

UN ENFOQUE PARA ANALIZAR EL PROYECTO DE REGULACION DE LA MEDICINA PRIVADA



Por Jorge Colina
Economista de IDESA

El Congreso Nacional tiene en tratamiento un proyecto de marco regulatorio para la medicina prepaga. Este proyecto tiene aspectos regulatorios necesarios, pero otros inaplicables. El error conceptual que comete el legislador es creer que un seguro privado voluntario puede reemplazar las falencias del sistema público y de la seguridad social, cuando técnicamente no es más que un complemento parcial de estos dos mecanismos de cobertura social. El presente artículo brinda un esquema conceptual para entender el proyecto y las recomendaciones de política para mitigar el daño que puede ocasionar de sancionarse tal como está.

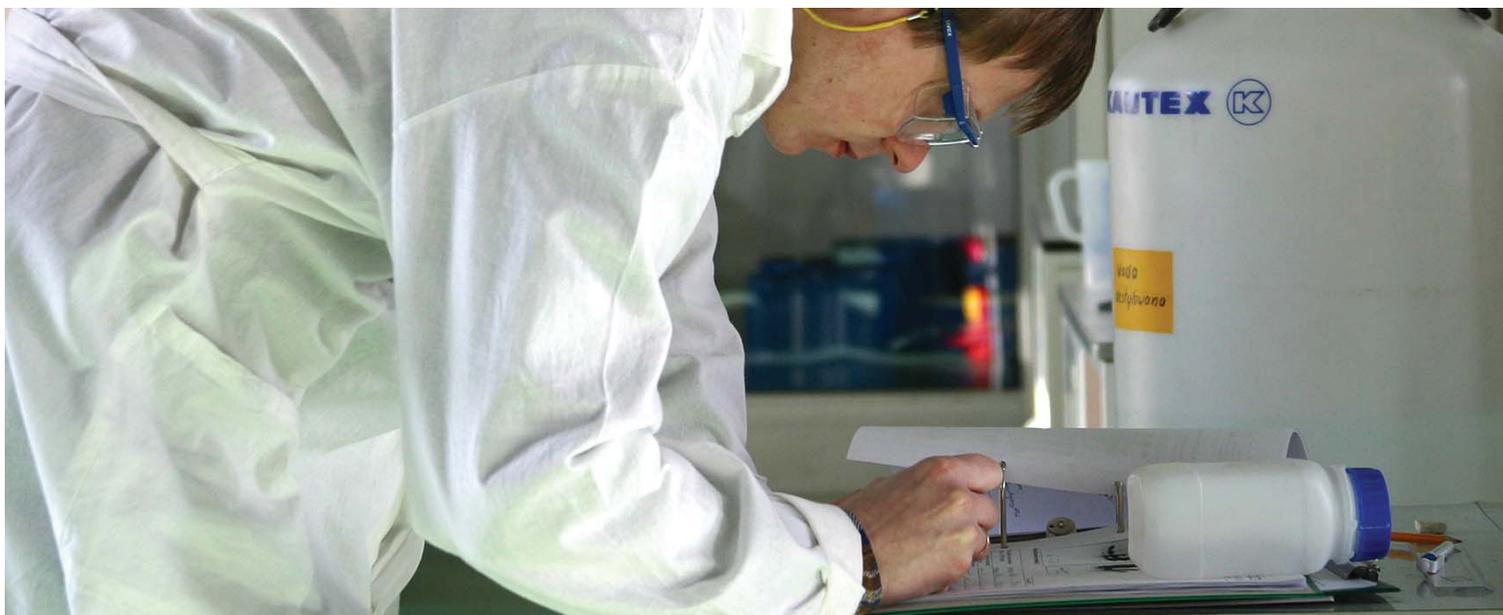
Qué dice la teoría de las regulaciones sobre los sistemas de salud

En la Argentina, la actividad de los seguros privados voluntarios de salud no tiene un marco regulatorio específico. Se rige por la legislación general, básicamente el Código Civil, el Código de Comercio y la Ley de Defensa del Consumidor. Este marco legal general contiene una profusa y compleja madeja regulatoria que ya se aplica a las relaciones contractuales entre los consumidores y las empresas de medicina privada. Desde este punto de vista, podría pensarse, en principio, que un marco regulatorio específico para la medicina privada sería redundante.

Sin embargo, desde el punto de vista de la teoría de la regulación, el Código Civil y el Código de Comercio asumen implícitamente la "igualdad de condiciones de las partes". Es decir, en la legislación general se asume que tanto el consumidor como la empresa tienen un razonable nivel de discernimiento del producto. Cuando el producto, por sus especificidades técnicas, no puede ser igualmente conocido por algunas de las partes se presenta un problema que se conoce

como "asimetría de información". Una de las partes tiene menos información sobre las especificidades que la otra. Este es el caso de los seguros voluntarios de salud.

El consumidor de un seguro de salud no conoce de manera cabal en qué consisten las prestaciones médicas que la empresa de medicina privada se está comprometiendo a otorgar cuando él se enferme. A su vez, la empresa de medicina privada no conoce el estado de salud con que el consumidor se está asociado. Claramente hay asimetría de información en el sentido de que una de las partes tiene información que el otro desconoce y viceversa. En este marco, los mandatos del Código Civil y del Código de Comercio tienen un alcance parcial para resolver conflictos, y la Ley de Defensa del Consumidor puede tener un espectro un poco más amplio pero adolece de la limitación de que por ser una ley general no reglamenta aspectos específicos vinculados con la medicina. Por eso, es necesario tener un marco regulatorio específico para seguros de salud voluntarios que proteja al consumidor y a las empresas de medicina privada de las asimetrías de información.



En esta perspectiva, desde la teoría de la regulación se recomienda que para defender a los consumidores de su falta de información se deben adoptar **regulaciones de transparencia**. Esto es, promover un ente de control y "modelos de contratos" que, sin ser taxativos, definan los datos básicos que deben contener los contratos entre los consumidores y las empresas para que quede claramente establecido el significado de los contenidos de los planes de salud y así dar fluidez a la operatoria de los servicios y facilitar la resolución de conflictos.

También hacen falta **regulaciones de solvencia**, relacionadas con el establecimiento de capitales mínimos, reservas, requisitos contables, destinadas a demostrar la capacidad de respuesta de las instituciones y aspectos ligados a la ética de los administradores. El objetivo es garantizar ciertas condiciones de factibilidad para que la empresa pueda y vaya a cumplir con los compromisos que asume cuando el consumidor se enferme.

Finalmente están las **regulaciones de diseño de contratos** donde se estipulan las prestaciones que obligatoriamente las empresas deben otorgar y también los controles de precios. Dentro de las regulaciones de diseño, en el caso particular de la actividad aseguradora, hay ciertas regulaciones muy delicadas que pueden comprometer o preservar la **solvencia de las instituciones**. Para que el seguro sea viable (y las empresas solventes), se debe tener la posibilidad de detectar el estado de salud de la persona que se está asociado dado que desde la técnica del seguro sólo se puede asegurar a un individuo cuando está sano. Esto

se explica porque la prima es el monto que el afiliado pagará mensualmente para estar asegurado, y este monto es relativamente bajo porque se asume que el individuo no está enfermo y, por lo tanto, tiene una probabilidad de contraer la enfermedad y otra de no contraerla. La viabilidad del seguro se da por el hecho de que ciertos individuos se enferman y otros no, entonces, en promedio el costo médico por persona es un monto similar al de la prima siempre que se tenga un equilibrio entre personas enfermas y personas sanas. Por esto, es de suma importancia las regulaciones **sobre edades para afiliarse, períodos de espera y exclusiones de enfermedades**. Estas regulaciones buscan evitar que las personas tengan un comportamiento "oportunistico", es decir, adopten la conducta de asociarse sólo cuando están enfermas rompiendo el equilibrio de un mix balanceado de enfermos y sanos dentro de la población asociada.

El proyecto de marco regulatorio de la medicina prepaga en el Congreso

Una forma de analizar el proyecto de marco regulatorio del Congreso es con este esquema conceptual de regulaciones, el cual se presenta en el *Cuadro 1*. Básicamente:

- Hay 12 artículos que corresponden a lo que se entiende como las regulaciones de **transparencia y solvencia**.
- Hay 7 artículos que corresponden a lo que se entiende como las **regulaciones sobre el diseño de los contratos**.

Cuadro 1. El proyecto de marco regulatorio según tipo de regulaciones

REGULACIONES DE TRANSPARENCIA Y SOLVENCIA	REGULACIONES SOBRE EL DISEÑO DE LOS CONTRATOS
<p>1. ARTICULO 3. Limitaciones de quienes no pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades.</p> <p>2. ARTICULO 4. Autoridad de Aplicación será el Ministerio de Salud de la Nación y el órgano de defensa de la competencia.</p> <p>3. ARTÍCULO 8. Modelos de contratos entre usuario y la empresa prepaga autorizados por la Autoridad de Aplicación.</p> <p>4. ARTICULO 9. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato. Las empresas sólo cuando el usuario incurra en falta de pago de 3 o más cuotas consecutivas o haya falseado la declaración jurada.</p> <p>5. ARTÍCULO 13. Fallecimiento del Titular no implica caducidad de derechos del grupo familiar.</p> <p>6. ARTÍCULO 14. Definición del grupo familiar.</p> <p>7. ARTÍCULO 19. Modelos de contratos entre la empresa prepaga y los prestadores médicos autorizados por la Autoridad de Aplicación.</p> <p>8. ARTÍCULO 21. Capital Mínimo para operar.</p> <p>9. ARTÍCULO 22. Requisitos para registración de información patrimonial y contable.</p> <p>10. ARTÍCULO 23. Planes voluntarios no aportan al Fondo Solidario de Redistribución.</p> <p>11. ARTÍCULO 24. Sanciones.</p> <p>12. ARTÍCULO 26. Derecho de los usuarios a prestaciones de emergencia en caso de duda y a la equivalencia en la calidad de los servicios durante toda la relación contractual.</p>	<p>SOBRE LA EDAD DE LAS PERSONAS</p> <p>1. ARTÍCULO 11. La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.</p> <p>2. ARTÍCULO 12. Para personas mayores de 65 años la Autoridad de Aplicación define los porcentajes de aumento de costos según rangos etarios. A los usuarios mayores a 65 años con antigüedad mayor a 10 años no se les puede aplicar aumento en razón de su edad.</p> <p>3. ARTÍCULO 17. La variación máxima según franjas etáreas es de 3 veces entre el precio de la primera y la última franja.</p> <p>SOBRE LAS PRESTACIONES OBLIGATORIAS</p> <p>4. ARTÍCULO 7. Obligación de cubrir, como mínimo, el PMO. Autoridad de Aplicación podrá proponer planes parciales donde la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no cubre.</p> <p>SOBRE LAS ESPERAS Y LAS EXCLUSIONES</p> <p>5. ARTÍCULO 10. Los contratos no pueden incluir períodos de espera para las prestaciones del PMO. Las enfermedades preexistentes no pueden ser criterio de rechazo de admisión. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales para la admisión de usuarios con enfermedades preexistentes.</p> <p>SOBRE LOS PRECIOS</p> <p>6. ARTÍCULO 17. La Autoridad de Aplicación fiscaliza y garantiza la razonabilidad de las cuotas y autoriza los aumentos.</p> <p>7. ARTÍCULO 18. La Autoridad de Aplicación fija aranceles mínimos obligatorios para los prestadores públicos y privados.</p>

Las regulaciones de transparencia y solvencia aluden a los requisitos para ser directivo de las instituciones, capital mínimo, requisitos para la registración contable, autoridad de aplicación, sanciones, no aporte al fondo solidario, modelo de contratos, definición de grupo familiar y cláusulas de derechos básicos (las empresas no pueden disolver el vínculo unilateralmente, en caso de fallecimiento del titular el grupo familiar mantiene el derecho a la asociación, derecho de los usuarios a prestaciones de emergencia en caso de duda, equivalencia en la calidad de los servicios durante toda la relación contractual). Habría comentarios a hacer a estos artículos, por ejemplo, el período de morosidad antes de la rescisión puede ser extenso, el modelo de contrato entre financiadores y prestadores médicos es un requisito prescindible, hay norma de registración contable existentes, pero a grandes rasgos son regulaciones necesarias -algunas posiblemente redundantes con la legislación general- otras que requieran una matización.

En donde surgen serios cuestionamientos sobre su pertinencia técnica es en las regulaciones de diseño de los contratos. Estas regulaciones aluden a:

- Prohibiciones con respecto a la edad de las personas:

La edad no puede ser criterio de rechazo, el sobreprecio no puede ser más de 3 veces superior, la autoridad de aplicación determina los rangos etéreos.

- Obligaciones de prestaciones obligatorias:

Cubrir como mínimo el PMO, aunque la autoridad de aplicación puede autorizar planes parciales.

- Prohibición de tiempos de espera y exclusiones

No puede haber períodos de espera ni las enfermedades preexistentes pueden ser criterio de rechazo de admisión.

- Controles de precios

Hay control de precios de los planes de salud y de aranceles a los prestadores.

¿Se beneficiará la gente con estas regulaciones?

A primera vista, parece que estas regulaciones apuntan a brindar un beneficio a los asociados. Pero del análisis dinámico surge que no es claro que estas regulaciones se traduzcan en mejoras para la gente.

1. Que la edad no pueda ser criterio de rechazo y la diferencia de precio entre el tramo etéreo menor y mayor no pueda ser superior a 3 es inaplicable en seguros voluntarios. Una reacción de los financiadores va a ser tender a cerrar la venta de planes individuales dado que las personas mayores de 65 años tienen más necesidades de salud y se encuentran más insatisfechas con los servicios del sis-

tema público y PAMI. Una avalancha de solicitud de afiliaciones de personas adultas mayores rompe el balance entre personas enfermas y sanas que debe tener un seguro solvente.

Pero aún cuando hipotéticamente pueda pensarse en la posibilidad de no cerrar la asociación individual para recibir personas mayores de 65, el parámetro de costos que los seguros de salud deben tomar como punto de partida será el costo en salud de los mayores (dado que no puede ser 3 veces superior al de los jóvenes), por lo tanto va a encarecer el costo de la medicina privada de los jóvenes. Como a la adhesión voluntaria, los jóvenes -ante una medicina más cara- van a tender a no asociarse lo que llevará a las financiadoras a la insolvencia.

Estos esquemas de subsidios cruzados según rango etéreo son apropiados y necesarios en los sistemas de seguridad social. En la Argentina, ya hay un esquema de subsidios cruzados de los jóvenes hacia los adultos mayores. Es el PAMI, que recibe más del 70% de sus recursos de los aportes y contribuciones salariales de los trabajadores activos. Esta cláusula tiene un doble efecto negativo que es inducir a los financiadores a dejar de asociar individualmente y, de no cerrar la asociación individual, multiplicar el costo de los planes de salud para los jóvenes lo que hará que los jóvenes tiendan a dejar de asociarse. Por estos motivos, es difícil pensar que por el sólo hecho de colocarlo en una ley las personas mayores de 65 van a tener acceso a planes de salud privados voluntarios.

2. Que haya que prestar obligatoriamente todas las prestaciones del PMO encarece innecesariamente los planes de salud. El PMO es un conjunto de prestaciones amplísimo que abarca a todas las prestaciones médicas imaginables. La necesidad de las familias, en cambio, dependen del ciclo de vida. Una familia joven necesita fundamentalmente servicios de maternidad y pediatría que son de muy baja complejidad; una familia adulta tiende a requerir fundamentalmente servicios médicos de mediana complejidad; una familia adulta mayor demanda fundamentalmente servicios de alta complejidad y geriatría. Necesidades diferentes, ante realidades diferentes. Pero la regulación aspira a que todas las familias paguen por todas las prestaciones cuando hay certeza de que ciertos servicios no serán utilizados. Parejas jóvenes van a pagar por servicios de geriatría y parejas de adultos mayores por servicios de pediatría. Otra vez, esta es una regulación aplicable a un seguro social donde el Estado paga los servicios, no donde las familias lo pagan de su propio bolsillo. En Argentina, hay un seguro social donde el Estado paga por los servicios, que es el sistema público. Entonces, desde el punto de vista regulatorio no es claro que sea bueno obligar a la gente a comprar un "PMO integral",

porque es obligarla a comprar cosas que no necesita, que no va a consumir y que ya son financiadas por el sistema público.

3. Que no pueda haber tiempos de espera ni exclusión por preexistencias es directamente ignorar cómo funciona un plan privado de salud. Si una persona puede afiliarse en el momento en que está enferma, esperará a enfermarse para afiliarse al mejor plan de salud. La propuesta de regulación estipula que se cobrará un precio superior por la persona enferma; pero el punto es que una vez que la persona está enferma -y no estaba previamente cubierta- el precio que debe pagar para no causar un quebranto a los asociados que sí estaban cubiertas con anterioridad, es el costo total de su tratamiento. Otra vez, esta es una regulación aplicable a un seguro social de cobertura universal o de cobertura compulsiva, pero no de cobertura voluntaria porque con voluntariedad se exacerbará el oportunismo. Cabe destacar que los tiempos de espera y las exclusiones en los seguros voluntarios no implican desprotección dado que las personas cuentan con la cobertura del sistema público y de la seguridad social.

4. Los controles de precios pueden ser necesarios para evitar abusos, sin embargo, deben ser aplicados con excesiva prudencia para evitar el riesgo de fijar un precio por debajo de los costos. El mejor mecanismo para controlar los precios es la competencia. Con las regulaciones de transparencia y solvencia, más el hecho de que no hay barreras legales a la entrada de nuevos competidores, cuando los precios de los planes se elevan muy por encima de los costos, nuevos actores se verán tentados a entrar con lo cual el precio tenderá a mantenerse alienado con los costos de la atención médica. Ciertamente que es útil reservar al Estado la posibilidad de intervenir ante casos de abusos de precios; como contrapartida hay que establecer salvaguardas legales para evitar el abuso del Estado para fijar precios arbitrarios por debajo de los costos. Esto último está ausente. El riesgo de abusos del Estado se potencia en un entorno inflacionario.

Recomendaciones de políticas

Estas regulaciones de diseño de los contratos están técnicamente mal formuladas. No pueden ser aplicadas en la realidad sin que los seguros privados se autoinflijan un severo daño patrimonial con lo cual lo más probable es que los seguros tiendan a cerrar la asociación voluntaria de planes individuales. De esta forma, van a provocar más daño que el aparente beneficio que prometen a la gente.

La principal restricción de los planes privados voluntarios es que no son un sustituto del sistema público, ni de la seguridad social. Simplemente porque quién

paga las prestaciones en un seguro voluntario es la gente, no el Estado. Toda prestación obligatoria en el plan voluntario se traduce en mayor precio, y si se quiere impedir el traslado a mayor precio con controles de precios pueden suceder dos cosas: o se deteriora la calidad médica o se deja de asociar gente. En cualquiera de los dos casos se produce un deterioro en la calidad de vida de la gente.

Si el sistema público y las obras sociales dieran prestaciones suficientes y de razonable calidad, la gente estaría satisfecha y sólo una minoría de altos ingresos querría acceder a las financiadoras privadas para buscar mayor comodidad o lujo (así es en los países avanzados).

El problema en Argentina es que ni el sistema público, ni la mayoría de las obras sociales dan un respuesta apropiada; por eso la gente presiona por entrar -como sea- en un sistema privado voluntario. El punto es que forzando a los financiadores voluntarios a dar las soluciones que no están dando el sistema público y las obras sociales se va a deteriorar al único mecanismo de cobertura que está dando soluciones (parciales, obviamente, porque es a la gente que puede pagar) y también se va a generar un severo perjuicio al sofisticado complejo médico prestador privado de la Argentina que está entre las pocas cosas de reconocimiento internacional que le va a quedando al país.

La recomendación de política es avanzar con las regulaciones de transparencia y solvencia. Estas regulaciones son necesarias. Pero diferir las regulaciones de diseño de contrato hacia una discusión más integral que comprenda la revisión de las reglas de financiamiento y funcionamiento de las obras sociales y PAMI, junto con el rol complementario y parcial que le cabe a los financiadores privados.

Alternativamente, se podría optar por establecer que las regulaciones de diseño de contrato sean aplicables sólo a los contratos corporativos -dado que en las contrataciones corporativas se puede preservar el mix de personas sanas y enfermas- pero eximir de su aplicación a los contratos individuales dado que en este segmento son inaplicables.

Para esto se debería reglamentar la posibilidad de ofrecer planes de salud parciales para los planes individuales en los términos del artículo 7° del proyecto que señala que deben brindar información explícita fehaciente de las prestaciones que cubre y las que no cubre. De esta forma, no se cierran las puertas a los individuos que no tienen planes corporativos provistos por las empresas, hasta tanto se aborde la reforma más integral que comprenda la revisión de las reglas de financiamiento y funcionamiento de las obras sociales y PAMI, junto con el rol complementario y parcial que le cabe a los financiadores privados voluntarios. ■