente subsidia mediante la prestación efectuada a los restantes subsectores, o bien que al suceder problemas tales como la quiebra de empresas deben arbitrarse los medios para cubrir a los usuarios que quedan desprovistos de atención.

Este hecho, reconocido generalizadamente, ha promovido durante la última década iniciativas políticas que han tratado de que los Hospitales y Centros de Salud puedan cobrar sus prestaciones y, de esta manera, dispongan de mayores recursos para aliviar sus crónicos problemas de financiamiento.

6.2.2. Las herramientas regulatorias

Para ejercer el rol planificador, normatizador y regulador, el Estado debe disponer de información oportuna y confiable acerca del tipo y nivel de cobertura que brindan todos los subsectores del sistema de salud.

Esta información resulta fundamental para formular e implantar una política integral que abarque a toda la población cubierta y no se limite a aquella que, por carencia de ingresos ha quedado a cargo del subsector público.

Sin embargo, existe en la actualidad un gran déficit de información relativa a prestaciones, utilización de servicios, motivos de consulta o causas de morbilidad que provengan del sector de la medicina prepaga, consagrando esta actividad como marginal e independiente del sector formal.

²⁵ Es una práctica habitualmente denunciada la suba de las cuotas para un afiliado o aportante al cumplir determinada edad, sin considerar sus años de contribución al sistema.

Para poder asegurar las prestaciones básicas universales que determina la ley, el Plan Federal de Salud contempla la necesidad de contar con un sistema georreferenciado de información que permita adecuar el tipo y cantidad de prestaciones a las necesidades de la población cubierta (Plan Federal de Salud.2004)

Las ventajas de disponer de un *Sistema de Información* que brinde información oportuna, accesible y confiable acerca del funcionamiento de las prepagas se especifican en relación a dos aspectos que juzgamos de alta prioridad para el proceso de formulación de políticas:

- a) El registro centralizado y obligatorio de entidades prepagas;
- b) El monitoreo permanente de información demográfica y epidemiológica provista por todos los prestadores que actúen bajo la órbita de este subsistema de atención.

- *Registro de prepagas*

Actualmente la información acerca de las EMP es reunida, sistematizada, procesada y difundida por las Cámaras que agrupan a las mismas. Pero al no existir una fuente única, la información así obtenida es fragmentaria y deja afuera a todas aquellas EMPs que no están adheridas a ninguna de ellas.

Por ello resulta del todo necesaria la realización de un diagnóstico que permita obtener un mapa del subsistema de la medicina prepaga, sobre el cual discriminar tipo y cantidad de organizaciones. Esta caracterización sería la base y el fundamento para la adopción de una política regulatoria del sector más justa y equitativa. Dicha información podría estar disponible para los decisores políticos, pero a la vez constituirse en una fuente de orientación para los usuarios actuales o potenciales de este subsistema.

El registro debería tener carácter obligatorio y centralizado en el nivel nacional para facilitar los mecanismos de coordinación y control, y para facilitar el establecimiento de mínimos de calidad para las entidades aseguradoras.

- *Notificación estadística y epidemiológica*

Las EMP registran de manera continua información relativa al perfil demográfico y epidemiológico de la población cubierta, que debería ser procesada y evaluada como insumo para la toma de decisiones.

La determinación de los recursos necesarios, la planificación de servicios que den mayor sustentabilidad actuarial a decisiones que se adoptan en relación a los regímenes de cobertura, y las evidencias necesarias para el establecimiento de prioridades que se asignan a la población cubierta son aspectos que deberán guiarse por consideraciones relativas a las necesidades y demandas de la población, no a criterios basados exclusivamente en el perfil cuantitativo y cualitativo de la oferta disponible.

Asimismo, dicha información debería ser puesta a consideración de los entes reguladores y/o de rectoría, con objeto de fijar políticas integrales que comprendan a todos los subsectores del sistema de atención, actividades que

están ya contempladas en las funciones propias de la autoridad sanitaria nacional.

- *Aseguramiento de la calidad*

La apertura de un registro de entidades de medicina prepaga se constituye en una oportunidad inmejorable para introducir pautas regulatorias basadas en criterios de calidad de servicios.

El enfoque basado en la mejora continua de la calidad puede constituirse en un pilar fundamental de la estrategia regulatoria, al plantear normas y/o estándares que deben ser exigidos como requisitos para la habilitación y/o categorización de las entidades inscriptas en el mencionado registro.

De esta forma, el requisito de la calidad se constituiría en un factor que discriminaría positivamente a las entidades más comprometidas en la mejora de sus servicios e introduciría barreras no coercitivas para aquellas empresas que no cumplan condiciones mínimas para obtener su reconocimiento y/o aceptación como entidades aseguradoras en el sector salud.

Aceptada la necesidad de contar con normas técnicas de calidad avaladas por las organizaciones sectoriales, los vectores de intervención que han sido identificados para actuar en este campo son los siguientes: a) Definición de un sistema nacional de evaluación de calidad de las EMP, mediante la cual se definan las normas para la calificación y categorización de las mismas; b) Creación de un registro de entidades certificadoras en el ámbito de la autoridad de aplicación; c) Establecimiento de las condiciones mínimas que deben cumplir las entidades certificadoras para la acreditación de las EMP de acuerdo a categorías, de forma tal que se constituya un sistema de acreditación de certificadoras.

6.3. EQUIDAD Y AUTONOMÍA REGIONAL

Como hemos visto en el apartado precedente, y de acuerdo al rol del Estado Nacional en un país federal, es responsabilidad del nivel central asegurar principios básicos de redistribución de recursos entre las regiones de acuerdo a un principio de equidad. Como ha sido expuesto en el capítulo sobre mercado de las prepagas, el análisis de los niveles de cobertura de la población (comprendiendo aquí a la Seguridad Social y a los seguros privados) expresa altas disparidades regionales. Allí donde parecen existir mayores necesidades y demandas de atención sanitaria menores probabilidades existen de recibirla, lo que parece constituirse en otro ejemplo de la "ley de asistencia inversa", descrita por Tudor Hart. (1971).

El Anteproyecto de ley indica que todas las empresas que brinden planes integrales deben cumplir con el paquete de prestaciones básicas que determina la Ley 24.254 y su Decreto Reglamentario, pero aquí surgen objeciones de distinta índole, que se sintetizan en:

- a) Aquellas que señalan como inviable la implementación del PMO por una razón económico-financiera, ya que su aplicación elevaría los costos y haría imposible asegurar a población de bajos recursos; la cual se distribuye mayoritariamente en las zonas del país con menor grado de desarrollo. No se estaría entonces protegiendo la generación de empleo a cargo de las pequeñas empresas que operan en estas zonas, y tampoco dar cobertura a la población de estas zonas críticas.
- b) Aquellas que señalan, desde un enfoque basado en el principio de equidad distributiva, su inadecuación a las reales necesidades de la población. La población cubierta presenta altas disparidades por nivel de ingresos, prevalencias y morbilidades que son endémicas en algunas zonas del país y no en otras, además de las disparidades que son atribuibles a diferencias en los niveles de ingreso o de instrucción. Tal realidad dispar debe ser objeto de una respuesta diferenciada, que no puede por ende ajustarse a un paquete de prestaciones estandarizado para la totalidad del país.

Como en muchas otras áreas de la vida pública, las normas para la regulación sanitaria, de acuerdo al régimen federal que consagra la Constitución Nacional, deben asegurar asimismo el respeto a la autonomía y la diversidad regional, que debe lograrse mediante la toma descentralizada de decisiones y el establecimiento de una amplia diversidad de servicios públicos de salud directamente a cargo del nivel estadual/provincial.

En el caso que nos ocupa, el balance entre rectoría del Estado Nacional, logro de la equidad y respeto a la autonomía regional puede ser alcanzado a través del alineamiento de todas las instancias políticas regionales en torno a las políticas de salud acordadas federalmente.

Las mencionadas dificultades del gobierno federal argentino, y, en particular, del Ministerio de Salud, para ejercer el liderazgo del sistema de salud de todo el país, impide, no sólo la adecuada coordinación de las políticas jurisdiccionales, sino la búsqueda de soluciones a las desigualdades interregionales, razón por la cual se hace necesario repensar los dispositivos político-institucionales actualmente vigentes.

Con el fin de fortalecer la coordinación entre la Nación y las Provincias, se proponen los siguientes lineamientos para la acción:

- *Legislación:*

En virtud de los intereses y responsabilidades comunes que tienen la Nación, las Provincias y el nivel local sobre un mismo territorio, uno de los medios fundamentales para poner en práctica la *coordinación intergubernamental* es **la concurrencia**. Esta última es definida como la intervención coordinada de dos instancias, el gobierno federal y el provincial/estadual en un mismo espacio de responsabilidad pública.

Esta modalidad de relación puede lograrse través de la sanción de legislación central -federal- que establezca los parámetros de política dentro de los que otras jurisdicciones deben regular el sistema y/o diseñar y aplicar los

programas de atención de la salud, tal es el caso de países como Brasil o Canadá. Esta legislación puede determinar criterios generales que orienten y/o impulsen a los actores hacia determinados objetivos, ya sea mediante la formulación de estándares mínimos que deben cumplir todas las jurisdicciones adheridas (ej: cumplimiento del PMO) o bien a través de programas formulados e implementados en la totalidad del país (ej: programa Medicare o Medicaid en EEUU o Programa de Salud Familiar en Brasil).

Lo anteriormente expuesto lleva a pensar que legislar en materia de salud no es una facultad exclusiva de las provincias ni del Gobierno Federal sino una facultad concurrente. Es que en éste, como en otros temas, el gobierno central y los gobiernos provinciales tienen indudablemente intereses comunes.

Por ello se propone que desde el Ministerio de Salud se impulsen iniciativas legislativas destinadas a dar un piso regulatorio único a las actividades no reguladas desde este nivel, ya sea para subsanar vacíos —por ejemplo, la actividad desarrollada por las empresas de medicina prepaga y, por otro, a promover aquellas normas básicas a las que deberán atenerse las distintas jurisdicciones.

- *Acuerdos de Gestión:*

En el caso de Argentina el COFESA es el organismo destinado a promover la articulación entre los diferentes niveles. Este órgano fue creado en 1981 por medio de la Ley N° 22.373 y es presidido por la Autoridad Sanitaria Nacional, actualmente el Ministro de Salud e integrado por los Ministros Provinciales del área de salud pública. Si bien este órgano ocupa un lugar importante a los fines de comunicar y consensuar las políticas del nivel nacional con los ministros provinciales, estos acuerdos están sujetos a coincidencias políticas más generales.

Apoyándose en los antecedentes y mecanismos institucionales previstos en el COFESA, las autoridades nacionales y provinciales han suscrito una nueva acta-acuerdo bajo la denominación de **Plan Federal de Salud**, en el cual se definen las prioridades, las estrategias y los roles que tendrán el gobierno nacional y las provincias en materia sanitaria. Este consenso, que podría cristalizarse más adelante en una eventual Ley Federal de Salud, permitirá lograr un mayor compromiso en torno a los mismos objetivos gubernamentales, colaborando con el propósito de lograr la necesaria armonización de las políticas regulatorias y de atención a la salud de las distintas jurisdicciones.

El COFESA no representa un mecanismo adecuado para la resolución de problemas interjurisdiccionales, dado que su accionar se ve limitado a producir informes o recomendaciones, por lo cual los conflictos frente a casos puntuales se dirimen en la Justicia y los conflictos que se basan en la confrontación o el desacuerdo político no hallan una vía fácil para su resolución.

En este sentido, queda pendiente, para una ulterior etapa de la presente investigación, analizar los dispositivos destinados a tal fin en países que afrontan la misma problemática. De todas formas, un camino posible es

revalorizar el COFESA, ya no como un ámbito de discusión y consenso, sino como una herramienta para la resolución de los problemas que se planteen entre los distintos niveles de gobierno.

La viabilidad de tales políticas dependerá de la formulación de un mecanismo financiero que la sustente, y que en la actualidad se halla directamente vinculado con los procesos de coparticipación federal de impuestos entre Nación y provincias, tema que ha ganado recientemente espacio en la opinión pública con motivo de las ásperas disputas políticas establecida por la distribución de los recursos.

A modo de síntesis final, si no se ejerce rectoría nacional se vulnera el principio de la integración y coordinación federal, si no se adoptan criterios equitativos de redistribución se profundizará la brecha social entre las regiones, si no se efectúan adecuaciones locales se vulnerará el respeto a la diversidad y autonomía local.

COMENTARIOS FINALES (POST SCRIPTUM)

"Lo que sobra a unos, falta a otros"

Mahatma Gandhi

Al alba de un nuevo milenio, y promediando el mandato de un gobierno que había despertado intensas expectativas en la ciudadanía pero que debió abandonar anticipadamente el transcurso de la gestión, el país ha vivido una de las crisis políticas y económicas más devastadoras de las últimas décadas. La extensión de la crisis, que aparentaba no tener control, abarcó de manera importante a las capas medias, protagonistas principales en la protesta y movilización que precipitó la caída de la alianza gobernante.

Los índices de morbilidad, desocupación, subocupación, pobreza, indigencia y desigualdad treparon a niveles insospechados para una nación que, durante toda su historia, fue identificada con la potencialidad de su capital humano, la feracidad de su vasto territorio y las ventajas comparativas asociadas con la mayor disponibilidad de recursos naturales.

La célebre expresión de Karl Marx, *"todo lo sólido se desvanece en el aire"*, parecía aplicarse a las instituciones de nuestro país que, al borde del colapso económico y sin nuevas reglas que guiarán el rumbo todavía incierto, se hallaron en la necesidad de recuperar en el aparato de estado un mínimo principio de gobernabilidad para que de allí dimanaran las acciones que permitieran estabilizar la situación vigente.

Al mismo tiempo, y conforme trascendía a la opinión pública mundial el *default* argentino, analistas nacionales e internacionales pusieron su lente en la ineficacia demostrada por el conjunto de medidas macroeconómicas que fueran alentadas por los Organismos multilaterales de crédito, por entonces identificadas con las políticas acordadas en ocasión del denominado Consenso de Washington.

Uno de los críticos más acérrimos del papel jugado por los organismos multilaterales de crédito afirmaba entonces que *"Los excesos de la desregulación – especialmente la liberalización del mercado de capitales– desataron un boom insostenible. Como en Estados Unidos, los abogados de la reforma vieron en dicho boom la demostración de la bondad de sus políticas; como en Estados Unidos, no supieron ver que el boom llevaba dentro de sí las semillas de su propia destrucción. La estrategia global de los Estados Unidos consistió en presionar a países del Tercer Mundo para que adoptaran una política fundamentalista de mercado que representaba el abandono de los principios de justicia social, equidad e imparcialidad que con tanto ahínco defendíamos para nosotros, a fin de conseguir el negocio más pingüe posible"*

posible para los intereses especiales de los Estados Unidos. El país considerado modelo en cuanto a aplicación de las reformas, Argentina, tal vez sea el que más ha padecido antes y después de la crisis” (Stiglitz, J. 2003).

En el orden de la política nacional, el Gobierno decretó la emergencia sanitaria (Decreto Nº 426&02). Allí se definieron medidas tales como la creación de un programa nacional de universalización del acceso a medicamentos, la definición de las prestaciones básicas comprendidas en la emergencia sanitaria y la reasignación de créditos e insumos para financiar la compra de medicamentos e insumos médicos.

Asimismo, la autoridad sanitaria nacional abrió la construcción de consensos a través de la Mesa de Diálogo, la vía más expedita que se halló entonces para otorgarle legitimidad a las acciones de gobierno, erosionado entonces por la crisis de representación y la anomia generalizada.

Es en ese marco que se produce un desplazamiento en las prioridades que conforman la agenda política sectorial: las iniciativas de reforma habían quedado sobrepasadas por los efectos de una crisis que ubicaba otros problemas de mayor urgencia y necesidad en la consideración pública, lo que había permitido unir las posiciones de los actores que confrontaron históricamente para dar su consenso a las mismas.

Si bien el tema de la medicina prepaga recupera un lugar en la agenda de los medios masivos de comunicación a partir del problema que representa la suba en el monto de la cuota que deben pagar los afiliados, la crisis ha recrudecido los problemas combinados de la falta de aseguramiento y cobertura que expresan todos los subsectores del sistema de atención.

Esta discusión se plantea en un escenario en el cual el gobierno ha demostrado voluntad para revisar los términos de aquellos contratos que ligan al gobierno con los proveedores de aquellos servicios públicos que fueran privatizados durante la década pasada, severamente cuestionados por la opinión pública.

En este nuevo escenario se ha ubicado en primer plano la necesidad de fortalecer el papel rector del Estado en todas las áreas claves de la vida social, incluyendo la salud. Por ejemplo, en el momento que se escriben estas líneas se anuncia oficialmente la firma del Plan Federal de Salud, en el cual se refuerza el rol de coordinación, regulación y rectoría del Estado Nacional y se fijan lineamientos políticos y programáticos a ser adoptados en todo el territorio del país.

En lo que respecta al sector salud, las tendencias descritas a lo largo del presente trabajo no muestran señales de revertirse: oligopolización de los mercados, privatización de la oferta de servicios, rol decreciente de las entidades intermedias que representan a los grupos profesionales, sobreoferta de recursos y puja distributiva, recrudecimiento de dilemas éticos en los que

es necesario adoptar criterios que resguarden los tradicionales principios de la bioética y la ética social.

De allí que cobre tanta importancia la definición de un marco regulatorio que asegure reglas de juego claras para definir y garantizar el acceso a un bien de carácter público consagrado en la representación popular y en la Carta Fundamental como *derecho a la salud*.

Un bien público que, controlado y fiscalizado por la acción del Estado, todas las instituciones sociales deberán contribuir a proteger y tutelar.

BIBLIOGRAFIA

- ADEMP. (2002). Diagnóstico del sector: situación y propuestas. Mimeo.
- Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana. (2002). El sistema de salud en Argentina. Universidad de San Andrés. Centro de Estudio para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y Sociedad. Buenos Aires.
- Abbott TA (ed). (1.995) *Health Care Policy and Regulation*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers,
- Adamo, M.T.; Schuffer, M.;Prece, G. (1994) Servicios de Salud: elección, uso y satisfacción. Centro de Investigación Social Aplicada. Medicina y Sociedad. Buenos Aires.
- Ahuad, A.; Paganelli, A.; Palmeyro, A. (1999) *Medicina Prepaga. Historia y futuro.....* Ediciones ISALUD. Buenos Aires
- Almeida, Celia. (2001). Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuaderno Médico Sociales Nro. 79.
- Banco Mundial (2002). El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento Nro. 77.
- Banco Mundial (1995) *Argentina. Health Insurance Reform Loan*. Versión preliminar. Bs As. Mimeo
- Banco Mundial (1993) *Informe sobre el Desarrollo Humano. Invertir en Salud. Washington D.C.*
- Banco Mundial : (1995) Informe sobre el desarrollo mundial " De la Planificación centralizada a la Economía de Mercado" Washington D.C.
- Banco Mundial. (1989) El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. En: Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina. Publicación Científica N° 517. OPAS/OMS. Washington dc.
- Belmartino, S.;Bloch, C. (1993) El Sector Salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985. OPS/OMS. Nro. 40. 1994.
- Belmartino, S.;Bloch, C. (1993) La Medicina Pre-Paga en Argentina; su desarrollo desde los sesenta. *Cuadernos Médico Sociales* N° 64 . Rosario. Santa Fe.
- Belmartino, S. (1999). Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro? Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Belmartino, S. (2001). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. Revista Aportes. Año 7. Nro. 17.

- Bello, Julio; de Lellis, Martín, Cárdenas, Rosario. (1999). La salud en crisis y el rescate de la equidad. Fundación Navarro Viola. Buenos Aires.
- Bisang, Roberto; Cetrángolo, Oscar (1997); *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*, CEPAL, Serie de Reformas de Política Pública N°47, Santiago, Chile.
- Bosch, S; Vázquez, E. (1997) Calidad y eficiencia en la atención de la salud. *Revista Medicina y Sociedad*. Vol. 20 Nro. 1.
- Bourdieu, Pierre. (1993). La miseria del mundo. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre. (1993). Campo de poder, campo intelectual. Montessori Editores. Buenos Aires. 2003.
- Castro, Beatriz; Casal, Ana. (2001) Regulación de la medicina prepaga. En: *Revista Aportes*. Año 7. N° 17.
- Chang, Ha Joon. (1992) Public enterprises in developing countries and economic efficiency. UNCTAD. Ginebra.
- COFESA (1991); Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud, XIII Reunión Extraordinaria del COFESA, 18 de octubre, Ciudad de Paraná, y XIV Reunión extraordinaria del COFESA, 23 de octubre, Ciudad de Buenos Aires.
- COMRA (1977) "Tipos y características de los sistemas de pre-pago" Documento presentado al Seminario sobre Cartera Capitada y Pre-pago Médico. Octubre de 1977. Tucumán.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. (2002). Sin compasión y sin ley. Boletín virtual. Website. 2002.
- FADE. (1999). La salud en Argentina: un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas. Mimeo.
- Ferreiro Yazigui. (2001). Marco conceptual para la regulación de las ISAPRES y el Sector Salud. Informe Nro. 74. Asuntos Públicos.
- FIEL. (1987). El gasto público. Propuesta de reforma del Sector Público. Síntesis de trabajo preparado por FIEL. Boletín Informativo TECHINT. N° 246. Marzo-Abril Bs. AS.
- Finding, L.; Tamargo, M.C. (1993) Actores y políticas de salud. El debate Estado versus mercado. *Revista Medicina y Sociedad*. 16(3).
- Fleury, Sonia. (1997) Estado sin ciudadanos. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Giordano, P. (1999) Seguros privados de atención médica. En: *Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud*. Medicina y Sociedad-CEMIC. Buenos Aires.
- Giordano, Pablo. (1995) El ajuste de los prepagos. *Revista Medicina y Sociedad*. N°.3. Vol. 18.
- González García, Ginés. (1997). Más salud por menos dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina. Ediciones ISALUD. Nuevo Hacer Grupo Editor. Buenos Aires.

- González García, Ginés. (1997). Políticas de salud en la Argentina en los umbrales del siglo XXI. En: Medicina y Sociedad. Año XX. Vol. 20. Nº 1. Marzo 1997.
- González García, Ginés. (1998). Regulación y gestión: reflexiones sobre un dilema. En: El futuro de las reformas o la reforma del futuro. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud.
- Horis del Prete, Sergio (2000). Economía y salud en tiempos de reforma. Editorial de la Universidad de La Plata. La Plata.
- Isuani, E; Lo Vuolo, R; Tenti Fanfani. (1991). El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis. Edit. Miño Dávila. Buenos Aires.
- Kandel, Bernardo: *Seguro de Salud*. (1960) Colegiación Médica y Seguro de Salud. Jornadas Médico Gremiales de la Federación Médica de Entre Ríos y el Círculo Médico de Paraná. .
- Katz, Jorge; Muñoz, Alberto. (1998). Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. CEAL-CEPAL. Buenos Aires.
- Katz, Jorge y colaboradores. (1993) El sector salud en Argentina: su estructura y comportamiento. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Larroca N. (1993) Salud para todos. Revista de la Federación de Clínicas de Río Negro. Marzo. Río Negro.
- Madies, C; Chiarveti, S; Horny, M. (2000). Aseguramiento y cobertura en salud: dos temas críticos en la reforma del sector. Revista Panamericana de Salud Pública.
- Madies, C. (2000). Desregulación de Obras Sociales y Regulación de la Medicina Prepaga. Marco regulatorio, antecedentes y proyectos. Énfasis Salud.
- Marracino, Camilo. (1998). Perspectivas de la atención médica. Medicina y Sociedad. Año XXI. Vol. Nº2.
- Mera, Jorge; Bello, Julio. (2003). Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción. OPS.
- Mera, Jorge. (1995) Los sistemas de salud en la Argentina. Fundación Hernandarias. Buenos Aires.
- Montes, M. (1998) *El Mercado de la Salud en Argentina antes de la Gran Reforma*. Fundación J.R. Villavicencio. Mimeo
- MSAS. (1995). Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina. Buenos Aires.
- MSAS. Resoluciones Nº 432/92 y Nº 149/93. En: "Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica" (Legislación).
- MSAS. (1999) Hospital público de Autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos.
- Muñoz, F.; López-Acuña, D; Halverson, P; Guerra de Macedo, C; Hanna, W; Larriou, M; Ubilla, S; Cevallos, J. L. (2000) Las funciones esenciales de la

- salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2).
- Musgrove, Ph. (1999) Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud.
- Nihal Hafez, (1997). Internacional comparative review of Health Care Regulatory Systems. Technical Report Nº 11. Partnership for Health Reform.
- O'Donnell, J.C. (1999). Los hospitales y su evolución. En: O'Donnell, J.C. Administración de servicios de salud III. Perspectivas. Nuevos servicios y modalidades. Editorial Artes y Letras.
- OPS/OMS. Principios y conceptos básicos de equidad y salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Octubre de 1999.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Argentina, Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003.
- Oszlak, O. (1994) Estado y Sociedad: las nuevas fronteras. En: Kliksberg, B.: *El Rediseño del Estado*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Oszlak, O., O'Donnell, G. (1984) *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Ilpes, Documento SP 3.
- Pampliega, Eneas. (1997). Desregulación y reforma o ajuste económico. En: *Medicina y Sociedad*. Año XX. Vol. 20. Nº 1.
- Presidencia de la Nación/Ministerio de Salud de la Nación/Consejo Federal de Salud. Plan Federal de Salud. Mayo 2004.
- PRESSAL. (1998) Estrategias de cambio para el financiamiento del sector salud. Documento de Trabajo. Unidad Ejecutora Central.
- Rodríguez Ricaccheri, Pilar; Tobar, Federico. El Consejo Federal de Salud argentino. Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo. MSAS. Buenos Aires. 2003.
- Rodrigo Tabja R. (1999). Perfeccionamiento de la gestión regulatoria. Lecciones de la experiencia chilena. Cuadernos del ILPES Nro. 44. Chile.
- Rosanvallon, Pierre. (1995) La nueva cuestión social. Ediciones Manantial. Buenos Aires..
- Rosales, Pablo. (1999) Obligación de cobertura médica de las empresas de medicina prepaga. Programa Médico Obligatorio. Revista Jurisprudencia Argentina. Buenos Aires.
- Rubio Cebrián, Santiago. (2000) Glosario de planificación y economía sanitaria. Edit. Díaz de Santos. Madrid..
- Siboldi, Marisa. (1999) La medicina prepaga en el ámbito administrativo. Revista Jurisprudencia Argentina. Buenos Aires.

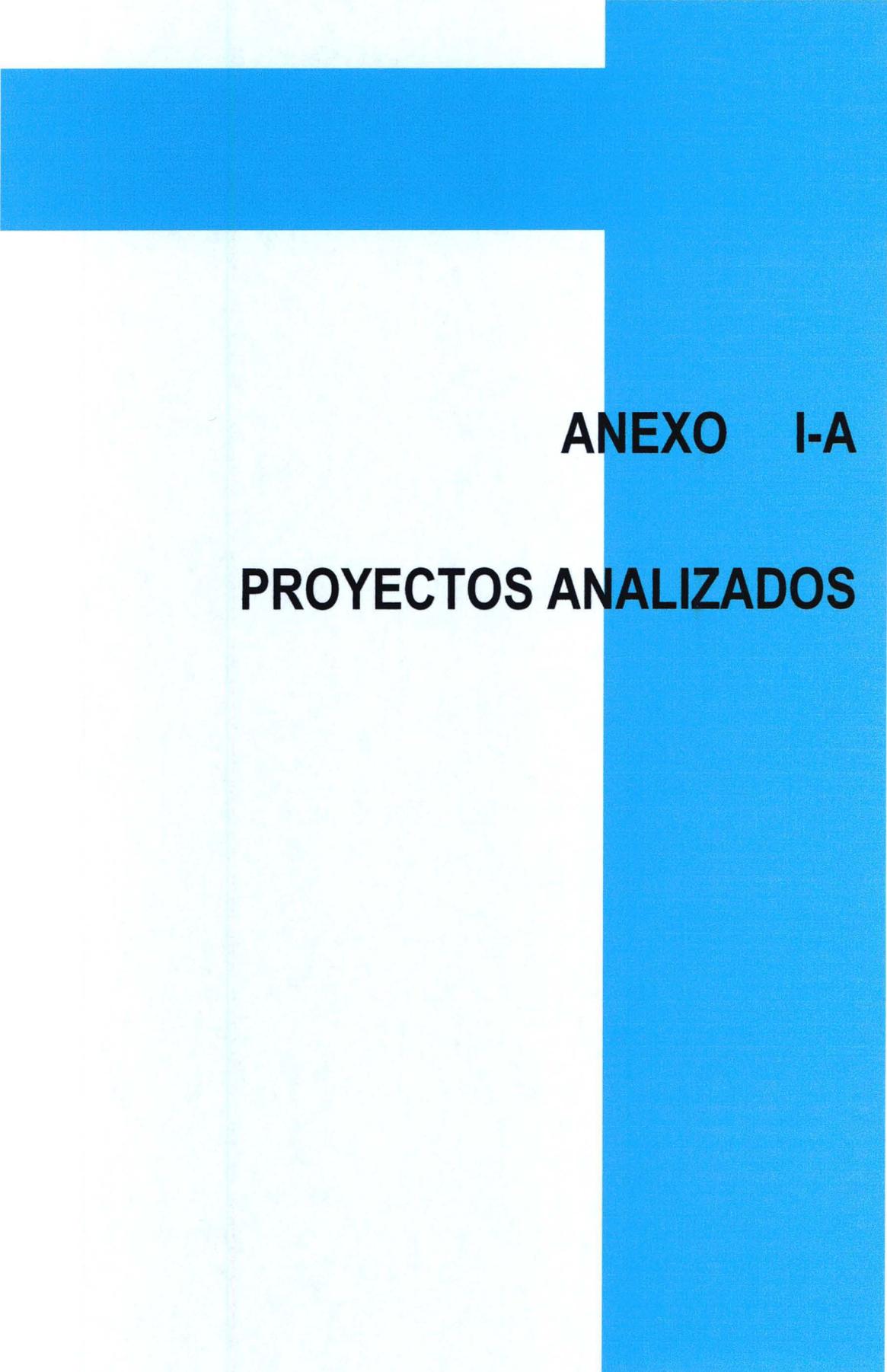
- Sonis, Abraham. (1968). Salud, medicina y desarrollo económico. EUDEBA. Buenos Aires.
- Sonis, Abraham. (2000). Equidad y salud. En: Revista Medicina y Sociedad. Vol. 23. Nº 4.
- Spink, P; et al. (2001). Nueva gestión pública y regulación en América Latina. Balances y desafíos. CLAD. Caracas.
- Stark, Carlos. (2001). Regulación, agencias reguladoras e innovación de la gestión pública en América Latina. En: Spink, P; et al. Nueva gestión pública y regulación en América Latina. Balances y desafíos. CLAD. Caracas.
- Stiglitz, Joseph. (2003). Los felices 90: las semillas de la destrucción. Editorial Taurus. Buenos Aires.
- Rubio Cebrián, Santiago. (2000). Glosario de planificación y economía sanitaria. Editorial Díaz de Santos. Madrid.
- Tabja, Rodrigo. (1999) Perfeccionamiento de la gestión regulatoria: lecciones de la experiencia chilena. Cuadernos del ILPES. Santiago de Chile.
- Tafani, Roberto. Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud. (1996). Universidad Nacional de Río Cuarto. Córdoba.
- Tafani, Roberto. (1997). Los riesgos de la desregulación sin apertura. En: Medicina y Sociedad. Año XX. Vol. 20. Nº 1.
- Tafani, Roberto. (2001) Más allá de la desregulación. En: Revista Aportes. Año 7. Nº 17.
- Tobar, Federico. (1999). El marco económico-social de la desregulación. Medicina y Sociedad-CEMIC. Buenos Aires.
- Tobar, Federico. (1998). Alternativas en la regulación de los mercados de salud". Documento de Trabajo. Fundación Isalud. Buenos Aires.
- Tobar, Federico. (1999). Tendencias en la regulación de planes de medicina prepaga. Jurisprudencia Argentina. Buenos Aires.
- Tobar, Federico. (2000) Herramientas para el análisis del sector salud. Revista Medicina y Sociedad. Vol. 23. Nº 3.
- Towers, Perrins, Marcú y asociados. (1999) Informe sobre el proyecto de encuadramiento de las prepagas en el régimen normativo específico. Buenos Aires. Mimeo.
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. Lancet. I. 1179-90.
- Vassallo, C. (2002). La relación fiscal Nación-provincias y su impacto en salud. En: AES. El federalismo fiscal y sanitario: avances y tendencias. Buenos Aires.
- Vassallo, C. y Báscolo, E. (2001). De la fragmentación institucional a la integración del sector salud. SIEMPRO. Serie Documentos de Trabajo Nro 8.
- Van de Ven, Wynand P.M. (1998). Reformas de la atención médica orientadas al mercado: tendencias y opciones futuras. Cuaderno Médico Sociales Nro. 74.

Vázquez, Néstor. (1998). La superintendencia de servicios de salud: su papel en la Reforma. En: AES. El futuro de la reforma o la reforma del futuro. Buenos Aires.



ANEXO I

ANALISIS COMPARADO



ANEXO I-A

PROYECTOS ANALIZADOS

EL PROYECTO DEL PODER EJECUTIVO

Artículo 1º.

Quedan comprendidas en la presente ley las denominadas entidades de medicina prepaga (EMP) que realicen las actividades y cumplan los requisitos que se describen en el artículo siguiente.

Artículo 2º.

Son consideradas entidades de medicina prepaga (EMP) las que: a) ofrezcan servicios de cobertura de atención de la salud humana, de contribución voluntaria conforme a un "plan" descrito en el artículo 5º; b) Asuman el riesgo económico y asistencial como contrapartida de un pago; c) Suscriban un contrato escrito de prestaciones médicas entre la entidad y el usuario.

Artículo 3º.

Sólo pueden realizar las actividades determinadas en el artículo 2º: a) las sociedades anónimas, b) las cooperativas, mutualidades, asociaciones y fundaciones con personería jurídica. La existencia o la creación de las sociedades y entidades indicadas en este artículo no las habilita para operar sino una vez inscritas en el registro creado por el artículo 22 de la presente ley. El objeto social de las entidades de medicina prepaga (EMP) deberá ser exclusivo para el desarrollo de las actividades determinadas en el artículo 2º.

Artículo 4º.

La Superintendencia de Servicios de Salud será la autoridad de aplicación de la presente ley.

Artículo 5º.

Se considerará "plan", a los efectos de la presente ley, al conjunto de condiciones generales y particulares, prácticas médicas, odontológicas y demás prestaciones y servicios comprometidos por las entidades de medicina prepaga (EMP) dentro de una denominación específica, los que deberán ser aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Artículo 6º.

La presentación de un plan para su aprobación deberá cumplir con los recaudos previstos en esta ley y las normas que al efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud. Las prestaciones incluidas en los planes deberá incorporar las prácticas y servicios que determine la autoridad de aplicación.

Artículo 7º.

La Superintendencia de Servicios de Salud deberá expedirse sobre la aprobación del plan en un plazo no mayor de noventa (90) días. Transcurrido dicho plazo sin que la Superintendencia de Servicios de Salud se haya pronunciado por el rechazo, se considerará tácitamente aprobado.

Artículo 8º.

Las entidades de medicina prepaga (EMP) no podrán incluir en sus planes ni en los contratos cláusulas que:

- a) Las faculten a modificar en forma unilateral el alcance de las prestaciones comprometidas;
- b) Consideren que el silencio del usuario frente a una propuesta de modificación contractual constituye suficiente manifestación de aceptación;
- c) Las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del usuario no pudiera ser atendido por profesional o instituciones comprometidos;
- d) Contengan términos confusos o ambiguos de los que dependa el tipo de prestación o la fijación del precio que deba abonar el usuario;
- e) Modifiquen el alcance del plan de manera selectiva a un usuario o grupos de los mismos o al que estuviera en tratamiento; es especial aquellas que tengan en mira al sexo, edad o cualquier otra cuestión que no sea aplicable a todos los usuarios de un mismo plan;
- f) Afecten la calidad y cantidad de prestaciones y servicios ofrecidos;
- g) De manera directa o indirecta afecten el cumplimiento de la presente ley, su reglamentación y normas concomitantes.

Artículo 9º.

El acceso de los usuarios a los servicios ofrecidos por las entidades de medicina prepaga (EMP) deber ser sin condicionamiento alguno. La orientación hacia determinados prestadores y el cobro de aranceles no altera esta disposición cuando no afecte la libertad de elección dentro de la cartilla de cada plan y así haya sido pactado.

Artículo 10º.

Los derechos y obligaciones entre las entidades de medicina prepaga (EMP) y los usuarios serán pactados en un contrato que deberá tener la forma escrita e incluir cláusulas sobre:

- a) Vigencia del contrato, la que no podrá ser inferior a los doce (12) meses. El plazo será renovable, automáticamente, por el mismo lapso, en favor del usuario, considerándose que el mismo ha decidido renovar el contrato mediante el cumplimiento de la prestación de pago correspondiente;
- b) La facultad del usuario de dejar sin efecto el contrato en cualquier momento de vigencia del mismo, sin expresión de causa, debiendo comunicar fehacientemente dicha circunstancia con una anticipación de treinta (30) días, sin que ello haga nacer derecho alguno en favor de la entidad de medicina prepaga (EMP);
- c) Las prestaciones, prácticas e insumos excluidos de la cobertura;
- d) La cobertura a brindar al neonato del usuario y su grupo;
- e) Causas de suspensión y rehabilitación de la cobertura;
- f) Lista de profesionales, establecimientos prestadores y servicios ofrecidos al usuario, los que deberán estar claramente definidos, sin términos ambiguos;
- g) Cobertura de las emergencias y urgencias médicas;
- h) El sistema mediante el cual el usuario puede cambiar a otro plan de los ofrecidos por la entidad de medicina prepaga (EMP);

- i) Sistema y plazo máximo para el reintegro, por parte de la entidad de medicina prepaga (EMP), de los gastos efectuados por el usuario, a favor del mismo, cuando así corresponda conforme el contrato vigente;
- j) El precio conforme a los previsto en el artículo 13.

Artículo 11º.

Se deberá entender que las prácticas y servicios no excluidos expresamente quedan incluidos en la cobertura a brindar por las entidades de medicina prepaga (EMP) a los usuarios.

Artículo 12º.

Durante un plazo de ciento veinte (120) días, contados desde el día de la suscripción, la entidad de medicina prepaga (EMP) tendrá derecho a dejar sin efecto el contrato, sin que ello haga nacer derecho alguno a favor del usuario. La decisión de dejar sin efecto el contrato deberá ser notificada al usuario, en forma fehaciente, con una anticipación no menor a los treinta (30) días del vencimiento de dicho plazo. Transcurrido el mismo sin que haya ejercido esta opción, la entidad de medicina prepaga (EMP) deberá brindar toda la cobertura prevista en el plan y contrato suscrito por el usuario sin que pueda invocarse preexistencia alguna.

Artículo 13º.

El precio a pagar, según la estructura tarifaria, será de carácter general, es decir, que deberá ser igual para la totalidad de los usuarios titulares de los contratos de cada plan. Sólo se admitirá la variación del precio que tenga en cuenta la cantidad de usuarios que se incorporen al contrato con el usuario titular.

Artículo 14º.

Las cláusulas mencionadas en los artículos 10, 11, 12 y 13 y aquellas que determine la Superintendencia de Servicios de Salud deberán ser suscritos de manera individual y expresa por el usuario titular del contrato.

Artículo 15º.

Sin perjuicio de los establecido en el artículo 2 las entidades de medicina prepaga (EMP) sólo podrán rescindir unilateralmente los contratos en los supuestos de fraude, incumplimiento de la obligación de pago o de la obligación de información a cargo del usuario.

Artículo 16º.

Las entidades de medicina prepaga (EMP) podrán producir modificaciones en los listados de profesionales y servicios siempre que no efectúen la calidad y cantidad de los mismos. Estas modificaciones tendrán efectos desde la notificación al usuario titular.

Artículo 17º.

Las entidades de medicina prepaga (EMP) no podrán incluir en sus cartillas a prestadores -del servicio que fuere- que no cumplan con las condiciones requeridas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Asimismo, deberán requerir a sus actuales prestadores dicho cumplimiento en un plazo no mayor a los ciento ochenta días a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 18º.

Aunque no exista convenio previo, las entidades de medicina prepaga (EMP) deberán abonar las prestaciones comprendidas en el plan, brindadas por los hospitales públicos de autogestión (HPA) a sus usuarios, a través del procedimiento que determine la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

Artículo 19º.

La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá el margen de solvencia con relación al patrimonio neto que deberán mantener las entidades de medicina prepaga.

Artículo 20º.

La Superintendencia de Servicios de Salud deberá fijar las reservas técnicas que no podrán ser inferiores a la doceava parte (1/12) del promedio de la facturación anual de los doce (12) meses anteriores a la fecha de cierre de cada ejercicio, según las cifras que surjan de los estados contables presentados a la Superintendencia de Servicios de Salud al cierre del mismo, facultándose a la autoridad de aplicación, a establecer la relación técnica en base a los compromisos asumidos. Deberán estar invertidas en instrumentos financieros de inmediata realización o en los bienes que a continuación se indican:

- a) Títulos u otros valores de la deuda pública nacional o garantizados por la Nación;
- b) Obligaciones negociables de oferta pública con garantía especial o flotante en primer grado sobre bienes radicados en el país;
- c) Inmuebles situados en el país;
- d) Operaciones financieras garantizadas en su totalidad por bancos y otras entidades financieras debidamente autorizadas a operar en el país por el Banco Central de la República Argentina;
- e) Bienes de uso en equipamiento médico de aplicación específica a la actividad de la entidad de medicina prepaga (EMP);

La Superintendencia de Servicios de salud establecerá para el margen de solvencia y la reserva técnica los porcentajes de inversión en bienes y podrá impugnar las inversiones hechas que no reúnan los requisitos de liquidez, rentabilidad y garantía o cuyo precio de adquisición sea superior a su valor de realización. En estos casos, la Superintendencia de Servicios de Salud dispondrá de las medidas conducentes para que se registre en el balance el valor equivalente a su realización según el precio corriente en el mercado.

Artículo 21º.

Las entidades de medicina prepaga (EMP) deberán acreditar un patrimonio neto de:

- a) Pesos doscientos cincuenta mil (\$ 250.000) a las ya existentes;
- b) Pesos quinientos mil (\$ 500.000) a las a crearse;

El patrimonio neto de las entidades de medicina prepaga (EMP) que realicen actividades destinadas a brindar cobertura parcial o especializada, se determinará de

acuerdo a la normativa reglamentaria que a tal efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud

Artículo 22º.

Crease el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENEMP) en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud. En dicho registro deberán inscribirse los entes, existentes o a crearse, que se propongan actuar como entidades de medicina prepaga (EMP), conforme a las normas que al efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud. Ninguna persona podrá desarrollar las actividades descritas en el artículo 2do sin estar inscrita previamente en este registro. La Superintendencia de Servicios de Salud está facultada para solicitar al juez competente el dictado de las medidas necesarias a fin de impedir el desarrollo de estas actividades por parte de personas no inscritas en este registro.

Artículo 23º.

Se considera infracción:

- a) La violación de las disposiciones de esta ley, su reglamentación, las normas que dicten el Ministerio de Salud y Acción Social y la Superintendencia de Servicios de Salud;
- b) El incumplimiento de las obligaciones asumidas en cada contrato;
- c) El suministro al público, al usuario o a la Superintendencia de Servicios de Salud de información falsa o engañosa, con el propósito de aparentar una situación patrimonial, económica, financiera o prestacional distinta a la real
- d) La no presentación en tiempo y forma de los planes, cartillas, presupuestos, balances, memoria general y de toda información que deba ser presentada ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Artículo 24º.

Las infracciones podrán ser sancionadas con

- a) Apercibimiento;
- b) Multa, la que podrá ser de un valor de pesos un mil (\$ 1.000) hasta el veinte por ciento (20%) del monto de la facturación promedio mensual de los últimos doce (12) meses;
- c) Suspensión de hasta un (1) año;
- d) Cancelación permanente de la inscripción en el registro; esta sanción sólo será aplicable a las entidades de medicina prepaga (EMP) reincidente.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y sus graduaciones se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones. La Superintendencia de Servicios de Salud podrá publicar la sanción impuesta a la entidad de medicina prepaga (EMP) reincidente.

Artículo 25º.

El procedimiento aplicable para recurrir las infracciones previstas en los incisos a) y b) del artículo 24 de la presente ley, será conforme a la ley 19.549, sus modificaciones y reglamentación, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 26.

Artículo 26º.

Contra los actos administrativos que dispongan la suspensión o cancelación de la inscripción en el registro, se podrá recurrir por ante la Cámara Federal con competencia en lo contencioso administrativo con jurisdicción en el domicilio del recurrente. El recurso deberá ser interpuesto ante el tribunal dentro de los treinta (30) días de notificada la suspensión o cancelación en el domicilio legal de la entidad de medicina prepaga (EMP). Deberá fundarse en la ilegitimidad de la sanción, indicando las normas presuntamente violadas o los vicios incurridos en las actuaciones administrativa pertinentes. Recibidos los antecedentes, el tribunal correrá traslado por su orden por quince (15) días perentorios al recurrente y a la Administración. Vencido ese término, el tribunal, cumplidas las medidas para mejor proveer y producidas las pruebas en su caso, llamará a autos para sentencia. Todos los términos fijados en el presente artículo se computarán en días hábiles judiciales.

Artículo 27º.

Los recursos de la Superintendencia de Servicios de Salud, en relación con la presente ley, estarán constituidos por:

- a) Una matrícula anual de pesos un mil (\$ 1.000); a abonar por cada entidad de medicina prepaga (EMP) inscrita en el registro
- b) Una tasa a abonar por cada entidad de medicina prepaga (EMP) del seis por mil (6%) de su facturación anual;
- c) Las multas abonadas por las entidades de medicina prepaga (EMP) sancionadas conforme lo previsto por el artículo 24, inciso b)
- d) Las partidas que le sean asignadas en el presupuesto nacional.

Los importes determinados por los inciso a), b) y c) del presente artículo deberán ser abonados en los plazos y modalidades que establezca la reglamentación.

Artículo 28º.

Para el cobro de los montos contemplados en el artículo anterior por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, será de aplicación lo normado en el título II, del libro tercero del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. A tales efectos, será considerado título ejecutivo suficiente la boleta de deuda emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Artículo 29º.

El Ministerio de Salud y Acción Social dictará las normas necesarias para la puesta en vigencia de esta ley.

Artículo 30º.

Las entidades incluidas en el inciso b) del artículo 3 que se inscriban en el registro creado por el artículo 22 tendrán un plazo de dos (2) años para acreditar la adecuación de sus estatutos a las disposiciones relativas al objeto exclusivo.

Artículo 31º.

Esta ley entrará en vigencia a los noventa (90) días de su publicación.

EL PROYECTO SANCIONADO POR LA CÁMARA DE SENADORES DE LA NACION

CD-320/99

ART. 1º.-

Con el propósito de una adecuada defensa del consumidor quedan sujetas a las disposiciones de la presente las actividades de protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana que realicen las entidades de medicina prepaga

ART. 2º.-

Son consideradas entidades de medicina prepaga las que:

- ofrezcan servicios de cobertura médico-asistencial para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana, de contratación y pago voluntario de acuerdo con un plan aprobado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6º;
- asuman el riesgo económico y la obligación asistencial al beneficiario como contrapartida de un pago mensual de monto fijo, durante el período de vigencia del contrato;
- se encuentren inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga y autorizadas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

ART. 3º.-

Podrán desempeñarse como entidades de medicina prepaga:

- Las sociedades comerciales de cualquier naturaleza;
- Las sociedades cooperativas y mutuales;
- Las fundaciones y asociaciones civiles sin fines de lucro legalmente reconocidas;
- Los hospitales públicos y privados;
- Las asociaciones y colegios de profesionales con personería jurídica, que no ejerzan el control de la matrícula profesional;
- Las obras sociales regidas por leyes nacionales, cuando ofrezcan planes a adherentes voluntarios, a excepción de los beneficiarios incluidos en los incisos a) y b) del artículo 9º de la Ley 23660; y, en las mismas condiciones, las obras sociales provinciales y municipales

ART. 4º.-

Las entidades de medicina prepaga que tengan, además, un objeto social distinto que las actividades reguladas por la presente, deberán llevar, para éstas, registraciones contables individualizadas y diferenciadas del resto de sus

actividades conforme con las normas que al efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud.

ART. 5º.-

El Ministerio de Salud y Acción Social será la autoridad de aplicación de la presente ley y de la Ley 24.754, de acuerdo con las normas que a tal efecto dicte el Poder Ejecutivo

ART. 6º.-

Se considerará "PLAN" , a los efectos de la presente ley, al conjunto de condiciones generales y particulares de las prácticas médicas, odontológicas, y demás prestaciones y servicios a que se obligan las entidades de medicina prepaga dentro de una denominación identificatoria.

Los planes deberán ser aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud de acuerdo con las normas que dicte el Ministerio de Salud y Acción Social. A esos efectos las entidades de medicina prepaga presentarán los planes propuestos, cumpliendo con la totalidad de los requisitos exigidos por la Superintendencia de Servicios de Salud y facilitando toda la documentación de respaldo que se les requiera.

ART. 7º.-

Las empresas de medicina prepaga estarán obligadas a brindar el plan que contenga la totalidad de las prácticas y servicios comprendidos en el Programa Médico Obligatorio, dispuesto por Resolución General 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social y sus modificatorios.

ART. 8º.-

Cumplimentado lo dispuesto en el artículo anterior, las entidades de medicina prepaga podrán ofrecer planes alternativos que brinden prestaciones y servicios globales o parciales, por sí o a requerimiento del potencial beneficiario.

ART. 9º.-

La Superintendencia de Servicios de Salud podrá autorizar entidades de medicina prepaga parciales. En tal supuesto, los respectivos contratos contendrán obligatoriamente, como mínimo, la totalidad de las prácticas que, para esa especialidad, prevé la Resolución General 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social o la que la sustituya o complemente.

ART. 10º.-

Las entidades de medicina prepaga no podrán incluir en sus planes, ni en los contratos cláusulas que:

- a) Las faculten a modificar en forma unilateral durante la vigencia de los contratos, el alcance de las prestaciones comprometidas;
- b) Consideren que el no rechazo del beneficiario frente a una propuesta de modificación contractual constituye suficiente manifestación de aceptación;
- c) Las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del beneficiario no pudiera ser atendido por profesionales o instituciones comprometidos, siempre que estuviese incluido en el contrato con el beneficiario;
- d) Contengan términos confusos o ambiguos de los que dependan el tipo de prestación o la fijación del precio que deba abonar el beneficiario;
- e) Modifiquen el alcance del plan, reduciendo las prestaciones de manera selectiva a un beneficiario o grupos de los mismos, o al que estuviera en tratamiento;
- f) Afecten la calidad y cantidad de las prestaciones y servicios ofrecidos.

ART. 11º.-

Los derechos y obligaciones entre las entidades de medicina prepaga y los beneficiarios serán pactados en un contrato que deberá tener la forma escrita e incluir cláusulas sobre:

- c) Las prestaciones, prácticas e insumos incluidos en la cobertura, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 cuando se tratare de planes que obligatoriamente contengan el Programa Médico Obligatorio, el artículo 8 cuando se trate de planes alternativos, y el artículo 9 cuando se tratare de entidades de medicina prepaga parciales por especialidad;
- m) entidades responsables de la cobertura de mala praxis.

ART. 12º.-

Los contratos vigentes, al momento de la sanción de la presente, tendrán la carencia de servicios establecidos en ellos.

Para los contratos que se suscriban con nuevos beneficiarios a partir de la sanción de la presente, las entidades de medicina prepaga podrán establecer carencias de servicios por hasta ciento veinte (120) días.

ART. 13º.-

El precio a pagar para los nuevos contratos o las renovaciones de los preexistentes, según la estructura tarifaria, deberá ser igual para la totalidad de los beneficiarios titulares de los contratos de cada plan.

Sólo se admitirá la variación del precio que tenga en cuenta la cantidad de beneficiarios que se incorporen al contrato con el beneficiario titular o diferencien a los beneficiarios en el precio a que alude el párrafo anterior. Todo beneficiario que hubiese mantenido en forma ininterrumpida, durante veinticinco (25) años, su relación contractual con una misma entidad de medicina prepaga gozará del derecho, y la entidad de medicina prepaga estará obligada a respetarlo, a que no se le modifiquen las características prestacionales ni el valor de la cuota mensual del plan vigente.

ART. 14º.-

Las entidades de medicina prepaga sólo podrán rescindir unilateralmente los contratos, en los supuestos de fraude, actitud dolosa comprobada o incumplimiento de la obligación de pago por parte del beneficiario.

Cuando el beneficiario hubiera incurrido en falta de pago por más de treinta (30) días, la entidad de medicina prepaga lo notificará fehacientemente de que, en caso de no cancelar su deuda dentro de los siguientes treinta (30) días, podrá dar por rescindido el contrato. En todos los casos el contrato mantendrá su vigencia y se deben cumplir con las obligaciones prestacionales hasta tanto no se cumplan los plazos aludidos

ART. 15º.-

Las entidades de medicina prepaga podrán, cuando sea imprescindible, y con justa causa, producir modificaciones en los listados de prestadores siempre que no afecten la jerarquía, la calidad y cantidad de los servicios. Estas modificaciones tendrán efecto sólo desde la notificación al beneficiario titular.

Los incumplimientos o violaciones a las prescripciones del presente artículo serán sancionadas por la Superintendencia de Servicios de Salud de acuerdo con lo señalado en el artículo 25

ART. 16

Las entidades de medicina prepaga no podrán incluir en sus cartillas a prestadores -del servicio que fuere- que no cumplan con las condiciones requeridas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica. Asimismo deberán requerir a sus actuales prestadores dicho cumplimiento en un plazo no mayor a los trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la vigencia de la presente ley.

ART. 17º.-

Aunque no exista convenio previo, las entidades de medicina prepaga deberán abonar las prestaciones comprendidas en el "plan", brindadas por los hospitales públicos a sus beneficiarios. La Superintendencia de Servicios de Salud determinará la documentación respaldatoria, el procedimiento y las

condiciones de verificación de las prestaciones que se facturan. Asimismo deberá disponer mecanismos de auditoría de las prestaciones.

La Superintendencia de Servicios de Salud dispondrá dentro de los noventa (90) días de sancionada la presente los instrumentos financieros para garantizar por parte de las entidades de medicina prepaga el pago de los servicios aludidos en plazos no mayores a los sesenta (60) días.

ART. 18º.-

Las entidades de medicina prepaga presentarán ante la Superintendencia de Servicios de Salud, con la periodicidad que ésta determine, la que no será inferior a seis (6) meses, la siguiente documentación:

a) estados contables

estadísticas de salud de conformidad con lo que al respecto determine la autoridad de aplicación.

ART. 19º.-

LOS RECURSOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, EN RELACIÓN CON LA PR para el funcionamiento del "Fondo" estarán constituidos por el setenta por ciento (70%) de lo recaudado en virtud del artículo 28 inciso b).

ART. 21º.-

El Fondo de Garantía de las Prestaciones garantizará:

a) la prestación médica a los beneficiarios en caso de insolvencia manifiesta, intervención, quiebra, o toda otra circunstancia que impida a una entidad de medicina prepaga el cabal cumplimiento de sus obligaciones de acuerdo con lo normado por esta ley;

b) la cobertura de las prestaciones de baja incidencia y alto costo

Los integrantes del Consejo de Administración del mencionado Fondo, serán solidaria y personalmente responsables del buen uso de los mismos.

ART. 22º.-

En caso de falencia de una entidad de medicina prepaga la Superintendencia de servicios de Salud deberá, mediante concurso público, transferir la cobertura de salud de los ex-beneficiarios de la fallida a otra entidad de medicina prepaga que garantice el cumplimiento de los contratos vigentes.

Mientras tanto, para evitar la suspensión de los servicios comprometidos, podrá intervenir la administración de la entidad de medicina prepaga y hacerse cargo transitoriamente de dar continuidad a las prestaciones utilizando el

Fondo de Garantía de las Prestaciones, de acuerdo a lo normado en el artículo 31º.- de la presente ley.

EL PROYECTO CON DICTAMEN DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN

Art. 1º:

Con el propósito de una adecuada defensa del consumidor quedan sujetas a las disposiciones de la presente las actividades de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana que realicen las mismas, respetando las normas medicas de procedimiento.

Art. 2º.

Son consideradas entidades de medicina prepaga las que:

a) ofrezcan servicios de cobertura asistencial de salud para la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana, comprendidos en un plan aprobado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6; e instrumentado a través de un sistema de contratación y pago voluntario.

b) Las que se obligan a prestar asistencia al afiliado mediante el otorgamiento de un Plan, en contraprestación de un pago mensual de monto fijo, durante el período de vigencia del contrato y asumiendo el riesgo económico.

c) Se encuentren inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de

Art. 3º.

Podrán desempeñarse como entidad de medicina prepaga, siempre que contemplen en sus estatutos la prestación de servicios de salud: a) Las sociedades comerciales de cualquier naturaleza; b) Las sociedades cooperativas y mutuales; c) Las Fundaciones y Asociaciones civiles sin fines de lucro legalmente reconocidas; d) Las Asociaciones no deontológicas de profesionales de la salud; e) Las compañías aseguradoras que ofrezcan coberturas de salud

Art.4º.

Las entidades de medicina prepaga que tengan además un objeto distinto que las actividades reguladas por la presente, deberán llevar para estas, registraciones contables individualizadas y diferenciadas del resto de sus actividades, conforme con las normas que al efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud.

Art.5º.

Se considerará "plan", a los efectos de la presente ley, al conjunto de condiciones generales y particulares, prácticas médicas, odontológicas y demás prestaciones y servicios comprometidos por las entidades de medicina prepaga (EMP) dentro de una denominación identificatoria, durante un plazo estipulado y como contraprestación sobre un pago mensual predeterminado.

Art.6º

Las entidades de medicina prepaga estarán obligadas a brindar el plan que contenga la totalidad de las prácticas y servicios comprendidos en el Programa Médico Obligatorio establecido por el Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 7º

Las entidades de medicina prepaga podrán ofrecer coberturas complementarias aprobadas por la Secretaría de Salud, por sí o a requerimiento del potencial afiliado.

Art. 8º

Los planes que ofrezcan las entidades de Medicina Prepaga serán pactados con los usuarios en un contrato oneroso, en forma individual para cada beneficiario, que deberá tener la forma escrita e incluir las siguientes cláusulas: a) La vigencia del contrato es de 12 (doce) meses. El plazo será renovable automáticamente por el mismo lapso a favor del beneficiario, considerándose que el mismo ha decidido renovar el contrato mediante el pago correspondiente, b) La obligatoriedad de comunicar con 30 días de anticipación la fecha de vencimiento del contrato por las empresas de medicina prepaga; c) La facultad del afiliado de dejar sin efecto el contrato en cualquier momento será sin expresión de causa, debiendo comunicar fehacientemente dicha circunstancia con una anticipación de 30 días, sin que ello haga derecho alguno a favor de las entidades de medicina prepaga; d) Las prestaciones, prácticas e insumos incluidos en la cobertura de los planes de conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 7 de la presente ley; e) La cobertura a brindar al neonato del afiliado será correspondiente a la del plan del titular, quedando automáticamente incorporado al mismo en calidad de afiliado; f) Lista de profesionales, establecimientos u otros prestadores y/ servicios ofrecidos al afiliado, los que deben estar claramente definidos y a los cuales se debe garantizar el acceso; g) Listado de delegaciones y agencias en todo el territorio de la cobertura; h) Manual instructivo de acceso a las prestaciones en la zona correspondiente a las prestaciones en la zona correspondiente al domicilio del titular y fuera de él, tanto en el país como en el extranjero en caso de que corresponda; i) Cobertura de las emergencias y urgencias médicas; j) El sistema mediante el cual el beneficiario puede cambiar a otro plan ofrecido por la entidad de medicina prepaga; k) Sistema, monto, modalidades, porcentaje y plazo máximo para el reintegro por parte de la entidad de medicina prepaga de los gastos efectuados por un afiliado, a favor del mismo, cuando así corresponda conforme el contrato vigente; l) El precio y periodicidad de la cuota conforme a lo previsto en el artículo 12º y en su caso, el valor de los coseguros; m) El examen médico de admisión, reglamentado por la autoridad de aplicación, estará a cargo de las empresas de medicina prepaga y será a título no oneroso para el usuario, sirviendo el mismo como suficiente documento para establecer preexistencias; n) Listado de carencias y el período correspondiente para cada una de ellas.

Art. 9º

El acceso de los usuarios a los servicios ofrecidos por las entidades de medicina prepaga debe ser sin condicionamiento alguno, respetando las cláusulas contractuales. La identificación en las bases de datos, comunicaciones y credenciales de los beneficiarios deberá realizarse a través del número de Documento Nacional de Identidad, no pudiendo reemplazarse con ninguna otra numeración identificatoria. Las

empresas de medicina prepaga deberán adecuar sus registros en este sentido en un plazo de 180 días.

Art.10º

Las entidades de medicina prepaga no podrán incluir en sus planes ni en los contratos cláusulas que: a) Las faculten a modificar en forma unilateral durante la vigencia de los contratos, el alcance de las prestaciones comprometidas; b) Consideren que el no rechazo del beneficiario frente a una propuesta de modificación contractual constituye suficiente manifestación de aceptación; c) Las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del beneficiario no pudiera ser atendido por profesionales o instituciones comprometidas; d) Contengan términos confusos o ambiguos de los que dependan el tipo de prestación o la fijación del precio que deba abonar el afiliado; e) Modifiquen el alcance del plan, reduciendo las prestaciones de manera selectiva a un afiliado o grupo de los mismos, o al que estuviera en tratamiento; f) Disminuyan la calidad y cantidad de las prestaciones y servicios ofrecidos.

Art.11º

Los contratos vigentes, al momento de la sanción de la presente ley, tendrán la carencia de servicios establecidos en ellos. Para los contratos que se suscriban a partir de la sanción de la presente, las entidades de medicina prepaga podrán establecer carencias de servicios por hasta 120 días, para las prestaciones que exceden el Programa Médico Obligatorio, las que deberán ser discriminadas y especificadas según plazos y alcances de cada una en cada Plan.

Art. 12º.

El precio a pagar para los nuevos contratos o las renovaciones de los ya existentes, según la estructura tarifaria deberá ser igual para la totalidad de los usuarios titulares de los contratos de cada plan. Sólo se admitirá la variación del precio que tenga en cuenta la cantidad de beneficiarios que se incorporen al contrato con el beneficiario titular o diferencien a los usuarios por falla etárea a su ingreso. Con anterioridad a la suscripción del contrato, las empresas de medicina prepaga deberán poner en conocimiento del potencial afiliado las variaciones que, por acrecentamiento de su edad se producirán en el precio a que alude el párrafo anterior.

Art. 13º.

Las cláusulas mencionadas en los artículos 8º, 11º y 12º, y aquellas que surjan de la reglamentación de la autoridad de aplicación, deberán ser suscriptas de manera individual y expresa por el afiliado titular del contrato, debiendo proveer al usuario de la copia correspondiente.

Art. 14º.

Cuando el usuario hubiere incurrido en falta de pago, corresponderá lo siguiente: a) A los treinta días del vencimiento de la prestadora deberá notificar fehacientemente la mora; b) No satisfecha esta, a los treinta días posteriores a la notificación, la prestadora podrá suspender los servicios contractuales, c) Si dentro de los 120 días del incumplimiento del pago no se regularizare la deuda, el usuario podrá ser totalmente desvinculado de la Institución prestadora. **Art. 15º**

Art. 15°.

Las entidades de medicina prepaga podrán, cuando sea imprescindible y con justa causa, producir modificaciones en los listados de prestadores siempre que no afecte la calidad y cantidad de los servicios. Estas modificaciones tendrán efectos sólo desde la notificación fehaciente al usuario titular, las entidades de medicina prepaga estarán obligadas al reintegro de las mismas ante la sola presentación del comprobante que acredite el pago de estas prestaciones.

Art.16°.

Las entidades de medicina prepaga no podrán incluir en sus cartillas a prestadores que no cumplan con las condiciones requeridas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Asimismo, deberán requerir a sus actuales prestadores dicho cumplimiento en un plazo no mayor a los 180 días a partir de la vigencia de la presente ley. Por su parte, los prestadores deberán estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores y acreditar constancia de la vigencia del seguro de mala praxis.

Art.17°.

Los establecimientos asistenciales públicos, privados y/o mixtos con participación del Estado facturarán la prestación a la entidad de medicina prepaga aunque no exista convenio previo con los mismos. Las entidades de medicina prepaga deberán abonar en un plazo no mayor a 60 (sesenta) días de la presentación de la factura las prestaciones brindadas y comprendidas en el Plan contratado por el usuario. La Superintendencia de Servicios de Salud determinará la documentación respaldatoria, el procedimiento y las condiciones necesarias para cumplimentar la verificación de las prestaciones que se facturan.

Art.18°.

Las entidades de medicina prepaga presentarán ante la Superintendencia de Servicios de Salud, con la periodicidad que esta determine, la siguiente documentación: a) Estados contables; b) Padrón de beneficiarios identificados de acuerdo al artículo 9° de la presente ley; c) Estadísticas de salud de conformidad con lo que al respecto determine la autoridad de aplicación; d) Toda otra información que determine la Superintendencia de Servicios de Salud.

Art. 19°.

Las entidades de medicina prepaga deberán mantener una reserva técnica igual al promedio de la facturación mensual de los doce (12) meses anteriores a la fecha de cierre de cada ejercicio, según las cifras que surjan de los estados contables presentados a la Superintendencia de Servicios de Salud al cierre del mismo; facultándose a la autoridad de aplicación a establecer la relación técnica, sobre la base de los compromisos asumidos. Deberán estar invertidas en instrumentos financieros de inmediata realización o en los bienes que a continuación se indican: a) Títulos u otros valores de la deuda pública nacional o garantizados por la Nación; b) Obligaciones negociables de oferta pública con garantía especial o flotante en primer grado sobre bienes radicados en el país; c) Operaciones financieras garantizadas por bancos y otras

entidades financieras debidamente autorizadas a operar en el país por el Banco Central de la República Argentina.

Art. 20°.

La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá categorías de acreditación según criterios que la misma implementará en la reglamentación. Las empresas de medicina prepaga deberán acreditar un patrimonio neto mínimo, establecido por la autoridad de aplicación para cada categoría, el cual será de \$ 500.000 (pesos quinientos mil) para la categoría inferior.

Los montos serán ajustados anualmente en función de la auditoría de acreditación y la permanencia o variación en la categoría alcanzada.

Art. 21°.

Crease el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RENEMP) en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud. En dicho registro deberán inscribirse los entes, existentes o a crearse, que se propongan actuar como entidades de medicina prepaga (EMP), conforme a las normas de la presente ley. Será requisito indispensable para ser inscripta como empresa prestadora de servicios de salud en el marco de las actividades mencionadas en esta ley, no registrar:

a) Condenas penales por delitos dolosos de los socios en el supuesto de sociedades de personas de los integrantes del Directorio y de los componentes de los Organos de Fiscalización; b) Sentencias de quiebras fraudulentas, gravámenes, sea de la misma empresa o de las autoridades mencionadas en el inciso a).

Cuando se trate de prestadoras ya inscriptas y se incurriere en algunas de las situaciones previstas anteriormente cesará automáticamente su inscripción. Ninguna entidad de cualquier personería jurídica podrá desarrollar las actividades descriptas en los artículos 1 y 2 sin estar previamente inscripta en este Registro.

Art. 22°.

Constituyen infracciones a la presente: a) La violación a las disposiciones de esta ley, su reglamentación, las normas que dicte el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud; b) El incumplimiento de las obligaciones asumidas en cada contrato; c) El suministro al público, al afiliado, a la Superintendencia de Servicios de Salud de información falsa o engañosa, con el propósito de aparentar una situación patrimonial, económica, financiera o prestacional distinta a la real; d) La falta de presentación en tiempo y forma de los planes, cartillas, presupuestos, balances y memorias generales y de toda información que deba ser presentada ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Art. 23°.

Las infracciones serán sancionadas con: a) Apercibimiento; b) Multa, la que podrá ser desde un valor de un mil pesos (\$1.000) hasta el veinte por ciento (20%) del monto de la facturación de los últimos doce meses; c) Suspensión de la facultad de incorporar nuevos usuarios; d) Cancelación permanente de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo será aplicable a la entidad de medicina prepaga reincidente.

Para la aplicación de cada una de las sanciones y sus graduaciones se tendrán en cuenta la gravedad y reiteración de las infracciones. La Superintendencia de Servicios de Salud publicará la sanción impuesta a la entidad de medicina prepaga reincidente.

Estas sanciones se aplicarán con independencia de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder.

Art. 24°.

El procedimiento aplicable para recurrir las sanciones previstas en los incisos a) y b) del artículo 23° de la presente ley será conforme a la Ley 19.549, sus modificaciones y reglamentación sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo siguiente.

Art. 25°.

Contra los actos administrativos que dispongan la suspensión o cancelación de la inscripción en el Registro de las entidades de la Medicina Prepaga se podrá recurrir por ante el Juez Federal con competencia en lo contencioso administrativo con jurisdicción en el domicilio del recurrente.

Art. 26°.

Los recursos de la Superintendencia de Servicios de Salud para el cumplimiento de la presente ley estarán constituidos por : a) Una matrícula anual de un mil pesos (\$1000.-) a abonar por cada entidad de medicina prepaga inscrita en el Registro; b) Una tasa a abonar por cada entidad de medicina prepaga del tres por mil de la facturación mensual correspondiente a las actividades reguladas por la presente, cuyo destino será el dispuesto por el artículo 23 inciso b; d) Las partidas que le sean asignadas por

Art. 27°.

Será título ejecutivo suficiente para el cobro: a) La constancia de deuda emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud acompañada por el certificado de verificación de la prestación, otorgados por la Superintendencia de Servicios de Salud; b) La factura certificada por la Superintendencia de Servicios de Salud acompañado por el certificado de verificación de la prestación.

Art. 28°.

El control externo de la gestión de recursos de la Superintendencia de Servicios de Salud será realizado semestralmente por la Sindicatura General de la Nación (SIGEN).

Art. 29°.

Créase el Fondo de Garantía de Prestaciones de Salud, que funcionará en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud y que será administrado por esta y supervisado por un consejo asesor integrado por representantes de las entidades de medicina prepaga. Los recursos para el funcionamiento del Fondo estarán constituidos por el 70% de lo recaudado en virtud del artículo 26° inciso b.

Art. 30°.

En caso de concurso preventivo, pedido de quiebra o quiebra decretada de una entidad de medicina prepaga la Superintendencia de Servicios de Salud deberá, mediante concurso público, transferir la cobertura de salud de los ex-usuarios de la fallida a otra entidad de medicina prepaga que garantice el cumplimiento de los contratos vigentes, sin perjuicio del derecho de los usuarios de elegir la entidad con la que desean contratar. Mientras tanto, para evitar la suspensión de los servicios comprometidos, la Superintendencia utilizará el Fondo de Garantía de las Prestaciones para efectivizar transitoriamente la continuidad de los mismos.

Art. 31°.

Lo estipulado en el artículo anterior se hará efectivo sobre la base de las disponibilidades del fondo y por un período no inferior a 90 (noventa) días.

Art. 32°.

Las entidades incluidas en el inciso b) del artículo 3° que se inscriban en el Registro creado por el Artículo 21°, tendrán un plazo de 2(dos) años para acreditar la adecuación de sus estatutos a las disposiciones de la presente.

Art. 33°.

La Superintendencia de Servicios de Salud reglamentará el tratamiento de los contratos anteriores a la sanción de la presente, dentro de los 30 (treinta) días de su sanción.

Art. 34°.

Se denominan prestaciones parciales a: a) Aquellas que otorguen cobertura completa a una especialidad del PMO; b) Las que brinden atención de un nivel de complejidad, el que será establecido y reglamentado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Art. 35°.

La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá categorías de acreditación según criterios que la misma implementará en la reglamentación. Las empresas de Medicina Prepaga deberán acreditar un patrimonio neto mínimo establecido por la autoridad de aplicación para cada categoría, el cual será de \$100.000 (pesos cien mil) para la categoría inferior.

Art. 36°.

Inclúyese en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga en el ámbito de la Superintendencia de Servicios de Salud, a las entidades de medicina prepaga parciales conforme a las normas de la presente ley con expresa aclaración de su naturaleza. Con su inclusión deberá agregar la leyenda "empresa de servicios médicos parciales", no pudiendo ofrecer servicios complementarios.

Art. 37°.

Las infracciones serán sancionadas con: a) Apercibimiento; b) Multa, la que podrá ser desde un valor de \$200, hasta el veinte por ciento (20%) del monto de la facturación

de los últimos doce meses; c) Suspensión de la facultad de incorporar nuevos afiliados; d) Cancelación permanente de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo será aplicable a las entidades de medicina prepaga parcial reincidentes.

Art. 38°.

El procedimiento aplicable para recurrir las sanciones previstas en los incisos a) y b) del artículo 38°, será conforme a la ley 19.549, sus modificaciones y reglamentación sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 25° de la presente ley.

Art. 39°.

Los recursos de la Superintendencia de Servicios de Salud, en relación con la regulación y control de las entidades de medicina prepaga parcial, estarán constituidos por: a) Una matrícula anual de \$200.-, a abonar por cada entidad de medicina prepaga parcial inscrita en el Registro; b) Una tasa a abonar por cada entidad de medicina prepaga parcial del tres por mil de la facturación mensual correspondiente a las actividades reguladas por la presente, cuyo destino será el dispuesto por el artículo 29° del Capítulo I; c) Las multas abonadas por las entidades de medicina prepaga parcial sancionadas conforme a lo previsto por el artículo 38°; d) Las partidas que le sean asignadas por el Presupuesto Nacional para este fin; e) Los importes determinados por los incisos a); b); y c) del presente artículo deberán ser abonados en los plazos y modalidades que establezca la reglamentación.

Art. 40°.

Para el cobro de los montos contemplados en el artículo anterior por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud y del artículo 17° por parte de los establecimientos asistenciales públicos, privados y/o mixtos con participación del Estado, será suficiente título ejecutivo la boleta de deuda emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud, debiendo estar acompañada, en el segundo caso, por la correspondiente documentación que le sirva de respaldo de acuerdo al artículo mencionado precedentemente.

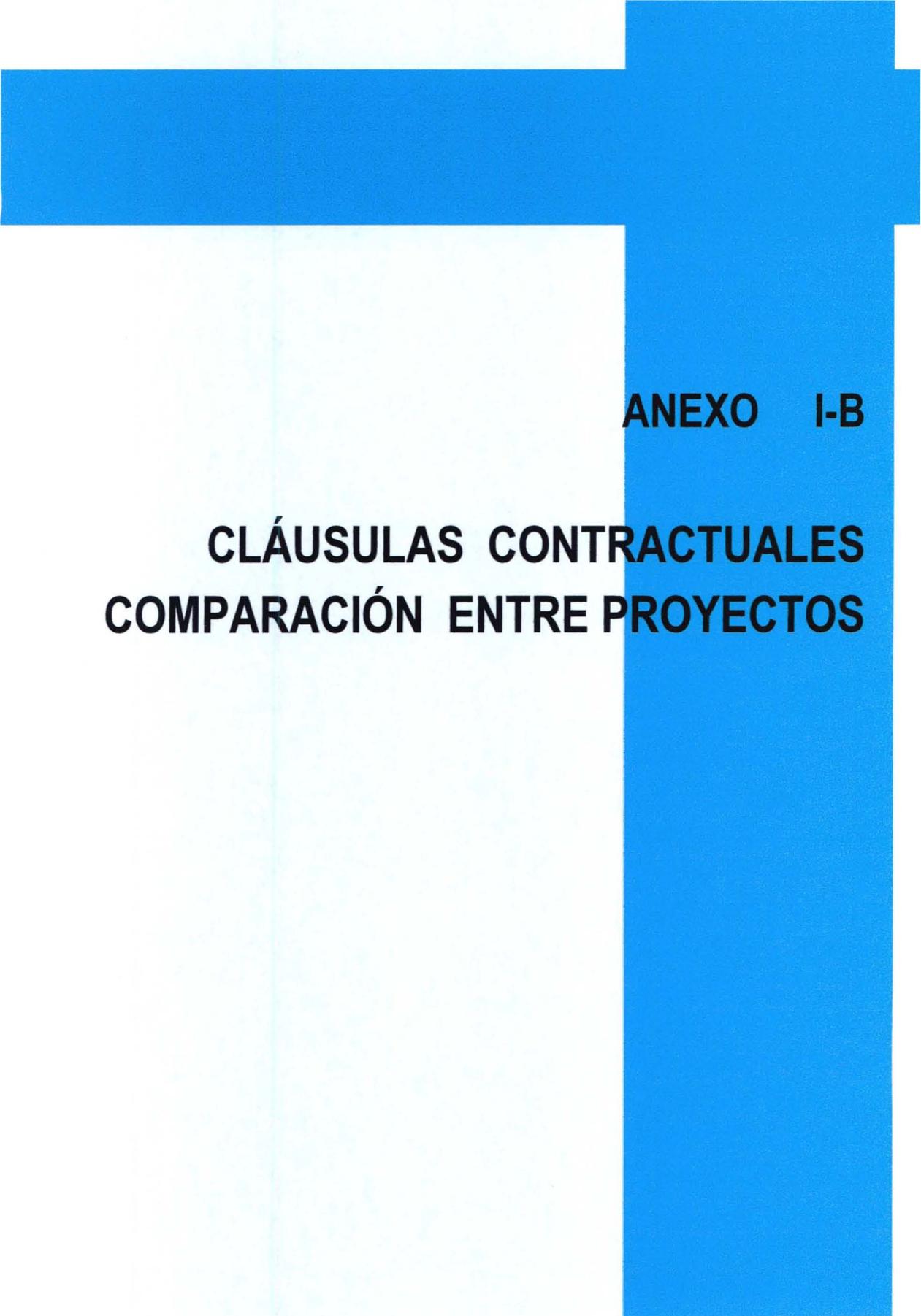
Las entidades mencionadas facturarán la prestación a la empresa de medicina prepaga. De no cumplimentarse el pago en tiempo y forma, se presentará la misma a la Superintendencia de Servicios de Salud y esta obligará a la empresa al pago correspondiente.

Art. 41°.

Esta ley entrará en vigencia a los 30 (treinta) días de su publicación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo y la autoridad de aplicación dictarán las normas reglamentarias y complementarias para su adecuada implementación.

Art. 42°.

Comúníquese al Poder Ejecutivo.



ANEXO I-B

**CLÁUSULAS CONTRACTUALES
COMPARACIÓN ENTRE PROYECTOS**

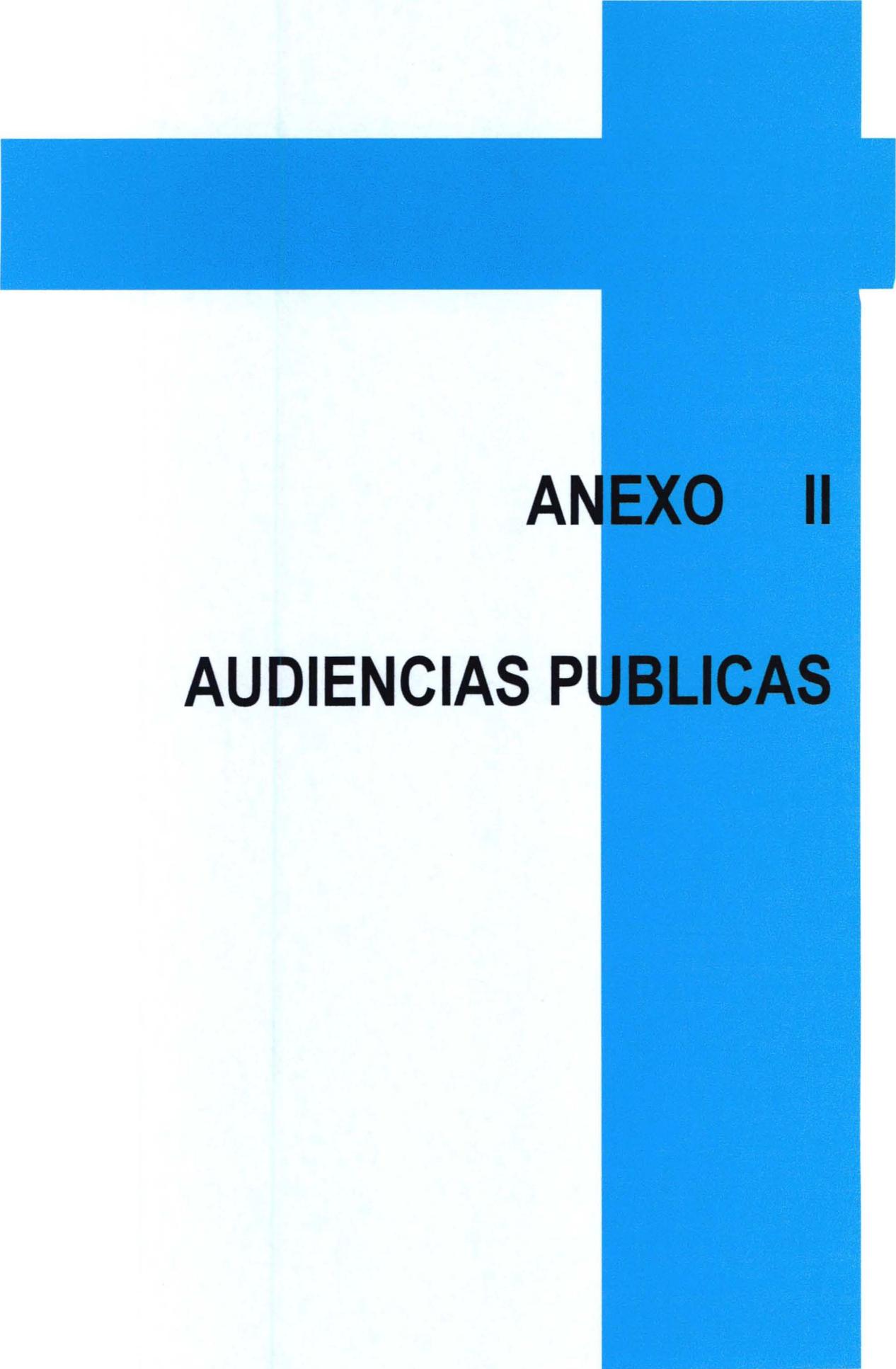
ENCABEZAMIENTO	Las entidades de medicina prepaga (EMP) no podrán incluir en sus planes ni en los contratos cláusulas que:	LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA NO PODRÁN INCLUIR EN SUS PLANES, NI EN LOS CONTRATOS CLÁUSULAS QUE:	Las entidades de medicina prepaga no podrán incluir en sus planes ni en los contratos cláusulas que:
MODIFICACION DE LAS PRESTACIONES	a) Las faculden a modificar en forma unilateral el alcance de las prestaciones comprometidas;	a) Las faculden a modificar en forma unilateral durante la vigencia de los contratos, el alcance de las prestaciones comprometidas;	a) Las faculden a modificar en forma unilateral durante la vigencia de los contratos, el alcance de las prestaciones comprometidas;
ACEPTACION DEL USUARIO	b) Consideren que el silencio del usuario frente a una propuesta de modificación contractual constituye suficiente manifestación de aceptación;	b) Consideren que el no rechazo del beneficiario frente a una propuesta de modificación contractual constituye suficiente manifestación de aceptación;	b) Consideren que el no rechazo del beneficiario frente a una propuesta de modificación contractual constituye suficiente manifestación de aceptación;
RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL	c) Las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del usuario no pudiera ser atendido por profesional o instituciones comprometidos;	c) Las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del beneficiario no pudiera ser atendido por profesionales o instituciones comprometidos, siempre que estuviese incluido en el contrato con el beneficiario;	c) Las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del beneficiario no pudiera ser atendido por profesionales o instituciones comprometidas;
AMBIGÜEDAD EN LOS TERMINOS CONTRACTUALES	d) Contengan términos confusos o ambiguos de los que dependa el tipo de prestación o la fijación del precio que deba abonar el usuario;	d) Contengan términos confusos o ambiguos de los que dependan el tipo de prestación o la fijación del precio que deba abonar el beneficiario;	d) Contengan términos confusos o ambiguos de los que dependan el tipo de prestación o la fijación del precio que deba abonar el afiliado;
MODIFICACION DEL PLAN	e) Modifiquen el alcance del plan de manera selectiva a un usuario o grupos de los mismos o al que estuviera en tratamiento; es especial aquellas que tengan en mira al sexo, edad o cualquier otra cuestión que no sea aplicable a todos los usuarios de un mismo plan;	e) Modifiquen el alcance del plan, reduciendo las prestaciones de manera selectiva a un beneficiario o grupos de los mismos, o al que estuviera en tratamiento	e) Modifiquen el alcance del plan, reduciendo las prestaciones de manera selectiva a un afiliado o grupo de los mismos, o al que estuviera en tratamiento;
CANTIDAD Y CALIDAD DE	f) Afecten la calidad y cantidad de prestaciones y servicios ofrecidos;	f) Afecten la calidad y cantidad de las prestaciones y servicios ofrecidos.	f) Disminuyan la calidad y cantidad de las prestaciones y servicios ofrecidos.

SERVICIOS			
PRACTICAS INCLUIDAS Y EXCLUIDAS DE LA COBERTURA	<p>Art. 11°</p> <p>Se deberá entender que las prácticas y servicios no excluidos expresamente quedan incluidos en la cobertura a brindar por las entidades de medicina prepaga (EMP) a los usuarios.</p>	<p>a) Las prestaciones, prácticas e insumos incluidos en la cobertura, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 cuando se tratare de planes que obligatoriamente contengan el Programa Médico Obligatorio, el artículo 8 cuando se trate de planes alternativos, y el artículo 9 cuando se tratare de entidades de medicina prepaga parciales por especialidad;</p> <p>b) entidades responsables de la cobertura de mala praxis.</p>	
TRANSFERENCIA DE BENEFICIARIOS		<p>Art. 32°:</p> <p>EN CASO DE FALENCIA DE UNA ENTIDAD DE MEDICINA PREPAGA LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DEBERÁ, MEDIANTE CONCURSO PÚBLICO, TRANSFERIR LA COBERTURA DE SALUD DE LOS EX-BENEFICIARIOS DE LA FALLIDA A OTRA ENTIDAD DE MEDICINA PREPAGA QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS VIGENTES.</p> <p>Mientras tanto, para evitar la suspensión de los servicios comprometidos, podrá intervenir la administración de la entidad de medicina prepaga y hacerse cargo transitoriamente de dar continuidad a las prestaciones utilizando el Fondo de Garantía de las Prestaciones, de acuerdo a lo normado en el artículo 31 de la presente ley.</p>	
DETERMINACION DEL PRECIO A PAGAR	<p>Art. 13°:</p> <p>El precio a pagar según la estructura</p>	<p>Art. 14°</p> <p>El precio a pagar para los nuevos contratos o las renovaciones de los</p>	<p>Art. 12°</p> <p>El precio a pagar para los nuevos</p>

	<p>tarifaria, será de carácter general, es decir, que deberá ser igual para la totalidad de los usuarios titulares de los contratos de cada plan. Sólo se admitirá la variación del precio que tenga en cuenta la cantidad de usuarios que se incorporen al contrato con el usuario titular.</p>	<p>preexistentes, según la estructura tarifaria, deberá ser igual para la totalidad de los beneficiarios titulares de los contratos de cada plan. Sólo se admitirá la variación del precio que tenga en cuenta la cantidad de beneficiarios que se incorporen al contrato con el beneficiario titular o diferencien a los beneficiarios en el precio a que alude el párrafo anterior. Todo beneficiario que hubiese mantenido en forma ininterrumpida, durante veinticinco (25) años, su relación contractual con una misma entidad de medicina prepaga gozará del derecho, y la entidad de medicina prepaga estará obligada a respetarlo, a que no se le modifiquen las características prestacionales ni el valor de la cuota mensual del plan vigente.</p>	<p>contratos o las renovaciones de los ya existentes, según la estructura tarifaria deberá ser igual para la totalidad de los usuarios titulares de los contratos de cada plan. Sólo se admitirá la variación del precio que tenga en cuenta la cantidad de beneficiarios que se incorporen al contrato con el beneficiario titular o diferencien a los usuarios por falla etérea a su ingreso. Con anterioridad a la suscripción del contrato, las empresas de medicina prepaga deberán poner en conocimiento del potencial afiliado las variaciones que, por acrecentamiento de su edad se producirán en el precio a que alude el párrafo anterior.</p>
<p>CARENCIAS Y PREEXISTENCIAS</p>	<p>Art. 12°: Durante un plazo de ciento veinte (120) días, contados desde el día de la suscripción, la entidad de medicina prepaga (EMP) tendrá derecho a dejar sin efecto el contrato, sin que ello haga nacer derecho alguno a favor del usuario. La decisión de dejar sin efecto el contrato deberá ser notificada al usuario, en forma fehaciente, con una anticipación no menor a los treinta (30) días del vencimiento de dicho plazo. Transcurrido el mismo sin que haya ejercido esta opción, la entidad de medicina prepaga (EMP) deberá brindar toda la cobertura prevista en el plan y contrato suscrito por el usuario sin que pueda invocarse</p>	<p>Art. 13° LOS CONTRATOS VIGENTES, AL MOMENTO DE LA SANCIÓN DE LA PRESENTE, TENDRÁN LA CARENCIA DE SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ELLOS. Para los contratos que se suscriban con nuevos beneficiarios a partir de la sanción de la presente, las entidades de medicina prepaga podrán establecer carencias de servicios por hasta ciento veinte (120) días.</p>	<p>Art.11°: Los contratos vigentes, al momento de la sanción de la presente ley, tendrán la carencia de servicios establecidos en ellos. Para los contratos que se suscriban a partir de la sanción de la presente, las entidades de medicina prepaga podrán establecer carencias de servicios por hasta 120 días, para las prestaciones que exceden el Programa Médico Obligatorio, las que deberán ser discriminadas y especificadas según plazos y alcances de cada una en cada Plan. m) El examen médico de admisión, reglamentado por la autoridad de aplicación estará a cargo de las</p>

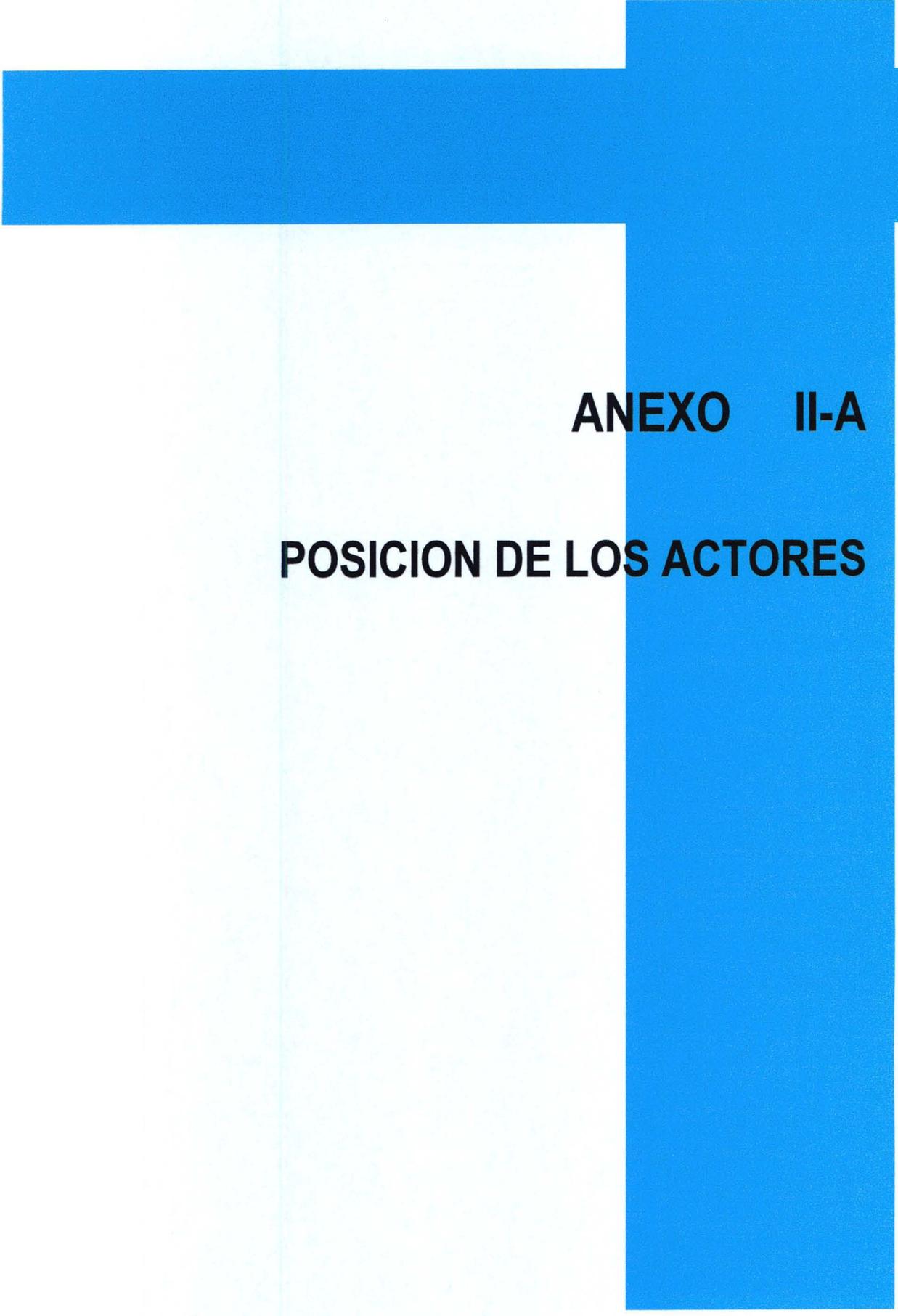
	preexistencia alguna.		empresas de medicina prepaga y será a título no oneroso para el usuario, sirviendo el mismo como suficiente documento para establecer preexistencias; n) Listado de carencias y el período correspondiente para cada una de ellas.
ACCESO DE LOS USUARIOS	Art. 9° El acceso de los usuarios a los servicios ofrecidos por las entidades de medicina prepaga (EMP) deberá ser sin condicionamiento alguno. La orientación hacia determinados prestadores y el cobro de aranceles no altera esta disposición cuando no afecte la libertad de elección dentro de la cartilla de cada plan y así haya sido pactado.		Art. 9°: El acceso de los usuarios a los servicios ofrecidos por las entidades de medicina prepaga debe ser sin condicionamiento alguno, respetando las cláusulas contractuales. La identificación en las bases de datos, comunicaciones y credenciales de los beneficiarios deberá realizarse a través del número de Documento Nacional de Identidad, no pudiendo reemplazarse con ninguna otra numeración identificatoria. Las empresas de medicina prepaga deberán adecuar sus registros en este sentido en un plazo de 180 días.
RESCISION DE CONTRATOS	Art. 15°: Sin perjuicio de los establecido en el artículo 2 las entidades de medicina prepaga (EMP) sólo podrán rescindir unilateralmente los contratos en los supuestos de fraude, incumplimiento de la obligación de pago o de la obligación de información a cargo del usuario.	Art. 16° LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA SÓLO PODRÁN RESCINDIR UNILATERALMENTE LOS CONTRATOS, EN LOS SUPUESTOS DE FRAUDE, ACTITUD DOLOSA COMPROBADA O INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO POR PARTE DEL BENEFICIARIO. Cuando el beneficiario hubiera	Art. 14°: Cuando el usuario hubiere incurrido en falta de pago, corresponderá lo siguiente: a) A los treinta días del vencimiento de la prestadora deberá notificar fehacientemente la mora; b) No satisfecha esta, a los treinta días posteriores a la notificación, la prestadora podrá suspender los servicios contractuales c) Si dentro

		<p>incurrido en falta de pago por más de treinta (30) días, la entidad de medicina prepaga lo notificará fehacientemente de que, en caso de no cancelar su deuda dentro de los siguientes treinta (30) días, podrá dar por rescindido el contrato. En todos los casos el contrato mantendrá su vigencia y se deben cumplir con las obligaciones prestacionales hasta tanto no se cumplan los plazos aludidos.</p>	<p>de los 120 días del incumplimiento del pago no se regularizare la deuda, el usuario podrá ser totalmente desvinculado de la Institución prestadora.</p>
<p>MODIFICACION EN EL LISTADO DE PRESTADORES</p>	<p>Art. 16°: Las entidades de medicina prepaga (EMP) podrán producir modificaciones en los listados de profesionales y servicios siempre que no afecten la calidad y cantidad de los mismos. Estas modificaciones tendrán efectos desde la notificación al usuario titular.</p>	<p>Art. 17°: LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA PODRÁN, CUANDO SEA IMPRESCINDIBLE, Y CON JUSTA CAUSA, PRODUCIR MODIFICACIONES EN LOS LISTADOS DE PRESTADORES SIEMPRE QUE NO AFECTEN LA JERARQUÍA, LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LOS SERVICIOS. ESTAS MODIFICACIONES TENDRÁN EFECTO SÓLO DESDE LA NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO TITULAR. Los incumplimientos o violaciones a las prescripciones del presente artículo serán sancionadas por la Superintendencia de Servicios de Salud de acuerdo con lo señalado en el artículo 25.</p>	<p>Art. 15° Las entidades de medicina prepaga podrán, cuando sea imprescindible y con justa causa, producir modificaciones en los listados de prestadores siempre que no afecte la calidad y cantidad de los servicios. Estas modificaciones tendrán efectos sólo desde la notificación fehaciente al usuario titular, las entidades de medicina prepaga estarán obligadas al reintegro de las mismas ante la sola presentación del comprobante que acredite el pago de estas prestaciones.</p>



ANEXO II

AUDIENCIAS PUBLICAS

A large, solid blue cross graphic is positioned on the right side of the page, extending from the top to the bottom and across the width of the page.

ANEXO II-A

POSICION DE LOS ACTORES

**Objeciones y comentarios de cada institución
REGULACIÓN DE LA MEDICINA PREPAGA
Proyecto del Poder Ejecutivo**

Federación Médica de Capital Federal (FEMECA)

<i>Art.</i>	<i>Objetan</i>	<i>Motivo</i>	<i>Propuestas</i>
3	La limitación de las personas jurídicas habilitadas para operar como EMP	Afecta el derecho constitucional de la libertad de trabajar y de ejercer toda actividad sin una justificación de peso o razón sustancial	
3	La exclusividad del objeto social	Les crearía una dificultad a algunas entidades que venden servicios a la seguridad social en lugares donde no hay otras prestatarias; también a mutuales cooperativas o gremiales que brindan otros servicios a sus asociados.	
8 inc a	La prohibición de modificar unilateralmente las prestaciones comprometidas	Colisiona con otras disposiciones del proyecto como la vigencia sin límite de tiempo del contrato para el usuario, (salvo la opción de rescisión unilateral de este último o la rescisión con causa de la entidad de medicina prepaga) lo cual implicaría que tampoco se podrían aumentar la prestaciones si la entidad lo deseara, o la SSS lo determinara como obligatorio.	
8 inc e	La imposibilidad de establecer condiciones especiales de los planes en relación con la edad, sexo o alguna otra diferencia.	Esto terminaría perjudicando a algunos sectores sociales como la tercera edad, que no sería aceptada por ningún prepago si, por ejemplo, no se puede aumentar el valor del precio del plan.	
8 inc f)	Prohibición de cláusulas contractuales que afecten la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos	Esta cláusula posibilita cuestionar casi todo	
9	El acceso de los usuarios a los servicios debe ser sin condicionamiento alguno	Demasiado vago.	
12	El plazo de 120 días para detectar enfermedades preexistentes	Es insuficiente. Implica la cobertura aún cuando hubiere ocultación maliciosa por parte del usuario. Ello implicará un aumento del costo de la contraprestación según la incidencia actuarial de la cobertura de ese rubro.	
13	Uniformidad del precio	Descarta variaciones de precio por edad o por una incorporación más reciente u otras	

REGULACION DE LA MEDICINA PREPAGA
Proyecto del Poder Ejecutivo
AUDIENCIAS PUBLICAS - 28 de agosto de 1997
Objeciones y comentarios de cada institución

Federación Médica de Capital Federal (FEMECA)

Art.	Objetan	Motivo	<i>Propuestas</i>
3	La limitación de las personas jurídicas habilitadas para operar como EMP	Afecta el derecho constitucional de la libertad de trabajar y de ejercer toda actividad sin una justificación de peso o razón sustancial	
3	La exclusividad del objeto social	Les crearía una dificultad a algunas entidades que venden servicios a la seguridad social en lugares donde no hay otras prestatarias; también a mutuales cooperativas o gremiales que brindan otros servicios a sus asociados.	
8 inc a	La prohibición de modificar unilateralmente las prestaciones comprometidas	Colisiona con otras disposiciones del proyecto como la vigencia sin límite de tiempo del contrato para el usuario, (salvo la opción de rescisión unilateral de este último o la rescisión con causa de la entidad de medicina prepaga) lo cual implicaría que tampoco se podrían aumentar la prestaciones si la entidad lo deseara, o la SSS lo determinara como obligatorio.	
8 inc e	La imposibilidad de establecer condiciones especiales de los planes en relación con la edad, sexo o alguna otra diferencia.	Esto terminaría perjudicando a algunos sectores sociales como la tercera edad, que no sería aceptada por ningún prepago si, por ejemplo, no se puede aumentar el valor del precio del plan.	
8 inc f)	Prohibición de cláusulas contractuales que afecten la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos	Esta cláusula posibilita cuestionar casi todo	
9	El acceso de los usuarios a los servicios debe ser sin condicionamiento alguno	Demasiado vago.	
12	El plazo de 120 días para detectar enfermedades preexistentes	Es insuficiente. Implica la cobertura aún cuando hubiere ocultación maliciosa por parte del usuario. Ello implicará un aumento del costo de la contraprestación según la incidencia actuarial de la cobertura de ese rubro.	
13	Uniformidad del precio	Descarta variaciones de precio por edad o por una incorporación más reciente u otras	

16	La obligación de notificar al usuario titular sobre las modificaciones de los listados de profesionales y servicios	El costo de la correspondencia	
20	La delegación en la SSS de la fijación del monto de las reservas técnicas	El peligro de arbitrariedad del funcionario de turno en la fijación del límite máximo de dichas reservas ya que no se fija un tope.	<i>Fijar legislativamente un tope máximo.</i>
27 inc b)	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS (6 por mil de la facturación anual)	Oneroso. Serían cargados a la cuota de prestación.	

Asociación de Empresas de Medicina Prepaga (ADEMP)

Comentarios generales

- La regulación sólo adquiere sentido si la medicina prepaga ingresa al mercado de la seguridad social a partir de la desregulación total.
- Se debería enmendar las distorsiones producidas por la ley 24.754 (Prestaciones Médicas Obligatorias) regulando sus alcances.
- Acepta la defensa de los intereses de los consumidores pero deberían fijarse también sus obligaciones en los contratos ya que todo contrato entre partes debe ser equilibrado.
- Aumentarán los costos para dar cumplimiento a las exigencias de la autoridad de control que finalmente serán cargados sobre los beneficiarios, los supuestos protegidos por esta ley: los usuarios
- No alcanza a los afiliados voluntarios de las obras sociales manifestándose aquí la inequidad tributaria.
- No contempla la posibilidad de que las empresas puedan diseñar planes a medida para grandes grupos.
- Crear transparencia en el mercado para desalentar competencias desleales.
- Aumentarían la carga monetaria para los afiliados por la mayor infraestructura administrativa que será necesaria para cumplir con lo dispuesto por la norma.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
2	“...suscriban un contrato escrito de prestaciones médicas entre la entidad y el usuario”		<i>Debe decir “suscribir un contrato con el objetivo de brindar cobertura de prestaciones médicas”</i>
3	La inhabilitación de las sociedades de responsabilidad limitada para operar como EMP	Toda sociedad comercial tiene que tener las mismas posibilidades	<i>Contemplar las SRL y toda otra figura comercial contemplada en el Código de Comercio. .</i>
3	La exclusividad del objeto social	Tiene que ser lo suficientemente amplio para que los empresarios del sector reinviertan en capacidad instalada y en toda actividad vinculada a la salud.	<i>El objeto social debe ser amplio en actividades vinculadas con la salud.</i>

6 10 inc a) 13	La obligación de incorporar toda nueva practicas y servicios que la autoridad determine.	Se contraponen con la imposibilidad de modificar el precio del plan durante el año de vigencia del contrato con el usuario. Toda práctica o servicio nuevo implicaría un aumento del precio. No se define el mecanismo ni el sustento científico-técnico para la incorporación.	
8 inc e	La imposibilidad de establecer condiciones especiales de los planes en relación con la edad, bonificaciones o coberturas parciales, etc..	La población mayor tiene un consumo y un gasto tres veces superior respecto de las otras edades. Es necesario introducir modificaciones. El sistema de prepago no es de capitalización y ahorro, la persona entra y sale del sistema en cualquier momento por lo cual lo que paga hoy por servicios que no necesita consumir no es un ahorro a futuro.	
8 inc c)	Prohibición de cláusulas que liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del usuario no pueda ser atendido por profesionales o instituciones comprometidas	Deben puntualizarse claramente las circunstancias para evitar abusos por parte del beneficiario	
10 inc c) 11	La inclusión automática de las prácticas que no fueran expresamente excluidas..	El detalle exhaustivo de las prestaciones excluidas es inaplicable desde el punto de vista práctico.	
10 inc b)	Facultad del usuario de rescindir unilateralmente el contrato en cualquier momento	Alienta a ingresar al sistema cuando se supone necesitarlo y resuelta la práctica pueda abandonarlo.	
12	Plazo de 120 días para detectar preexistencias	Se le debe avisar 30 días antes y la entidad recibe información de las prestaciones efectuadas a los nuevos asociados después de los 45 o 60 días queda un plazo real de 30 días, lo que es escaso.	
20	La reserva técnica.	Deben ser prolijamente estudiados ya que se podrían fomentar los oligopolios y promover la desaparición de las pequeñas y medianas empresas	<i>Debería fijarse sobre los gastos médicos La cartera de las EMP debería considerarse como capital aplicable a la conformación de la reserva</i>
27 inc b)	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS (6 por mil de la facturación anual)	Aumentarán las cuotas de los afiliados. Inequidad tributaria: realizan un doble aporte: Impuestos + tasa Suma excesiva para las funciones que deberá tener. (Se estima en 12.000.000 de pesos)	
31			<i>Debería derogarse toda otra normativa.</i>

EXCELL GROUP S.P.M.

Comentarios generales

- Antes que una regulación específica del sector sería necesaria una ley que favorezca el crecimiento y la modernización del sector mediante medidas que incentiven la inversión en salud mediante *nuevas fórmulas de financiamiento*, con el objetivo único de mejorar la calidad de los servicios y el libre acceso a las coberturas médicas por parte de los usuarios en el marco de la *libre competencia e igualdad tributaria* entre los prestadores de salud.
- El sector salud no ha participado hasta ahora de las reglas de la economía general y debería hacerlo.
- El proyecto de ley es básicamente un conjunto de normas de protección de los usuarios. Y para ello la actual legislación de protección de los derechos del consumidor contempla adecuadamente esta problemática.
- Carece de un cronograma preestablecido sobre la apertura de los servicios a la libre competencia entre prestadores
- No corrige la inequidad tributaria existente, manteniendo las ventajas actuales para los que operan bajo formas jurídicas de organizaciones no lucrativas sin realizar los aportes correspondientes al Estado derivados de esas actividades. Esto constituye una competencia desleal.
- El sector no está en condiciones de incorporarse a la tributación del IVA.
- La amplia delegación de facultades reglamentarias al Poder Ejecutivo.
- Disposiciones relativas a las condiciones económicas de los prestadores de salud: exigüas frente a los requerimientos de las organizaciones modernas, en especial lo relativo a los capitales mínimos.

Art.	Objeto	Motivo	Propuestas
5	La competencia de la SSS en materia de aprobación de los planes de cada EMP	Burocracia contraproducente en un marco de desregulación económica	
4	No se aclara la composición del organismo		<i>Deberían incluir no menos de tres representantes de las más calificadas operados del sector</i>
21	El patrimonio neto requerido	Exiguos para afrontar los riesgos de este tipo de prestaciones: enfermedades catastróficas o de alto riesgo de salud	<i>\$ 7.000.000 mínimo. De allí en adelante ajustar por cantidad de nuevos afiliados</i>

Otras propuestas

- *Fijar un cronograma para la desregulación de la actividad a la libre competencia de los prestadores de salud*
- *Establecer un plan que propenda a facilitar fusiones y absorciones de entidades privadas de salud, con un programa que contemple e incentive las condiciones necesarias para que haya una adecuación en el sector y se permita reunir los capitales necesarios para afrontar los riesgos por enfermedades catastróficas.*
- *Incorporar un artículo que sujete al pago de los tributos nacionales -impuesto a las ganancias- e impuestos provinciales -ingresos brutos- a todos los prestadores de salud, con independencia de su forma jurídica, con la finalidad de mejorar los recursos del Estado y colocar en igualdad tributaria a todo el sector*

Asociación de Defensa del Consumidor (ADELCO)

Art.	Objetan	Motivo	<i>Propuestas</i>
10 inc.d	Cobertura a brindar al neonato del usuario y su grupo (Objetan las restricciones actuales)		<i>Incorporar la obligación de cubrir las enfermedades congénitas de los neonatos de los usuarios</i>
12	La detección de enfermedades preexistentes	Dificultad para determinar una preexistencia	<i>Eliminar este artículo</i>
13	El precio a pagar		<i>Aceptar la variación del precio cuando se produzca la renovación del contrato, previa aceptación de la SSS</i>
21	El patrimonio neto requerido		<i>Debería ser fijado por un índice de riesgo establecido por calificadoras de riesgo tales como las mencionadas en el proyecto de Martínez Almudévar.</i>

Otras propuestas

- *Cuando el prepago no pueda cubrir los servicios ofrecidos a través de su red de prestadores deberá cubrir el costo total de la prestación que el afiliado hubiese tomado en el prestado por él seleccionado.*
- *La renovación de la autoridad colegiada de la SSS deberá ser por mitades a fin de lograr una adecuada continuidad en la gestión.*
- *Para la tercera edad, reconociendo que es mayor el consumo y el gasto: crear un fondo de redistribución con parte de la cápita y que se vaya constituyendo a través de los años.*

MEDICUS S.A.

Comentarios generales

- No puede haber equidad o justicia en un mismo sector cuando se trata de distintas maneras a quienes lo componen, cuando no existen los mismos derechos y obligaciones, cuando este sector a veces es tan variado en su composición que obliga a que se tenga cierto tipo de condicionamiento para poder legislar sobre el mismo
- Solicitan la Desregulación total
- La ley 24.754 (PMO) implica la posibilidad de ofrecer un sólo tipo de plan para todas las empresas. Riesgos de la estandarización

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
3	La limitación de las personas jurídicas habilitadas para operar como EMP	Desconoce la ley 19.550 de sociedades, por la cual todas las sociedades que estén involucradas en la ley 19.550 deben tener la posibilidad de participar.	
6	La aprobación de prácticas y servicios por parte de la entidad de aplicación.	La cuestionable legitimidad de dicha entidad desde el punto de vista de su capacidad científica, técnica, económica, tributaria, etc.	
11	La inclusión automática de las prácticas que no fueran expresamente excluidas..	Además de consideración médica que no explicita, implicaría que las empresas, sin distinción de su carácter (mutuales, cooperativas, con fines de lucro, etc.) están obligadas a vender por la variable negativa.	
19	La no definición del <i>margen de solvencia</i> y la competencia de la SSS en tal aspecto	Habiendo capitales mínimos, reservas técnicas este tema no tiene sentido.	<i>Debe eliminarse</i>
20	La no fijación de un límite máximo para las reservas técnicas	El funcionario de turno podría elevar indefinidamente dichas reservas a partir del límite mínimo	<i>Deberían contener un límite máximo y uno mínimo</i>
27	El monto total de los aportes de las empresas a la financiación de la SSS por distintos conceptos.	Podría ser excesivo respecto de las necesidades de la organización Se financiaría una entidad que regularía además las obras sociales, lo cual sería injusto para el sector de EMP que además no participan del mercado de obras sociales.	
31	El plazo de vigencia: a los 90 días de publicación de la ley	Es absolutamente insuficiente para la adecuación de las compañías en aspectos tales como capitales mínimos, reservas, etc pero también en otros como la modalidad de los estados contables, vencimientos de los contratos que están vigentes con prestados y usuarios, etc.	

Otras propuestas:

Ofrecer un plan que contemple el PMO y otros que no, de esta manera cualquier usuario tiene la posibilidad de seleccionar que tipo de prestación necesita.

REGULACION DE LA MEDICINA PREPAGA
Proyecto del Poder Ejecutivo
AUDIENCIAS PUBLICAS - 4 de septiembre de 1997
Objeciones y comentarios de cada institución

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC)

Comentarios Generales

- La actividad de la salud debería estar exenta de impuestos, salvo en aquellos casos en que sea lucrativo
- Debería aprovecharse esta ocasión para reformar la ley del PMO a fin de corregir circunstancias
- Esperan la desregulación total

Art.	Objetan	Motivo	<i>Propuestas</i>
11	Inclusión de las prácticas que no fueron expresamente excluidas	Para asegurar la transparencia de los contratos es suficiente el detalle de los incluido.	
20 y 21	Reservas técnicas y capitales mínimos	No todas las instituciones son iguales; no todos los objetivos institucionales o empresarios son iguales	<i>Deben discriminarse según el tipo de instituciones, en aspectos tales como facturación o como el destino de los fondos.</i>

Otras Propuestas

- Un fondo común para la gente mayor a fin de sostener un gasto mayor por mayor consumo, o en el caso de ciertas pandemias como el SIDA donde no es previsible cuál será el costo futuro.

Cámara Argentina de Especialidades Medicinales

Art.	Objetan	Motivo	<i>Propuestas</i>
20	La competencia de la SSS en materia de supervisión, control y objeción de las inversiones realizadas por las EMP		<i>Aprobación previa, inmediata pero que no coarte la libertad de empresa ni resulte en direccionamiento de las inversiones.</i>
23 y 24	Infracciones y sanciones		<i>Aclarar que la SSS es la autoridad de aplicación</i>
26	Instancia de recurso para casos de suspensión del registro: la Cámara Federal con competencia en lo contencioso administrativo		<i>Convendría dejar expreso si es la única vía y para esos únicos casos y si se aplia la vía usual de recurso administrativo en los restantes.</i>

29	El Miro de Salud y Acción Social dictara las normas necesarias para la puesta en vigencia de esta ley	No se observa que se le asigne responsabilidad explicita de reglamentación ni plazo para la misma	Debiere quedar claro cuales normas y atinentes a que aspectos son necesarios para la puesta en vigencia de esta ley.
----	---	---	--

Cámara de la Pequeña y Mediana Empresas de Medicina Prepaga

Comentarios generales

- Preocupación por ciertos aspectos de la regulación que podrían conspirar contra el desarrollo de las EMP del interior del país que son PYMES.
- De ser así la población afiliada tendría que atenderse en los hospitales públicos produciéndose un impacto prestacional difícil de asimilar
- Una adecuada regulación habrá mayor empleo, mayor inversión del sector y, fundamentalmente, una mayor satisfacción de los usuarios. Con una mala regulación implicará que en un mercado de libre competencia, conformados por modelos cooperativos de salud, las EMP se transformen en un oligopolio o en un monopolio, sumergiendo a las empresas nacionales en una ola destructiva que dejará a más de 40.000 flías que trabajan en el sector sin sustento y a los beneficiarios de los planes ambulatorio o con cobertura parcial en estado de indefensión.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
3	Exclusividad del objeto social	Muchas empresas son también efectoras, cada una con capacidad instalada propia, puesata al servicio de los afiliados	
10 inc. a	Renovación automática anual de los contratos		<i>Que el contrato tenga absoluta vigencia y se extinga en el plazo pactado por las partes, salvo que medie un pedido de una parte y una aceptación de la otra. Todo en forma fehaciente y con formularios preestablecidos por la SSS</i>
12	Enfermedades preexistentes	Dificiles de detectar. Es imposible, a veces, desde un punto de vista científico establecer la preexistencia	<i>Regimen de carencias. Posibilidad de rechazo durante los 120 primeros dias.</i>
15	Causales de rescisión de los contratos en forma unilateral por la EMP		<i>Uso indebido de los servicios Falta de pago de dos meses de contrato Datos falsos aportados por el afiliado.</i>

21	Capital mínimo	<p>proyecto de Almudevar: Debe haber una adecuada relación entre su patrimonio neto y la cantidad de beneficiarios, una razonable proporción de activos fijos y líquidos, con el propósito de garantizar capacidad financiera para hacer frente a la demanda de las prestaciones comprometidas, una estructura prestacional médica propia o contratada acorde con la distribución geográfica de los beneficiarios y contar con un sistema de información apto y adecuado, con el propósito de proveer información necesaria. Además agregan: que entidades secundarias, como una cámara, asociaciones y federaciones, puedan aportar los activos necesarios y también que estos activos puedan ser adquiridos mediante un seguro de caución con empresas de reconocida solvencia.</p>
----	----------------	---

Otras propuestas:

- Que puedan seguir teniendo planes de cobertura parcial, ambulatorios y de internación, con y sin maternidad y cualquier otra variable.
- Para evitar que alguien se asocie por un fin determinado (cirugía) y luego rescinda el contrato se debería establecer la obligación de que los afiliados permanezcan en la prepaga por lo menos un año
- Los afiliados que provengan de otra prepaga deberán tener un certificado de su estado de salud, emitido por la prepaga de origen. Todo esto conforme a la confidencialidad de los datos y autorización del afiliado.
- Representación de las PYMES en el Directorio de la SSS y renovación por mitades cada dos años

Cámara de Emergencias Médicas y de Medicina Domiciliaria

Comentarios generales

No hay una ley que regule al sector en lo que se refiere al recurso humano y materiales, aunque si en varias provincias (Santa Fe, Buenos Aires, Córdoba)

Dichos decretos establecen requisitos mínimos para brindar el servicio médico prehospitario pero no la relación entre las entidades y los usuarios.

Este tipo de empresas son EMP y por lo tanto requieren ser incluidas en este proyecto de ley pero con los alcances y limitaciones que sus propias características establezcan:

Eventualidad y oportunidad de la asistencia: la atención siempre es única e indivisible para la ocasión y realizada por el profesional más cercano al paciente.

La prestación se agota con el acto médico cumplido

No resulta necesario garantizar al usuario la permanencia en el sistema toda vez que no existe impedimento alguno para éste en el cambio de su prestador.

Sin períodos de carencia de ninguna naturaleza porque la prestación es eventual u ocasional

Servicios: desde la simple atención médica de patologías agudas banales hasta aquellas que tratan de resguardar al usuario de situaciones altamente comprometidas para la salud en aquellos casos en que existen riesgo de vida inminente

No pueden ser considerados como los integrales a los fines de brindar el denominado PMO ya que por la índole de la prestación no tienen posibilidades de garantizar tamaño asistencia, solo reservada para EMP que posee un amplio espectro asistencial y cuyo nexo con el usuario se prolonga o se puede prolongar en el tiempo.

1.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
3	Exclusión de las SRL	No hay un motivo que lo justifique	
5	Respecto de los planes	No poseemos planes: se atiende la emergencia o urgencia donde el paciente se encuentre.	
9	Acceso a los servicios por parte de los usuarios sin condicionamientos	No tenemos condicionamientos: ni carencias, ni preexistencias.	
10 inc.f	Listados de profesionales	Estos sistemas no pueden respetar la libre elección profesional por ser guardias médicas permanentes	
11	Prácticas excluidas	Es difícil desde el punto de vista práctico hacer una enumeración de todas las prácticas que están excluidas	
12	Plazo de 120 días para las enfermedades preexistentes	No tienen preexistencias. El ingreso y egreso es libre	
20	Reservas Técnicas	La falta de seguimiento del paciente hace innecesaria la exigencias de un fondo de reserva destinado a garantizar la continuidad de la atención	<i>El fin inmediato a garantizar será el de la correcta praxis médica, siendo suficiente que tal contingencia sea cubierta por una póliza de seguro de responsabilidad civil comprensiva que el prestador contratará a fin de afrontar la eventual indemnización por las deficiencias médicas de su accionar.</i>
21	Capitales mínimos	Está constituido por la importante inversión que los sistemas de atención de emergencias médicas y medicina domiciliaria tienen en aparatología específica, sistemas de comunicación, un complejo sistema informático para el control de tiempos y las unidades móviles, recursos sumamente necesarios para este tipo de prestación.	
27	Tasa del 6% para la SSS	Demasiado elevada, aunque la respetan si surgió de un estudio presupuestario	

Otras propuestas:

- Determinar las pautas de funcionamiento y nivel de complejidad (habilitación, acreditación y categorización) con la finalidad de determinar el tipo de prestación. Así se soluciona el tema de que no todas las entidades estarán en condiciones de ofrecer y brindar la cobertura total que incluya a las emergencias médica y médico a domicilio

Centro Especializado de Rehabilitación Odontológica

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
10	Coberturas emergentes, específicas o especiales		Fijar un reglamento específico para prepagas odontológicas

Cámara de Empresas de Medicina Privada del Interior

Comentarios generales

Poner especial cuidado en no generar normas de difícil o nulo cumplimiento, atendiendo a las regiones geográficas, niveles de población y situación de las economías del interior

“Cuidemos al consumidor, pero también permitamos a las Empresas que durante tantos años han brindado responsablemente sus servicios, seguir compitiendo y no concentrar la actividad en unos pocos grupos económicos, poderosos que sin duda aplicarán técnicas oligopólicas, que a la postre, culminarán volviéndose contra el usuario”.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
3 inc. a	Exclusión de las SRL para operar en el mercado		<i>Se sugiere su incorporación, dado que la mayor parte de las empresas del interior han adoptado esta forma</i>
3 inc. b	Formas jurídicas solidarias		<i>Debiera contemplarse la equiparación del tratamiento impositivo, para evitar que emprendimientos netamente comerciales se organicen bajo formas aparentemente solidarias con el único objeto de evitar el pago de impuestos</i>
3	Exclusividad del objeto social	Debería considerarse la situación, muy usual en el interior, de Sanatorios con tradicionales prepagos no constituídos como personas jurídicas independientes de la Empresa que explota el sanatorio	<i>La adecuación del objeto debe entenderse como constitución de una sociedad que asuma parcialmente el fondo de comercio ya existente.</i>
5 y 6	La existencia de planes que contemplan el PMO		<i>Deberían pensarse alternativas que permitan dar flexibilidad a la oferta de planes. Sugieren que se aborde la solución de lo que consideran como distorsiones de la ley del PMO.</i>
8 inc. a	La imposibilidad de modificar unilateral los contratos		<i>Debe ser precisada y concordada con el art. 16. Debiera preverse que la modificación del contrato ha de efectuarse con la intervención de la autoridad de aplicación, en un mecanismo similar a la aprobación inicial del plan. Así la defensa del interés del usuario estaría garantizada por el control estatal. Las modificaciones así aprobadas entrarían en vigencia de modo general para todos los asociados sujetos al plan de que se trate, cualquiera sea el momento de la contratación, luego de un procedimiento de publicidad y posibilidad de oposición por los usuarios. Esta modalidad para contratación masiva está contemplada en el art 39 de la ley 24.240 del seguro. Los meros cambios de profesionales o de prestadores se regirían por el art. 16.</i>

11	La inclusión de todo lo que no esté excluido expresamente.	Las prestaciones médico-asistenciales son de naturaleza altamente cambiante por la constante evolución técnica y científica. Podrían interferir intereses económicos que instalen una supuesta necesidad de una prestación que puede ser perfectamente sustituible de menor costo e igual eficacia. La globalización podría producir igual efecto con prestaciones no disponibles en el mercado local	<ul style="list-style-type: none"> • Si se trata de protección al usuario es suficiente la ley de protección al consumidor • Si se sostiene el artículo debería preverse que se entienden como incluidas las prestaciones homologadas por la autoridad de aplicación o algún otro mecanismo que otorgue previsibilidad y seriedad a la incorporación de nuevas prácticas y medicamentos. • La homologación de una nueva práctica debiera contemplar el ajuste de los precios.
12	La inexistencia de carencias	Parece incompatible con un sistema de afiliación individual y voluntaria. Se debería contemplar una realidad de la contratación, facilitándola. Caso contrario se podría inducir a la no contratación o a la rescisión de los contratos antes del plazo de 120 estipulado para las preexistencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar la situación de los asociados que ingresan por convenios colectivos de aquellos que lo hacen individualmente • Contemplar la existencia de diferentes plazos de carencias • Se podría establecer un plazo máximo de vigencia de contratos con carencias y preexistencias y a partir de allí recién el afiliado tendría cobertura integral. • Contemplar plazos mínimos de afiliación sustitutivos de carencias • Autorizar tarifas diferenciales para supuestos de preexistencias.
12	El plazo de 120 días		<i>Prever un plazo mayor (por lo menos un año) para anular el contrato para el supuesto de reticencia, entendiéndose por tal lo que dice la ley de Seguros (17418): toda declaración falsa u ocultamiento de circunstancias conocidas, aún hechos de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido o modificado las condiciones del contrato.</i>
15	La obligación de información por el usuario titular del contrato como causa de rescisión y no de anulación	Si hay defecto de información induce a error por ende hay vicio de voluntar y entonces corresponde anular y no simplemente rescindir.	<i>Las EMP con un plazo mayor para las preexistencias podrían anular el contrato en dicho lapso, y si hubo buena fe reintegrar las primas.</i>
17	Condiciones y requisitos de los prestadores	Insuficientes	<i>Agregar la obligación de contratación de seguro de responsabilidad civil de los médicos y entidades.</i>
20,21 y 27	Patrimonio neto, reservas y tasa de la SSS		<i>Establecer un plazo determinado y aceptable para la adecuación de capitales y reservas. Los montos deberían ser fijados analizando previamente la realidad económica de la EMP del interior del país</i>
20	Monto mínimo de las reservas técnicas	Por vía administrativa podrían incrementarse irrazonablemente las exigencias	<i>Establecer un monto taxativo o un máximo no superior al doble del mínimo</i>

21	Discriminación entre empresas existentes y nuevas	Debería considerarse la situación, muy usual en el interior, de Sanatorios con tradicionales prepagos no constituidos como personas jurídicas independientes de la Empresa que explota el sanatorio	<i>La constitución de una sociedad nueva en realidad debe considerarse a efectos de la exigencias de patrimonios netos como empresa existente.</i>
21	Diferenciación de las exigencias de patrimonio neto para prepagos parciales y/o especializados	No existe motivo que avale tal decisión ya que requieren iguales patrimonio netos que los integrales	<i>Incluir en la ley la mención a la emergencia y la odontología, sin perjuicio de otras especializaciones que apruebe la autoridad de aplicación</i>

Otras propuestas:

- *Más precisiones acerca de las obligaciones de los consumidores, porque de lo que se trata es de proteger al consumidor "de buena fe".*
- *Establecer un plazo de prescripción de un año para las acciones emergentes del contrato, por cuanto el plazo de 10 años no es compatible con la seriedad en la determinación de las reservas que se exigen.*
- *Incorporar una cláusula de subrogación, igual al art. 80 de la ley 17.418 de seguros.*
- *Establecer la exclusión de cobertura por guerra, motín o tumulto popular*
- *Establecer la posibilidad de exclusión contractual de cobertura, sujeta a la aprobación de la autoridad de aplicación, para diversos supeurstos habituales de este tipo de contratación. Ej: participación en empresa criminal, prácticas deportivas de alto riesgo, suicidio, etc.*
- *Prever la incorporación de entidades del interior en el esquema del organismo de control o la creación de mecanismos consultivos permanentes y obligatorios, necesarios para adoptar decisiones, ya que también sostendrán económicamente a la SSS.*

REGULACIÓN DE LA MEDICINA PREPAGA
Proyecto del Poder Ejecutivo
AUDIENCIAS PUBLICAS - 11 de septiembre de 1997
Objeciones y comentarios de cada institución

Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la Rca Argentina (CIMARA)

Comentarios generales

- Aprovechar este marco regulatorio para regular la aplicación de la ley 24.754 de las PMO. Muchas empresas del interior dan coberturas parciales que al tener que aumentar sus cuotas para cubrir el PMO perderán afiliados que luego recargarán al hospital público.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
12	Establecimiento de un plazo de 120 días para la detección de enfermedades preexistentes	<ul style="list-style-type: none"> • Las empresas deberán implementar chequeos previos encareciendo los costos. Como consecuencia se puede determinar que una flía quede sin cobertura por algún tipo de preexistencia hallada. • Se está legislando sobre contratos privados voluntarios. 	<i>Permitir que las empresas establezcan períodos de carencias o exclusiones temporales que posibiliten de mutuo acuerdo entre las partes la incorporación del grupo familiar a la empresa.</i>
19 y 20	El margen de solvencia	No lo define y deja librado a la SSS su establecimiento y posterior aplicación, siendo un requerimiento que podría definir la desaparición o incorporación de empresas.	<i>Eliminarlo</i>
20	La indeterminación del límite máximo para las reservas técnicas	Deja en manos de la SSS la fijación del monto máximo, la relación técnica según los estados contables y la porcentualidad de aplicación de los bienes e inversiones descriptas en los incisos a), b), c), d) y e)	<i>Debería especificar: "...no deben ser superiores a...." y tener en cuenta que el riesgo en un sistema de atención médica se mide en términos del gasto.</i>
27 inc. b)	Tasa del 6 por mil de la facturación anual como aporte a la SSS	Excesiva. Recargará las cuotas de los afiliados	<i>Los fondos de la SSS deberían provenir de rentas generales</i>
31	Entrada en vigencia de la ley: 90 días	Por la diversidad de entidades en cuanto a composición societaria, configuración, tamaño, ubicación, etc. no podrán adecuarse inmediatamente	<i>Establecer plazos para las distintas obligaciones a cumplir teniendo en cuenta su novedad y las reformas necesarias para la adecuación.</i>

Otras propuestas

- *Establecer montos de patrimonio neto menores para empresas que brindan servicios parciales especializados o por lo menos asegurar que así los fijará la SSS.*
- *Establecer que las empresas tengan planes específicos con las PMO y mantengan el resto de la arquitectura de planes que disponían previamente a la ley y dejar la libertad de elección en el usuario*
- *Contemplar la creación de un consejo que funcione dentro de la SSS en el que se encuentren los sectores involucrados. Los delegados deberán tener voz y voto y elaborar junto con los funcionarios del Estado las reglas a cumplir por los distintos tipos de instituciones.*

Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados

Comentarios generales

- El proyecto de ley no determina claramente la diferencia entre prepagos integrales y especializados. En varios artículos se visualiza esta confusión y puede estar dejando poco espacio para el desarrollo en el mercado del segundo tipo de entidades mencionadas.
- Acuerdan con que sea la SSS el ente de contralor. No lo están con el proyecto de Almudévar que crea un ente especial de contralor para las EMP.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
1	La restricción a <i>entidades</i> de MP	Las entidades de MP son un componente de la <i>actividad de MP</i> por lo cual se debería legislar sobre la actividad y dentro de ella sobre las entidades	<i>Debería decir: "Queda comprendido en la presente ley la actividad por la cual las entidades que reúnan las condiciones establecidas en el texto, asuman la obligación de atender la salud y el riesgo de enfermedad, en las condiciones que se pacten, de acuerdo con planes autorizados, mediante el pago de una cuota dineraria periodica por parte del beneficiario"</i> <i>Ó: "La atención de la salud y del riesgo enfermedad de las personas, por entidades que cumplan las condiciones exigidas, mediante el cobro de cuotas dinerarias, queda comprendida en la presente ley".</i>
2	Definición de EMP	Imprecisiones	<i>Debería decir:</i> <i>inc a) "Ofrezcan servicios de cobertura de atención de la salud humana, de contratación y pago voluntario, conforme a un 'plan' descrito en el art. 5to"</i> <i>inc b) "Asuman el riesgo económico y la obligación asistencial como contrapartida del un pago; "</i>
3 y 21	Las restricciones que impone en materia de forma legal de las entidades y de capitales mínimos necesarios.	No contemplan situaciones que se dan de hecho en el interior del país: grupos de profesionales o establecimientos asistenciales que tienen su propio prepago. No es una empresa que contrata a terceros sino que ofrece sus propios recursos y le da salida o solución a los habitantes de esas localidades.	<i>Incorporar algún artículo que permita seguir funcionando a este tipo de entidades.</i>
6	Incorporación de prácticas indicadas por la SSS a los planes	Principios de libre contratación y de libertad de trabajar y ejercer la industria y el comercio. La EMP tiene que tener el derecho de ofrecer los servicios para los que está dotada y no otros	<i>Aclarar en el segundo párrafo que las prácticas y servicios a incorporar deben ser inherentes o conexos con el compromiso prestacional del plan contratado.</i>

10 inc c)	Inclusión en el contrato de las prestaciones, prácticas e insumos excluidos de la cobertura	Puede resultar muy complejo. Si la EMP cubre una sola patología podría ser casi un nomenclador todo lo excluido	
10 inc. g)	Inclusión en el contrato de la cobertura de las emergencias y urgencias médicas	Poco claro	<i>Agregar: Cobertura o no de las emergencias y urgencias médicas.</i>
11	La inclusión de prácticas que no estén expresamente excluidas en los contratos		<i>En caso de duda se considerará que toda aquella práctica o servicio que esté expresamente vinculado va a quedar cubierto.</i>
13	La exclusión de la posibilidad de diferenciar precios cuando se contrata la cobertura para un grupo de personas que no sea una familia, por ejemplo una contratación por parte de una empresa	Corresponde hacer un distinguo entre quien contrata en forma individual (Titular y flía) de quien lo hace en forma grupal.	<i>Diferenciar la contratación individual de la colectiva</i>
18	Obligación de pago a los Hospitales Públicos de Autogestión.	Produce desfinanciamientos porque sus aranceles son superiores a los vigentes en el mercado que se consiguen a partir del pago capitado y porque por el mecanismo de débito automático el hospital cobra antes que cualquier otro prestador, sin control ni auditoría.	
20	Reservas Técnicas		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Se debe referir a las reservas económicas</i> • <i>Donde dice: "...facultándose a la autoridad de aplicación, a establecer la relación técnica en base a los compromisos asumidos" debería decir: "...facultándose a la autoridad de aplicación, a efectuar los ajustes en base a los compromisos asumidos".</i>

Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos

Comentarios generales

- Las distintas reformas del sector salud: regulación de medicina prepaga, reforma de obras sociales, hospital de autogestión están fragmentando excesivamente el mercado o sector de la salud y ello puede conducir a una desintegración del concepto de solidaridad, que no es solamente un concepto humano sino también político y económico. Es indispensable para mantener el gasto y el déficit público acotado, ya que si toda la población hoy atendida por la seguridad social o por la MP pasa a atenderse al hospital público aquellos se incrementarán.
- Están de acuerdo con el proyecto en términos generales pero no con su articulado aunque dejan su exposición para aquellos sectores directamente interesados.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
2	Indefinición respecto de si las obras sociales que tengan sistemas de afiliación voluntaria serán consideradas EMP		<i>Definirlo. Proponen excluirlas porque están reguladas por otro tipo de normativa. Debería insertarse un texto que diga: "Sin perjuicio de lo normado en el presente, reconócese a las obras sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales la facultad de incorporar y mantener afiliados que hayan adherido voluntariamente a las mismas. Dichas afiliaciones se regularán por la normativa específica del sector, sin que resulte aplicable la presente ley".</i>
3	El objeto social exclusivo.	Ya que si se definiera que las obras sociales con sistemas de afiliados voluntarios son EMP, entonces hay un problema dado que no tienen un objeto social exclusivo.	
4	El modelo de ente de contralor: la superintendencia	Se ha copiado de las AFJP y ART. Tiende a la burocratización del sistema.	
5	Necesidad de aprobación previa de los planes médicos	Tradicionalmente las obras sociales han dado casi todas las prestaciones médico-asistenciales	
10 inc. d)	Obligación de cubrir al neonato del usuario	Siempre lo han hecho	
11	Inclusión de prácticas que no estén expresamente excluidas	La innovación médica produce permanente nuevas prácticas y prestaciones de salud	
22	El registro en el RENEMP a crearse	En el caso de las obras sociales sería el segundo registro en el que deben inscribirse para poder funcionar. El otro dispuesto por el art 6 de la ley 23.660.	
24 inc c)	La suspensión de hasta un año	Es incompatible con el tipo de instituciones sin fines de lucro que conforman las cooperativas, mutuales, fundaciones, etc.	
27 inc b)	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS(6% de la facturación anual).	Perjudicaría a las obras sociales pues en el caso de las de dirección tienen una serie de erogaciones establecidas por las leyes 23.660 y 23.661 y sus normas reglamentarias.	

Confederación Médica de la Rca Argentina

Comentarios generales

- El proyecto no especifica demasiado respecto de prepagos integrales y especializados.
- Están de acuerdo con que la SSS tenga la función de regulación y control sobre los distintos subsectores que componen el sector salud.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
2 inc a)		No queda claro si los prepagos especializados son considerados o si deben transformarse en integrales	
2 inc b)	Asuman el riesgo economico y asistencial		<i>Especificar: "Asuman el riesgo <u>económico</u> en un <u>determinado periodo de tiempo</u>" y calificar el tipo de pago (periódico).</i>
3	Inc b) Cooperativas, Asociaciones, etc. La exclusividad del objeto social		<i>No se compatibilizan pues las fundaciones tienen por objeto social la consecución de un fin de bien público.</i>
5	Definición de plan	Ambigüo. Podría referirse tanto al producto que se ofrece como al contrato específico entre las prepagas y los usuarios.	
6	La inclusión de las prácticas determinadas por la SSS en los planes	Inconstitucional. Intervención del Estado en el derecho de pactar libremente.	
7	Aprobación de los planes. Automática cuando la SSS no se expidió	Podría quedar autorizado un plan que no cumpla con la ley. No se establece si pueden apelar cuando no se les aprobó un plan ni ante quien No queda claro si pueden ofrecer el plan durante el período en el que la SSS debe expedirse	<i>Debería establecerse algún mecanismo de aprobación de los planes utilizados actualmente por las EMP.</i>
8 inc c)	Prohibición de liberarse de la responsabilidad cuando el usuario no haya sido satisfecho por prof. o inst. comprometidas		<i>Aclarar: "siempre que estuviese incluido en el contrato con el usuario"</i> <i>§</i>
8 inc f)	Prohibición de cláusulas que afecten la calidad y cantidad de las prestaciones y servicios ofrecidos	Parece referirse a las carencias y preexistencias pero es ambigüo.	
10	Contratos entre la EMP y los usuarios		<i>Deberían ser aprobados los contratos tipo por la SSS y ello debería ser aclarado en los contratos que se suscriban</i>

12	Plazo de 120 días previo a la afiliación definitiva	El riesgo empresario debe ser cubierto para todos los casos por la solidaridad grupal Fomenta la selección del riesgo. Hace depende la rentabilidad de la habilidad para detectar preexistencias más que de la calidad de los servicios y del buen trato al usuario	
16	Modificaciones en los listados de prestadores y servicios		<i>Deberían establecerse mecanismos sancionatorios para las EMP que:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incluyan en su cartilla prestadores sin el expreso consentimiento de éstos</i> • <i>Los prestadores que suspendan la atención a los usuarios de prepagas de forma unilateral e inconsulta.</i>
17	Cumplimiento de los prestadores del Programa Nacional de Garantía de Calidad	El MSAS no lo ha implementado y las normas establecidas son de máxima exigencia por lo cual la casi totalidad de los prestadores no llegarán a cumplirlas.	
18	Abonar las prestaciones al Hospital público	<ul style="list-style-type: none"> • No todos los Hospitales de autogestión están capacitados para brindar las prestaciones • Lesiona los derechos de las EMP en cuanto a la <ul style="list-style-type: none"> • contratación de prestadores y cartillas cerrada • controlar sus propios presupuestos • permite al hospital una condición de competencia desleal • obliga a aumentar las primas para enfrentar este riesgo. 	
19	Margen de solvencia	Poca experiencia sobre el tema en salud La Super. de Seguros lo hubiera encarado con mayor rigurosidad técnica.	
20	Reservas Técnicas		<i>Deberían eliminarse los inc c) y e) ya que no son activos líquidos o fácilmente realizables. Otras empresas de seguros podrían solicitar igual tratamiento frente a la ley, ya que actualmente no es así para ellas.</i>
21	Patrimonio neto	Pueden ser muy altos o muy bajos. No hay criterio El último párrafo limita el alcance a las EMP integrales. Si hay categorías de EMP debería ser planteado desde el principio.	
21 inc a)	Patrimonio neto para empresas existentes	Podría vulnerar derechos preexistentes	
22	Creación del Registro de EMP		<i>Deberían plantearse contenidos y funciones</i>

27	Tasa a la SSS (6 por mil)	No es técnicamente una tasa Es excesiva Doble imposición respecto del impuesto a los Ingresos Brutos.	
29	Reglamentación por parte del MSAS	Si es reglamentación de la ley le corresponde al PE. Si son otras normas a la SSS	

Otras propuestas

- *Ambos prepagos, integrales y especializados, deberían estar contemplados en el marco regulatorio pero respetando sus características diferenciales.*
- *En relación con ellos, lo impuesto por la ley de las PMO sólo debería regir para los integrales*
- *No se hace mención al cumplimiento por parte de las EMP de la ley del PMO.*

Confederación Odontológica de la República Argentina

Comentarios generales

- Reclaman equidad tributaria

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
3	La exclusividad del objeto social	La excesiva restricción no guarda relación con la preservación del patrimonio de las empresas y la salvaguarda de la garantía prestacional de los usuarios	<i>Debe referirse a objetos sociales referidos a la salud. Se facilitaría así la reinversión en capacidad instalada y aumento en servicios brindados</i>
5			<i>Planes diferentes para distintos grupos de beneficiarios con coberturas parciales o limitaciones previamente establecidas</i>
11	Inclusión de prácticas que no estén expresamente excluidas	Resulta impracticable detallar las prestaciones excluidas teniendo en cuenta los avances permanentes de la ciencia	
13	Igual precio del plan para todos los titulares	No permite diferenciación de precios en función de grupos adherentes.	
16	Notificación personalizada de los cambios en el listado de prestadores (altas y bajas)	Encarecerían demasiado el servicio.	<i>Debería autorizarse algún tipo de publicación</i>
19, 20 y 21	Reservas Técnicas, Capital y Margen de Solvencia	Debería contemplarse la situación de las entidades sin fines de lucro ya que en estos casos las utilidades vuelven como reinversión garantizando el mejor cumplimiento del objeto social	<i>Se debería contemplar la especial situación de las entidades sin fines de lucro.</i>
21	Delegación en el PE de la fijación del patrimonio neto para entidades especializadas		<i>Fijar pautas mínimas que aseguren la consideración de las especiales circunstancias que rodean al sector odontológico.</i>

27 inc. b)	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS(6% de la facturación anual).	Excesivamente elevada. Será trasladada a los precios de los servicios encareciéndolos	
---------------	---	---	--

Otras propuestas

- Sería importante mantener los coseguos. Los prepagos del interior funcionan con cuotas muy bajas

Cámara de Empresas de Medicina Prepaga, Servicios Médicos, Sociales y Asistenciales de Tucumán

Comentarios generales

- No tiene en cuenta la situación de los habitantes de esta zona del país, porque no contempla la existencia de aquellos planes de salud que nuestras empresas han diseñado para la realidad socioeconómica de estos ciudadanos y su capacidad de pago. Estos planes contemplan prestaciones acordes con los valores que pueden abonar sus usuarios
- Las empresas tampoco están en condiciones de afrontar un mayor costo que necesariamente sufrirá de la incorporación del PMO.
- Las empresas del interior padecen grandes inequidades tributarias: en Tucumán el impuesto a los ingresos brutos provinciales y municipales ronda el 8% mientras que en Bs As no llega al 2,5%. O por otros impuestos que todavía quedan en vigencia, como el de los sellos.
- Si estas empresas quiebran se producirá un aumento importante de los niveles actuales de desempleo.
- Estas empresas cubren un sector social que no interesa a los grandes grupos económicos.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
5			<i>Incluir los Planes Parciales, definiéndolos como complementarios y alternativos, vigentes en aquellas regiones del país destinados a afiliados de menores recursos. La aprobación por parte de la autoridad de aplicación de estos planes deberá ser automática.</i>
6			<i>Agregar que la Autoridad de Aplicación en ningún caso, podrá obligar a incorporar prácticas de ninguna naturaleza en los planes parciales</i>
7			<i>Se deberá agregar que el plazo estipulado es este art. se reducirá a 30 días cuando la autoridad de aplicación deba aprobar los planes parciales. No podrá rechazarlos ni interrumpir su vigencia por ningún concepto.</i>
Varios	La delegación en la SSS de la reglamentación de aspectos societarios, patrimoniales, económicos y prestacionales	La discrecionalidad que puede conducir a alimentar el desarrollo de monopolios u oligopolios en desmedros de las PYMES del interior del país.	

Otras propuestas

- *Posibilidad de mantener los planes de cobertura parcial, denominados por la Cámara como complementarios y alternativos, que atiendan a la realidad económica de los habitantes del interior del país.*
- *Reglamentar la ley de PMO con el fin de dar un alcance cierto, federal y accesible a todos los habitantes de nuestro país.*
- *Establecer parámetros racionales en cuanto a requisitos societarios, reserva técnica, solvencia y patrimonio neto, con el fin de que la ley sea efectivamente un instrumento de equilibrio de las partes involucradas y no un medio que facilite la desaparición de empresas.*

Asociación de Entidades de Medicina Prepaga del Interior

Comentarios generales

- Existen diferencias marcadas entre las entidades de Santa Fe y las de CF. Una es que aquellas están reguladas por los decretos vigentes N° 329 del 30/01/67 y 698 del 02/02/067 del gobierno de la Pcia de Santa Fe.
- Deben financiar la actividad con cuotas inferiores
- No define claramente los instrumentos legales que normarán la relación entre las partes: el reglamento o contrato general del sistema donde constarán las condiciones generales de adhesión y cláusulas comunes a todos los planes de la entidad; la solicitud de inscripción donde constarán los datos de filiación y demás habituales a tal efecto así como la eventual aceptación de la solicitud por parte de la entidad; la declaración jurada de antecedentes de salud donde constará la información sobre el estado de salud brindado por los solicitantes a la entidad; la cartilla de prestaciones del plan elegido donde constarán con el mayor detalle posible las prestaciones, coberturas, coseguros, períodos de carencia y observaciones comunes a los servicios del plan de cobertura elegido y contratado entre las partes; el listado de prestadores donde constarán los principales prestadores de la entidad en las distintas ramas y especialidades.
- La ley del PMO y el presente proyecto en sus términos actuales atentan contra las actividades de las EMP en las formas en que se ha venido desarrollando en la Pcia de Santa Fe.
- La actividad de las EMP de Sta Fe se basa en bajas cuotas mensuales prepagas, coseguros prepagos o pospagos, carencias, diferenciación de edades para el ingreso y restricciones para las enfermedades preexistentes.
- El proyecto modifica todas o algunas de esas fuentes de financiación. Estas EMP no sobrevivirán con las siguientes consecuencias: se recargará el hospital público con los previsible efectos sobre la calidad de la salud de la población y sobre las arcas de los Estados Nacional y Provinciales.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
2 inc. b)	Asunción del riesgo asistencial	Se produce un confuso límite entre las responsabilidades del prestador y las de las EMP lo cual puede dar lugar a malentendidos en los casos de mala praxis profesional	<i>Revisión del art. y una mejor definición del concepto de riesgo asistencial</i>
3	No incluye a las obras sociales con sistemas de afiliación voluntaria		<i>Incluirlos</i>
6	La inclusión de prácticas que determine la autoridad de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • Atenta contra la libertad de pactar entre las partes. Podría tener efectos similares a la ley del PMO. • No contempla los efectos de la innovación tecnológica en medicina 	
11	Inclusión de prácticas que no estén expresamente excluidas	Pone a las entidades a merced de una demanda que, por desconocida, resulta impracticable su previsión.	
12	Plazo de 120 días para las enfermedades preexistentes		<i>Plazo de 150 días a fin de que considerando el preaviso de 30 días se hagan efectivamente un plazo de 120 días para la detección</i>

16	Modificaciones de los prestadores sin afectar la calidad y la cantidad	No contempla el interior en el cual la oferta no es tan variada y no siempre se puede garantizar la calidad y la cantidad	
17	Cumplimiento de los prestadores del Programa Nacional de Garantía de Calidad	La fiscalización es obligación del Estado nacional	<i>Las EMP deberían solicitar informes sobre si sus prestadores cumplen con las condiciones debidas al organismo nacional competente en la materia</i>
30	Plazo de dos años para la adecuación de los estatutos relacionados con el objeto social exclusivo		<i>Que se incluya a todas las entidades existentes, no sólo para la adecuación de dichos estatutos sino para el total encuadramiento al presente proyecto</i>

Otras propuestas

- *Normatizar los instrumentos legales de contratación del servicio incluidos en los comentarios generales.*

REGULACIÓN DE LA MEDICINA PREPAGA
Proyecto del Poder Ejecutivo
AUDIENCIAS PUBLICAS - 18 de septiembre de 1997
Objeciones y comentarios de cada institución

Asociación de Hospitales de Colectividades y Particulares sin Fines de Lucro

Comentarios generales

- A favor de la desregulación total de la seguridad social.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
5 y 6		La incorporación de la propuesta es a los efectos de corregir los errores de la ley del PMO y mejorar y adecuar la realidad actual a los alcances del PMO	<i>Incluir el detalle preciso de las coberturas que como mínimo podrán ofrecerse</i>
12	Plazo de 120 días para detectar enfermedades preexistentes pasado el cual no podrán negar atención y tratamiento al usuario	Se ve alterada la equidad de las relaciones contractuales que enuncia como objetivo del proyecto en el caso de las enfermedades preexistentes que el beneficiario conocía y a sabiendas no declaró	
12	Enfermedades preexistentes		<i>Rrequerirían mayores precisiones</i>
15	Motivos de rescisión unilateral de contratos	Incompleto. Altera la equidad de las relaciones contractuales que enuncia en los objetivos del proyecto	<i>Incorporar como causa de rescisión la eventual conducta dolosa por parte del usuario</i>
18	Pago de prestaciones a los hospitales públicos sin convenio previo y cuando no son casos de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Puede provocar severos daños económicos a las EMP • No es equitativo 	<i>Modificación y adecuación al principio de equidad buscado por la legislación</i>
19, 20 y 21	Patrimonio neto, reservas técnicas y margen de solvencia		<i>Deberían relacionarse con el objeto social y la naturaleza jurídica de los sujetos en tanto entidades sin fines de lucro</i>
27 inc. b	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS(6% de la facturación anual).	<ul style="list-style-type: none"> • Excesiva. • Es un costo que se trasladará a los asociados incidiendo en el incremento del costo de ese servicio, el salario del asociado y el índice de precios. 	

- Que se asegure el tratamiento fiscal actual dado a los entes dedicados a la actividad de atención de la salud incluyéndolos expresamente en la norma. La eliminación de exenciones vigentes y la gravabilidad con el IVA terminará incrementando el costo final del servicio. Todo el que no pueda acceder irá al hospital público.

Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI)

- No queda claro si incluye o no a las obras sociales que tienen un sistema de afiliación voluntaria.
- Imposibilidad de sostener la actual arquitectura de planes dado que el cumplimiento del PMO obliga a un único plan más allá de la voluntar contraria de los usuarios.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
3 y 22	Creación del Registro de EMP	Innecesario. Establece controles y registros redundantes para , por ejemplo, las mutuales o las obras sociales de dirección.	
5	Aprobación de los planes por parte de la SSS	Establece controles redundantes para , por ejemplo, las mutuales o las obras sociales de dirección que dan casi todas las prestaciones	
11	Inclusión de las prácticas que no estuvieren expresamente excluidas	Es imposible por el avance de la medicina. Lo que debe privar es la manifiestaicón escrita entre las partes	
24 inc c)	La suspensión de hasta un año	Es incompatible con el tipo de instituciones sin fines de lucro	
27 inc b)	Tasa a la SSS del 6 por mil.	Impone un doble imposición a por ejemplo las obras sociales de dirección que ya tienen una serie de aportes obligatorios	

- Incorporar un art que diga: *“Sin perjuicio de lo normado en el presente, reconócese a las obras sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales la facultad de incorporar y mantener afiliados que hayan adherido voluntariamente a las mismas. Dichas afiliaciones se regularán por la normativa específica del sector, sin que resulte aplicable la presente ley”*.

Asistencia Médica Social Argentina

Comentarios generales

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
2	La ambigüedad respecto de la inclusión de las obras sociales que tienen afiliados voluntarios	Remite a lo expuesto por otros oradores.	<i>Incluirlos</i>
3	Exclusividad del objeto social	Impediría el desarrollo de otros servicios como ser administración y explotación sanatorial, servicios de ambulancia, servicios de laboratorio, etc.	<i>Incluir las actividades directamente relacionadas con y/o complementarias de la medicina prepaga</i>
4	La constitución de la SSS como autoridad de aplicación	La no representación de las EMP	<i>Debería haber un área específica o un consejo para la representación de las EMP.</i>
6	Inclusión de las prácticas que determine la autoridad de aplicación	Incompatible con el espíritu de la ley en lo que hace a la libertad de contratación entre las partes en un marco de supervisión del Estado. El resguardo de las condiciones está asegurado en los art. 6 (resto) , 7 y 8.	
10 inc. a)	No se hace ninguna mención de los derechos de las EMP en materia de contratos con el usuario.		<i>Incorporar la propuesta de Almudevar: "Las prepagas deberán, si es el caso, notificar a los consumidores sus intenciones de modificar precios o alcance de los servicios, con sesenta días de anticipación al vencimiento".</i>
10 inc. c)			<i>Se debería poner: "las prestaciones, prácticas e insumos incluidos y excluidos de la cobertura".</i>
11	La inclusión de las prácticas no excluidas expresamente	Las permanentes incorporaciones de prácticas por innovación incidirían negativamente haciendo imprevisibles los costos	<i>Las prácticas y servicios no excluidos expresamente son los que regían al momento de la incorporación del afiliado</i>
12	La notificación al usuario treinta días antes del vencimiento del plazo de las preexistencias, que es de 120 días	Es inadecuado porque es en la segunda mitad de los 4 meses en donde se concreta la detección de las preexistencias.	<i>La notificación al usuario pueda hacerse hasta el último día de esos 120 propuestos.</i>

13	Igualdad de precio para todos los usuarios titulares	<u>Socios voluntarios colectivos</u> se rigen por otras condiciones distintas de los socios voluntarios individuales. <u>Edad</u> El mismo decreto 292/95 reconoce cápitales diferenciales para distintos grupos etáreos: a mayor edad mayor cápita.	<i>Los socios grupales o colectivos deberían registrarse por otras condiciones Deberían establecerse diferencias de precios por edades, en función de la tasa de uso diferencial de cada una de ellas. A partir de determinada edad y cada cinco años se puedan aplicar incrementos en la cuota básica. (AMSA: después de 75 años son del 6, 11, 16 y 25% para los mayores de 85 años)</i>
18	Cobro por parte del Hospital Público		<i>Debe dejarse aclarada la posibilidad de efectuar auditorías</i>
20	Base mínima de las reservas técnicas sin tope máximo	Riesgo de dejar su fijación en manos de la SSS	
20	Base mínima equivalente a un mes de facturación	Válido para quienes trabajan con terceros prestadores y deben pagar la facturación recibida, pero no para quienes tienen la infraestructura asistencial. Por ello están de acuerdo con el inc. e) que indica la posibilidad de invertir en bienes de infraestructura asistencial. Ej: empresas de emergencias médicas que tienen sus móviles, etc.	<i>En el inc. e) debería estar incluidos otros aspectos de la infraestructura tales como gastos que insume dicha infraestructura: sueldos, cargas, insumos, placas radiográficas, medicamentos, etc.</i>
27 inc. b	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS(6% de la facturación anual).	Excesivo	<i>Porcentaje máximo del 0,2% de la facturación mensual</i>

Otras propuestas

- Deberían fijarse los tiempos de reglamentación y aplicación de la ley, sobre todo los de adecuación por parte de empresas de medicina prepaga a los nuevos requisitos, en especial de capital y de reserva técnica, metas a las que habría que llegar después de ajustes progresivos.
- Excensión impositiva para todas aquellas entidades que tengan programas y acciones específicas dirigidas hacia el bienestar social y no solamente para las entidades sin fines de lucro
- PMO obligatorio pero solamente en uno o dos planes por entidad..
- La definición de las características que deben reunir las EMP (arts. 1, 2 y 3) están mucho más clara en el Proyecto de Almudevar: sugieren su incorporación.

Federación Argentina de Mutuales de Salud

Comentarios generales

- Acuerdan con la regulación pero ésta debería diferenciar entidades con fines de lucro de sin fines de lucro (mutuales) porque éstas últimas son:
 - La salud es un objetivo en si mismo basado en valores de ayuda mutua y de responsabilidad propia
 - No son asociaciones de capitales sino de personas que tienen una responsabilidad solidaria por el manejo de fondos y de la gestión administrativa que realicen
 - Todos los recursos y bienes sociales se halla afectados al cumplimiento de su objetivo
 - La relación entre la entidad mutual y los asociados no es de caracter contractual sino estatutario

Art.	Objetan	Motivo	<i>Propuestas</i>
2 inc. c)	Contrato escrito de prestaciones médicas entre la entidad y el usuario	En las mutuales no hay contrato debido a que la relación entre las partes es estatutaria. El asociado no es cliente que contrata sino alguien que se adhiere a estos servicios, los cuales son aprobados por el órgano directivo y la asamblea.	<i>Debería decir: “y el usuario o establezcan los respectivos reglamentos las condiciones en que se prestarán los servicios a sus asociados en caso de las entidades mencionadas en el inc. b) del artículo 3ro”</i>
3 inc. b)	Naturaleza jurídica de las mutuales, cooperativas. etc.	No está explicada la posibilidad de asociación	<i>Debería permitirse a estas organizaciones agruparse a los fines específicos de esta ley. Debería decir: “las cooperativas, mutualidades, asociaciones, fundaciones, y sus uniones con personería jurídica”</i>
3	Exclusividad del objeto social	Hay entidades mutuales y asociaciones que brindan otros servicios, y estos pueden ayudar a sostener el servicio de salud. Incluso podría interpretarse que una entidad no podrá desarrollar su actividad prestando servicios a terceros, como por ej. a obras sociales, porque la actividad deberá ser exclusivamente para medicina prepaga	<i>Permitirlo. Establecer que cuando se trate de las personas jurídicas previstas en el inc. b) del presente artículo, que desarrollen además actividades distintas de las descriptas en el artículo 2do deberán afectar el patrimonio mínimo que en cada caso se determine para el cumplimiento exclusivo de las actividades previstas en la ley Se podría exigir contabilidad separada</i>
5	Coberturas parciales vs integrales		<i>Agregar luego de “...y demás prestaciones y servicios” lo siguiente: “total o parcialmente comprometidos por las entidades de medicina prepaga”</i>

12	Plazo de 120 días para la disolución del contrato	Si el usuario tiene una enfermedad preexistente y se le detecta nadie lo va a atender	Durante un plazo de ciento veinte (120) días, contados desde el día de la suscripción, la entidad de medicina prepaga (EMP) tendrá derecho a dejar sin efecto el contrato o proponer carencias especiales para la cobertura de determinadas patologías, prácticas de diagnóstico o tratamiento, sin que con ello se haga nacer derecho alguno en favor del usuario. La decisión de dejar sin efecto el contrato o de proponer carencias especiales como opción, deberá ser notificada al usuario, en forma fehaciente, con una anticipación no menor a los treinta (30) días del vencimiento de dicho plazo. Transcurridos el mismo sin que haya ejercido esta opción la entidad de medicina prepaga (EMP) deberá brindar toda la cobertura prevista en el plan y contrato suscrito por el usuario sin que pueda invocarse preexistencia alguna, <i>excepto que se produzcan algunos de los supuestos del artículo 15.</i> Modificar el art. 9 en forma acorde.
15	Obligación de información a cargo del usuario		<i>Debería ser por Declaración Jurada</i>
17	Cumplimiento de los prestadores del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica	Muchos prestadores del interior no cumplirían con todos los requisitos y serían a la vez la única oferta disponible en el área	<i>Agregar al final del artículo: "Cuando no existan en cantidad suficiente prestadores que cumplan con las referidas condiciones, la Superintendencia podrá exceptuar a las EMP de estas obligaciones"</i>
20	Reservas Técnicas		<i>Deberían reducirse en un 50% para entidades sin fines de lucro</i>
21	Patrimonio neto		<i>Idem que reservas</i>
26	Recursos		<i>Debería decir: "Contra los actos administrativos que dispongan la suspensión o cancelación de la inscripción en el Registro, como así también los que determinan márgenes de solvencia o reservas técnicas en particular para las empresas de medicina prepaga, se podrá recurrir con efecto suspensivo ante la Cámara Federal con competencia en lo contencioso administrativo con jurisdicción en el domicilio del recurrente. El recurso deberá ser interpuesto dentro de los treinta días de notificada la suspensión o cancelación, de los márgenes o montos de reserva en el domicilio legal de la entidad de medicina prepaga y tramitará por procedimiento sumario.</i>
27 inc. b)	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS(6% de la facturación anual).	Debería establecerse un presupuesto para determinar debidamente cuál va a ser el porcentaje a aplicar	<i>Para las entidades sin fines de lucro debería ser inferior al 3 por mil</i>
29	Facultades de reglamentación a la SSS y del Ministerio	Amplísimas. Debería estar a cargo del PE y tener un lineamiento de reglamentación fijo y no con resoluciones que tienen márgenes ilimitados de modificación.	<i>Debería decir: "El Poder Ejecutivo dictará las normas reglamentarias para la puesta en vigencia de esta ley dentro de los noventa días de su publicación".</i>

	Tiempo de adecuación para las entidades sin fines de lucro		<i>Debería decir: La SSS contará con un consejo consultivo honorario integrado por tres representantes de las entidades de medicina prepaga previstas en cada uno de los incisos a) y b) del artículo 3ro, designados por el Ministerio de Salud y Acción Social a propuesta de las organizaciones más representativas de cada sector. Antes del dictado de resoluciones de orden general por parte de la SSS se deberá requerir opinión fundada al consejo consultivo”.</i>
--	--	--	--

Asociación Argentina de Cámaras de Seguro (Comisión de Salud)

Comentarios generales

- **Ramo “Vida” de las compañías de seguros:** Cumplirían con todas las características del artículo 2do: es decir son EMP y sus planes cumplen con lo estipulado por el art. 5to, salvo que la aprobación está hecha por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Esto es práctico desde el punto de vista técnico y económico pero no desde los aspectos médicos ya que la Superintendencia de Seguros no tiene especialización en el tema. Al fijar en el art. 4 que la Superintendencia de Servicios de Salud es la autoridad de aplicación se coloca a las compañías de seguro en una situación de dualidad de controles de características similares. Habría muchas coincidencias entre este proyecto y la ley 20.091 del seguro: art. 2 inc. b), 3, 7, 8 inc. a), b) c), d) y e) y 20. Duplica estructuras al atribuir a la SSS funciones de control referidas a solvencia, liquidez, claridad y lealtad de la oferta de servicios y reservas e inversiones que realiza la Superintendencia de Seguros de la Nación para las compañías de seguro, reaseguros y vida previsional. Va en contra de la eficiencia del Estado. Se pierde la experiencia adquirida a través de años de estudio y aplicación de las leyes asociadas a prácticas aseguradoras. (Leyes 17.418 del seguro, 20.091 de aseguradores y su control, 22.400 de productores, asesores y promotores). Pero, a su vez, la actividad de medicina prepaga o seguros de salud privados no puede regularse sólo por estas leyes ya que no cubre aspectos específicos de las cuestiones médicas y éticas de la actividad

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
10	Vigencia no inferior a un año de los contratos	Riesgo asociado: si se gravara la actividad con el IVA el usuario debería pagar el 21% junto con la primera cuota	<i>Vigencia mensual.</i>
11	Inclusión de las prácticas que no están expresamente excluidas	Riesgo asociado: imprevisibilidad de los costos y las tasas de uso de prácticas nuevas no conocidas al momento de firmarse el contrato	<i>Que lo que no puede ser excluido sean prácticas y servicios médicos aceptados por la ciencia médica en el momento de celebración del contrato</i>

12	Plazo de 120 días para rescindir el contrato	Las empresas asumen el riesgo, en base a declaraciones de los afiliados de acuerdo con su experiencia, la de sus reaseguradores y a la del resto del mercado. El azar moral, el conocimiento que pueda o no tener un afiliado respecto de su salud están incluidos en el precio fijado por el contrato o en las tasas de uso, que se utilizan para fijar los precios que incluyen las prestaciones realizadas de acuerdo con los hechos que pueden ser no detectados. La aplicación de normas referidas a la reticencia de información con o sin dolo, son suficientes. Caso contrario la persona que sufre alguna enfermedad no va a ser afiliada por nadie.	Eliminar el art. 12 e incluir una cláusula de reticencia similar a las de los contratos de seguros, en el art. 15 y agregar expresamente la cobertura de preexistencias, enfermedades preexistentes y congénitas, en tanto éstas no hayan sido diagnosticada o tratadas con anterioridad a la firma del contrato de cobertura.
15	Rescisión unilateral de contratos.		

Otras propuestas

- Tomar como modelo la Ley de Riesgos del Trabajo que divide las funciones de contralor en dos Superintendencias: la de ART y la de Seguros de la Nación.
- Incluir la obligación para las empresas de entregar información a requerimiento de los organismos de control. Y, para estos, la de recolectar, elaborar, evaluar y poner los datos en conocimiento del público, del Estado, de los aseguradores y de los prestadores en un contexto global y planificado. De esta manera se resuelve una de las fallas del mercado de la salud como es la de la asimetría de información entre prestadores y usuarios. Adicionalmente, el conocimiento de datos ciertos, referidos a valores generales de utilización, tasas de uso y su grado de dispersión, permiten ajustar los precios y controles, y actuar sobre la sub o sobre prestación, facilitando un mecanismo de corrección para otra falla de mercado, derivada de la capacidad de los prestadores de generar su propia demanda

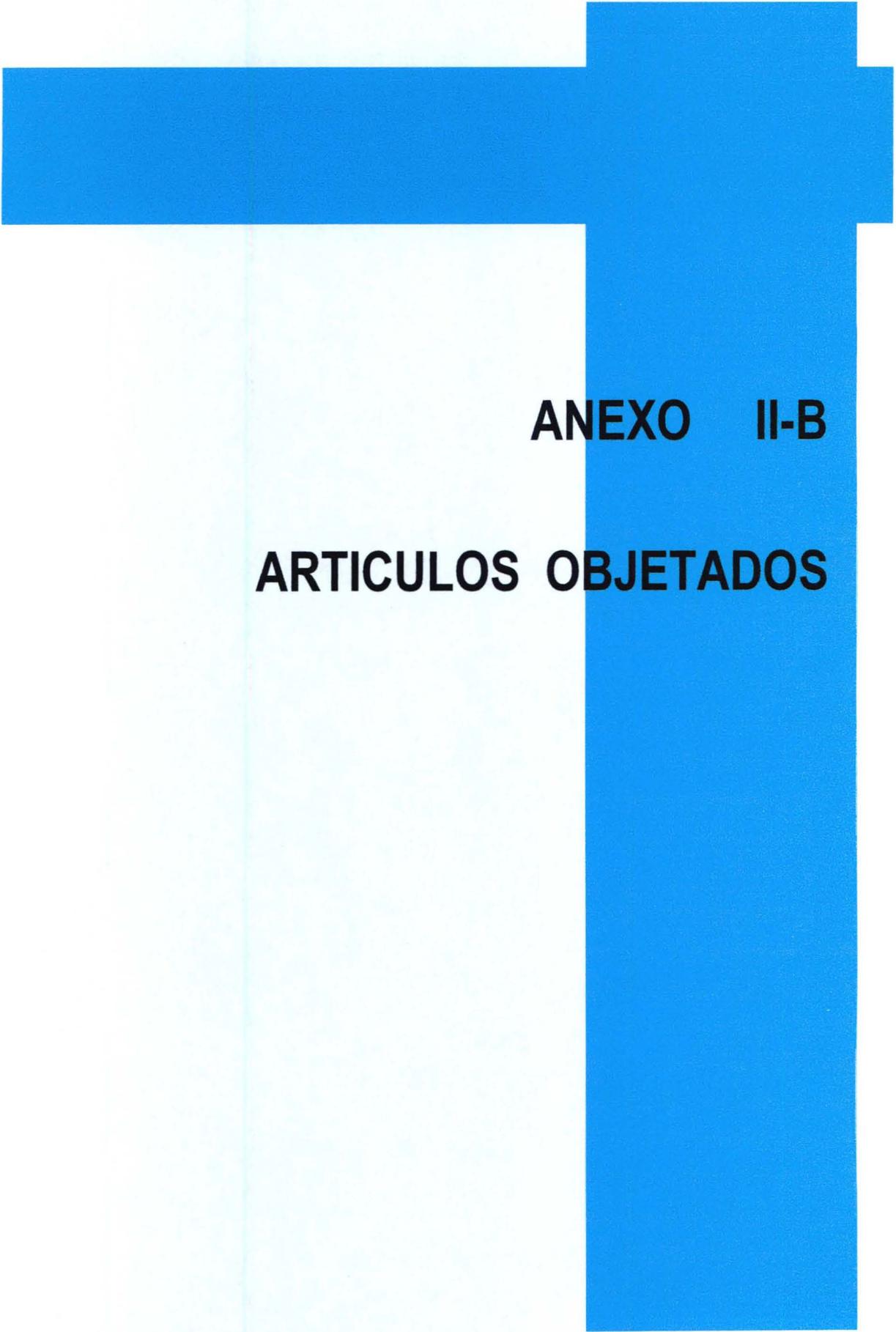
Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual (INACYM)

- Debería permitirse que las cooperativas y mutuales brinden servicios especializados.

Art.	Objetan	Motivo	Propuestas
2	Suscripción de un contrato escrito	El asociado no es cliente que contrata sino que recibe los servicios	Agregar: "o establezcan en los respectivos reglamentos las condiciones en que se prestarán los servicios a sus asociados en el caso de las entidades mencionadas en el inc. b) del art. 3ro
3 inc b)	Exclusividad del objeto social	Demasiado restrictivo. Debe ampliarse a actividades siempre dentro de la salud	Agregar: "cuando se trate de las personas jurídicas previstas en el inciso b del rpresente, que desarrollen además, actividades distintas a las descritas en el art. 2 deberán afectar el patrimonio mínimo que en cada caso se determine para el cumplimiento exclusivo de las actividades previstas en esta ley. Deberán llevar contabilidades separadas

5 inc b)	No mención de las obras sociales con afiliados voluntarios	Son, en ese aspecto, EMP-	Agregar: "...y obras sociales que ofrezcan planes para adherentes optativos"
4	Autoridad de aplicación: SSS		Cambiar por: "El MSAS será la autoridad de aplicación de la presente Ley. En su ámbito funcionará el Directorio de la Superintendencia de las EME. Este directorio estará integrado por: el superintendente, tres representantes del PE (incluyendo uno por el INACYM), representante por cada una de las cámaras empresariales reconocidas, representante del Sector mutual del área de la salud, representante del Sector Cooperativo del área de la salud, representante del Sector Gremial Médico, Representante del Sector Gremial Sanatorial".
6			Sacar "... y las normas que al efecto dicte la Superintendencia de Servicios de Salud " y reemplazarlo por " <u>sus disposiciones reglamentarias</u> ".
7	90 días para que la SSS apruebe el plan de las EMP		Acortarlo a 30 días
11	Inclusión de las prácticas que fueren expresamente excluidas	Incremento de los costos por la innovación científica	Agregar: "Se excluyen de esta obligatoriedad a aquellas prestaciones y prácticas que en el momento de la firma del contrato no se realicen en el país"
16	Las modificaciones rigen a partir de la notificación al titular	Impracticable por el alto nivel de modificación	Quitar el último párrafo donde esto se especifica.
16	Las modificaciones rigen a partir de la notificación al titular	Impracticable por el alto nivel de modificación	Quitar el último párrafo donde esto se especifica.
17	Cumplimiento de los prestadores del programa Nacional de garantía de Calidad	Es imposible su aplicación en el interior del país Es obligación del Estado nacional	Eliminarlo
18	Pago al Hospital Público de Autogestión		Para la atención programada deberá requerirse autorización de la EMP. Para la urgencia el Hospital deberá comunicar esta situación en un plazo máximo de 12 horas. La SSS deberá recibir de los hospitales sus respectivos cuadros arancelarios y ponerlos en conocimiento de las EMP
20 Y 21	Reservas técnicas y patrimonio neto.		Tratamiento diferencial para las EMP del Interior. Que la SSS haga las determinaciones de las reservas técnicas una vez presentado un primer balance completo con un ejercicio cerrado

20	Reservas técnicas		<p>Que sean inferiores a la mitad del promedio del gasto asistencial anual de los 12 meses anteriores a la fecha de cierre de cada ejercicio</p> <p>Para las mutuales deberían reducirse en un 50% en razón de su finalidad no lucrativa.</p>
21	Patrimonio neto.		<p>Reducirse el monto y establecerse un período para su cumplimiento en forma progresiva. Agregar después de los incisos a) y b) lo siguiente: "Las entidades mencionadas en el inciso b del art. 3 deberán contar con un patrimonio neto equivalente al 50% de los montos indicados, el cual deberá integrarse en un plazo de dos años a tal fin deberá contabilizar separadamente la actividad de medicina prepaga</p>
24	Monto de las multas	Excesivos. Ponen en riesgo la continuidad de estas entidades	<p>De \$ 1.000 hasta el 3% del promedio mensual del gasto asistencial</p> <p>Eliminar los inc. c) y d)</p>
26			<p>Deberá decir (suprimiendo la última frase) : "Contra los actos administrativos que dispongan la suspensión o cancelación de la inscripción en el Registro, se podrá recurrir ante la Cámara Federal con competencia en lo contencioso administrativo con jurisdicción en el domicilio del recurrente.</p>
27 inc. b)	La tasa de aporte de cada entidad a la SSS(6% de la facturación anual).		<p>Para las entidades sin fines de lucro debería ser del 2 por mil</p>
29	Reglamentación a la SSS y del Ministerio	Debería estar a cargo del PE por decreto	<p>Debería decir: "El Poder Ejecutivo dictará las normas reglamentarias para la puesta en vigencia de esta ley dentro de los noventa días de su publicación".</p>
30	Tiempo de adecuación para las entidades sin fines de lucro		<p>Eliminarlo</p>



ANEXO II-B

ARTICULOS OBJETADOS

Artículos objetados por las distintas instituciones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
FEMECA			■					■	■							■				■							■							
ADEMP		■	■			■		■		■	■	■	■								■	■						■				■		
EXCELL Group S.A				■																		■												
ADELCO										■		■	■								■	■												
MEDICUS S.A.			■			■					■								■	■		■						■				■		
CEMIC											■										■	■												
CAEME																					■			■					■			■		
CERO										■											■	■								■				
CAPYMEP			■							■		■				■					■	■						■						
Cám. de Emp. Méd y Méd Dom.			■		■			■	■	■	■	■				■				■	■							■						
Cám de Emp. De MP del Interior			■		■	■		■		■	■	■				■		■			■	■						■						
CIMARA												■								■	■							■						
CONFECySA	■	■	■			■				■	■	■		■					■		■	■						■						
OSDE		■	■	■	■					■	■	■									■	■		■										
COMRA		■			■	■		■		■		■					■	■	■	■	■	■						■		■				
CADEMTUC						■															■	■												
CORA		■	■		■						■		■				■			■	■	■						■						
ADEMPI		■				■		■		■		■				■	■				■	■						■					■	
Asoc. de Hosp.sin fines de lucro					■	■				■	■	■				■	■			■	■	■						■						
Asoc. de Hosp. De Cl. S/ f de lucro					■	■				■	■	■				■	■			■	■	■						■						
AMSA		■	■	■				■	■	■	■					■	■				■	■						■						
FAMSA		■	■		■							■				■	■				■	■						■	■		■	■		
Asoc. Arg. de Cámaras de Seguro										■	■	■				■	■				■	■						■			■	■		
INACYM		■	■	■		■					■										■	■			■			■	■		■	■		
ACAMI			■		■						■											■			■			■	■					

A large, solid blue cross graphic is positioned in the upper right quadrant of the page. It consists of a vertical bar and a horizontal bar that intersect at their midpoints.

ANEXO II-C

MODIFICACIONES INTRODUCIDAS

Modificaciones Introducidas al Proyecto de Ley de Regulación de Medicina Prepagas del PEN luego de las Audiencias Públicas

Art.1.-Reemplazado casi en su totalidad por la redacción propuesta por CONFECySA. Básicamente se pasa de regular entidades a regular la actividad. El texto subrayado fue adicionado por la Comisión: *"Quedan comprendidas en la presente ley las actividades por las cuales las entidades que reúnan las condiciones que establece el artículo siguiente, asuman la obligación de atender la salud y el riesgo de enfermedad, en las condiciones que se pacten, de acuerdo con los planes que autorice la Superintendencia de Servicios de Salud, mediante el pago de una cuota dineraria periódica por parte del beneficiario".*

Art.2.-En el inc. b) incorpora la propuesta de CONFECySA especificando que deberán asumir *la obligación asistencial* y no el riesgo, como decía en el proyecto aludiendo a la mala praxis. Y en el inc. c) se incorpora la propuesta textual del Inacym *"o establezcan en los respectivos reglamentos las condiciones en que se prestarán los servicios a sus asociados en el caso de las entidades mencionadas en el inc. b) del artículo 3ro"* en referencia a la especificidad de cooperativas y mutualidades las cuales no suscriben contratos con los usuarios.

Art.3.-Se modificó totalmente, según lo solicitado por la mayor parte de las entidades, incorporando todo tipo de instituciones y colocando como única limitación el caso de instituciones que por alguna ley esté inhabilitada para prestar este tipo de servicios.

Art.4.-Se incorporó a *la ley 24.754* dentro de la órbita de aplicación de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Art.5.-Se le otorgó al *Ministerio de Salud y Acción Social* la facultad normativa sobre las características de los planes de salud de las EMP.

Art.6.-Se le otorgó al *Ministerio de Salud y Acción Social* la facultad normativa sobre la aprobación los planes de salud de las EMP.

Art.7.-Se incorporaron respuestas a cuestionamientos efectuados por COMRA: *"Las EMP podrán recurrir las decisiones negativas de la Superintendencia ante el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. No podrán ofrecer los planes hasta tanto no medie aprobación explícita o tácita. La Superintendencia reglamentará el tratamiento de los contratos preexistentes a la vigencia de la presente"*

Art.8.-En el inc. c) se incorporó una propuesta de COMRA indicando que las *"Las EMP no podrán incluir en sus Planes ni en los contratos cláusulas que: c) las liberen de responsabilidad cuando el requerimiento del usuario no pudiera ser atendido por profesionales o instituciones comprometidos, siempre que estuviese incluido en el contrato con el beneficiario"*. En el inc. g) se sustituyó el cumplimiento de la presente ley por: *"el cumplimiento de la legislación vigente"*.

Art.9.-Sin modificaciones.

Art.10.-Se incorporó la propuesta de la Cámara del Seguro en el inc. a): en relación con el plazo de 12 meses se lo adjudica al contrato y no a la vigencia, la cual puede tener otro plazo. Se incorporó otra de ADEMP en el inc b) indicando que la facultad del usuario de dejar sin efecto el contrato en cualquier momento de la vigencia del mismo sólo es válido cuando haya transcurrido un año de vigencia y pago. En el inc. c) se modificó integralmente el sentido del mismo con el agregado final: *"las prestaciones, prácticas e insumos incluidos en la cobertura que excedan los mínimos determinados anualmente por la Superintendencia"* (en relación con las cláusulas contractuales entre EMP y usuario exigidas).Se incorporó un nuevo inciso: *k) la cobertura de mala praxis.*

Art.11.-Se modificó totalmente incorporando propuestas varias. *"Se deberá entender como incluidos dentro del contrato las prácticas y servicios determinados por la ley 24.754, que la Superintendencia actualizará anualmente. Las prácticas y servicios complementarios no incluidos expresamente, quedan excluidos de la cobertura a brindar por las EMP a los usuarios. La Superintendencia podrá autorizar EMP especializadas que cumplan parcialmente con las prestaciones determinadas por la ley 24.754. En todos los casos deberán cumplir el capítulo correspondiente a la especialidad adoptada contemplados en la Resolución 247/96 o la que la sustituya o reemplace."*

Art.12.-Se modificó totalmente (en un sentido opuesto a todas las propuestas que se hicieron en relación al artículo) reafirmando el principio de acceso a la salud sin carencias o preexistencias.*"La vigencia del vínculo contractual entre la EMP y el beneficiario será de pleno derecho desde la suscripción del contrato. A partir de dicho momento el beneficiario tendrá derecho a recibir todos los servicios comprometidos en el contrato"*.

Art.13.-Se incorporó la edad como factor diferenciador de precios según lo cuestionado y propuesto por FEMECA y AMSA.

Art.14.-Sin modificaciones.

Art.15.-Se incorporó *la actitud dolosa comprobada por parte del beneficiario* como causal de rescisión del contrato a propuesta de CAPYMEP y de la Asociación de Hospitales de Comunidad y Particulares sin Fines de Lucro. Se aclaró que la causal de falta de pago puede ser de dos meses si el afiliado lleva más de un año en el sistema y fue debidamente notificado.*"En el caso de beneficiarios con una antigüedad mayor al año y que hubieran incurrido en falta de pago por más de 60 días, la EMP deberá notificar fehacientemente al beneficiario y si este no abona su deuda dentro de los 10 días hábiles de notificado podrá la EMP dar por rescindido el contrato. En todos los casos el contrato mantendrá su vigencia y se deben cumplir con las obligaciones prestacionales hasta tanto no se cumplan con los plazos aludidos"*.

Art.16.-Se incorporó:*"Las EMP no podrán incluir en su cartilla prestadores sin el expreso consentimiento de estos. Los incumplimientos o violaciones a las prescripciones del presente artículo serán sancionadas por la Superintendencia de acuerdo con lo señalado en el artículo 24"* a propuesta de la Comisión.

Art.17.-Sin modificaciones.

Art.18.-Se incorporó:*"La Superintendencia dispondrá dentro de los 90 días de sancionada la ley los mecanismos financieros para garantizar por parte de las EMP el pago de los servicios aludidos en plazos no mayores a los 60 días. Asimismo podrá disponer mecanismos de auditoría de las prestaciones"*.

Art.19.-Sin modificaciones.

Art.20.-Se incorporó la propuesta de la mayor parte de las entidades de fijar en la misma ley las reservas técnicas: *"...iguales al promedio de facturación anual de los doce meses anteriores a la fechas de cierre de cada ejercicio..."*

Art.21.-Se trasladó la facultad legislativa sobre el patrimonio neto de las EMP de la Superintendencia de Servicios de Salud al PEN.

Art.22.-Se modificó la noción de persona por *"persona jurídica"*, en referencia a los entes habilitados a funcionar previa inscripción en el registro correspondiente.

Art.23.-En relación con la facultad normativa otorgada al Ministerio de Salud y Acción social se aclaró *"de la Nación"*.

Art.24.-Sin modificaciones.

Art.25.-Sin modificaciones.

Art.26.-Sin modificaciones.

Art.27.-Sin modificaciones.

Art.28.-Se agregó a las especificaciones para el cobro de montos dinerarios lo establecido en el artículo 18 referido al cobro de las prestaciones brindadas *"por parte del Hospital Público de Autogestión"*.

Art.29.-Sin modificaciones.

Art.30.- Pasó como art. 31 a disposición transitoria. El nuevo artículo 30 dice *"En el caso de falencia de una EMP la Superintendencia podrá, mediante concurso público, transferir a otra EMP la cobertura médica de los beneficiarios de la fallida"*.

Art.31.-Pasó como art. 32 a disposición transitoria.

Art.32.-Corresponde al art. 31.

Art.33.- Sin modificaciones.