



La Defensoría recibe cientos de denuncias por falta de protección a los usuarios

MEDICINA PREPAGA: SIN COMPASION Y SIN LEY

Los reiterados fallos favorables de la justicia sobre demandas a empresas de medicina prepaga -entre ellos varios a propósito de acciones iniciadas por la Defensoría del Pueblo - reafirman la profusión de maniobras en perjuicio de los derechos de los usuarios y, a la vez, la existencia de un vacío de regulación que vulnera el derecho a la salud. El tema exige, además de la ley ausente, un profundo debate sobre el rol de las empresas privadas, cada vez más vinculadas con las obras sociales y cuyo rol puede ser de peso ante la desregulación del sistema de salud contemplado en el proyecto de ley actualmente en elaboración.

En la Defensoría del Pueblo porteña llueven denuncias sobre medicina prepaga (cerca de 700 desde 1999 a la fecha) cuyo seguimiento lleva a las recomendaciones que la Defensoría hace a las empresas. Si estas instancias fracasan, lo que queda es recurrir a la Justicia, acción que ha posibilitado a la Defensoría obtener fallos en casos paradigmáticos, pero que sólo ejerce ante situaciones gravísimas. Por su parte, la Dirección de Defensa del Consumidor de la Ciudad atiende por mes -y con absoluta prioridad- un promedio de 70 reclamos que en buena medida, según informó Norberto Dorensztein, se resuelven en mediación.

La conducta de muchas empresas de medicina prepaga genera una paradoja perversa. La gente *pre-paga* por sí alguna vez (a causa de los años, de enfermedades inoperadas y graves, de tratamientos prolongados y complejos) llega a requerir una atención médica que supere largamente sus recursos. A nadie se le ocurre desembolsar de 70 a 200 pesos al mes (por dar una cifra), para solventar los gastos de un resfrío o de una criolla "pataleta al hígado". Es decir, una persona paga regularmente semejante suma a una entidad para vivir con la tranquilidad de que si alguna vez lo necesita, ésta solventará lo impagable para sus ingresos habituales. Y es precisamente en estas situaciones cuando aparecen los problemas.

Termina entonces para las prepagas el tiempo del entusiasmo inicial con los usuarios, o del romance con gente joven y sana, cuando la plata sólo entra. El conflicto llega cuando las empresas deben pagar, como suele ocurrir con otros seguros. La diferencia, nada superflua, es que aquí no se trata del seguro del auto sino de la salud, y que con ella se va la vida.

Esto que pasa

Manuel Vázquez Sánchez vino desde su Galicia natal a la Argentina hace unos 40 años. Se casó aquí con Lita y tuvieron tres hijos, "dos varones ya grandes" y María Paula, de 16 años. Manolo vive en la Capital y trabaja en una panadería. Preocupado por la falta de seguro médico, en abril de 1997 se afilió a la prepaga Clinicien SA incluyendo a su esposa y su hija. Poco más de un año después, cuando surgió un problema cardíaco y debió ser sometido a una angioplastia trasluminal coronaria, debe haberse felicitado por aquella decisión y más aún cuando a partir de entonces se le prescribió un tratamiento de control de su funcionamiento cardíaco.

Pero éstos son tiempos difíciles: el pasado 30 de marzo recibió una carta de la empresa informándole que en el plazo de treinta días sería rescindido su contrato "por vencimiento del mismo". La sorpresa y la angustia se instalaron en la familia. "Imagínese, de un día para otro, dejarnos así afuera, después de cuatro años...", evoca Manolo. Cuatro años en los que jamás habían dejado de abonar escrupulosamente los 184 pesos con cincuenta y cuatro centavos de la cuota mensual. "¿Cuál es la razón, si siempre cumplimos...?", se preguntaban.

Para la empresa no había misterios. De ser un aportante de ingresos (varios miles de dólares en ese lapso) el señor Vázquez se había transformado en una fuente de gastos que, con sus 60 años, podían incrementarse. Entre el negocio y la salud del usuario, los inasibles mercados bajaron el pulgar y el paciente cardíaco quedó totalmente desprotegido en su cobertura de salud. El 3 de mayo, cuando concurrió al consultorio médico donde cumplía su



Ilustración: Augusto Costhanzo

tratamiento, supo que las prestaciones habían sido canceladas y debió abonar la consulta.

Vázquez recurrió a la Defensoría del Pueblo y las correspondientes actuaciones se pusieron en marcha. Unos días después "y ante la evidencia de que la empresa no había asumido sus obligaciones contractuales y de carácter social negando las prestaciones indispensables y afectando así al señor Vázquez en su derecho a la salud y en su expectativa de recibir tratamiento", la Defensora recomendó a la prepaga se abstuviera de disponer la rescisión unilateral del contrato y la revocación de las prestaciones. No hubo respuesta.

Ante el grave riesgo que sufría el paciente, la defensora Alicia Oliveira radicó en la justicia una "Acción de Defensa del Usuario" contra la firma Clinicien SA dirigida a "que se obligue a la empresa a reintegrar a su sistema de salud al grupo familiar garantizando y efectuando las prestaciones médicas correspondientes". El 11 de mayo, el juez respondió positivamente e hizo lugar a la medida cautelar urgente requerida. La empresa debió acatarla y las prestaciones fueron restablecidas.

Este caso, la no renovación de un contrato, representa una de las maniobras más utilizadas por las empresas para "escamotear" las obligaciones onerosas, según explicó Eduardo Monti, jefe del área legal de la Defensoría. Y aunque la justicia por lo general falla a favor del usuario, muchos no pueden acceder a ella con la urgencia que las situaciones requieren.

Las empresas de medicina prepaga (EMP) son emprendimientos privados (entidades comerciales, cooperativas, mutuales, hospitales, entre otras) que junto con las obras

Qué debe cubrir la medicina prepaga

A partir de 1997, cuando entró en vigencia la Ley 24.754 -que al ser de orden público está por encima del contrato suscripto por las partes-, las empresas de medicina prepaga deben cumplir con las mismas prestaciones que son obligatorias para las Obras Sociales, gran parte de las cuales están enumeradas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), -Resolución 247/97- que es de gran amplitud.

Ejemplos:

- ◆ Cobertura total del embarazo y el parto.
- ◆ Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. (cobertura al 100% de medicación relativos a cualquier patología, internaciones, etc.). Se debe cubrir la neonatología de los nacidos producto de tratamientos de fertilización asistida.
- ◆ Programa de enfermedades oncológicas (incluye los programas de prevención de los cánceres femeninos y el diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones sin cargo).
- ◆ Medicamentos: 40% cobertura mínima en ambulatorio y 100% en internados. En medicación de baja incidencia y altos costos la cobertura es del 100% (como inmunosupresores).
- ◆ Diabéticos: 100% del suministro de insulina para estos pacientes.
- ◆ Internación al 100%: incluye la intervención, anestesiología, medicamentos, material descartable, laboratorio.
- ◆ Prótesis e implantes: 100% de cobertura en los de colocación interna. Ortesis y prótesis externas al 50%.
- ◆ Rehabilitación motriz, psicomotriz, sensorial y readaptación ortopédica: cobertura total.
- ◆ Estupefacientes, dependencia física o psíquica: cobertura total de tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos.
- ◆ HIV: cobertura total de tratamiento y medicación.

A partir de la afiliación de una persona a la prepaga, de acuerdo al PMO no puede haber carencias -tiempo de espera para una prestación- ni topes de gastos. La empresa no puede alegar que una enfermedad es preexistente para negar su cobertura.

Fuentes: elaboración propia sobre informes de la Dirección General de Defensa y Protección del Consumidor; el libro "Medicina Prepaga" (Ed. ISALUD) de A. Ahuad, A.Paganelli y A.Palmeyro.

sociales integran el mercado de aseguramiento de la salud. Pero las EMP carecen de legislación específica. Ni siquiera el contrato está normatizado. Dice el doctor Monti: "Una de las características "tramposas" de la mayoría de estas empresas es la carencia de información adecuada. Generalmente hacen firmar al adherente una solicitud que no se entiende mucho y sin copia. Después aparece una ilustrada cartilla con nombres de médicos y establecimientos y, a veces, algunas normas de su "reglamento" (que el adherente no ha visto ni discutido), confeccionado en letra suficientemente pequeña para que no se note".

Recién en los últimos tiempos se dieron algunos pasos en cuanto a la regulación de estas empresas. En los años 80, la Dirección de Lealtad Comercial comenzó a controlar sus contratos (que son "de adhesión", es decir asimétricos), tratando de evitar abusos. Luego se aplicó la Ley de Defensa del Consumidor y posteriormente se las gravó con el IVA. Pero en lo atinente a la salud tenían campo libre. Las prepagas no se hacían cargo de un sinnúmero de prestaciones (diálisis, enfermedades congénitas, tuberculosis, HIV) que debía costear la seguridad social.

El cuadro cambió en 1997, cuando la ley 24.754 estableció que las EMP debían cumplir con las mismas prestaciones a las que estaban obligadas las obras sociales, incluido el Programa Médico Obligatorio (PMO). Aunque la ley no definió cuál sería la autoridad de aplicación, su promulgación implicó un avance notorio. "Fue entonces que las empresas comenzaron a entrar en caja -señala Felipe Aguerre, un experto en el tema-. Muchas de las grandes trasladaron ese costo a los asociados a través de aumentos. Al PMO lo cumplen "aproximadamente" y tratan de cuerppearlo cuando pueden. Esgrimen el concepto de "enfermedades preexistentes" usándolo discriminatoriamente. O no aceptan afiliarse a quien se postula privadamente o le fijan carencias (períodos de espera para atenderlo). Pero si la persona ya está afiliada o viene de una obra social gerenciada por la prepaga no pueden hacer nada, deben darle cobertura".

"Chicanas" a granel

Las prepagas utilizan la imaginación. Rescinden contratos por mora que ellas mismas provocan, aumentan abrupta y brutalmente la cuota, utilizan cláusulas abusivas e ilegítimas. Según Claudia Madies, investigadora de ISALUD, cuando la Dirección Nacional de Comercio Interior de la ex Secretaría de Industria Comercio y Minería analizó los contratos, detectó cláusulas abusivas como "las que contemplaban diferencias en el valor de las cuotas para asociados de 65 o más años, sin informar los parámetros de cálculo; las que exigen a las EMP de responder por los hechos de sus prestadores en casos de planes cerrados; las que imponen el cobro de intereses por mora en el pago, sin informar previamente la tasa a aplicar; la imposición de carencias o preexistencias; las cláusulas que permiten la rescisión unilateral..."

Según Monti, impera un "caos prestacional" ("ni existen requisitos específicos para constituir una empresa de éstas...") pletórico de "chicanas que habitualmente usan

tanto las grandes como las chicas para eludir la prestación o, a lo sumo, ganar tiempo mientras el usuario, urgido, busca la solución por otro lado". Ejemplos sobran: "Una es no establecer lugar de pago y enviar cobrador habitualmente, de tal forma que cuando aparece una prestación médica onerosa, no se lo manda a cobrar y se inventa luego una "mora" en el pago que faculta a la empresa automáticamente a rescindir el contrato. Otras pasan por evitar internaciones, cuestionar un tratamiento caro por poco conveniente el paciente (hay un staff de "médicos" para ello). Han inventado el contrato anualmente renovable, quedando a cargo suyo la continuidad, lo que les permite sopesar su conveniencia frente a alguna prestación onerosa. En el caso de grupos familiares adheridos, al llegar los hijos a la mayoría de edad deben hacer su prestación individual saliendo del grupo. Pero aún así esto no es automático: la empresa impone un contrato nuevo cortando la continuidad, lo que le permite rechazarlos si media un problema importante de salud".

Parece increíble que esto ocurra cuando se juega un bien público como es la salud. "Sin embargo, un caso similar, la educación pública de gestión privada, sí está reglamentada por el Estado; en la salud prepaga es una asignatura pendiente", señala Aguerre. Una sola provincia, el Chaco, legisla a estas empresas. Otras podrían hacerlo, aunque más no sea exigiendo un contrato expreso y hacer el seguimiento (en Argentina la competencia regulatoria es local) pero, en general, esperan la "ley marco". El doctor Aldo Nerí, secretario de Salud de la Ciudad, así lo afirmó a *Buenos Aires*: "tomaremos las disposiciones al respecto una vez que contemos con la Ley Nacional de Salud".

Proyectos

Se ha redactado más de una decena de proyectos de ley. Uno de ellos, del senador Martínez Almudévar, obtuvo media sanción del Senado a fines de 1999 pero se trabó luego en Diputados. Según Claudia Madies el proyecto planteaba la adecuada defensa del consumidor (exigencias en contratos y planes, prohibición de cláusulas ambiguas, información clara), resguardaba la transparencia en la contratación y competitividad, sometiendo a las EMP al control de la Superintendencia de Servicios de Salud y pautando infracciones y sanciones, establecía condiciones para garantizar solvencia financiera, planteaba contratos anuales renovables automáticamente a favor del usuario fijando plazos y avisos para la mora. Persistían ausencias o puntos poco claros, como que las EMP debían brindar "el plan" que contenga el PMO y podían ofrecer otros alternativos con servicios globales o parciales.

Otro proyecto, de la diputada Cristina Guevara, proponía entre otras cosas garantizar a la entidad aseguradora un mínimo de \$20 por afiliado (en lugar de lo vigentes \$40 por grupo familiar). Hacia mediados del año pasado varios decretos, entre ellos el 446, plantearon la desregulación del sistema de seguridad social. El rechazo fue unánime por parte de obras sociales y de entidades privadas. Las presentaciones judiciales lograron la suspensión del decreto. Por ahora, sólo se permite optar entre obras sociales sindicales.



MEDICINA PREPAGA



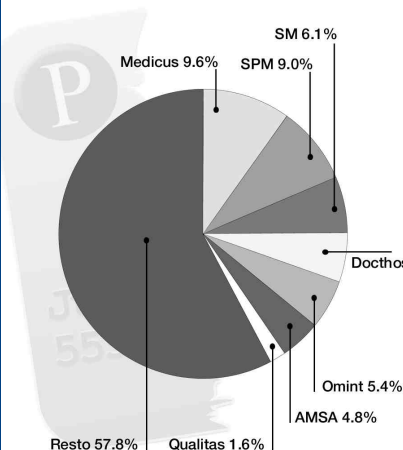
Cobertura de salud de la población

SECTOR	HABITANTES	%
Obras Sociales Nac.	11.400.000	31.75
Obras sociales Prov.	6.200.000	17.27
PAMI	4.100.000	11.42
Prepagas	2.200.000	6.12
Subtotal c/seguro	23.900.000	66.58
Hospital Público	12.000.000	33.42
TOTAL	35.900.000	100

Fuente: Isalud "Medicina Prepaga"

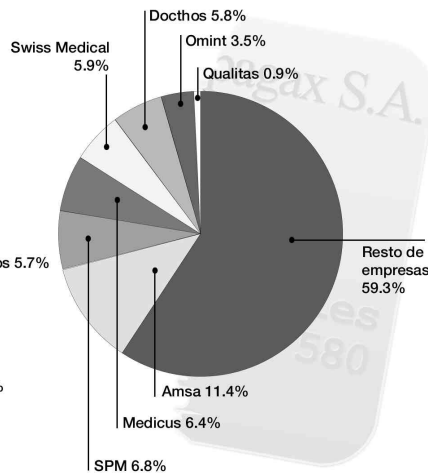
LAS 7 PRIMERAS EMPRESAS

Por facturación



Fuente: "Claves" 1997-1998

Por número de afiliados



En números

- ◆ De **196** empresas, el **53%** está en la Ciudad de Buenos Aires, el **19%** en el Gran Buenos Aires el **23%** en el interior del país.
- ◆ Del total de asociados, el **65%** son adherentes individuales y el **35%** constituye afiliaciones corporativas.
- ◆ De **290** obras sociales, las diez mayores cubren al **51,52%** de los beneficiarios y recaudan el **57%** de los recursos.
- ◆ De **169** empresas prepagas con fines de lucro, las diez primeras cubren a la mitad de los beneficiarios y recaudan el **46%** de los recursos del subsector.

Fuente: "Dimensiones económicas de los sistemas de salud en Argentina", de Federico Tobar

Denuncias recibidas en "Defensa del Consumidor" (*)

Año 2000: 197 Año 2001 (1º trimestre): 210

Precios: promedios de las cuotas abril de 2000

Individuales: de **\$68 / \$170** Flia. 2 hijos: de **\$180 / \$446**

¿Qué se denuncia?

Incumplimientos en general respecto de la prestación de servicios médicos contemplados en las condiciones de contratación y en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Por ejemplo : negativa a cubrir determinadas intervenciones quirúrgicas, falta de descuento en medicamentos, falta de cobertura en ciertos tratamientos, entre otros.

Carencias y preexistencias que suelen consignar las empresas en sus contratos y que resultan no aplicables en función de la legislación vigente.

Aumentos intempestivos por razones de edad avanzada o injustificados durante el período de vigencia de la prestación de los servicios.

Promesas incumplidas. Publicidad de supuestos que luego no son respetados (como calidad de la atención o reconocimiento de bonificaciones y/u otros beneficios). Oferta - en cartilla o folletos- de prestadores a los que no se puede acceder.

Prácticas abusivas. Dar de baja a beneficiarios de planes corporativos que concluida su relación laboral, quieren continuar con su afiliación a título individual. (Esto se da con frecuencia en personas de edad avanzada o con enfermedades crónicas o medianamente graves).

(*) Dirección General de Defensa y Protección del Consumidor, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

El mercado autóctono

En la Argentina el mercado de aseguramiento de la salud es importante y representa casi el 50% del gasto total en salud. Más de la mitad de los argentinos tiene algún tipo de seguro, la gran mayoría de obras sociales. La proporción cubierta por las EMP, alrededor de 2.5 millones de personas, no varió demasiado en la última década. Según Aguerre, "más bien se redistribuyó. Las empresas multi jurisdiccionales perdieron la mitad de sus usuarios. Algunos se concentraron en los grupos hegemónicos y muchos se mudaron a prepagos locales, que son los que concentran a la mayoría. Se trata de un mercado imperfecto. Como no existe el imprescindible arbitraje del Estado, lo regulan las grandes empresas, que son más serias. Las chicas y poco conocidas tienden a juntar plata en los primeros meses, a recambiar sus usuarios antes que afrontar el gasto. Una grande tiene el 5% de rotación de gente mientras más de una chica llegó al 30%."

En nuestro país las empresas de medicina prepaga se fueron afianzando orgánicamente en la década del 60. Nacieron como programas de cobertura de determinados eventos relacionados con la enfermedad, donde los atractivos giraron sobre la calidad media de atención del paciente (que se ocuparan de él, buena gestión, etcétera) y el acceso a los ingredientes del confort (y que no forzadamente incluyen la calidad de la prestación médica). Frente a la expansión del sistema de obras sociales que llegó a cubrir al 75% de la población hacia principios de los 70, las prepagas se orientaron (con excepciones, como AMSA) hacia las capas medias-altas, aumentando su peso a partir de los grandes cambios de la década del 80 que al redistribuir los ingresos y deteriorar salario y empleo debilitaron al sistema de obras sociales. Hoy muchas de ellas contratan con las prepagas.

Mientras avanza este proceso, el debate sobre el rol que cabe a estas empresas sigue ausente. "Al regular el mercado de la salud, el Estado ha tendido en la última década a priorizar la eficiencia y competitividad, incorporando mecanismos de mercado y también mayor articulación entre los subsectores (a través del PMO, por ejemplo) -dice Claudia Madies-. Aunque no se llegó a regular a las prepagas, éstas empezaron a funcionar como gerencadoras de las obras sociales. Y la regulación que ellas mismas reclaman viene atada a la apertura de la seguridad social". Tratándose de empresas que habitualmente usan mecanismos para seleccionar "clientes" según el riesgo que ofrezcan, en opinión de Federico Tobar, de la Fundación Isalud, "mientras no tengan una regulación específica, las personas con mayores necesidades carecerán de un seguro adecuado".

Lo que vendrá

"El sistema de salud está fundido, dijo hace poco a *La Nación* (3/6/01) el presidente de Swiss Medical Group, Claudio Belocoppit. -¿Por qué no ponen la empresa en venta?, le preguntó el cronista. "Es que cuando haya pautas claras del gobierno, el que esté mejor armado y sea el más fuerte concentrará un segmento importante

Casos de prepagas en la Defensoría del Pueblo

Entre los cientos de actuaciones iniciadas por la Defensoría tan solo en el año pasado y lo que va del presente, destacamos algunos casos paradigmáticos :

◆ La empresa Word Trade Med, ante la necesidad de operar de un problema congénito cardíaco a la hijita de una afiliada, se negó a cobrar la cuota provocando la mora en el pago y justificando así la cancelación de la afiliación. Ante la acción de la Defensoría, la justicia ordenó a la empresa cumplir con su obligación, incluido el costo de la intervención en el lugar convenido. La empresa aceptó la decisión el 21 de mayo de este año (Actuación 1283/01).

◆ TIM SPM SA se vio obligada por la intervención de la Defensoría ante la justicia a enviar a una institución especializada de EEUU a una niña afectada de leucemia que sólo podía ser tratada en ese país a pesar que la empresa quería que la trataran aquí. El adherente pagaba por prestaciones que preveían la derivación y asistencia internacional en casos de alta complejidad (marzo 2000).

◆ Clinicien SA rescindió unilateralmente el contrato a un afiliado en tratamiento por afección cardíaca luego de cumplir 65 años. A raíz de la presentación de la Defensoría, la empresa debió restituirle afiliación y servicios (Actuación 2822/01).

◆ Swiss Medical SA dio de baja sin causa a un afiliado luego de que cumplió 65 años. Después adujo que su vínculo contractual era a través de otra empresa prepaga desconociendo que durante los dos últimos dos años e ininterrumpidamente Swiss Medical mantuvo una relación directa con el usuario. La Defensoría recomendó a la empresa que reincorporara urgentemente al afiliado y a su grupo, en los mismos términos previstos en la relación contractual. Swiss Medical no respondió. Para el afiliado queda recurrir a la justicia (Actuación 4919/00).

de esta actividad. Para eso nos estamos preparando", fue la respuesta.

Las prepagas apuntan a capas de altos ingresos, un pequeño sector dentro de la seguridad social. "El botín de la desregulación son entre 3 y 3,5 millones de argentinos altamente concentrados en ciertas regiones que tiene obras sociales desreguladas y perciben ingresos altos, lo cual aumenta la cápita que recibe el seguro", sostiene Tobar. Y, además, las obras sociales y prepagas concentradas formarán alianzas. ¿A qué población cubrirán? ¿En qué condiciones? ¿Cuáles son las "pautas claras" que pretenden? Seguramente habrá respuestas en la Ley Nacional de Salud que elaboran actualmente las autoridades. Por ahora, Diego Capurro, director de la Superintendencia de Servicios de Salud, adelantó a *Buenos Aires* su opinión sobre algunas de las pautas que se discuten.

"El año pasado el decreto 446 y otros dirigidos a reformar el sector salud y poner en marcha su desregulación generaron un unánime consenso en contra. Sin embargo, creo



Argumentos

- ◆ Estas maniobras de las empresas violan los derechos del usuario reconocidos en el artículo 42 de la Constitución, afectando el derecho a la salud, garantizado por tratados internacionales que gozan de jerarquía constitucional desde la reforma de 1994.
- ◆ En reiterados fallos, nuestra jurisprudencia ha reconocido el principio por el cual se debe dar prioridad al derecho a la salud antes que al formalismo legal. Aun en el ámbito de la medicina privada el contrato de prestaciones médicas no puede valorarse únicamente desde el punto de vista de la conveniencia económica, pues tiene un innegable fin social.
- ◆ La rescisión del contrato por la empresa se sustenta en varios casos en el costo de las prestaciones que ésta debe enfrentar.
- ◆ Al tratarse de contratos donde, a través de pagos anticipados verificados durante el transcurso del tiempo, el beneficiario previene riesgos futuros en su vida o en su salud, la duración del convenio es su nota relevante. "Permitir que la empresa sin causa pueda rescindir en cualquier momento es atentar contra el derecho a la salud que consiste justamente en que el asociado reciba asistencia médica cuando la necesita y para ello paga la cuota. El plazo debe ser indeterminado, es un contrato de larga duración", sostuvo la Defensoría.
- ◆ Debe priorizarse la protección de los derechos constitucionalmente comprometidos sobre la determinación de si la relación contractual es directa o a favor de un tercero. El Estado recurre a la ley 24.754 a fin de equilibrar la medicina y la economía, teniendo en cuenta además que las EMP tienen a su cargo una trascendental función social que está por encima de toda cuestión comercial". (Consideraciones del ministro Vázquez, en el fallo "Etcheverry, Roberto c/ Omint SA").

que presentaban aspectos positivos, así como no resolvían algunos problemas estructurales de la seguridad social"

- ¿Cuáles eran los aspectos positivos?

- Primero, que todas las entidades deberían cumplir con los requisitos establecidos por las resoluciones de esta Superintendencia y aceptar el marco normativo vigente para las obras sociales. Se ampliaba el espectro de la oferta de servicios y se posibilitaba que el Estado ejerciera acciones de regulación y control sobre las entidades privadas en materia sanitaria. En segundo lugar, se modificaba el funcionamiento económico y financiero del sistema. Se le inyectaban fondos (por primera vez parte del IVA proveniente de la recaudación de las empresas privadas de Salud iría a ese destino). Se mejoraba la equidad al recibir las obras sociales \$20 por cada miembro del grupo familiar en lugar de los \$40 actuales. Y además, en cuanto al Fondo Solidario de Redistribución (que paga prestaciones caras, de alta complejidad), antes se le destinaba el 10% del aporte

de un trabajador común y el 15% de un trabajador de dirección, pero con el decreto esa fracción variaría según lo que cada uno ganaba. Esto suponía un gran crecimiento del Fondo (en 150 millones de dólares) y favorecía a las obras sociales chicas, que recibían más plata, a costa de las más grandes. Por supuesto, las obras sociales de dirección se opusieron.

- ¿Qué cuestiones no resolvían los decretos de desregulación?

- Varios aspectos, muy vinculados al deterioro salarial y de la actividad económica y laboral, que agravan el problema estructural del financiamiento. Y otros, como la deuda que tienen las obras sociales (que llega a los 1.500 millones). Un problema era que estimulaba la selección adversa, o sea seleccionar según la capacidad de pago de la gente y su estado de salud. No fijaba formas muy claras para evitar que esas empresas establecieran mecanismos de rechazo de los sectores más pobres. Un sistema público tal vez no pueda evitarlo, pero sí hay que garantizar que quien está enfermo y pasa de una obra social a otra no sea rechazado por la entidad de destino. Habrá que ver que ese trabajador llegue a la nueva con más plata que la que llevaría el mismo trabajador si estuviera sano. Por ejemplo, ajustando más la cápita según la edad de las personas y de si están o no enfermas...

- ¿Habrá fondos suficientes ?

- Sumaríamos otros mecanismos respecto de lo que aporta el mismo Fondo para financiar contingencias muy costosas. Tanto las prepagas como las obras sociales de personal de dirección temen que con la apertura les caiga la avalancha de afiliados mal atendidos por otras obras sociales. Para que este pasaje de gente sea un estímulo y no un castigo planteamos que cuando una persona pasa de una obra social a otra (o a una prepaga) la entidad de origen se hará cargo, por un tiempo, de pagar los gastos de la enfermedad (si ésta figura en un listado de enfermedades crónicas). La idea es que el afiliado pueda irse a otro lado si no lo atienden bien y, a la vez, evitar que quien no da buenos servicios sea premiado con lo que se ahorra en tratamientos caros.

- ¿Podrán sostener esto las obras sociales que tenemos?

- Muchas sí, otras no. Antes que nada hay que ordenarlas, incorporar las modificaciones que harán más equitativo el financiamiento, hacer un proceso de ajuste institucional, en el que ya estaremos trabajando desde junio/julio con la muy probable liquidación de 30 a 50 instituciones. Hay que competir desde cierta solvencia, y mientras se ordena, es probable que la apertura sea paulatina.

- ¿Cómo se regulará la actividad de las prepagas?

- Estamos de acuerdo en que las entidades privadas ingresen al régimen público. Pero antes hay que promover un mecanismo de racionalización institucional del sistema de obras sociales de modo que las condiciones de competen-



Las previsiones indispensables

Por Eduardo Jorge Monti *

- 1) La constitución de un fondo para el caso de que alguna de éstas empresas cayera en insolvencia;
- 2) La prohibición y sanción de las prácticas dilatorias o de incumplimiento deliberado.
- 3) La necesidad de autorización del Estado para funcionar, previa comprobación de sus miembros dirigentes, planes, y garantías.
- 4) Obligación para la empresa que quisiera funcionar en la actividad, de efectuar un depósito en garantía;
- 5) El establecimiento de un plus de tiempo de prestación cuando el adherente por cualquier circunstancia se encontrara en situación de no poder cumplir con el pago de la cuota. Al efecto se tomará el tiempo de la relación para proyectar ese plus de tiempo que la empresa cubrirá al adherente sin cargo.
- 6) No puede haber estado de mora sin previa intimación a cumplir por un plazo que variará de acuerdo al tiempo de adherencia y que no puede ser menor a diez días.
- 7) Regulación del modo de prestación: internaciones, urgencias, medicamentos, etc.
- 8) Prohibición de rescisión unilateral del contrato por parte de la empresa, salvo casos debidamente justificados y que no afecten garantías fundamentales.
- 9) Garantía de la continuidad del contrato por tiempo indeterminado.
- 10) Establecimiento de una autoridad de aplicación específica de inmediata resolución para cualquier caso de incumplimiento de la empresa la que podrá tener función mediadora fuera de los casos de urgencia.

(*) Jefe del Area Asesoría Legal y Contenciosa de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

cia sean equitativas. Por ahora hay un centenar de obras sociales que están en buena situación. En segundo lugar, las prepagas deben ser reguladas específicamente en el marco de la Ley Nacional de Salud, tanto cuando establecen contratos privados como si ingresan al régimen público. Son relaciones de naturaleza diversa pero ambas tienen como objeto la prestación de servicios de salud. Se tomará lo mejor del proyecto que tuvo media sanción en 1999 y del que elaboró la Alianza que, como se sabe, establecen una serie de regulaciones totalmente inexistentes hasta ahora. Esto significará garantías explícitas para las personas. Las condiciones deberán ser previamente conocidas, antes de aceptar el contrato. Por ejemplo, no se le podrá aumentar la cuota a alguien por razones de edad, en todo caso la cuota del plan debe tener ya incluido de entrada el mayor costo. Y habrá, por supuesto, una escala de sanciones, desde el apercibimiento hasta la cancelación en el registro de entidades de salud.

Aunque su desarrollo excede esta nota, merecen apuntarse algunas de las cuestiones que plantea la regulación de las EMP en el contexto de la apertura del mercado de la seguridad social, como son la necesidad de redefinir también modelos de gestión y de atención, y otros temas: ¿cómo evitar la selección si la ley admite diferenciación inicial de cuotas según la edad?; ¿no correspondería que esos gastos fueran financiados por el Fondo de Redistribución?; ¿cuál será el ámbito de aplicación de esta ley nacional, teniendo en cuenta que casi la mitad de las empresas tienen sede en la provincia de Buenos Aires y en el interior?; ¿todos los planes incluirán el PMO o se permitirá que existan algunos alternativos que no lo hagan?; ¿se incluirán aspectos a regular que faltaban en los proyectos anteriores, como algunos referidos a publicidad, estadísticas, registro de denuncias y litigios de cada empresa, procedimientos sumarios para la gestión de las denuncias, por ejemplo? Es de esperar que el debate y la regulación los aborden y resuelvan equitativamente. De otro modo, en el mundo de la salud seguirá mandando la ley del mas fuerte. 