

## REGULACIÓN DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

A.G. Lic. Ana Casal (\*)– A.G. Lic. Beatriz Castro (\*\*)

### La reforma del sector salud y las entidades de medicina prepaga

A partir de 1989 el Sector Salud ha ido cambiando, gradual y paulatinamente, como fruto de una estrategia deliberada que el gobierno implementó con el sentido general de reforzar el papel regulador de las autoridades sanitarias centrales y provinciales.

Las líneas principales de la reforma del sistema han sido:

1. Creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93)<sup>1</sup>
2. Establecimiento de la libre elección de Obra Social para los beneficiarios de la Ley 23.660 (Decreto 9/93)
3. Implementación del Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) con financiamiento externo (Decreto 1056/95)
4. Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud como ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el sistema de Seguro de Salud. (Decreto 1615/96)
5. Establecimiento del Programa Médico Obligatorio, que obliga a las Obras Sociales y de las Empresas de Medicina Prepaga a brindar un conjunto de prestaciones básicas (Res. MsSyAS 247/96)<sup>2</sup>.
6. Implementación del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica (Res. 342/92 del MSyAS y Decreto 1424/97)
7. Presentación en el Poder Legislativo de un Proyecto de Ley de Regulación de las Entidades de Medicina Prepaga (Expte. 0383-PE-97).
8. Desregulación de Obras Sociales (Decreto 9/93; Decreto 446/2000; Decreto 377/2001)

La Organización Panamericana de la Salud (1998) en sus Perfiles de Salud expresa lo medular del cambio en el área: "puede decirse que la reforma ha reestructurado organizativamente el escenario de la salud (...) y ha cambiado las relaciones entre los distintos actores del sistema". Esto significa que la reforma consiste no sólo en modificaciones organizativas sino que constituye un movimiento más abarcativo que es, a la vez, causa y efecto de profundas redefiniciones en las relaciones entre el Estado y la sociedad.

El objetivo de este trabajo es profundizar en uno de los ejes de esta reforma: la formulación de un marco regulatorio para el subsector privado de la salud conformado por las empresas que desarrollan una actividad que ha tomado el nombre de *medicina prepaga*. Al respecto se presentan los principales acontecimientos de una década de intentos regulatorios, los puntos más cuestionados, por parte de las entidades del sector y de los usuarios, de los proyectos nucleares y un ordenamiento de los proyectos regulatorios alrededor de los propósitos implícitos que sustentan, resultado del análisis pormenorizado de cada una de las propuestas normativas.

El trabajo se asienta en el supuesto básico según el cual no existe una sola regulación posible del sector. Hay tantas regulaciones como concepciones de Estado y de usuarios y, a la vez, tantas como tipos de entidades existentes.

### Medicina Prepaga

El sistema de salud argentino está integrado por tres subsistemas: público, privado y de la seguridad social. La *medicina prepaga*, o *seguros privados de afiliación voluntaria*, según la terminología de los organismos internacionales en la materia, es parte

integrante del subsistema de la medicina privada y su forma más actual de manifestación.

*A grandes rasgos puede decirse que las entidades de medicina prepaga (en adelante EMP) son administradoras de recursos privados destinados a salud. Su nombre se debe a que los asociados contratan un plan de cobertura médica con una gama de servicios y se comprometen a pagar sucesivamente una cuota periódica fija. Este pago dinerario mensual es elevado 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. Como contraprestación, la compañía debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada paciente de acuerdo con el tipo de plan contratado.*

Hasta el dictado de la Ley 24.754, que obligó a las empresas a cubrir las prestaciones consignadas en el Programa Médico Obligatorio, éstas brindaban servicios de cobertura que incluían mayor o menor cantidad de prácticas según la dinámica de un conjunto de factores que debemos analizar.

En primer lugar tenemos la lógica de los actores en juego. La lógica de las EMP como la de los prestadores es la de minimizar el riesgo y maximizar las ganancias. Ejemplo de ello son prácticas tales como la selección adversa, la sobreprestación vinculada a la modalidad de pago por prestación, la estipulación de períodos de carencia, entre otros. Desde esa misma corriente de pensamiento suele expresarse que los usuarios también responden a la misma lógica: buscan pagar el precio más bajo por la mayor cantidad de servicios posibles. Sin embargo todos sabemos las limitaciones de esta concepción: la disparidad de recursos económicos y de información, entre otros factores, hace difícil pensar que se trata de la misma lógica la que mueve a unos y a otros. En general las encuestas muestran que las personas eligen una EMP simplemente consultando a familiares y a amigos (Adamo, Schuffer y Prece, 1994). Finalmente, el tercer actor: el Estado, cuyo accionar —o la falta de él— revelaba netamente una lógica de mercado, pero que más recientemente comenzó a dar respuestas que fortalecen su rol regulador, a expensas de la *mano invisible*.

En segundo lugar ubicamos algunas cuestiones contextuales, como la evolución de los juicios de mala praxis médica y el desarrollo de la tecnología en salud y de la comunicación y difusión de temas de salud.

En tercer y último lugar encontramos cambios culturales: la modificación del concepto de enfermedad, que implica su no aceptación y el rechazo al dolor y a la muerte, la ampliación del concepto de salud, incluyendo el de hábitos de vida sana o estilos de vida saludables y la globalización, que también ha llegado al campo de los servicios de salud.

Desde ciertos sectores se opina que la medicina prepaga funciona como un seguro, aunque las propias entidades no se conciben como aseguradoras. Sin embargo, a cambio del pago de una cuota mensual cubren el riesgo médico que se estipula en el contrato firmado con el usuario. Desde el lado de las EMP, el problema de asimilar ambos tipos de empresas reside en que las aseguradoras tienen la obligación de cumplir con una serie de requisitos que no todas las entidades están dispuestas a sostener. Ellos hacen, fundamentalmente, a la solidez económico-financiera de las compañías 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 que asumen en los contratos con los usuarios.

Por su parte, las razones de las empresas aseguradoras para abstenerse de incursionar en el mercado de salud local fueron varias. La primera fue que no tenían datos históricos suficientes para determinar el costo de las primas de un seguro de salud ni conocían su operatoria. Les interesaba trabajar con mecanismos de reintegro, según los cuales el paciente paga los gastos y posteriormente los presenta a la compañía para recuperar lo pagado. Pero ello no lograba resolver el problema central de la gente que era, básicamente, de tipo financiero. Otra de las razones fue que la gente no sólo buscaba financiar su posible enfermedad sino cubrir, a la vez, la atención permanente de su salud: deseaba disponer de un menú de servicios que cubrieran desde la atención domiciliaria de urgencia hasta la disponibilidad permanente de acceso a internación. Fue así que, alrededor de la década del '40, los propios médicos, que contaban con una cierta experiencia en el gasto, iniciaron las EMP bajo su forma actual.

No hay acuerdo sobre la cantidad exacta de empresas de medicina prepaga que existen en la actualidad. Ello se debe, en gran medida, al hecho de que no se registran diagnósticos oficiales del sector, y los datos disponibles son aportados por las mismas empresas según su voluntad, por las cámaras empresarias que las agrupan y/o por consultoras privadas.

Según datos de la consultora Towers, Perrin, Marcú y Asoc. existen alrededor de 200 entidades que cubren aproximadamente a 2.000.000 de personas en nuestro país. Según la consultora Claves de las 230 empresas que había en 1992, hacia 1996 quedaban unas 138 como consecuencia de liquidaciones, fusiones y absorciones o cambios de rubros. Según Informe Asegurador<sup>3</sup> en 1997 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 empresas. Estos datos se refieren a prepagas de tipo integral y no incluyen los sistemas de emergencias médicas u otros. Según Ahuad, Paganelli y Palmeyro (1999), hacia 1997 el sector estaba conformado por 269 empresas, mientras que el número de usuarios sería (sin consignar datos de los prepagos de hospitales de comunidad y planes sanatoriales) de 3,3 millones distribuidos de la siguiente forma:

1. Prepagos propiamente dichos: 2.200.000 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: 300.000 usuarios.

### 3. Prepagos de gremios médicos: 500.000 usuarios.

Según el Banco Mundial (BM) en 1995 los seguros privados de afiliación voluntaria ofrecidos por más de 200 empresas de medicina prepaga, daban cobertura a unas 2.3 millones de personas con un gasto de 1.500 millones de pesos. Las 72 empresas más importantes, que dan cuenta de 70% del mercado, cubren a 1.740.000 usuarios y declaran ingresos por 1.130 millones de pesos. Son organizaciones con fines de lucro, orientadas a captar sus usuarios entre la población de mayores recursos. Existen además más de tres mil mutualidades que ofrecen cobertura de atención médica a un millón de usuarios y gastan un monto estimado de 500 millones de pesos.

La ubicación de las EMP en nuestro territorio no es homogénea sino que sigue el patrón de distribución geográfica de la población. Existe una gran concentración en la ciudad de Buenos Aires, en la Provincia de Buenos Aires y en los principales centros urbanos, encontrándose dispersas en el resto del país.

Las EMP no responden todas a un mismo modelo organizacional. Por el contrario, el panorama que presentan es de una complejidad tal que hace muy difícil asimilarlas unas a otras, aunque compartan su rasgo central que es ofrecer sistemas de cobertura médica privada por sistema prepago.

Según la evaluación del BM de 1995, el conjunto de las instituciones configura un sistema muy heterogéneo, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor.

Sin intentar ser exhaustivos, las EMP pueden diferenciarse según:

#### **1. La figura jurídica de la organización**

Estas organizaciones pueden ser de carácter público o privado, con o sin fines de lucro, algunas constituyen servicios adicionales brindados por las obras sociales a la población general y otras son emprendimientos comerciales autónomos, etc. Como ejemplo, pueden mencionarse:

- a) Sociedades comerciales de diversa naturaleza (anónimas, de responsabilidad limitada, etc.)
- b) Sociedades Cooperativas y Mutuales.
- c) Hospitales Privados.
- d) Fundaciones legalmente reconocidas.
- e) Asociaciones y Colegios de Profesionales .
- f) Obras Sociales, a través de planes de adhesión voluntaria.

#### **2. El tipo de prestaciones que brindan**

No hay acuerdo sobre la denominación de las entidades según el tipo de prestaciones que brindan, pero a los efectos de este trabajo emplearemos los términos: integrales y especializadas. 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 normado por la Resolución MS 939/2000 que establece el PMO. Las prepagas especializadas están comenzando a surgir y brindan servicios de una sola especialidad médica, tales como emergencias médicas, odontología, etc. En general, brindan los servicios que son excluidos por las prepagas integrales, ocupando así ese nicho de mercado.

#### **3. El nivel socioeconómico de la población que compra los servicios**

Las EMP también se diferencian por el nivel socioeconómico de la población que contrata los servicios, cuyos niveles de ingresos van del medio bajo al alto.

#### **4. El tratamiento impositivo**

El tipo de persona jurídica de las entidades determina un tratamiento impositivo diferencial, y, según ciertos sectores, ello estaría generando situaciones de competencia desleal o subsidiada a favor de las cooperativas, mutuales y fundaciones, que no tienen fines de lucro.

Sin embargo estas últimas entidades consideran que los proyectos de ley tal como están planteados también los perjudican. Desde la Federación Argentina de Mutuales de Salud, su presidente, José María Garriga, objetaba los alcances del proyecto del Poder Ejecutivo ya que existe 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 esta relación que

se crea entre la entidad y sus asociados no es de carácter contractual sino meramente estatutaria. Y agregaba, son los propios asociados quienes crean o modifican sus coberturas de servicios a través de la suma de voluntades y en un claro marco estatutario y de control. Con similares argumentos el coordinador del Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual enfatizaba la característica sin fines de lucro para esas entidades y la realidad de un sector que da cobertura de salud en pueblos de menos de 1000 habitantes, a personas que en su mayoría están fuera de la Seguridad Social y carecen además de oferta adecuada por parte del sector público <sup>4</sup>.

## **5. Los objetivos de inversión**

Aquí pueden encontrarse tres grandes grupos de instituciones:

- a) Empresas de medicina prepaga de larga trayectoria en el sector, que operan en las grandes capitales del país, con usuarios de nivel económico medio-alto y alto. El auge de estas empresas se originó en el encarecimiento de los costos de la atención médica por la utilización de tecnología de última generación, por lo que esos segmentos de población ya no pudieron acceder a la medicina privada bajo la forma de pago de bolsillo.
- b) Los grandes grupos económicos, con capitales internacionales, que comenzaron a invertir en el sector a partir de la promesa de desregulación total del sistema de obras sociales y la posibilidad de ofertar en ese sector.
- c) El tercer grupo lo constituyen empresas de medicina prepaga que dan respuesta, fundamentalmente, a la sobreoferta de mano de obra profesional en el campo de la salud (médicos, bioquímicos, odontólogos, etc.) o a la capacidad instalada ociosa de establecimientos de salud que proliferaron sin considerar el volumen de absorción limitada del sector de la seguridad social. Dentro del primer caso se encuentran los así llamados prepagos gremiales que se autodefinen como un sistema propiciado por las entidades medicas, financiado por una cartera preferiblemente capitada y móvil, basado en las cotizaciones de los usuarios en forma directa ante las entidades médicas, individual o colectivamente, o a través de las obras sociales, sin fines de lucro, que brinda prestaciones o servicios directos y retribuye al profesional esencialmente por acto médico. Su fin es preservar una fuente de trabajo, dándole características estables y creando las condiciones de una administración financiera que permita el pronto pago al prestador. (COMRA,1977).

Dentro del segundo caso encontramos los sanatorios u hospitales de comunidad de alto nivel de complejidad que crearon su propia cartera de pacientes de prepago como forma de financiar su expansión y consolidar sus ingresos ante las transformaciones que se producían en el mercado de servicios. En el interior del país también se repite esta situación con instituciones de menor nivel de complejidad, que trabajan con sectores de bajos ingresos de la población. Actualmente, estos últimos también pueden encontrarse en los grandes centros urbanos.

## **6. La concepción del servicio**

Aquí encontramos dos concepciones diferenciales del sector: la medicina prepaga como empresa de servicios o como sistema de atención médica.

La concepción del sector como empresa de servicios atrae capitales financieros, que invierten en cualquier tipo de emprendimientos que brinden rentabilidad financiera, sin haberse especializado en el ramo. Así, empresas financieras ligadas en general a los capitales transnacionales y en algunos casos orientadas a la actividad aseguradora de riesgos laborales o de seguros de retiro, comenzaron a desarrollar estas actividades.

Por otro lado, encontramos a las EMP que conciben a la medicina prepaga como un sistema de atención médica sostenida por capitales propios de la salud. En esta concepción se nuclean las cooperativas, mutuales y fundaciones sin fines de lucro, además de empresas que sí buscan una rentabilidad, aunque la noción de la salud como negocio se haya morigerada por principios y valores relacionados con la concepción de la salud como un derecho.

## **Antecedentes Regulatorios**

Hasta los años '70, la actividad desarrollada por las EMP era considerada como marginal al sistema de salud, pero, dado su crecimiento y expansión, hoy es innegable que forma parte integrante del mismo. Un punto relevante de toda esta problemática es que las EMP nunca fueron alcanzadas por ninguna regulación de índole sanitaria. En términos generales debemos caracterizar a la regulación ejercida desde el Estado como inespecífica, de índole comercial e impositiva.

Por ello, desde los ámbitos de generación de las políticas de salud comenzó a verse la necesidad de actuar sobre un sector cuya existencia tiene hoy no sólo una amplia repercusión sobre la salud de la población sino también sobre los restantes subsistemas, ya sea por acción o por omisión.

Los objetivos de la política regulatoria pueden ser múltiples y varían según el actor social que la proponga (proteger al usuario, mitigar las fallas del mercado de este sector y/o ejercer el contralor estatal, entre otros. Hacia fines de 1999, el Senado de la Nación aprobó un proyecto de regulación del subsector que aún espera su sanción en la Cámara de Diputados.

Es claro que para algunos sectores es el propio mercado quien debe asumir el rol regulador. En este sentido encontramos la 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". La simplicidad y aparente razonabilidad de esta argumentación se quiebra frente a los hechos: 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 una período de carencia, mucho más por cuando es posible que en otra empresa encuentre los mismos problemas. En ausencia de regulación estatal no hay una real competencia, y podría decirse que aún no se ha establecido un mercado propiamente dicho.

Los aspectos regulatorios se centraron en los aspectos que sintéticamente se describen a continuación

Entre 1948 y 1980 fueron reguladas por las mismas instituciones que lo hacían con cualquier otro tipo de emprendimiento comercial: la Inspección General de Personas Jurídicas, la Dirección Nacional de Recaudación Previsional, la Dirección General Impositiva y el Ministerio de Salud o la Municipalidad (para la habilitación y control de instalaciones en caso de que la EMP tuviera efectores propios).

En 1980 la Resolución 2181 de la Secretaría de Comercio estableció las condiciones que deben registrarse en los contratos; entre ellas, características de los convenios (individual y colectivo), porcentaje de descuento sobre medicamentos y requisitos para obtenerlo, normas aplicadas a la provisión de servicios, forma de pago de las primas y reintegros.

Más adelante, en 1984, la Secretaría de Comercio congeló durante un período los precios para ciertos bienes y servicios; entre ellos, la medicina prepaga. Hacia fines de 1985 y hasta junio de 1996, se dispuso otro período de precios congelados.

En julio de 1986 se pasó a una política de precios administrados, creando en el ámbito de esa Secretaría una comisión mixta con representantes del sector, que actualizaban los precios periódicamente de acuerdo a una fórmula polinómica.

En 1989 se promulgó la Ley 23.661 del Seguro Nacional de Salud que, en su artículo 29, inc. e), impedía a la medicina prepaga, realizar contratos de servicios con la seguridad social.

Hacia 1993 el Estado impulsó la inclusión de la medicina prepaga en la órbita de la Superintendencia de Seguros, ente que controlaría al sector. Este proyecto fue fuertemente cuestionado por las Cámaras de medicina prepaga y la idea fue finalmente abandonada.

En 1996 el Poder Legislativo sancionó la Ley 24.754 que obligó a las EMP a cumplir con las Prestaciones Médicas Obligatorias (PMO). La medicina prepaga la rechazó 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 (aunque sí del IVA, como veremos más adelante) y no tiene financiación estatal, diferenciándose así de las Obras Sociales.

Tanto en los medios masivos como en sede judicial, las EMP han manifestado su oposición a cumplir con el PMO por una cuestión de costos. Sumado a esto, las empresas dicen que esta obligación de uniformar los planes les impide diferenciarse como emprendimientos comerciales, dado que todos deben vender lo mismo. Una mención aparte merece el tema de los precios de los planes. Cuando éstos se adaptaron a los nuevos requerimientos, sus precios se incrementaron. Y si bien el PMO fue considerado desde el inicio como un piso, o como lo definió el BM: "un paquete de prestaciones básicas", para las empresas de medicina prepaga es en realidad un techo, en tanto que serían demasiadas las prestaciones que están obligadas a brindar. En consecuencia, es lógico pensar que, sin control de precios, los precios de los planes que deben cumplir con el PMO tendrán un costo muy superior al actual orientando de ese modo la demanda potencial hacia planes llamados alternativos<sup>5</sup>.

Al año siguiente, luego de un largo proceso, el Poder Ejecutivo Nacional elevó a la Honorable Cámara de Senadores un proyecto de Regulación de la Medicina Prepaga que analizaremos en el apartado siguiente, junto a un proyecto de Desregulación de las Obras Sociales del Personal de Dirección.

En 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. El 7 de diciembre de ese año, el Congreso sancionó la Ley 25.063 que incluyó a la Medicina Prepaga entre las actividades gravadas por el Impuesto al Valor Agregado (IVA), con una alícuota del 10.5%.

El PEN promulgó parcialmente la Ley 25.063, mediante el Decreto 1.517/98 que vetó parte del texto aprobado por el Congreso. El PEN entendía así que la medicina prepaga quedaba de esta forma con una alícuota de IVA del 21%. Las empresas del sector y de la Asociación de Consumidores y Usuarios (ADECUA) presentaron acciones de amparo argumentando la inconstitucionalidad de la promulgación parcial. Más de ciento sesenta fallos judiciales otorgaron medidas cautelares a usuarios y EMP. Éstas consideran que se ven muy perjudicadas y afirman que nunca han gozado de subsidios estatales sino que, por el contrario, tributan impuestos a los Ingresos Brutos, a las Ganancias y a los Activos. El 29 de agosto de 1999, la Corte Suprema de Justicia resolvió la cuestión en la causa Famy S.A. c. Estado Nacional, sentenciando que es inadmisibles la promulgación parcial que vetó la aplicación de una alícuota reducida del IVA para las EMP, manteniéndose así la exención del mismo para dichas empresas.

Entre 1994 y 2001 se presentaron en el parlamento 27 proyectos<sup>6</sup> de regulación del sector (21 en la Cámara de Diputados y 6 en el

Senado), uno de los cuales provenía del PEN. Actualmente tienen estado parlamentario en la Cámara de Diputados cinco proyectos de los Diputados Guevara (2000), Caamaño (2000), Galán (2001), Soñes (2000), Corchuelo Blasco (2000) y el Proyecto aprobado en el Senado (2000).

De los proyectos referidos, el del Poder Ejecutivo -ingresado al Senado hacia 1997- es el que marcó un antes y un después en el proceso de regulación de las EMP ya que contaba con el impulso político que le daba el ser parte de compromisos asumidos frente a organismos internacionales (FMI, BM) y, más allá de la relativa solidez técnica de sus contenidos, incluía todos los elementos sobre los que debe versar un proyecto regulatorio para el sector. Dicho proyecto se constituyó así en el punto de referencia de los demás. Un análisis de los presentados con posterioridad permite observar que, salvo en el caso de aquellos que reproducen proyectos anteriores, toman el Proyecto del Ejecutivo a la manera de una matriz con ligeras modificaciones de su estructura y variaciones en sus contenidos.

### **El Poder Ejecutivo y la Regulación de las EMP (1989/1999)**

Con la asunción del nuevo gobierno en 1989, la reglamentación de las leyes 23.660 (Nuevo Régimen para la Obras Sociales) y 23.661 (Seguro Nacional de Salud) fue dilatándose frente a temas considerados más urgentes. El Poder Legislativo no tuvo suficiente fuerza política frente a las negociaciones que distintos sectores realizaban con el Ejecutivo. Desde entonces, la política en el sector se caracterizará por un conjunto de omisiones y de dilaciones en cuanto a la reglamentación de tales leyes, hasta que en 1993 se emiten el Decreto N° 9 (Desregulación de Obras Sociales) y sucesivos.

Importa aclarar que, según expertos en la materia, estos decretos desvirtuaban por completo el espíritu y fundamentos de las leyes, cuando no las 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, el cambio drástico del curso de las políticas de Estado impulsado por el gobierno de Carlos Menem, tuvo su manifestación en las políticas de salud. Las mismas se caracterizaron por promover la desregulación, el subsidio a la demanda, la libre elección y el mercado como garante de la satisfacción de dichos postulados. Un ejemplo específico es lo dispuesto por el Decreto 9/93 que restringe la contratación de prestadores a través de las asociaciones profesionales, siendo que la Ley las habilitaba para tal función. Cada obra social ahora puede contratar directamente con profesionales e instituciones prestadoras de servicios, evitando 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) "una entidad que representará en el orden nacional a todos los emprendimientos 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" (Larrocca, 1993).

En el escenario trazado podía vislumbrarse la conformación de dos grupos diferenciados en cuanto a su apreciación de la situación del sistema de salud y su necesidad de reforma.

Por un lado, los gremios con sus obras sociales, la Administración Nacional del Seguro de Salud y los prestadores privados, nucleados en CONFELISA sostienen la defensa del sistema de seguridad social y cierto papel regulador del Estado. Por el otro, el sector que representa a las EMP, cuya posición oscila desde la solicitud de un marco regulatorio flexible hasta posturas más radicalizadas que proponen una reforma estructural del sistema que no preservaría la existencia de la seguridad social ni el papel regulador del Estado. A fines de 1991 este último grupo logra acceder al gobierno, ya que con el cambio de Ministro en el área de Salud y Acción Social, el Presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) asume como secretario de Salud y en 1993 lo hace como ministro del área. Con el tiempo, el debate quedó subsumido a la opción por uno de los 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 del gobierno justicialista. La mayoría de las nuevas propuestas para el sector provenían de grupos privados, en algunos casos a través de estudios y diagnósticos de consultoras (Findling y Tamargo, 1993).

En un proyecto de reforma del sistema difundido en 1987 por la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) se proponía la afiliación obligatoria de todo personal en relación de dependencia y de los trabajadores autónomos a una entidad que les asegurara un estándar mínimo de cobertura sanitaria. Dicha entidad podría ser una obra social, una entidad de medicina prepaga, o cualquier otra que se crease al efecto<sup>7</sup>

Parte del impulso para establecer una regulación específica del sector fue dado por las propias EMP de capitales nacionales, como una forma de posicionarse frente al poderío económico de los capitales transnacionales que hacia 1996 comenzaban a llegar dispuestos a realizar fuertes inversiones en distintas áreas, y también en salud. Situación ésta enmarcada, como se señalara anteriormente, dentro del desarrollo del proceso de transnacionalización de las empresas del sector salud.

Hacia 1996, la Subsecretaría de Fiscalización y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud y Acción Social creó una Comisión Interministerial, compuesta por representantes de la Jefatura de Gabinete de Ministros y de los Ministerios de Salud y Economía, cuyo objetivo era elaborar un proyecto de ley de regulación de Medicina Prepaga. Dicha comisión se integró además con representantes de las principales entidades del sector: la Confederación Médica de la República Argentina, la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga y la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina. En una primera reunión se coincidió en que la regulación debía tener tres componentes:

1. *Económico-financiero*: por los compromisos de riesgo médico que asumen las empresas.

2. *De salud*: en relación a la calidad de la infraestructura y de los prestadores.

3. *Contractual*: de total transparencia de los planes de salud, sin cláusulas ocultas y/o ambiguas que podrían ocasionar conflictos o litigios con los usuarios.

El foco de la discusión -sostenido hacia el interior del Estado por los Ministerios de Economía y Salud desde perspectivas radicalmente opuestas- era el régimen económico que se proponía para estas empresas. Dicho régimen se basaba en tres elementos: el capital mínimo, las reservas técnicas y el patrimonio neto, considerados fundamentales pues son la garantía de las EMP para -en analogía con las compañías de seguro-enfrentar la siniestralidad. El problema radicaba en que la subsistencia o desaparición de algunas empresas que actuaban en el sector dependía del monto que se fijara como mínimo obligatorio para cada uno de los elementos enumerados. Mientras el Ministerio de Economía reclamaba un capital mínimo de 1 millón de pesos, el Ministerio de Salud proponía que fuese de 200 mil. Algunas empresas hicieron llegar informalmente otras sugerencias. Por ejemplo, el grupo Exxel propuso que se situara en 12 millones de pesos, bajándolo luego en las Audiencias Públicas realizadas en 1998 en el Congreso a 7 millones. Sobre las reservas técnicas, materia de estudio actuarial, el Ministerio de Salud proponía una doceava parte de la facturación anual mientras que el Ministerio de Economía auspiciaba un piso más elevado<sup>8</sup>.

El Subsecretario de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de entonces, impulsor del proyecto, 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. Más adelante expresó: El marco normativo tiene dos objetivos esenciales: optimizar el nivel de la prestación -es decir que las prestaciones sean cada vez mejores- y la protección del usuario. El propósito de estas declaraciones era notificar que el proyecto en debate tenía todo el apoyo 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.

Por esa época se había realizado un importante encuentro titulado Reformas pendientes del Sistema de Salud en la Argentina. Su organización corrió por cuenta de la Fundación Integración que presidía el entonces Ministro de Justicia de la Nación y a él asistieron referentes políticos y técnicos, nacionales y extranjeros. En su transcurso se expusieron algunas propuestas alternativas a la reforma, entre las que se destaca la efectuada por Manuel Solanet, economista de FIEL, en franca confrontación con la postura del poder sindical al frente de las Obras Sociales. Dijo Solanet: "la propuesta es que dentro de un esquema de Superintendencia y de regulación se 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". Y agregó: "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". Esta propuesta es la que se conoce como subsidio a la demanda, y se trata de una propuesta de reforma radical, ya que hasta el momento el sistema se manejó sobre la base de subsidiar la oferta, como ejemplo vale el Fondo de Redistribución de la ANSSAL.

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.

Al respecto el representante del Banco Mundial, Philip Musgrove, señaló: "lo más difícil es balancear las tareas de protección al consumidor con las necesidades de proteger adecuadamente la estabilidad y la viabilidad financiera y técnica de las empresas que venden o administran los seguros, y este problema es la razón de la existencia de muchos proyectos que, si bien aceptan principios comunes, difieren bastante en el grado de protección que dan para uno y otro lado de esta distinción". Luego agregó: "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, por esa razón 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"<sup>8</sup>.

Finalmente, el proyecto ingresó al Senado el 18 de julio de 1997 junto con un proyecto que desregulaba las obras sociales del personal de dirección.

En el Senado, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social organizó una serie de Audiencias Públicas entre agosto y fines de setiembre de 1997 en la que numerosas organizaciones<sup>9</sup> discutieron la cuestión de la regulación de la medicina prepaga y los proyectos regulatorios existentes en la Cámara de Senadores en ese momento: el enviado por el Poder Ejecutivo y el presentado por el senador Martínez Almudévar. En general, todas las entidades hicieron planteos exclusivamente relacionados con el proyecto del Ejecutivo que avanzaba en la regulación de los elementos específicos de las actividades de las EMP. Los distintos actores sociales presentaron un sinnúmero de críticas arrojando luces sobre un proyecto que en algunos puntos ha resultado demasiado confuso, aunque, comparativamente, tenía una solidez técnica superior a la de otras iniciativas de ley.

Los elementos centrales de ese proyecto y los principales cuestionamientos a cada uno de ellos permiten hacer un análisis más sutil de la problemática de la regulación de las EMP. Además, aunque sólo se trata de un proyecto y ante la falta de un diagnóstico sobre las características del sector, las diferentes posturas y argumentaciones son relevantes a la hora de pensar en cualquier futura reglamentación para el mismo.

## **1. Definición de las entidades y de la actividad de medicina prepaga**

Ya sea por la estrechez o por la amplitud de las definiciones, los actores del sector no acuerdan en la determinación del tipo de entidades habilitadas para funcionar como EMP. Es así que se cuestiona la limitación original del proyecto de las personas jurídicas habilitadas para operar como EMP, argumentando que ello vulneraría el derecho constitucional de libertad de empresa. Por ejemplo, quedan excluidas las sociedades de responsabilidad limitada.

Además, ciertos requisitos para el funcionamiento de las EMP<sup>10</sup> expulsan a determinadas organizaciones con características muy particulares. Por ejemplo, la suscripción de un contrato escrito de prestaciones médicas entre la entidad y el usuario no es aplicable a las cooperativas y mutuales, ya que su régimen de funcionamiento institucional se basa en la toma de decisiones a través del mecanismo de asamblea. Además, los usuarios no son clientes que contratan servicios sino asociados a la institución que reciben los beneficios que ésta otorga, entre ellos los de salud (que se hayan decidido brindar a través del mecanismo precedentemente citado).

Es necesario diferenciar dos elementos que obligatoriamente debe incluir todo proyecto de regulación del las EMP. Por un lado, una definición de las entidades y, por otro, una enumeración de los requisitos obligatorios que éstas deben cumplir. Al respecto, debe analizarse el artículo 2º del proyecto del PE que presenta como características de estas empresas elementos que deben ser obligatorios para cualquier empresa que quiera realizar actividades de medicina prepaga. Esta falacia legislativa permitiría funcionar a entidades que no posean un requisito (que debieran tener obligatoriamente), ya que por dicha carencia no se encuadrarían dentro del sector sobre el que se legisla.

Por otra parte, existe una diferenciación no suficientemente formalizada entre prepagos que podríamos llamar integrales y otros llamados parciales (sistemas de emergencias médicas, prepagos odontológicos u otros). El proyecto del PE no determina si a estos últimos los alcanza la propuesta regulatoria. Tampoco se determina si están incluidas las obras sociales con planes de adhesión voluntarios.

La materia de la regulación también es motivo de desacuerdo. No es lo mismo regular a la entidad que a la actividad de medicina prepaga. Nuestra posición es que debería legislarse sobre la actividad y, en el marco de ella, sobre las entidades que la desarrollan.

Además el proyecto plantea la exclusividad del objeto social de las EMP . Ello originó extensas discusiones, dado que existen entidades que realizan actividades paralelas a la de ofrecer servicios de medicina prepaga. El propósito de dicha exclusividad es proteger al usuario de una posible malversación o desvío de fondos hacia otro tipo de actividades no relacionadas con la prestación de servicios de salud comprometidos con la cartera de usuarios, interés que, consideramos, se debe salvaguardar a pesar de los conflictos que podría acarrearle a algunas entidades. De otra forma, la entidad podría llegar a no disponer los fondos para el origen al que estaban destinados y, en consecuencia, dejar de brindarle al usuario las prestaciones convenidas contractualmente. El problema reside en que ciertas entidades de medicina prepaga que funcionan en el mercado (prepagos de las asociaciones y colegios profesionales u obras sociales con sistemas de adhesión voluntaria) deberían modificar su existencia drásticamente, originando nuevas entidades exclusivamente dedicadas a la medicina prepaga, También constituye un problema para las mutuales y cooperativas, que, como se dijo, realizan múltiples actividades, algunas de ellas relacionadas con la salud. Tampoco hay acuerdo en la definición del concepto de pago que realiza el usuario de la EMP. Una primera formulación lo designa como contribución voluntaria, lo que es erróneo, ya que implica que el monto de la contribución pecuniaria lo decide el usuario. Asimismo, el carácter voluntario del pago da lugar a otros equívocos: la contratación de los servicios sí es voluntaria, pero una vez que ella se realiza el pago se torna obligatorio. Una característica fundamental del pago, que obligatoriamente debe incluirse en cualquier definición que pretendamos hacer de la actividad de las EMP, es que el mismo es periódico.

Cabe analizar los tipos de riesgo<sup>11</sup> que las EMP están obligadas a cubrir según el proyecto del PE. Ellos son: el riesgo asistencial (relacionado con la mala praxis profesional) y el riesgo económico (relacionado con el costo de la atención de patologías que pueden padecer los usuarios que contrataron los servicios). A raíz de los numerosos cuestionamientos al artículo correspondiente, el proyecto sancionado se modificó para discriminar el riesgo económico de la obligación asistencial, quedando en suspenso una decisión respecto del riesgo asistencial<sup>12</sup>. En nuestra concepción, la EMP no sólo debe cubrir el riesgo económico, sino asegurar la cobertura del riesgo asistencial, ya sea contratando únicamente prestadores asegurados o tomando las propias empresas dicho seguro.

## **2. Exigencias en materia financiera**

Se trata de exigencias referidas al margen de solvencia de las EMP<sup>13</sup> y a la necesidad de contar con un patrimonio neto<sup>14</sup> y con reservas técnicas<sup>15</sup> que permitan mantener la oferta de los servicios que el usuario contrató. Si bien esas exigencias requieren de un análisis técnico muy pormenorizados, los alcances del presente trabajo, hacen necesario aclarar algunas cuestiones.

En primer lugar, respecto al monto planteado en el proyecto del PE para cada una de las exigencias, debemos decir que es arbitrario, que puede ser alto o bajo según las características de la institución. Si el monto es excesivo pueden generarse oligopolios y determinar la desaparición de muchas entidades pequeñas, posiblemente las del interior del país que prestan un servicio a nivel local. Por el contrario, si el monto es muy bajo puede ponerse en riesgo la continuidad de la atención con el consiguiente perjuicio para el usuario. Por ello, habría que establecer niveles diferenciales de exigencias económico-financieras, estableciendo categorías de instituciones según facturación, destino de los fondos o cualquier otro criterio alternativo. Algunas entidades proponen el fijar un índice de riesgo elaborado por calificadoras especializadas para diferenciar la situación de las distintas EMP.

En segundo lugar, es correcto que los montos exigidos sean estipulados en el proyecto de ley y no quedar librados a la autoridad ejecutiva, ya que ésta podría incurrir en graves arbitrariedades y abusos de poder.

En tercer lugar, debe analizarse el caso especial de las entidades sin fines de lucro que, al reinvertir los excedentes, no generan ganancia alguna.

## **EL Propósito de la Regulación**

Al analizar el conjunto de los proyectos, se observa que todos presentan similares propósitos explícitos; pero la lectura detallada y pormenorizada de sus respectivos articulado permite advertir diferencias que hacen al propósito central, la mayor parte de las veces implícito, de cada intento regulatorio.

Estos propósitos diferentes responden a concepciones ético-ideológica sobre el sistema de salud y, específicamente, sobre los actores centrales de este subsistema. Es así que podemos agruparlos alrededor de dos ejes dominantes: la relación usuario-EMP y la relación Estado-EMP.

### **1. Relación Usuario-EMP**

Los proyectos agrupados en torno a este eje se caracterizan por colocar en el centro de la escena regulatoria a la relación entre la EMP y aquellos que, a cambio de una cuota dineraria periódica, reciben servicios de salud de contratación voluntaria. Cada proyecto ha seleccionado una figura distinta para designarlos (usuarios, consumidores, pacientes, clientes o personas. El término seleccionado casi nunca es azaroso y le imprime al proyecto una filosofía especial.

Estos proyectos surgen de las múltiples quejas y denuncias de los usuarios frente a las pocas entidades que reciben sus demandas (asociaciones de defensa del consumidor, ombudsman de cada jurisdicción, entre otras) y en ellas se fundamentan. Básicamente, las denuncias se relacionan con el incumplimiento de los contratos y la no prestación de un servicio. Aquí es donde se hace más evidente la asimetría informativa existente en el mercado de la salud, siendo ésta una de sus fallas más notorias. En cuanto al Estado, se hace presente como un actor que tiende a regular la relación usuario-entidad a través de la sanción del marco normativo, para luego desempeñarse como ente fiscalizador del cumplimiento de las prescripciones legales.

Frente al aparente abuso de las entidades, el propósito central de los proyectos es proteger al sujeto que -en este trabajo y con muchas reservas- denominamos usuario.

De todas formas, es necesario introducir una diferenciación ulterior cuyas categorías se definen tras responder a una cuestión central: ¿qué es un usuario?

#### **a) Usuario como consumidor**

Los proyectos que se proponen proteger al usuario en tanto consumidor, se focalizan en la transparencia de las normas contractuales. Para ellos, la regulación pasa por establecer reglas de juego claras en la relación usuario-entidad que la afiancen y desarrollen. Esta postura, compartida por organismos internacionales (Banco Mundial) es una señal para los mercados, en tanto brinda una imagen de bajo riesgo para los inversores internacionales en el sector de las EMP.

#### **b) Usuario como sujeto del derecho a la salud**

Aunque no encontramos en los proyectos presentados alguno que se proponga proteger al usuario en tanto sujeto del derecho a la salud, consideramos que es importante tenerlo en cuenta a la hora de pensar en alternativas regulatorias. Un proyecto que tuviera este propósito buscaría proteger al usuario entendiendo esto como el establecimiento de normas que explícitamente lo defiendan por su edad avanzada, por tener una patología preexistente, por ser un neonato con patología congénita, etc.

### **2. Relación Estado-EMP**

Un modo muy diferente de encarar la misma problemática es centralizar la atención en la relación (hasta ahora muy lábil, pues este mercado funciona según los parámetros ideales de la economía neoliberal con poca o escasa intervención estatal) entre el Estado y las entidades. El propósito es demarcar el rol del Estado en torno a dos preguntas claves: ¿Quién controla? y ¿Qué se regula?

## **a) Estado como fiscalizador**

Estos proyectos hacen hincapié en el diseño organizacional del ente gubernamental que se ocupará de controlar y fiscalizar la gestión de las EMP. En general, no regulan directamente sino que se proponen perfeccionar la burocracia para hacer de ella una maquinaria adecuada que genere una futura regulación del sector. La transparencia en la elección de la autoridad, la equitativa representación de todos los sectores involucrados, la reglamentación de los mecanismos de toma de decisión, etc. asegurarían que el accionar de la institución fuera justo y equitativo. Debe precisarse que algunos proyectos estipulan que en los entes reguladores debe haber representación de las EMP formando parte de su Directorio; ello daría lugar a que sean los propios regulados quienes se regulen.

Por otra parte, los proyectos que sustentan este propósito se diferencian entre sí según postulen que la función de contralor sea ejercida directamente por un organismo gubernamental o sea tercerizada.

## **b) Estado como regulador**

Aquí ubicamos los proyectos cuyo propósito es entender a la regulación de la actividad como una función estatal y hacen de ella una política pública explícita sobre el sector. Estos proyectos abarcan un abanico de temáticas sobre las cuales se normatizan aspectos, se imponen obligaciones y se garantizan derechos, tales como los planes, las reservas técnicas, el patrimonio neto, los contratos, el ente regulador, la actividad regulada, etc.

Sin embargo, es posible hacer una diferenciación ulterior en relación a la materia objeto de regulación.

Por un lado, están los proyectos que regulan al sector entendiéndolo como parte de la economía formal; por tanto, conciben a las EMP como un conjunto de emprendimientos privados dirigidos a brindar servicios de salud a personas con capacidad de pago. Se trata de una regulación netamente económica. Lo dicho se manifiesta claramente en la determinación de que el punto de control debe estar situado en la órbita del Ministerio de Economía.

Por otro lado, están los proyectos que responden a una concepción que -consideramos- debería profundizarse en el futuro y según la cual las EMP son parte del subsistema privado de atención de la salud y, en tanto tal, el proyecto es la materialización de una política de salud. No sólo se lo concibe por sus efectos sobre el subsector específico a regular sino también por los efectos deseados o no que el mismo podría generar sobre los otros subsectores (el público y el de la Seguridad Social) e indirectamente sobre la salud de la población. Son proyectos que hacen de la regulación sanitaria el centro de la cuestión.

Como ejemplo de lo expresado vale apuntar que: se establece la obligatoriedad del pago por las prestaciones que el Hospital Público de Gestión Descentralizada efectúe a sus usuarios, que los prestadores deben cumplir con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, que el punto de control se sitúe en la órbita del Ministerio de Salud, que los planes médicos sean aprobados por la autoridad de aplicación, etc.

## **Conclusiones**

Un primer aspecto que se debe definir al diseñar una nueva propuesta normativa de la actividad de las EMP es si las empresas son administradas bajo un concepto de sistema solidario, de seguro o 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. El concepto de sistema solidario, implica que el riesgo se distribuye en la población en forma solidaria, de los sanos a los enfermos y de los que pueden pagar a los que pueden menos. El concepto de seguro basa la prestación en una cuota dineraria determinada a partir de cálculos actuariales realizados sobre índices de riesgo epidemiológico de la población en cuestión. En tanto que el concepto de ahorro y capitalización funcionaría con un esquema similar al de los sistemas de retiro, con la diferencia de que los fondos se utilizan cuando se produce la enfermedad. Este último es además uno de los fundamentos de la inclusión en los planes de períodos de carencia<sup>16</sup>.

Un segundo aspecto a considerar es si el sector de la Medicina Prepaga será considerado una sumatoria de entidades que ofrecen servicios de salud o si se trata de un subsistema dentro del sistema de servicios de salud. La primera postura conduce hacia una regulación fundamentalmente económica que concibe a las empresas como entidades comerciales prestadoras de servicios, es decir como un rubro más de la actividad económica. La segunda debería ser la base fundamental de una regulación sanitaria; es decir, del establecimiento de una política de salud en relación con todo el sistema.

De acuerdo al análisis de Giordano (1999) se trata de un subsistema al que, además, lo caracteriza como de tipo solidario: El sistema privado es esencialmente solidario, aunque muchos se empeñan en considerar que sólo las Obras Sociales son solidarias. 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.

Todas estas cuestiones están innegablemente asociadas a la noción que se tenga de quienes reciben las prestaciones a cambio del

pago de una cuota dineraria periódica. Ya se ha mencionado que en los proyectos varía, de modo implícito o explícito, la forma de nominar a dicho sujeto. Puede ser cliente, consumidor, usuario o beneficiario. Detrás de cada término hay una concepción que imprime una filosofía a la propuesta normativa. 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. La de usuario refleja más el sentido de la relación con una empresa de prestación de servicios. De hecho el término se comenzó a utilizar en los '90 frente a la privatización de los servicios públicos. El término beneficiario, poco utilizado en los proyectos, proviene del sector de la seguridad social, cuya población es conocida también como afiliado.

Otra cuestión a resolver en un futuro proyecto de regulación es si se puede o no plantear una regulación homogénea para un universo tan disímil de EMP, tal como este trabajo caracterizó. En general, los proyectos siguen el modelo con que se diseñó y reguló a los nuevos sistemas de retiro (sistema de capitalización) y de riesgos del trabajo, olvidando que se diferencia de ellos en un punto central y crucial. Las Administradoras de Fondos de Jubilación y Pensión y la Aseguradoras de Riesgos del Trabajo se crearon por medio de las leyes correspondientes, de allí la homogeneidad del sistema. En cambio, las EMP fueron surgiendo lentamente a lo largo de treinta años, como producto de esfuerzos individuales o colectivos, privados o públicos que les dieron perfiles, características y objetivos totalmente distintos. Ante este amplio espectro de instituciones tan disímiles, el proyecto de regulación del PE analizado simplifica excesivamente la realidad. La igualdad de la ley frente a una realidad tan dispar produciría inevitablemente situaciones de manifiesta inequidad para todas las entidades. Algunas se verían perjudicadas por exigencias, sin duda, demasiado elevadas para su caso, lo que podría terminar impidiendo su funcionamiento, mientras que otras gozarían de los beneficios adicionales, explícitos y en muchos casos implícitos, que les brinde la norma.

Para elaborar un proyecto que tenga en cuenta la heterogeneidad de las EMP es imprescindible contar con más y mejor información sobre el sector, hoy inexistente y poco confiable. Las Cámaras brindan algunos datos, pero, al no existir una fuente única, la información obtenida es fragmentaria y deja afuera a las EMP que no están adheridas a ninguna. Sería necesario destinar fondos para realizar un diagnóstico que permitiera trazar un mapa del subsistema de la medicina prepaga, sobre el cual discriminar tipo y cantidad de organizaciones. Esta tipología sería la base y el fundamento de la adopción de una política regulatoria del sector más justa y equitativa para cada clase de EMP que funcionan en Argentina, lo que redundará en un beneficio para los usuarios de las mismas. Sería deseable, no obstante, que la política regulatoria tuviera una visión a futuro, orientada a lograr una homogeneización progresiva del sector, de modo que pueda generarse un mercado más transparente y, a la vez, una racionalización del subsistema privado de salud.

A modo de síntesis sería necesario retomar el supuesto utilizado como punto de partida del trabajo. La regulación de las EMP no es un aspecto meramente técnico, de definición de coberturas, alcúotas o de cálculos actuariales. Es, eminentemente, un proceso de definición de políticas públicas en tanto implica jerarquizar los valores que van a orientarlas. En este sentido es necesario encarar su elaboración o reformulación a partir de tomar una decisión consciente y fundada acerca del para qué de la regulación. Esta puede servir para proteger al usuario-consumidor frente a las EMP, para controlar e inspeccionar un sector de la economía, para mejorar el desempeño del sistema de salud, etc. La elección racional de un propósito permitirá que cada norma que se incorpore al proyecto responda al mismo, facilitando su coherencia interna y solidez técnica.

Desde nuestra perspectiva la regulación es absolutamente necesaria. Y lo es dentro del marco global de una política de salud. El Estado es garante del ejercicio de los ciudadanos del derecho a la salud. Sabemos que cuando un usuario, que no tiene capacidad de pago adicional, necesite una prestación no cubierta por una EMP, por cualquier motivo, requerirá estos servicios al hospital público. Es así que toda acción u omisión de las EMP repercutirá inexorablemente sobre la salud del conjunto de la población, y por ello debe ser concebida como parte integrante del sistema de salud, como subsistema del mismo, y sujeta a las políticas públicas que se dicten sobre la materia, siendo la regulación misma una política de salud. En este mismo sentido, concebimos como sujeto del derecho a la salud también a aquel que contrata los servicios de las EMP y es esta concepción la que debe orientar un futuro proyecto.

## **Bibliografía**

Ahuad, A.; Paganelli, A.; Palmeyro, A. (1999) *Medicina Prepaga*. Historia y futuro Ediciones ISALUD. Buenos Aires

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.

Honorable Senado de la Nación (1998) *Audiencias Públicas de consultas sobre la regulación de las entidades de Medicina Prepaga*. Mimeo

Banco Mundial (1995) Argentina. *Health Insurance Reform Loan*. Versión preliminar. Mimeo. Buenos Aires.

Belmartino, S.; Bloch, C. (1993) "La Medicina Pre-Paga en Argentina; su desarrollo desde los sesenta" en Cuadernos Medico Sociales Nº 64 . Rosario. Santa Fe.

COMRA (1977) Tipos y características de los sistemas de prepago Documento presentado al Seminario sobre Cartera Capitada y Pre-pago Médico. Tucumán.

Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (1987) *"El gasto público. Propuesta de reforma del Sector*

*Publico". Síntesis de trabajo en Boletín Informativo TECHINT. Nº 246. Buenos Aires.*

Gonzalez García, G.; García T. (1997) *Más Salud por Menos Dinero. La Reforma de Sistema de Salud en Argentina.* Ediciones ISALUD/Nuevo Hacer Grupo Editor. 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.

Kandel, Bernardo (1960): *Seguro de Salud.* Jornadas Médico Gremiales de la Federación Médica de Entre Ríos y el Círculo Médico de Paraná sobre Colegiación Médica y Seguro de Salud.

Larroca N. (1993) *"Salud para todos"* en *Revista de la Federación de Clínicas de Río Negro*, número de marzo. Río Negro.

Montes, M. (1998) *El Mercado de la Salud en Argentina antes de la Gran Reforma.* Fundación J.R. Villavicencio. Mimeo.

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.

Oszlak, O., O'Donnell, G. (1984) *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación.* Documento SP 3. Ilpes.

(\*) Administradora Gubernamental, Licenciada en Psicología y Master en Análisis de Opinión Pública (tesina en elaboración).

(\*\*) Administradora Gubernamental, Licenciada en Psicología, Diplomada en Administración de Salud y Seguridad Social y Máster en Ciencias Sociales.

1 Derogado por D1939/2000 de creación del Hospital Público de Gestión Descentralizada.

2 Sustituido por la Resolución MSAL 939/2000.

3 Bermudez Ismael (1997). *Las prepagas en turno de espera en: Informe Asegurador.* Número de febrero. Buenos Aires.

4 Bermudez Ismael (1997). *Las prepagas en turno de espera en: Informe Asegurador.* Número de febrero. Buenos Aires.

5 De acuerdo al proyecto de Ley aprobado en el Senado, las EMP tienen la obligación de brindar un plan que se adecue a lo normado por el PMO, pudiendo, una vez cumplido este requisito, ofrecer cualquier otro tipo de plan, llamados "alternativos" o "parciales", donde se podrían contemplar sólo algunas de las prácticas incluidas en el PMO.

6 Incluyendo los proyectos representados.

7 FIEL (1987) *El gasto público. Propuesta de reforma del Sector Público.* Síntesis de trabajo, en: *Boletín Informativo TECHINT, Nº 246.* Buenos Aires.

8 "Las Reformas Pendientes del Sistema de Salud", en *Consultor de Salud*

9 Entre otras: Asociación Médica Social Argentina (AMSA), Asociación de Entidades de Medicina Prepaga del Interior (ADEMPI), Asociación Argentina de Cámaras de Seguro Asociación de Defensa de los Consumidores y Usuarios de Argentina (ADECUA), Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), Asociación de Hospitales de Colectividades y Particulares sin Fines de Lucro, Cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), Cámara de la Pequeña y Mediana Empresas de Medicina Prepaga (CAPYMEP) Confederación de clínicas y sanatorios de la República Argentina (CONFELISA), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA), Federación Médica de Capital Federal (FEMECA), Obra Social de Ejecutivos (OSDE), MEDICUS SA, EXXEL GROUP S.P.M. También participaron la Liga de Acción del Consumidor (ADELCO), el Instituto Nacional de Asociaciones Cooperativas y Mutuales (INACYM), la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y el Defensor del Pueblo.

10 "(...) El objeto social de las entidades de medicina prepaga (EMP) deberá ser exclusivo para el desarrollo de las actividades determinadas en el artículo 2do" Expte 0383-PE-97. Régimen para las empresas de medicina prepaga. DAE 75. Honorable Cámara de Senadores de la Nación.

11 "Son consideradas entidades de medicina prepaga (EMP) las que: (...) b) asuman el riesgo económico y asistencial como contrapartida de un pago" Expte 0383-PE-97. Régimen para las empresas de medicina prepaga. DAE 76. Honorable Cámara de Senadores de la Nación.

12 "Son consideradas entidades de medicina prepaga (EMP) las que: (...) b) 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" Proyecto sancionado por la Cámara de Senadores de la Nación.

13 "La Superintendencia de Servicios de Salud establecerá el margen de solvencia con relación al patrimonio neto que deberán mantener las entidades de medicina prepaga". Expte 0383-PE-97. Régimen para las empresas de medicina prepaga. DAE 76. Honorable Cámara de Senadores de la Nación

14 "Las entidades de medicina prepaga deberán acreditar un patrimonio neto de: a) pesos doscientos cincuenta mil (\$250000) a las ya existentes, b) pesos quinientos mil (\$500000) a las a crearse (...)"Expte 0383-PE-97. Régimen para las empresas de medicina prepaga. DAE 76. Honorable Cámara de Senadores de la Nación

15 " 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(...)" Expte 0383-PE-97. Régimen para las empresas de medicina prepaga. DAE 76. Honorable Cámara de Senadores de la Nación.

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