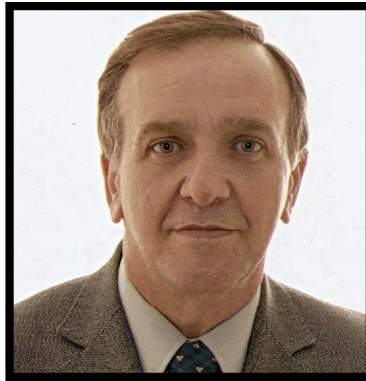


CURSO ANUAL DE AUDITORIA MÉDICA
HOSPITAL ALEMÁN 2009

MONOGRAFÍA

LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA
EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Historia, actualidad y perspectivas.



Autor: Dr. Fernando Gore

ÍNDICE:



Introducción.....	3
Desarrollo.....	4
✓ Antecedentes.....	4
✓ Características.....	6
✓ Mercado de la salud.....	9
✓ Relación EMPP / Usuarios.....	12
✓ Marco regulatorio.....	14
Nuestra actualidad.....	15
Conclusiones.....	20
Bibliografía.....	23

El progreso de la medicina nos depara el fin de aquella época liberal en la que el hombre aún podía morir de lo que quería.

Stanislaw Jerzy Lec (1909-1966)

INTRODUCCIÓN:

Los servicios de salud en nuestro país están caracterizados por su extrema fragmentación, segmentación y desarticulación. Decimos que existe fragmentación porque el sistema está claramente dividido en tres subsectores que funcionan casi como compartimentos estancos: el Subsector Público, el de Obras Sociales y la Medicina Privada. A su vez, en cada Subsector, el tipo, calidad y modelo de atención dependerá del segmento en el que las circunstancias coloquen al paciente ya que al interior de cada uno de ellos se pueden obtener respuestas diferentes. Finalmente, la desarticulación se refiere a la escasa coordinación y el poco conocimiento que guardan entre sí los tres subsectores.

Dice Maceira: *"Tal falta de coordinación y articulación entre ellos (se refiere a los tres subsectores) impide la conformación de un "sistema formal" de salud, atentando contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Asimismo, la falta de integración entre los subsistemas y al interior de cada uno de ellos tampoco coopera en esa dirección. En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) presente en otros modelos descentralizados y federales. Los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, por su parte están compuestos por un excesivo número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y la modalidad de gestión"*⁽¹⁾

No es necesario señalar que un sistema de salud de estas características presenta severos grados de ineficiencia, inequidad y esfuerzos improductivos que provocan lo que todos podemos ver: un gasto relativamente elevado del que se obtienen resultados mediocres.

En este contexto, las Empresas de Medicina Prepaga (EMPP) se han constituido en actores principales del Subsector Privado. Sin embargo, la mayor parte de los estudios las han dejado relativamente a un lado, volcando los mayores esfuerzos a la investigación del desempeño del hospital público y las obras sociales. Seguramente, la población cubierta por las EMPP no es la más vulnerable ni la más enferma, pero el hecho de que asistan a más de tres millones de argentinos, las hace merecedoras de atención.

DESARROLLO:

1.-ANTECEDENTES:

A fines del Siglo XIX la asistencia médica era brindada casi con exclusividad por el Hospital Público o la medicina privada. Desde entonces han pasado más de cien años y los cambios han sido significativos, tanto en nuestro país como en el resto del mundo. A partir de 1840 aproximadamente, empiezan a aparecer en el horizonte sanitario los hospitales de comunidades:

- Hospital Francés (1840)
- Hospital Británico (1844)
- Hospital Italiano (1854)
- Hospital Español (1857)
- Hospital Alemán (1878)
- Hospital Israelita (1921)
- Hospital Sirio Libanés (1923)

Por otra parte, las asociaciones obreras –constituidas principalmente por inmigrantes europeos- van paulatinamente conformando instituciones de ayuda mutua en las que la problemática de la salud ocupa un lugar fundamental.

Mientras corre el Siglo XX, se va estructurando una clase media, producto del crecimiento económico y el acceso a la educación gratuita y universal lo que provoca el desarrollo de la actividad comercial minorista, el aumento del número de profesionales y de pequeños empresarios que cuentan con cierto poder adquisitivo mediante el cual pueden financiar el gasto de su salud. Estos grupos poblacionales consideran que no necesitan del Hospital Público y suelen estar excluidos de la asistencia basada en mutuales y sindicatos, por lo que buscan atención en la medicina privada. Sin embargo, poco a poco, los crecientes costos someten a la clase media a un sacrificio progresivamente mayor. Así, en el año 1930 el Dr. Alejandro Schvarzer reúne a un grupo de colegas que ejercen distintas especialidades quienes aportan sus propios pacientes conformando una cartera unificada dando inicio a la primera (pero informal) EMPP. ⁽²⁾ Posteriormente empiezan a aparecer otras instituciones médicas las que con inversiones mayores van prestando servicios más diversificados. La financiación corre por cuenta de los usuarios mediante el pago de una cuota mensual uniforme y anticipada.

Algunas décadas más tarde, las clínicas y sanatorios se ven obligados a ocupar su capacidad ociosa dando origen a lo que se conoció como los "prepagos sanatoriales". En 1955 se crea el "*Centro Médico Pueyrredón*" en el que se atiende a los pacientes de los médicos de esa institución. Algo después aparece la "*Policlínica Privada*" inspirada en los seguros médicos de los Estados Unidos. En 1963 se funda el "*Sanatorio Metropolitano*" en el que sólo se atiende a los abonados al plan sanatorial. En 1962 se produce un hecho desconocido hasta ese momento: se crea "*Asistencia Médica Social Argentina*" (A.M.S.A.) la cual brinda servicios descentralizados a través de una cartilla de profesionales que atienden en sus consultorios privados y centros de diagnóstico o internación en varios

sanatorios de la Capital y el Gran Buenos Aires. Poco a poco, estos mismos servicios comienzan a brindarse en Rosario, Córdoba y Tucumán, pero no sin dificultades, dado que los Colegios Médicos y los Sanatorios locales estaban acostumbrados a fijar sus propios aranceles y se resistían a ceder parte de sus autonomías. Hacia mediados de la década del '60, se funda "*Centro Médico del Sur*" (CEMES) que tiene la particularidad de brindar servicios en todo el país.

Ya en los años '60 y '70 las organizaciones sindicales manejan un importante flujo de financiamiento a través de las obras sociales por lo que acuerdan con las EMPP la atención de sus beneficiarios a fin de mejorar la calidad de los servicios. A partir de 1980, el aumento de la desocupación, la caída del salario real, los crecientes costos de la medicina y el envejecimiento poblacional crean muchas dificultades a las obras sociales por lo que se produce una notoria expansión del sector prepago.

En 1997, ya eran 269 las EMPP, aglutinadas en Capital Federal y el Gran Buenos Aires, y un tercio de ellas cubrían también el interior del país. Las diez empresas líderes reunían, por entonces, el 41% de los afiliados. Con los ingresos que voluntariamente pagaban sus afiliados, la medicina prepaga brindaba cobertura al 6% de la población, pero era el sistema que mayor porcentaje de gasto consumía: en 1994 las prepagas en Argentina tenían un gasto mensual per cápita \$ 79,55 contra los \$ 16,95 del sistema público o \$ 14,75 de las obras sociales.

Luego de la crisis económica del 2001 y la posterior devaluación, las EMPP sufrieron una caída en el número de afiliados del orden del 17% entre enero de 2002 y octubre de 2003. En ese mismo lapso, casi el 40% de los afiliados a las EMPP optó por un plan más económico. Pese a la crisis, en el 2004 el sector aún conservaba 2,6 millones de afiliados y facturaba más de 3000 millones de pesos por año, -pero fruto de las fusiones- la concentración del mercado se agudizó y las cinco primeras empresas del ranking manejaban el 63% de los afiliados.

Para tener un mayor número de afiliados que permitiera distribuir mejor los riesgos y bajar los costos por persona, además de fusionarse entre sí, firmaron muchos contratos de concesión y gerenciamiento con obras sociales que delegaron la responsabilidad de la asistencia médica de sus beneficiarios estableciendo para ello un pago mensual per cápita. De este modo, las EMPP comenzaron a competir de manera indirecta en el sistema de las obras sociales, porque si bien los afiliados al sistema solidario no están autorizados a elegir una prepaga sí pueden cambiar de obra social, las cuales optaron por aliarse con EMPP para mejorar sus atractivos y ampliar su porción en el mercado. Desde entonces, prácticamente la totalidad de los "*planes superadores*" son ofrecidos a los beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales por las propias prepagas, que cobran un plus por el costo de ese plan (a lo que se suma el aporte del beneficiario), otorgan un carnet de afiliación e incluso cobran los seguros de alta complejidad del Fondo Solidario de Redistribución a través de la propia obra social. Así fue como muchas obras sociales se convirtieron en "*gestoras de padrones*" y los negocios entre empresarios de la salud, sindicalistas y políticos se fortalecieron. Dice Torres que algo más del 65% de los afiliados a una EMPP son beneficiarios de una Obras Social Nacional. Por otra parte, el 17% de los beneficiarios de las OSN reciben sus servicios a través de una EMPP. ⁽³⁾

En febrero de 2006, el mercado estaba integrado por 280 empresas con tres millones de afiliados aproximadamente, facturando más de 3.570 millones de pesos anuales. Las cinco empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 60% de los afiliados. El liderazgo lo tiene Osde (35,7%), seguido por el grupo Swiss Medical (15,2%), y Galeno(14,4%).

Las EMPP se agrupan a su vez en tres cámaras que las representan: Cimara (fundada en 1967), Ademp (1981), Acami (1997).

En cuanto al perfil de la demanda, el segmento de ingresos más altos representa el 37,5% del ingreso, la clase media el 47,8% y la baja el 14,7%. Del total de los beneficiados podemos establecer que:

- 71% trabaja en relación de dependencia,
- 22% son jubilados y
- 6% son monotributistas.

Por esa época, mientras que a los 42 años la cuota promedio es de 155 pesos, a los 72 años ésta sube a 315 pesos. ⁽⁴⁾

Para el año 2006 las principales EMPP del mercado argentino, según cantidad de afiliados se distribuía tal como puede observarse en el Cuadro N° 1:

**Cuadro 1. Principales entidades según cantidad de afiliados.
República Argentina. Año 2006**

Entidades	Cantidad de afiliados
OSDE (*)	1.000.000
Swiss Medical	500.000
Galeno	500.000
Medicus	180.000
Omint	120.000
Consolidar Salud	100.000
TOTAL	2.400.000

Fuente: CASTRO, Beatriz; CASAL, Ana; de LELLIS, Martín: Medicina Prepaga. Políticas Públicas y Derecho a la Salud. PROAXXI Ediciones. Año 2007

(*) Ver "Aclaración" al final del trabajo

2.- CARACTERÍSTICAS:

Podríamos definir a las EMPP como "*administradoras de recursos destinados a la atención de la salud*" ⁽⁵⁾. En esta situación, los asociados contratan voluntaria y libremente un plan de cobertura médica. Mediante el pago de una cuota periódica, la EMPP debe administrar esos recursos adjudicándolos a cada usuario según la utilización de esos servicios. Va de suyo, que la EMPP debe contar con una red de prestadores propios o

contratados al efecto. Las EMPP son bastante heterogéneas en cuanto a su origen, su naturaleza social, su constitución jurídica y su estructura económica. Algunas son claramente empresas comerciales pero otras revisten la forma de entidades sin fines de lucro, obras sociales con sistema de adherentes, prepagos sanatoriales, prepagos gremiales que ofrecen coberturas integrales o por especialidades, asociaciones mutuales o cooperativas. Otras pertenecen a hospitales de comunidad o fundaciones, a federaciones gremiales de los profesionales de la salud, etc. Esa misma heterogeneidad se da en su status jurídico, la composición de su capital accionario y la población a la que brindan cobertura.

Si bien cumplen la misma función social que los Planes de Adherentes organizados por las obras sociales, las EMPP no cuentan con una ley marco por lo que los contratos se rigen por las normas generales y la Ley de Defensa del Consumidor. Tampoco existe ningún organismo público que ejerza el control institucional, jurídico o económico financiero o que represente legalmente o controle a las EMPP tal como lo hace la Superintendencia de Servicios de Salud con las Obras Sociales Nacionales. En los contratos se disponen diferentes planes de cobertura y a distintos precios, los cuales no están regulados. Por lo general, los servicios suelen ser similares en variedad y calidad a los que suelen brindar la mayor parte de las obras sociales, diferenciándose fundamentalmente por la estética y el confort, los cuales suelen ser mejores que los de la seguridad social. La Ley 24.754 de 1996 incorporó a las EMPP al Sistema Nacional del Seguro de Salud obligándolas a ofrecer como mínimo de cobertura el Plan Médico Obligatorio (Res. 201/2002 MS). Sin embargo, dicha norma legal llamativamente no establece el organismo estatal que tiene el poder de policía que permita verificar su cumplimiento. ⁽⁶⁾

Los servicios de salud de las EMPP pueden prestarse con dos modalidades:

1. Abierta: Permite la libre elección del prestador por parte del asegurado financiando los costos a través de un sistema de reintegros.
2. Cerrada: el asegurado puede elegir a sus prestadores a partir de una cartilla provista por la EMPP. El pago se efectúa mediante una cuota periódica y anticipada.

El modelo cerrado es llamado por Federico Tobar "*Modelo de Contrato Voluntario*" mientras que al abierto lo denomina "*Modelo de Seguro*" dado que en el primer caso al usuario no se le brinda un reintegro sino atención médica sin desembolso directo. ⁽⁷⁾ Este modelo exige un acuerdo previo entre el proveedor y la EMPP a través de un contrato. Dicho contrato generalmente establece las bases del modelo de atención. Estos planes con contratos tienen un mayor potencial para lograr eficiencia económica que el seguro convencional. Ello se debe al control ejercido por los aseguradores y a que, en muchos casos, se implementan modelos de atención centrados en la figura de un médico de primer nivel de atención que desempeña funciones de "gatekeeper". La principal debilidad del modelo es su escasa capacidad para lograr equidad y solidaridad.

Existen marcadas diferencias entre una Obra Social, una EMPP y una Empresa de Seguros. En el siguiente cuadro se establecen las diferencias entre las tres:

Cuadro 2. Similitudes y diferencias entre Obras Sociales, EMPP y Compañías de Seguros

	Obra Social	EMPP	Compañía de Seguros
Modo de Ingreso	Compulsivo	Voluntaria	Suscripción de contrato
Aporte/ Pago	Compulsivo	Voluntario	Voluntario
Monto aporte / pago	Proporcional a los aportes	Según prima fijada y acorde al plan contratado	Según prima fijada
Forma del aporte/pago	Anticipado	Anticipado	Anticipado
Requisitos ingreso	Ser trabajador formal	Sin requisitos	Sin requisitos
Relación usuario / entidad	Sin contrato	Contrato atípico (de adhesión)	Contrato típico (Superint. de Seguros)
Otorgamiento de los servicios	Según demanda del beneficiario	Según demanda y de acuerdo al plan contratado	Frente a la ocurrencia de efectiva del siniestro
Período de carencia	No	Si	No
Naturaleza del servicio	Sistema de administr. y financiamiento	Sistema de administr. y financiamiento	Sistema de financiamiento
Cobertura	A demanda	A demanda	De siniestros ocurridos
Producto ofrecido	Plan de salud	Plan de salud	Compensación econom.
Gestión	Importante	Importante	Escasa
Conformación del pool de beneficiarios	Trabajadores formales	Población general	Población general
Regulación estatal	Si	Parcial	Si
Abuso moral	Presente	Presente	Presente
Asimetría de información	Mediana	Mucha	Mucha

Fuente: Obtenido y modificado a partir de CASTRO, Beatriz; CASAL, Ana; de LELLIS, Martín: Medicina Prepaga. Políticas Públicas y Derecho a la Salud. Buenos Aires. PROAXXI Ediciones. Año 2007

Todas las EMPP efectúan una selección de usuarios al momento de la contratación a fin de minimizar los riesgos. La cuota mensual suele ser bastante elevada y varía según el grado de cobertura elegido. En general resulta tres o cuatro veces superior al promedio *per capita* que reciben las obras sociales.

Tal como ocurre en los Estados Unidos, este modelo de atención de la salud provoca fuertes desigualdades entre la población asegurada y la no asegurada. El sistema genera una tendencia a rechazar los individuos que puedan representar un mayor riesgo (*entrada selectiva*) concentrando la oferta de servicios entre la población más sana de modo que tiene una tendencia a dejar de brindar cobertura a quienes más la necesitan: ancianos, pobres y enfermos. En el caso de incluir a los grupos de riesgo, se elevan las primas incentivándose la sobreutilización por parte del afiliado (*abuso moral*) lo cual genera un círculo vicioso de expansión del gasto.

De tal modo, se produce un hecho muy peculiar: el Subsector Privado tiene característicamente un gasto elevado que a medida que se eleva, torna al seguro cada vez más necesario e importante ⁽⁸⁾.

3.- MERCADO DE LA SALUD:

Como queda dicho, en nuestro país existen tres subsectores que comparten el mercado de la salud:

1. El hospital público (cualquiera sea su dependencia)
2. Las obras sociales (en todas sus variedades)
3. La medicina privada

En realidad, no existe en la República Argentina información confiable acerca del número de personas afiliadas a las EMPP. En el año 1995 -según el Banco Mundial- existían más de 200 entidades que asistían a unos 2.3 millones de usuarios con un gasto estimado en 1500 millones de pesos. Por otra parte, se afirmaba que existían otras 3000 entidades de ayuda mutua que cubrían a un millón de personas con un menor poder adquisitivo gastando por esos servicios un tercio de la cifra anterior. Se estima que hacia 1996 muchas de esas empresas se habían fusionado o desaparecido provocando una disminución de su número.

En el Cuadro 3 podemos observar cómo los tres subsectores se reparten ese mercado:

Cuadro 3. Cobertura del Sistema de Salud según Subsector en millones y porcentaje. República Argentina. Año 2003.

Tipo de cobertura	Millones de habitantes	Porcentaje
Con cobertura de Obras Social	17.5	47.2
Prepaga	2.8	7.5
Doble cobertura	1.0	2.7
Sólo servicio público	17.8	48.0
TOTAL	37.1	100.0

Fuente: González García, G.; Tobar, F. (2004) Salud para los argentinos. Ediciones Isalud. Buenos Aires

Podemos constatar que casi la mitad de la población es asistida por el Subsector Público. Resulta significativo el hecho de que el 48% de los argentinos carezcan de cobertura de la seguridad social, ya sea por encontrarse desocupado o por trabajar en el sector de la economía informal. Justamente, ésta es la población más pobre y con menor posibilidad de hacer valer sus derechos. Simultáneamente, suele ser la que más requerimientos sanitarios tiene. En su informe de 2006 la CEPAL afirmó que *“Los hogares pertenecientes a los quintiles más altos declaran mayor afiliación a sistemas de aseguramiento, mientras que las familias del primer y segundo quintil suelen estar protegidas por el sistema público”*. ⁽⁹⁾

Con respecto a la distribución geográfica, podemos ver que sobre 262 EMPP existentes en nuestro país (ADEMP, 2001), 60 (22.90%) están asentadas en la Capital, Federal, 84 (30.69%) en la Provincia de Buenos Aires, 34 (12.98%) en Santa Fe, 23 (8.78%) en Córdoba y 11 (4.20%) en Tucumán.

Si analizamos el gasto según cobertura tendremos:

Cuadro 4. Gasto en salud por subsector. República Argentina. Año 2000.

Sector	Gasto en millones de \$	Porcentaje	Millones de habitantes	Gasto per Capita en pesos
Público	5.043	22.8	14	420
O.S. Nacionales y otras	3.686	16.7	9.15	402
O.S. Provinciales	1.809	8.0	5.5	330
I.N.S.S.J.y P.	2.100	9.5	3.5	600
Seguros privados	2.600	11.7	3.5	866
Gasto de bolsillo	6.800	30.8	35.4	194
TOTAL	22.038	100.0	35.4	631

Fuente: Acuña, C; Chudnovsky, M. (2002) El sistema de salud en Argentina. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Fundación Gobierno y sociedad. Buenos Aires.

En el Cuadro 4 podemos observar que el subsector público efectuaba en el año 2000 un gasto de \$ 420 per cápita, mientras que para las Obras Sociales Nacionales ese monto era de \$ 402 y para los Seguros Privados representaba más del doble: \$ 866. Resulta significativo el hecho de que el gasto de bolsillo signifique el 30.8% del gasto total dado que de un modo u otro toda la población se encuentra cubierta por alguno de los tres subsectores. Obviamente, el gasto de bolsillo es marcadamente recesivo en tanto que para la población más carenciada (Quintil 1) representa una porción muy significativa de sus ingresos. De tal modo, el gasto en salud es financiado en buena proporción por las propias familias, a través del gasto de bolsillo. Mientras que en los países desarrollados el aporte familiar representa cerca del 20% del gasto total, en los países de América Latina esta cifra es del 37% y supera el 50% en varios países. Los países que registran un menor gasto social en salud tienden a presentar un gasto de bolsillo más elevado. Con contadas excepciones, los países de la región presentan un nivel de gasto público menor y un gasto de bolsillo mayor -en proporción al PBI- que los países de altos ingresos. ⁽⁹⁾

En relación al nivel de facturación, se pone en evidencia un elevado grado de concentración:

Cuadro 5. Facturación de las seis primeras entidades del mercado de las EMPP República Argentina. Año 2000

Entidades	Facturación anual(millones de \$)	Participación sobre el total
MEDICUS	200	9.6%
SPM	190	9.0%
SWISS MEDICAL	128	6.1%
DOCTHOS	120	5.7%
OMINT	114	5.4%
AMSA	100	4.8%
OTRAS	1248	59.4%
Total	2199	100.0%

Fuente: Cuadro diseñado a partir de información obtenida de Tobar, F: Economía de la reforma de los seguros de salud. Fundación Isalud, 2001

En el Cuadro 5 se puede observar claramente que seis empresas facturaban más del 40% del gasto en el mercado de las prepagas. A partir de 2001 y con la caída de lo que dio en llamarse la "convertibilidad" se produjo una significativa reducción de las

afiliaciones. Además, en medio de la crisis, se produjo en esa época un "corrimiento" de la gente hacia entidades que tenían cuotas más accesibles. Por ese entonces, Horacio Buceta, Gerente General de HSBC Salud (Docthos) afirmaba que las empresas de "medicina prepaga ya no apuntan a engordar su cartera de clientes, sino tan sólo a mantenerla.". Agregaba: "El índice de incobrabilidad entre los clientes individuales es cada vez mayor debido a la crisis. Las prepagas perdieron entre 10 y 20% de sus afiliados en los últimos dos años".⁽¹⁰⁾

Si analizamos a las EMPP según su número de afiliados, podemos ver también que existe una concentración bastante significativa, dado que las 13 primeras EMPP concentran el 76% de los afiliados del país:

Cuadro 6. Cantidad de afiliados por entidad. República Argentina. Año 2003

ENTIDAD	Número de afiliados
SPM- TIM- Galeno – AMSA	409.000
SWISS MEDICAL – Qualitas	267.000
HSBC – Docthos	189.530
Medicus	160.000
Omint	105.000
Hospital Francés	88.000
Organización Gálvez S.A.	85.000
Hospital Italiano	82.000
S.O.S.	76.000
Euromédica	60.000
Provincia Salud	55.673
ACA Salud	50.956
Medifé	50.234
Otras	516.022
TOTAL	2.194.415

Fuente: Cuadro diseñado a partir de Torres, R. (2003) Reforma de la Seguridad Social y regulación de la medicina prepaga. Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la RAS.

No puede dejar de tenerse en cuenta el papel que desempeñan las cooperativas y las mutuales en este mercado. En el período 1998 – 2006 y a pesar de la profunda crisis económica (o precisamente por la crisis) las cooperativas y mutuales han experimentado un crecimiento del 71%, pasando de 617 a 1056 entidades, asistiendo a 2.058.543 personas distribuidas en toda la geografía nacional. Llama la atención la gran fragmentación de estos entes: el 90% tiene menos de 5000 afiliados.⁽¹¹⁾ Entre las mutuales, el 27.33% brinda servicios de salud, mientras que entre las Cooperativas la proporción disminuye significativamente: 3.87%. Por otro lado, sólo el 39% de las Cooperativas y 19% de las mutuales cumplen con el PMO en su totalidad.

Las Cooperativas y Mutuales se encuentran reguladas por las leyes N° 20321 y 20337 siendo fiscalizadas por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES).

El mercado de la Salud nunca es enteramente libre y este hecho surge de su propia naturaleza. Todos los mercados son imperfectos pero en el ámbito de la Salud, todas las fallas posibles se hacen presentes. Dice Federico Tobar que: "Cuando el Estado asume sus

funciones de regulación en salud está admitiendo que el libre juego de la oferta y la demanda de servicios sanitarios puede no dar cuenta de las verdaderas necesidades de la población”⁽¹²⁾. En este mercado, se registran habitualmente cuatro situaciones:

- a. Abuso moral
 - b. Selección adversa
 - c. Entrada selectiva
 - d. Economía de escala
- a) **Abuso o Riesgo moral** es un término poco feliz que tiene su origen en la expresión “Moral hazard” aunque sería más adecuado llamarlo “Abuso del asegurado” y consiste en la conducta bastante lógica y previsible de aumentar la utilización de los servicios en la medida que no haya que pagar por ellos. Se trata de una forma de oportunismo pos contractual incentivado por los profesionales que solicitan estudios o prácticas poco justificadas. Los copagos constituyeron un intento de limitar esta situación.
 - b) **Selección adversa** es una forma de oportunismo pre contractual en la que el usuario oculta información referida a enfermedades preexistentes. Bajo estas circunstancias, los individuos sanos considerarán innecesario contratar un seguro por considerarlos excesivamente onerosos ya que no tienen expectativas de utilizarlos. Por el contrario, aquél que se sabe enfermo considerará más barato pagar las cuotas que afrontar los gastos de la atención en forma personal. Entonces, existirá una tendencia que llevará a las EMPP a asegurar principalmente individuos enfermos. *“La fijación de las primas de acuerdo al riesgo particular de cada individuo es una manera de solucionar este problema. A pesar de que este método se realiza, es un proceso muy costoso e impreciso, pues la información necesaria para definir el riesgo de una persona generalmente no está disponible en su totalidad”.*⁽¹²⁾
 - c) La **entrada selectiva** es el fenómeno inverso. Si la empresa aseguradora conoce la situación de salud de los usuarios, manifestará una tendencia a aceptar aquellos que tengan un menor riesgo.
 - d) **Economía de escala** significa que los costos promedios disminuyen a medida que se incrementa la producción. Además de los costos de atención de la salud de sus asegurados, las EMPP están sometidas a ciertos gastos como su carga impositiva y la publicidad. Por lo tanto, el costo de producción de sus servicios dependen fuertemente de la cantidad de personas cubiertas. Si bien la economía de escala no constituye una falla de mercado per se, existe una natural tendencia a la concentración oligopólica o monopólica.

4. RELACION EMPP / USUARIOS:

La ausencia de un marco legal específico al momento de redactar el presente trabajo ha provocado innumerables conflictos entre las EMPP y los usuarios. Al inicio de la relación empresa-afiliado se firma lo que se ha dado en llamar un “contrato de adhesión”, el cual se encuentra ya redactado y que invariablemente genera desequilibrios en perjuicio del usuario. Estos conflictos suelen ponerse en evidencia en el momento en que se requiere brindar prácticas de elevado costo o en el que el afiliado enferma y comienza a consumir servicios por encima de lo esperado. En estos casos, los reclamos se pueden plantear tanto por vía judicial como administrativa. Sin embargo, la vía administrativa se

puede fundar en la aplicación de una ley demasiado genérica para estas situaciones: la Ley 24240, de Defensa del Consumidor. La autoridad de aplicación de dicha norma legal es la Secretaría de Comercio de la Nación. En las provincias, éstas actúan como autoridades locales de aplicación delegando sus funciones sobre organismos de su dependencia o en los municipios. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el poder de policía cae sobre la Dirección General de Defensa y Protección al Consumidor, según la cual en el año 2006 las EMPP constituyeron el segundo rubro más denunciado (12%) después de los "Electrodomésticos" (13%). La Secretaría de Comercio puede iniciar acciones administrativas de oficio o ante la denuncia de los usuarios. Además tiene la potestad de aplicar apercibimientos o multas según la gravedad de los perjuicios ocasionados.

A la vía judicial suele accederse por alguna de las siguientes causas:

1. Suspensión de cobertura en forma unilateral: Esta decisión puede pretender sustentarse en una cláusula del contrato que faculta a la EMPP a suspender la cobertura sin causa. Esta situación, en general, constituye una estrategia de la EMPP a fines de evitar brindar tratamientos de alto costo.

2. Suspensión de cobertura por cambio de reglamento: Se trata de un cambio en el reglamento interno que provoca una modificación de los servicios brindados a posteriori de la afiliación.

3. Negativa de la EMPP a brindar tratamientos o prestaciones: En general se trata de casos urgentes, cuya no atención puede tener graves consecuencias sobre la propia vida de las personas.

4. Aumento unilateral de la cuota: Es el aumento no consensuado ni consentido por el afiliado que altera el contrato originalmente suscripto. Esto implica una modificación unilateral del contrato que incluso puede llegar a estar fundamentada en alguna cláusula.

5. Falta de cobertura para portadores de HIV o falta de cumplimiento del PMO: Es la falta de cumplimiento por parte de la EMPP de la Ley 24.455, conocida como Ley de Sida y de la Ley 24.754, que obliga a las EMPP a brindar las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales.

6. Falta de cobertura por enfermedades que la EMPP considera preexistentes: Resulta de la negativa a brindar prestaciones frente a enfermedades que considera preexistentes. Estos casos suelen darse cuando, a posteriori de la afiliación, la EMPP detecta una determinada enfermedad, a pesar de que la empresa –pudiendo hacerlo- no realizó los exámenes médicos previos a la afiliación, destinados a detectar preexistencias.

7. Interpretación de cláusulas de los contratos: En general se trata de la presencia de cláusulas de ambigua interpretación. Cuando estas cláusulas tienen un significado equívoco o ambiguo es usual recurrir a la justicia para que sea ésta quien las interprete.

8. Negativa de la EMPP a realizar una afiliación: Esta negativa es discutida especialmente en los casos de interrupciones de la continuidad de afiliación, por ejemplo cuando una

persona salda una deuda que mantenía con la EMPP y por la que se la había desafiado. También puede ocurrir cuando imponen a un grupo familiar un contrato nuevo cuando alguno de los hijos llega a la mayoría de edad. Al efectuar el nuevo contrato la EMPP ve la posibilidad de rechazar la reafiliación de uno de sus miembros. Otros casos se dan cuando los servicios de la EMPP son contratados por el empleador del afiliado y luego de disuelto el vínculo laboral la persona pretende seguir en la EMPP, realizando él mismo sus aportes.

Todos esas circunstancias muestran claramente en qué medida difiere la capacidad de negociación de ambas partes, justificando la necesidad de un regulación estatal sobre el sector.

5.-MARCO REGULATORIO:

Siguiendo a Castro, Casal y de Lellis, analizaremos brevemente los principales antecedentes del proceso regulatorio de las EMPP:

- Hasta 1980, las mismas se encontraban bajo la órbita de los organismos de control que eran comunes a cualquier emprendimiento comercial: Inspección General de personas Jurídicas, Dirección Nacional de Recaudación Previsional, Dirección General Impositiva, etc. Por otra parte, el Ministerio de Salud y los municipios tenían competencia en la habilitación y el control de las instalaciones, para el caso de contar con prestadores propios.
- Año 1980: Resol. N° 2118/80 de la ex Secretaría de Comercio establece las condiciones en que deben registrarse los contratos.
- Año 1986: Se crea una comisión Gobierno - EMPP iniciando el período de precios administrados para el sector.
- Año 1989: Se promulga la Ley Nacional N° 23661 del Seguro Nacional de Salud que excluye a las EMPP de efectuar contratos de servicios con la seguridad social (art. 29 inc. e).
- Año 1993: Se sanciona la Ley Nacional N° 24.240 de Defensa del Consumidor que consagra el deber de información adecuada, obligaciones relativas a la publicidad de los servicios y cláusulas abusivas que no pueden figurar en los contratos.
- Año 1993: Se establece la libre elección de Obra Social para los beneficiarios de la Ley 23.660 (Decreto 9/93)
- Año 1995: En cumplimiento del Decreto 492/95 se aprueba el Programa Médico Obligatorio (PMO).
- Año 1996: Se sanciona la Ley Nacional N° 24.754 que obliga a las EMPP a dar cumplimiento con el PMO.

- Año 1997: El Ministerio de Salud y Acción Social elabora a través de una comisión creada al efecto un proyecto de ley a fin de regular la Medicina Prepaga. Finalmente, el proyecto es elevado a la Cámara de Senadores junto a un proyecto de Desregulación de Obras Sociales de Personal de Dirección.
- Año 1998: Se sanciona la Ley Nacional N° 25.063 incluyendo a las EMPP dentro del I.V.A. con una alícuota de 10.5%. El PEN vetó parcialmente la ley dejando a la Medicina Prepaga con un I.V.A. del 21%. Pero, ante las numerosas presentaciones judiciales, en agosto de 2000 la Corte Suprema de Justicia determinó la inconstitucionalidad de la aplicación de dicho impuesto a la actividad. El segundo momento se gestó ya con el gobierno de la Alianza, a través de la ley 25.239 que fijaba nuevamente la alícuota en 10,5 %. Tuvieron lugar nuevos reclamos judiciales, fundamentalmente de los consumidores que vieron incrementadas sus cuotas. Aún el conflicto no está resuelto, continuando vigente el impuesto para esta actividad ⁽¹³⁾.
- Año 2001: La Ley Nacional N° 25543 obliga a las EMPP, entre otras entidades, a reconocer el test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada, previo consentimiento de la paciente. Por otra parte, se sanciona la Ley Nacional N° 25415 que incluye a las EMPP en el cumplimiento del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.
- Año 2002: Se sanciona la Resol. 201/02 que regula la obligatoriedad de dar cumplimiento al PMO de Emergencia reglamentando el porcentaje de cobertura y descuento de medicamentos para enfermedades crónicas.
- Año 2004: La Resolución 310/04 establece los porcentajes de cobertura de medicamentos por parte de las Obras Sociales nacionales y las EMPP.
- Año 2008: La Cámara de Diputados de la Nación da media sanción al proyecto de ley que establece el Marco Regulatorio de la Medicina Prepaga. El 28 de agosto de ese año pasa a Senadores para su consideración, sin haber sido recibido tratamiento en la Cámara Alta hasta la fecha.

6.- NUESTRA ACTUALIDAD:

En todo el mundo -también en el desarrollado-, se constata un interés marcado sobre los denominados seguros voluntarios de salud. Sin embargo, por regla general son concebidos como un sistema paralelo o complementario del sector público.

Las EMPP en nuestro país cubren a una población superior a los tres millones de personas. Esa población dista de ser homogénea, pero el ingreso promedio de los hogares a los que los afiliados pertenecen, cuenta con un poder adquisitivo sensiblemente superior al resto de la población.

Aún cuando son muy importantes los grupos poblacionales de mayores ingresos, todas las clases sociales están representadas en las EMPP. El universo de esos hogares es

por lo tanto muy heterogéneo: tan heterogéneas como son las modalidades de acceso a esas entidades.

Algunas personas acceden a una EMPP trabajando en forma independiente abonando sus servicios a través de una cuota voluntaria con la expectativa de recibir mejores servicios que los que puede recibir del hospital público. Otros, que tienen un trabajo formal con relación de dependencia pueden alcanzar los servicios de la medicina prepaga a través de la derivación de sus aportes a partir de una obra social. En esas circunstancias deben pagar una “*tarifa diferencial*” que les permite dejar de recibir servicios de su obra social para obtener acceso a una EMPP. Los monotributistas por su parte, obtienen servicios de las prepagas con un aporte comparativamente menor. Colina afirma que “*En otros casos, generalmente, en empresas más grandes, el trabajador en relación de dependencia puede estar accediendo a un plan de salud comprado corporativamente por su empleador. Esto redundaría en un beneficio adicional dado que las diferencias de costos son asumidas por el empleador y, en general, son planes con más beneficios que los planes individuales*”

Algunas personas contratan una EMPP porque desean recibir una atención integral, otras en cambio desean acceder al confort y los servicios de hotelería que pueden brindar algunas clínicas y sanatorios, en caso de necesitarlos. A veces, es la circunstancia del embarazo y el parto lo que mueve a algunas familias a buscar servicios complementarios y en otras oportunidades es la atención de la urgencia y la emergencia lo que se busca satisfacer. Algunas personas están satisfechas con la atención que reciben de parte del hospital público o de su obra social, por lo que contratarían una prepaga para tener asegurados los servicios de alta complejidad. Por el contrario, algunas obras sociales son tan ineficientes que la gente busca acceder a servicios de calidad mediante el aseguramiento en una EMPP. De tal modo, pensar que las EMPP deben brindar planes integrales similares para toda la población que requiera sus servicios (tal como lo establece la Ley 24754) obliga a incrementar los montos que deberán desembolsar aquellas personas que sólo buscan coberturas parciales.

Claro que a nadie escapa, que por la asimetría de la información, es difícil asegurar que el usuario conocerá hasta en los más pequeños detalles qué alcance exacto tiene la cobertura que está contratando si ésta fuera parcial. En el contrato de adhesión debería ser explicitada con absoluta claridad y sin el más mínimo engaño por parte de la EMPP.

Está claro que cuanto más integrales sean los planes prestacionales, más caros resultarán para los afiliados y por lo tanto menores serán las posibilidades de los grupos menos favorecidos económicamente de contratar este tipo de servicios.

Es evidente en todo el mundo que por diversas razones los costos de la Salud tienden a elevarse irremediamente.

- En primer lugar, el progreso de la medicina es permanente. En la mayoría de los mercados, la incorporación tecnológica tiende a reducir progresivamente los costos. En la medicina –en cambio- la tecnología moderna no reemplaza a la tecnología anterior, sino que se le suma.

- En segundo lugar, el envejecimiento: ya sea por la aparición de enfermedades crónicas a edades avanzadas, ya sea por ensañamiento terapéutico que vuelca recursos en personas que no se beneficiarán (en general, se perjudicarán) con la aplicación de tecnología médica, se invierten ingentes recursos económicos en la última fase de la vida.
- En tercer lugar, tanto el sistema público por su gratuidad como los seguros privados por el abuso moral tienden a su sobreutilización. Ni el paciente ni el profesional encuentran incentivos para moderar la utilización de los servicios.
- Finalmente, los reclamos por responsabilidad civil estimulan a los médicos a solicitar exámenes complementarios y prescribir tratamientos innecesarios (Medicina defensiva).

Esta situación ha sido observada por las entidades que agrupan a las EMPP: ADEMP analizó las Tasas de Uso (TU) de 870.000 beneficiarios de entidades adheridas a esa institución durante 2004 y las comparó con las del año 2000. Así, pudo constatar que la TU de los Diagnósticos por Imagen se incrementaron un 46.80% en ese período (la RMN fue la que más aumentó). La TU de los estudios de laboratorio se incrementó un 27.70% y las consultas un 26.80%. Por otra parte, la TU de las internaciones aumentó un 13.50% en ese mismo período ⁽¹⁴⁾. Sea cual fuere la causa de estos fenómenos, es evidente la tendencia al incremento de los costos de la Salud.

En la medicina prepaga a toda esta situación se le debe sumar que –como dijimos– a partir de 1997 se incorpora la Ley 24754 que obliga al sector privado a brindar cobertura del PMO dejando sin efecto los contratos privados celebrados entre empresas y usuarios. Por otra parte, se debe tener en cuenta la sanción de otras normas legales que obligan a cubrir los costos de la atención del alcoholismo, el VIH/SIDA, discapacidad, etc. Además, las EMPP deben acatar normas legales que no son específicas del sector, las que también inciden sobre los costos de la medicina como la carga impositiva, incrementos salariales generalizados, la inflación, etc.

Ante tanta diversidad en la medicina privada, la regulación de todas las entidades con una sola norma legal es prácticamente imposible, porque ciertas exigencias resultarían incumplibles para algunas entidades e insuficientes para otras. Por ello, la sanción de cualquier normativa exige un muy certero diagnóstico previo y un profundo conocimiento del tema por parte de los legisladores con la finalidad de asegurarle a la población un adecuado servicio sanitario.

Compartimos el concepto de Ginés González García cuando afirma que “*El Estado que no regula, regala*” ⁽¹⁵⁾, pero también creemos que existe una permanente tendencia a sobreactuar en algunas circunstancias y a permanecer ausente en otras:

- Sobrestimar el papel de las EMPP. Algo más de tres millones de afiliados es una cifra importante pero no se puede perder de vista el hecho de que la población

total es diez veces superior. Además, una parte importante de la población asistida por las EMPP tiene cobertura mediante la seguridad social.

- Sobredimensionar el papel que debe cumplir el Estado en la regulación del mercado en el que estas empresas se desempeñan, obligándolas a brindar prestaciones que muchas veces los usuarios no desean costear. Como queda dicho, la obligatoriedad de brindar cobertura del PMO incrementa el valor de las cuotas. Esta situación impide que importantes grupos poblacionales accedan a planes de asistencia parcial.
- Olvidar que el Mercado de la Salud tiene todas las fallas que puedan imaginarse y que por lo tanto el Estado no puede estar ausente ante la situación de debilidad que tiene el usuario ante un grupo de empresas que tienen muchísimos recursos para defender sus propios intereses. *"La regulación cumpliría entonces una función básica de protección del usuario de servicios de medicina prepaga imponiendo el cumplimiento de la normativa y de lo establecido en los contratos firmados con los usuarios según las condiciones establecidas en la misma"* ⁽¹⁶⁾.
- Entender equivocadamente que la regulación del Estado sólo se refiere a imponerle cargas y obligaciones a las EMPP referidas al Plan Médico Asistencial o en el control de los márgenes de ganancia de las empresas. Deben considerarse otros aspectos como el libre juego de la competencia entre distintas entidades, la acreditación y certificación de los prestadores, los derechos de los usuarios, la transparencia de los contratos, etc.

En los últimos años fueron muchos los intentos de sancionar una ley que regulara la actividad de las EMPP. Finalmente, durante el año 2008 la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley. Sus puntos principales son:

1. La ley incluye en este marco regulatorio a las EMPP, cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones.
2. Ratifica al PMO, dejando exentas de cubrirlo sólo a las empresas de odontología, las que brinden atención de emergencia, las compañías de internación domiciliaria, y las empresas que, estando radicadas en una única localidad, posean una cápita inferior a cinco mil beneficiarios.
3. Designa como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Nación.
4. Los hospitales públicos deberán recibir el pago correspondiente en caso brindar prestaciones a usuarios de EMPP.
5. El proyecto establece que los ministerios de Salud y Economía conformarán una comisión que se encargará de realizar las autorizaciones de los aumentos en las cuotas.
6. Prohíbe los períodos de carencia para todas las prestaciones incluidas en el PMO.
7. Determina que las enfermedades preexistentes no podrán ser consideradas como criterio para rechazar usuarios.
8. Establece que la edad no puede influir en el rechazo de los beneficiarios. Las personas mayores de 65 años, según el proyecto, abonarán cuotas diferenciales que serán fijadas por el Ministerio de Salud.

9. Establece que en el caso de los planes corporativos, si el trabajador cesara en su relación laboral puede conservar su plan y antigüedad si así lo solicita.
10. Ante el cierre de una EMPP, el Ministerio de Salud transferirá a los beneficiarios de la prepaga afectada a otra empresa.
11. Las EMPP deberán remitir información estadística al Ministerio de Salud.
12. Establece un listado de sanciones ante el incumplimiento de cualquiera de los puntos de la ley, que van desde el apercibimiento hasta la inhabilitación.

Queda claro que las cámaras que agrupan a las EMPP se oponen férreamente a cualquier intento de regulación. De tal modo, la media sanción que Diputados dio al proyecto de ley constituye un serio motivo de preocupación para el sector. Las razones que exhiben para oponerse son muy variadas. Las EMPP:

1. Cuestionan la potestad del Congreso para legislar acerca de un tema que las Provincias nunca han delegado a la Nación.
2. A su criterio la ley ampara excesivamente al usuario frente a las EMPP.
3. Cuestionan la facultad del Ministerio de Salud de la Nación para actuar como Autoridad de aplicación.
4. Aducen que la ley atenta contra la libertad de comercio y de ejercicio de industria lícita.
5. Le niegan al Estado la facultad de entender en los contratos entre privados.
6. Niegan que las EMPP brinden un Servicio Público.
7. Se niegan a abonar los servicios prestados a los usuarios en caso de que éstos hayan sido asistidos en un hospital público.
8. Se niegan a reconocerle al Estado el derecho a establecer un sistema de acreditación y categorización de las entidades así como a los establecimientos propios o contratados evaluando estructuras, procedimientos, impacto y resultados.
9. Cuestionan la obligatoriedad de remitir información epidemiológica, demográfica, económico-financiera y prestacional por considerarla violatoria al principio de confidencialidad.
10. Afirman que no deberían verse obligados a cumplir con la atención de discapacitados ya que consideran que la atención de estos pacientes debería correr por cuenta exclusiva del Estado.
11. Niegan el derecho del Estado a establecer los modelos de contratos y cuestiona la Administración de Gestión de Riesgos de Salud la cual sería creada por dicha ley para financiar el tratamiento de enfermedades de baja frecuencia y alto costo.
12. Rechazan la obligatoriedad de prestar servicios a todas las personas más allá de su edad aduciendo que la atención de los ancianos constituye una responsabilidad del Estado.
13. Cuestionan la potestad de los ministerios de Salud y de Economía para fiscalizar y garantizar la razonabilidad de las cuotas de las EMPP ⁽¹⁷⁾.

Llama la atención que a pesar de haber cuestionado prácticamente todos los componentes del proyecto sancionado por Diputados, no han efectuado ningún tipo de observación sobre el Art. 7 inc. c) que autoriza al Ministerio de Salud de la Nación a fiscalizar el cumplimiento de la Ley 24754 (PMO). En otras oportunidades, las EMPP han manifestado su oposición a cumplir con el PMO por una cuestión de costos. Sostienen que

la obligación de uniformar los planes les impide diferenciarse como emprendimientos comerciales, dado que todos deben ofrecer el mismo producto.

Si bien el PMO fue desde el inicio considerado como un piso, es en realidad un paquete rígido de prestaciones. Por lo tanto, es lógico pensar que, los precios de los planes que deben cumplir con el PMO tendrán un costo muy superior a los que tendrían los planes parciales ⁽¹⁸⁾.

Por otra parte, está claro que la necesidad de los asegurados de contar con información fidedigna resulta esencial al momento de contratar una EMPP: resulta mucho más fácil tomar decisiones acerca de un seguro de vida o un seguro contra incendios que contratar un seguro de salud. Es por eso que existe una tendencia a crear entes reguladores que aseguren la disponibilidad de información, especialmente la referida al modelo de gestión y el programa asistencial de la EMPP. Resulta esencial que el público pueda comparar los distintos planes antes de tomar la decisión acerca de cuál le resulta más conveniente contratar. Además, resulta necesario que el Estado, a través del ente regulador evite la tendencia natural del mercado de la salud a conformar oligopolios o monopolios para lo cual es imprescindible contar con un marco legal adecuado.

CONCLUSIONES:

En nuestro país, desde un principio la Salud se diferenció claramente en dos sectores:

1. El hospital público y gratuito concebido más como una institución de caridad que como instrumento que nos iguala en el ejercicio de nuestros derechos y
2. La medicina privada, limitada a aquellos grupos sociales con capacidad de pago.

En la segunda mitad del siglo XIX los hospitales de las distintas comunidades de inmigrantes comenzaron a brindar servicios de calidad y más tarde los sindicatos incorporan el concepto de solidaridad basada en los aportes y contribuciones de los obreros y empleadores según rama de actividad.

En el Siglo XX, a la creación de las Obras Sociales y la acción de gobierno del Ministro Ramón Carrillo -que incrementó exponencialmente el número de camas y hospitales- se le sumaron las Empresas de Medicina Prepaga todo lo cual terminó de diseñar un Sistema de Salud, o casi diríamos tres Sistemas de Salud cuyas acciones se imbrican, se superponen y hasta compiten entre sí en un intento bastante ineficiente de brindar servicios de salud a toda la población.

Estas EMPP –a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del mundo- no actúan en nuestro país como entidades complementarias destinadas a brindar aquellos servicios que los usuarios no suelen encontrar en el hospital público ni en la seguridad social. Por el contrario, ante sus falencias, las EMPP actúan compitiendo con ellos pero a un costo que prácticamente duplica tanto al subsistema público como al de las obras sociales.

Tan importante es el papel de las EMPP como proveedoras de servicios de salud que el Estado ha dictado una serie de normas que las obliga –prácticamente a todas ellas- a brindar la atención de todo el PMO. (Queda claro que el PMO no es un piso mínimo exigible, sino que en la realidad es casi todo lo que en materia de Salud puede brindarse. Y lo que no está incluido en el PMO, resulta de un modo o de otro incluido a través de la vía judicial).

Esta decisión, imaginada para proteger a los afiliados de esas EMPP y asegurarles una adecuada atención sanitaria, incrementa significativamente los costos de las cuotas de aquellas personas que aceptarían gustosamente asegurar sólo algunos de los servicios (alta complejidad, maternidad e infancia, emergencias, etc.).

Afirma Federico Tobar que *"cuanto mayor sea la canasta (se refiere al PMO) mayores serán los requisitos de economía de escala que tendrán que alcanzar las empresas para sobrevivir. Dicho de otro modo, si el programa médico obligatorio es ambicioso habrá concentración de la oferta en unas pocas empresas grandes, mientras que cuanto menor sea, mayores las oportunidades que los pequeños aseguradores tendrán para competir"*⁽¹²⁾

En el otro extremo, las EMPP pretenden -en la situación actual en la que asisten a más de tres millones de personas- que el Estado se mantenga al margen de su actividad dado que consideran que los contratos que establecen con los usuarios constituyen decisiones entre dos privados y por lo tanto, nadie debería inmiscuirse. ¡Como si no existiera una enorme asimetría en la información y como si las partes tuvieran la misma capacidad para defender sus intereses!

Tampoco la ley busca corregir un hecho que a todas luces parece significativamente injusto: los principales clientes de las EMPP son los beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales a través del pago de un monto mensual y anticipado que les permite hacer uso de servicios superadores. Sin embargo, sin aportar al Fondo Solidario de Redistribución por ese monto diferencial, al momento de presentarse una enfermedad de alto costo, la EMPP remite a la obra social al APE para que financie el gasto.

Resulta entonces evidente, que no es posible permitir que este tercer Subsector de la Salud continúe al margen de toda regulación y que ni el Ministerio de Salud de la Nación ni la Superintendencia de Servicios de Salud tengan siquiera el poder de controlar y fiscalizar la calidad y el costo de los servicios que brindan las EMPP. Kenneth Arrow, Premio Nobel de Economía 1963 demostró que el mercado de la Salud dejado a su regulación espontánea hace a los enfermos y a los grupos desfavorecidos, aún más vulnerables. Lo que resulta difícil de creer es que una ley venga a solucionar un problema que no es secundario sino que claramente está condicionado por la extrema fragmentación, segmentación y desarticulación que padece la Salud en la República Argentina.

El médico sanitarista Rubén Torres expresó que: *"Cuando el PMO costaba \$60, un 25% de las familias argentinas aportaban a tres obras sociales diferentes y en ninguna de ellas les alcanzaba para cubrir el PMO; no tenían la posibilidad de fusionar sus aportes y ser atendidos*

dignamente”..... “el acceso a la salud en la Argentina es para todos; el problema es que es desigual” (19).

Da la impresión que ya no hay espacio para soluciones parciales: Algún día se planteará la obligatoriedad de llevar adelante la reforma del sector que venimos postergando desde hace décadas. El hospital público, la seguridad social y las EMPP tendrán ineludiblemente que reorganizarse para dar nacimiento a una forma más eficiente de atender la Salud. Los intereses sectoriales tendrán que ceder finalmente en favor del beneficio de las mayorías.

Por regla general, los países desarrollados son aquellos que más invierten en salud. A la inversa, en los países pobres, la mayor parte del costo de la salud es afrontado directamente por los bolsillos de la gente. Cuanto más eficiente es el hospital público, más justa es la sociedad en la que se desempeña. Si el Estado es fuerte, el mercado de la salud es marginal y por el contrario, si el Estado está ausente de las políticas sanitarias, el mercado de la salud constituye una inmejorable oportunidad para las empresas aseguradoras.

ACLARACIÓN:

En el cuadro N° 1 figura OSDE como EMPP. Claramente, OSDE es una obra social que figura en la Superintendencia de Servicios de Salud como “Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas”. Sin embargo, en la realidad parece comportarse como una EMPP más que como una Obra Social. En su página web www.osde.com.ar, se presenta como “Grupo OSDE” en el que están incluidos OSDE binario, Fundación OSDE, INTERTURIS, BINARIA Seguros de Vida y Retiro y finalmente Urgencias. Por otra parte, al ingresar al sitio OSDE binario (http://www.osde.com.ar/osde_binario/) se puede encontrar una comparación con las diez empresas más prestigiosas de la Argentina, entre las que figura sexta. Allí se afirma que “*sigue liderando el sector de servicios médicos con un predominio muy marcado de la competencia*”. En un reportaje publicado el 10 de marzo de 2009 en el sitio web: www.apertura.com/interior/index.php el gerente general de OSDE, Tomás Sánchez de Bustamante afirma que “*OSDE es una obra social de personal de dirección que a su vez compite con las empresas de medicina prepaga en la captación de socios voluntarios o individuales*”.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- MACEIRA, Daniel. Cobertura, riesgo y prevención. N° 43/2008 Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). (En línea) 29/04/09 Disponible en: http://www.cedes.org/download/n_doc_cedes/43.pdf
- 2.- AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto; PALMEYRO, Alejandro: Medicina Prepaga. Historia y futuro... Buenos Aires. Ediciones Isalud Año 1999
- 3.- TORRES, Rubén. MITOS Y REALIDADES DE LAS OBRAS SOCIALES. Cap. XVII: La medicina prepaga. Buenos Aires. Ediciones Isalud 2004
- 4.- COOPERATIVAS DE SALUD. Noticias, divulgación y artículos de interés sobre cooperativas y entidades solidarias de salud. Fecha de consulta: 28/04/09. Disponible en: <http://coopsalud.blogspot.com/>
- 5.- CASTRO, Beatriz; CASAL, Ana; de LELLIS, Martín: Medicina Prepaga. Políticas Públicas y Derecho a la Salud. Buenos Aires. PROAXXI Ediciones. Año 2007
- 6.- TORRES, Rubén. ¿Regular la desregulación? Revista Médicos. N° 53. Fecha de consulta: 26/04/09. Disponible: http://www.revistamedicos.com.ar/numero_actual/sumario.htm
- 7.-TOBAR, Federico. Herramientas para el análisis del sector salud. Fecha de consulta: 29/04/09. Disponible en: http://www.isalud.org/hm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF
- 8.- GONZALEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico. Salud para los argentinos. Buenos Aires. Ediciones Isalud 2004
- 9.- CEPAL: La Protección Social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo primer período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Montevideo, Uruguay. 20 al 24 de marzo de 2006. Fecha de consulta: 24/04/09. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf>
- 10.- NEWSLETTER OPSA. BUCETA, Horacio: "HSBC Rebaja planes para empresas". Diario Cronista: 02/10/2001. Fecha de consulta: 27/04/09. Disponible en: http://www.opsa.com/hm_std/nl010.html#03
- 11.-LOPEZ, Ricardo: Ponencia en el V Congreso Federal de Economía Social: "Integración en sus diferentes dimensiones". La Falda (Córdoba 2008)
- 12.- TOBAR, Federico: Cómo se regulan los seguros privados de salud. Jurisprudencia Argentina número 6169. 24 de noviembre de 1999. Páginas 20-7.
- 13.-FIDALGO, Maitena: Las empresas de medicina privada en el sector salud: la cuestión de la articulación intrasectorial desde la perspectiva de la desregulación total del sistema. Trabajo efectuado en el marco del proyecto UBACyT SO084 ("Política Social: una revisión comparativa de la relación entre la política laboral y política de asistencia a los pobres y desempleados entre los períodos de 1993 – 99 y 2000 – 02") dirigido por la Dra. E. Grassi y co-dirigido por la Lic. C. Danani.
- 14.-ADEMP Fecha de consulta: 01/05/09 Disponible en: <http://www.ademp.com.ar/estadistica/costos%201.pdf>
- 15.-GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; DE LA PUENTE, Catalina; TARRAGONA, Sonia: Medicamentos. Salud, Política y Economía. Buenos Aires, Isalud. Año 2005
- 16.- CASTRO, Beatriz; CASAL, Ana; de LELLIS, Martín: Medicina Prepaga. Políticas Públicas y Derecho a la Salud. Buenos Aires. PROAXXI Ediciones. Año 2007
- 17.- ADEMP/CIMAR. Opinión del Sector presentada ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación. Año 2008.
- 18.- CASAL, Ana; CASTRO, Beatriz. REVISTA APORTES PARA EL ESTADO Y LA ADMINISTRACION GUBERNAMENTAL. Regulación de las entidades de Medicina prepaga. Fecha de Consulta: 13/06/09. Disponible en: http://www.ag.org.ar/a17_05.htm
- 19.- TORRES, RUBÉN. Conferencia publicada en REVISTA MÉDICOS: LA SITUACIÓN DEL ESTADO. N° 52. Página 56. Año 2008