

Nuevas reglas para la medicina prepaga

Luces y sombras en su regulación

Por Rubén Torres*

El reciente tratamiento parlamentario de la regulación de las empresas de medicina prepaga generó profundos debates sobre sus características y alcances. El análisis y las reflexiones de un especialista en la materia.

La regulación de la medicina prepaga (MPP) dará sin lugar a dudas, respuesta no solo a un reclamo de parte de la sociedad –aquella con mayor acceso a los medios– sino también a la clara necesidad –hasta ahora solo ignorada por muy pocos países, entre los cuales nos encontramos– de colocar al Estado como árbitro de un imperfecto mercado como el de la salud. Esta situación dista mucho de la importancia clave que habitualmente le asignan los medios y algunos sectores de la sociedad como una de las máximas prioridades que hacen a la mejora de nuestro sistema sanitario. Basta decir que la MPP presta servicios a poco más del 7% de los argentinos, de los cuales sólo un cuarto paga de su bolsillo la totalidad de la cuota. De ellos, el 85% se encuentra dentro del decil 10 de ingresos, según la Encuesta Permanente de Hogares del primer trimestre 2007 y,

llamativamente, del 15 % restante, más de la mitad se encuentran entre los deciles 4 y 5 (entre \$500 y 800); en su mayoría jubilados de bajos ingresos a quienes sus hijos les pagan la cuota para garantizarles una atención que en calidad y oportunidad aparentemente no obtienen del PAMI.

Por ello, más allá de la importancia referida, este avance legislativo está muy lejos de resolver el problema de la salud, de la seguridad social y mucho menos de la cobertura universal de la población. Y, en términos de política pública, posiblemente avance en sentido contrario, en tanto se preocupa de garantizar condiciones de acceso, calidad y respeto de los derechos de una porción pequeña de la sociedad (la de mayores ingresos) mientras el propio Estado no puede garantizar las mismas condiciones para los argentinos más desprotegidos.

La noción de solidaridad, elemental pa-

ra la construcción de un sistema nacional integrado de salud; donde cada uno aporte según sus posibilidades y reciba de acuerdo a sus necesidades, se ve fuertemente cuestionada por esta visión. Mucho más si, como muchos creemos, el mismo debiera estar fundamentado en un poderoso sector público en condiciones de competitividad. Cabría preguntarse si en un país justo, con una buena distribución de la riqueza y con políticas públicas consistentes, debiera existir la MPP como una opción clave. Claramente, la respuesta es negativa: en todos los países que cumplen las condiciones enunciadas el sector es minoritario y generalmente reservado para prestar servicios complementarios y/o suplementarios de un sistema nacional que garantiza al conjunto de los ciudadanos acceso a los servicios en condiciones igualitarias de calidad y oportunidad. La necesidad de pagar una cuota mensual para estar protegido, y la compulsión de parte de la sociedad por tener acceso a esta posibilidad no hace más que ratificar la falta de dichas garantías por el sistema público y de la seguridad social.

Más allá de las explicaciones técnicas, para quienes vemos en Ramón Carrillo el adalid de un sistema de salud justo y solidario, esta decisión parece alejarnos

*Médico y cirujano infantil, Master en Sociología, Magister en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social. Fue Superintendente de Servicios de Salud, Subsecretario de Salud de Santiago del Estero, Director del Hospital Municipal de Vicente López. Actualmente es Director de la Maestría y la Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social de La Universidad ISALUD, entre otras posiciones, y consultor de la OPS/OMS en Uruguay.

cada vez más de una salud pública de mayor calidad, con más atención primaria, más prevención y menos hospital. Posiblemente sería más saludable garantizar derechos para todos. Cabe mencionar que algunos diputados –desafortunadamente minoritarios– dejaron expresa constancia de esta situación, aún cuando apoyaron la iniciativa.

Yendo específicamente a las condiciones de regulación, vemos:

Creación del registro nacional de prestadoras: No cabe duda de su necesidad, ya vigente para las prestadoras de la seguridad social; y en este sentido la experiencia de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) podría ser aprovechada.

Autoridad de aplicación: En este aspecto casi no caben dudas de que la SSS debe ser la autoridad de aplicación única por varias razones. La primera está vinculada a dotar a la política pública de salud de la menor fragmentación posible. La SSS fue concebida originariamente como órgano de control y fiscalización de un seguro nacional –lamentablemente nunca hecho realidad– y por lo tanto debería ser el organismo responsable de

controlar no solo a la seguridad social sino también al sector público y al privado. Esta situación es mayoritaria en las superintendencias creadas en la región y ellas son las garantes del cumplimiento de las decisiones rectoras asumidas por los respectivos ministerios de salud.

Por otra parte, al mencionar a los órganos de defensa de la competencia y del consumidor como responsables del control de la “relación de consumo”, se asume una condición que contradice explícitamente la concepción de un sistema de salud nacional, integrado, solidario y universal. La salud no es un bien de consumo –aunque una importante porción de nuestra sociedad lo interprete así dando lugar a esta enorme

fragmentación que hoy sufrimos–, sino un bien social. Su utilización, en el marco de una sociedad justa, no está sometida a las condiciones de consumo de los bienes privados sino a los de su uso de acuerdo a necesidades (no demandas) expresas que en su usufructo no lesionen los legítimos derechos que a su acceso –en igualdad de condiciones de calidad– tiene el conjunto de los ciudadanos. Interpretarla como objeto de consumo no hace más que establecer y profundizar las diferencias de acceso y calidad que existen en detrimento de los más pobres y de los que además no tienen –cultural y efectivamente– “voz”



Cabría preguntarse si en un país justo, con una buena distribución de la riqueza y con políticas públicas consistentes, debiera existir la medicina prepaga como una opción clave.

para reclamar ante dichos organismos. Por otra parte, el Programa Médico Obligatorio sólo garantiza efectiva y puntualmente servicios para quienes están protegidos por la seguridad social nacional y el sistema de MPP, pero no para el otro 50% de los argentinos que sólo tienen cobertura del sistema público. Basta observar la situación de un discapacitado con alguna de aquellas coberturas y otro sin ellas, o el acceso y el tiempo necesario para obtener un medicamento de alto costo, o una prestación altamente especializada entre un universo y otro.

Comisión: Resulta difícil de explicar la constitución de una comisión (3 miembros

por el Ministerio de Salud y otros 3 por el de Economía) para supervisar y autorizar los aumentos de tarifas y las condiciones de cobertura. Más allá de las características de conformación de cualquier comisión, sería más convincente asumir que los sistemas de seguros voluntarios, como las EMPP, están sometidos a condiciones actuariales de fijación de sus primas, y lo que el Estado debiera garantizar es un conjunto de prestaciones adecuado a las posibilidades de financiamiento. Por ejemplo, podría considerarse como “adecuado” aquel conjunto que el Estado pueda garantizarle en iguales condiciones de accesibilidad y calidad al conjunto de los ciudadanos, posean o no cobertura de seguros.

Obligación de pago de prestaciones a los hospitales públicos: Esto es uno de los aciertos más importantes de la ley y reafirma la postura de constituir a la SSS en la autoridad de aplicación ya que ella actualmente es responsable del mismo sistema nacional de obras sociales.

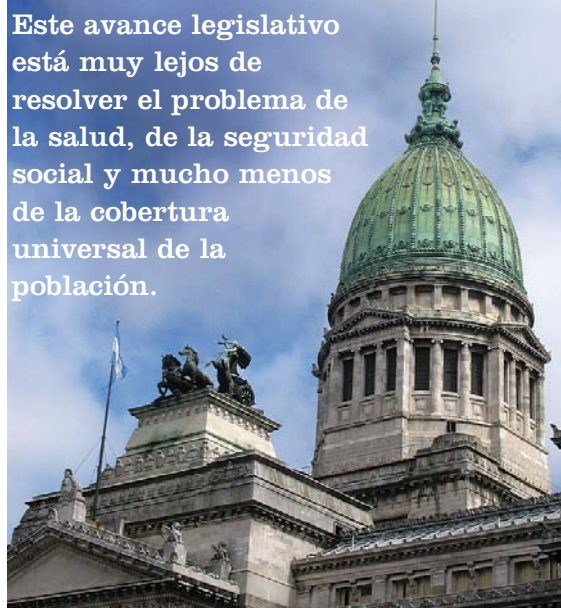
Planes parciales: El proyecto los autoriza exclusivamente para entidades menores de 5000 beneficiarios y/o aquellas que desarrollen actividades dentro de una sola jurisdicción provincial, además de los planes odontológicos y de emergencias médicas. Resulta de difícil explicación esta resolución. Si los controles fueran los correctos y el PMO estuviera adecuadamente definido por niveles, ¿cuál es la diferencia entre aquellas instituciones y las que tienen más de 5000 beneficiarios? Volviendo a la mirada internacional, el carácter sustitutivo y/o complementario que la MPP tiene en la mayor parte del mundo, justamente avala este fraccionamiento. Desde el punto de vista estrictamente nacional, planes parciales por niveles correctamente diseñados y controlados permitirían el acceso (a

valores menos onerosos que los actuales) a un gran número de ciudadanos que hoy no pueden acceder al verse obligados a pagar primas exorbitantes por riesgos que difícilmente les interese cubrir, y que desde la perspectiva de la carga de morbilidad de nuestra población difícilmente los afecte.

Períodos de carencia, espera y preexistencias: El establecimiento de imposibilidad de fijación de períodos de carencia, espera y la aceptación de preexistencias resulta claramente un dislate y/o un desconocimiento de las leyes generales de los seguros, agrediendo explícitamente la condición de “abuso moral” (aquella por la cual en la misma concepción debiéramos obligar a las compañías de seguro automotor a asegurar en igualdad de condiciones coches ya chocados o robados). La “permissividad” para establecer primas diferenciadas para aquellos con enfermedades preexistentes ignora taxativamente el concepto elemental de prima de riesgo.

Imposibilidad de aumento de cuota para mayores de 60 años con más de 10 años de pertenencia al sistema y ausencia de la caducidad de derechos del grupo familiar: Sin lugar a duda estos son aciertos, aunque debiera estudiarse técnicamente el lapso de permanencia en el sistema, para que se adecue a las condiciones actuariales. En definitiva, la decisión de normalizar un sistema parcialmente “desregulado” (no debe olvidarse que la ley 24.754 obliga a los seguros privados a cumplir con un PMO casi ilimitado, al cual se agregan permanentemente servicios sin su

consecuente valoración actuarial) resulta claramente saludable. Sin embargo no se ha abordado en el proyecto el aspecto más importante: la relación entre el sistema de seguros privados (medicina prepaga) y la seguridad social. En primer lugar, porque la ausencia de una definición en este campo deja abierta la posibilidad de competencia en “igualdad” de condiciones (realmente en perjuicio de la seguridad social) de entidades con fines de lucro y no solidarias (la medicina prepaga es un sistema de seguros de corte actuarial y fin de lucro, sin compensaciones efectivas entre los que más y menos aportan, y entre los



Este avance legislativo está muy lejos de resolver el problema de la salud, de la seguridad social y mucho menos de la cobertura universal de la población.

que enferman y no) y otro grupo de entidades, sin fines de lucro, solidarias y además sometidas a controles y restricciones mucho más exhaustivos que la medicina prepaga (las obras sociales no pueden gastar más del 8% de sus ingresos en administración, deben someter a la autoridad de aplicación presupuestos y balances, además de padrones y planes de atención). En este sentido (y posiblemente sólo en éste) es atendible el reclamo de las entidades mutuales y coo-

perativas del sector salud, pues ellas también participan de casi las mismas acciones regulatorias.

Posiblemente fuera más lógico someter a la MPP que capta beneficiarios de la seguridad social a las mismas condiciones de control que a las obras sociales, exclusivamente para esas poblaciones, y someter a las poblaciones de asegurados realmente voluntarios (y que pagan la totalidad de la prima de su bolsillo, la minoría más pudiente de la clientela) a las condiciones de regulación de esta ley. Ello incluiría la posibilidad de participación en los subsidios de la Administración de Prestaciones Especiales, de

manera realmente transparente y solidaria¹. El ejemplo de la Administración Nacional de Salud Suplementaria de Brasil nos muestra un ejemplo cercano, el funcionamiento del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, otro.

Lógicamente esto implicaría revisar también el esquema y condiciones de la llamada “desregulación” de las obras sociales, presentada como un avance en el campo de la libertad individual de los beneficiarios (sin duda lo constituye), y ocultando el perverso ataque al principio de solidaridad del sistema, cuando la libertad es sola-

mente para algunos: quienes se “desregularon” tienen salarios 60% mayores en promedio que los que se quedaron en las obras sociales, y además existen casi 6 millones de argentinos (los de las obras sociales provinciales) que no acceden a esa libertad.

En definitiva, debemos celebrar la intención de asumir la indelegable responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la salud de los beneficiarios de los seguros privados y las condiciones de transparencia de ese sistema; resultaría más saludable, y ético (en términos de políticas sociales de redistribución de la riqueza) garantizar ese mismo derecho, en igualdad de condiciones de acceso y calidad al resto de los argentinos.

¹ Actualmente un asegurado de la medicina prepaga aporta al Fondo Solidario de Redistribución por el monto de su sueldo, y no lo hace por el aporte de bolsillo que realiza a la medicina prepaga. Cuando esa medicina prepaga hace uso del mismo rompe un principio elemental de todo sistema solidario: aporte según las posibilidades y recepción de acuerdo a las necesidades. En este sentido resulta entre gracioso y trágico que uno de los proyectos plantee (en un exceso de voluntarismo) en un artículo: “Las EMPP no podrán recibir fondos del FSR...” La pregunta entonces es, ¿si hoy los reciben, esto es legal; o ético, desde el punto de vista de la solidaridad?