

LEY DE PREPAGAS ¿UNA OPORTUNIDAD PARA EL CAMBIO O UN CAMBIO PARA QUE NADA CAMBIE?



Por Dr. Martín A. Morgenstern

Toda crisis implica cambios y ciertos cambios pueden implicar crisis. Más allá de un mero juego de palabras esta noción parece apropiada para describir las circunstancias que la sanción de la nueva ley de medicina prepaga parecen estar generando.

Un análisis abarcativo de todas sus implicancias lleva en primer lugar a comprender el contexto histórico, reconociendo que en los últimos 30 años se intentó infructuosamente regular la medicina prepaga y esto fue siempre evitado mediante diferentes tipos de estrategias.

Lógicamente y dependiendo de cada actor consultado, los efectos de esta nueva norma pueden implicar simultáneamente: una mejora de los derechos efectivos de millones de asociados, un mecanismo de defensa para miles de prestadores autónomos frente a las características asimétricas y monopsonicas de contratación, pero también y según lo plantean las propias empresas, la quiebra de algunas de ellas.

Con cierta razón pero planteando una alternativa poco razonable como invalidar los efectos de la ley mediante su posterior reglamentación, las empresas de medicina prepaga (EMPP) argumentan que la norma lleva a la quiebra de todas las empresas si se aplican los artículos 10, 11 y 12:

- No se pueden incluir períodos de carencia o espera para prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO). En otras prestaciones, las carencias deben estar suficientemente explicitadas en el contrato y aprobadas por la autoridad de aplicación. Sin embargo es incongruente que las enfermedades preexistentes pueden establecerse solamente a partir de la

declaración jurada del usuario (aunque tampoco volver al sinsentido de enfermedades conocidas o no que permitía a las EMPP no brindar coberturas reales). Es lógico que quien quiera ingresar declare lo que sabe y pueda ser sometido –si la prepaga así lo desea– a un chequeo simple, la aceptación implicaría entonces no reclamo, o caso contrario podría establecerse un valor de cápita mas ajustado al rango particular de riesgo.

- La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión y en el caso de las personas mayores de 65 años, la autoridad de aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.
- A los usuarios mayores a 65 años que tengan una antigüedad mayor a diez años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

Un análisis exhaustivo del problema lleva a pensar justamente en una solución integradora. Para eso se debería proceder inversamente a lo fijado en el Art. 23, el cual establece que no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales (APE).

Efectivamente y desde este lugar, la APE debería poder convertirse en un Seguro Nacional y Universal de alta complejidad (patologías de alto costo y baja incidencia) para lo cual sería importante que EMPP, mutuales, obras sociales nacionales o provinciales y otras, pero asimismo los Estados para las personas sin cobertura formal, hagan todos los aportes para cubrir solidaria y universalmente a todos los habitantes del país.

De este modo, todos los financiadores podrían liberarse de una carga y atender de mejor modo las prácticas de mayor incidencia.

Obviamente también es ilógica la pretensión de que sólo las EMPP sean obligadas a aceptar personas de más de 65 años y con preexistencias, lo mismo debería aplicarse a todos los financiadores dentro o fuera de las leyes 23.660/661.

Hemos siempre planteado, que toda acción encarada para mejorar el sistema de salud de nuestro país, debe estar dirigida a corregir la exclusión y la multifragmentación impulsando acciones efectivas en diferentes ejes:

- Integración de los subsistemas nacional–federal –municipal por medio de leyes marco que tiendan a satisfacer las necesidades comunes de todos los habitantes del país.
- Integración de los subsistemas públicos y privados: coparticipando y complementando las fortalezas prestacionales de los diferentes subsectores en cada área geográfica y especialidad, de modo de brindar así las mejores prestaciones plausibles a la mayor cantidad posible de población (universalidad).

Desde luego la existencia de infraestructura ociosa y la falta de articulación en redes de servicio integral de los diversos grupos de efectores (públicos y privados) genera que grupos poblacionales de menores recursos no obtengan una accesibilidad razonable a prestaciones y recursos del sistema sanitario.

El texto aprobado no señala ningún sendero de avance en este sentido, todo lo contrario la modificación introducida en el Senado al excluir en el Art. 1 a las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones; y obras sociales sindicales apunta a fragmentar un poco más el mismo.

La revisión de senadores también eliminó el artículo que obligaba a la creación de reservas técnicas. Esto es un grave error, las EMPP funcionan hoy como un sistema de reparto pero en realidad deberían operar también con criterios de aseguradoras: existen demandas estacionales y epidemias, la población hoy joven envejece y demandará más servicios y por ello es absolutamente indispensable que las prepagas y también las obras sociales constituyan reservas técnicas de rápida disponibilidad.

“Con cierta razón pero planteando una alternativa poco razonable, como invalidar los efectos de la ley mediante su reglamentación, las empresas de medicina prepaga argumentan que la nueva ley lleva a la quiebra de todas las empresas”



En este caso, el Art. 5 establece para la autoridad de aplicación la tarea de determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, así como los recaudos formales exigibles. El Art. 21 autoriza la fijación del capital mínimo, pero creemos que difícilmente podrán obligar a constituir reservas técnicas si esto ha sido extraído de la ley.

El modo de mejorar e integrar los modelos de financiamiento y asignación de recursos implica adoptar enfoques que tomen en consideración la productividad de los modelos sistémicos implementados en diferentes países (incluyendo nuestras propias frustraciones). Esto debería llevar a compatibilizar instituciones políticas y sociales que impulsen la participación, el consenso y la planificación estratégica de la inversión y el gasto en salud con leyes federales (ley de salud y una ley de regulación de obras sociales, medicina prepaga y todo invento parecido).

Se puede avanzar mediante estos intentos fragmentados o mediante modificaciones de las leyes 23.660/661, pero en todo caso se debería también pensar en órganos de control únicos como una Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) distinta y federalmente integrada (con autoridades propuestas por el Cofesa –Consejo Federal de Salud– y con estabilidad mediante acuerdo del Senado) pero realzando siempre el rol indelegable del Estado como árbitro regulador y fiscalizador de todo el sistema de salud. [U](#)