

Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

María José Luzuriaga

Regulación, medicina privada y ciudadanía. Un estudio acerca de las denuncias presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación sobre los seguros de salud de las empresas de medicina prepaga durante el período 2000-2008

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

**Director de la tesis**

Hugo G. Spinelli

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Luzuriaga, María José. (2012). Regulación, medicina privada y ciudadanía. Un estudio acerca de las denuncias presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación sobre los seguros de salud de las empresas de medicina prepaga durante el período 2000-2008 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/031041\\_Luzuriaga.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/031041_Luzuriaga.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)

[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar)

[repositoriojmr@unla.edu.ar](mailto:repositoriojmr@unla.edu.ar)





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS  
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
11ª COHORTE 2008-2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

*Regulación, Medicina Privada y Ciudadanía.*

*Un estudio acerca de las denuncias presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación sobre los seguros de salud de las empresas de medicina prepaga durante el periodo 2000-2008.*

Maestranda  
Lic. María José Luzuriaga

Director  
Dr. Hugo Spinelli

Diciembre, 2011

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS  
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
11ª COHORTE 2008-2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

*Regulación, Medicina Privada y Ciudadanía.*

*Un estudio acerca de las denuncias presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación sobre los seguros de salud de las empresas de medicina prepaga durante el periodo 2000-2008.*

Maestranda  
Lic. María José Luzuriaga

Director  
Dr. Hugo Spinelli

INTEGRANTES DEL JURADO

Dra. Susana Belmartino

Mgr. Leonardo Federico

Mgr. Maitena Fidalgo

FECHA DE APROBACIÓN

24/02/2012

CALIFICACIÓN

Ocho

## AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis, Hugo Spinelli por su dedicación, sus innumerables lecturas y comentarios a lo largo de todo el proceso y por los debates e intercambios de ideas que me permitieron entender y conocer mejor el campo de la salud así como lo que significa investigar.

A Graciela Biagini, quien me transmitió su pasión por la sociología y por ser quien me permitió entender y conocer los estrechos vínculos existentes entre la sociología y el campo de la salud. Por ser quien me convenció de elegir el tema de la tesis y quien me ayudó a elaborar el primer proyecto de tesis.

A José Luís Laquidara y a María Dolores March por sus lecturas, aportes y su confianza en este trabajo que emprendí.

A Anahí Sy, por sus recomendaciones en el tratamiento de los datos cualitativos.

A mis compañero/as de maestría y actualmente amigos Fernanda Rodríguez, Soledad Isarralde y Andrés Trotta por el acompañamiento incondicional y por los debates que también fueron de gran aporte para la tesis.

A mi familia, amigos y a mis compañeros y compañeras de la Subsecretaría Y por último, a todas las personas con las que he trabajado y trabajo que refuerzan mi idea de que el Estado es un lugar donde pueden generarse cambios tangibles en la realidad cotidiana de las personas.

## RESUMEN

En el presente trabajo nos proponemos analizar los principales problemas que experimentan los afiliados a las empresas de medicina prepaga (EMP) cuando las mismas incumplen con lo estipulado por la Ley de Defensa del Consumidor. Para el objetivo planteado, nuestro universo de estudio se conformó por las denuncias y reclamos de los afiliados de dichas empresas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación (SSDC) y por las disposiciones y laudos elaborados por el Organismo durante el periodo 2000-2008.

En términos teóricos, nos interesa analizar la problemática bajo estudio a través de las nociones de regulación, sector privado de la salud y ciudadanía. El abordaje metodológico seleccionado fue una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas. Para el análisis de los resultados de las denuncias, reclamos y consultas sobre EMP se elaboraron frecuencias y para el análisis de los relatos y argumentos registrados en las disposiciones y los laudos se utilizó la técnica de análisis de contenido.

Un aspecto conclusivo a destacar a partir de los resultados obtenidos, es la existencia de recurrencias en los tipos de incumplimientos detectados por parte de la EMP en la prestación de los servicios de salud destacándose los incumplimientos a las prestaciones establecidas en el PMO. A su vez también es relevante en términos cualitativos, las argumentaciones de las EMP que han fundamentado las negativas o restricciones en las prestaciones de sus servicios en la responsabilización de los afiliados por considerar que los mismos habían ocultado información sobre preexistencias o por negar información que las mismas habían otorgado.

Estos hallazgos nos permiten expresar la relevancia de profundizar los estudios sobre la problemática padecidas por los afiliados a las EMP y sobre los mecanismos estatales para asegurar el cumplimiento de los derechos.

**PALABRAS CLAVES:** Regulaciones gubernamentales/Derechos del consumidor/Defensa del consumidor/Sistemas prepagos de salud

## SUMMARY

In this paper we analyze the main problems experienced by members of the Health Maintenance Organizations (HMOs) when these fail to comply with the requirements of the Consumer Protection Act. For the stated objective, our universe was formed by claims of the HMOs affiliated to the Defense of Consumer's Office (SSDC) and the sentences made by the Agency during the period 2000-2008.

In theoretical terms, we want to analyze the problem under study through the notions of regulation, private sector and public health. The methodological approach chosen was a combination of quantitative and qualitative techniques. Frequencies tables were elaborated to analyze the results of complaints, claims and inquiries made by members of the HMOs and the content analysis technique was used for the analysis of the stories and arguments registered in the sentences.

A conclusive aspect to highlight from the results obtained, is the existence of recurrences in the types of violations detected by the HMOs in the delivery of health services highlighting the failures to benefits under the Mandatory Health Program. At the same time is also relevant in qualitative terms, the arguments of HMOs that emphasized their negative or restrictions of medical care services based on the hidden information of the members on preexisting diseases or on denial of information that themselves had given.

These findings allow us to express the importance of further studies on the problems suffered by members of the HMOs and states mechanisms to ensure the rights compliance.

**KEY WORDS:**Government regulations/ Health Maintenance Organizations/ Consumer rights  
Consumer Advocacy/

## LISTADO DE CUADROS

<b>Cuadro 1</b> - Circuito administrativo de la denuncia presentada por los usuarios ante la DDC. Argentina. Año 2011.	20
<b>Cuadro 2</b> - Circuito administrativo del reclamo presentada por los usuarios ante el SNAC. Argentina. Año 2011.	22
<b>Cuadro 3</b> - Cobertura de salud por quintil de ingreso-Argentina. Año 2005.	42
<b>Cuadro 4</b> - Dimensiones de la variable motivos para los objetivos 1 y 2 elaboradas a partir de las categorías de motivos de la DDC y del SNAC.	64
<b>Cuadro 5</b> - Categorías de motivos del 0800 del CAOC de la SSDC.	65
<b>Cuadro 6</b> - Matriz de datos elaborada para el objetivo 1.	66
<b>Cuadro 7</b> - Matriz de datos elaborada para el objetivo 2.	67
<b>Cuadro 8</b> - Matriz de datos elaborada para el objetivos 3.	68
<b>Cuadro 9</b> - Matriz de datos elaborada para el objetivos 4.	69
<b>Cuadro 10</b> - Matriz de datos elaborada para el objetivos 5.	74
<b>Cuadro 11</b> - Frecuencia de las denuncias sobre EMP presentadas por los usuarios ante la DDC por año. Argentina, 2000-2008.	83
<b>Cuadro 12</b> - Frecuencia de los motivos de las denuncias sobre EMP presentadas por los usuarios ante la DDC. Argentina, 2000-2008.	84
<b>Cuadro 13</b> - Frecuencia de los motivos de las denuncias sobre EMP iniciadas por falta de cobertura o cobertura incompleta de una prestación de salud presentadas por los usuarios ante la DDC Argentina, 2000-2008	85
<b>Cuadro 14</b> - Frecuencia de los motivos de denuncias sobre EMP presentadas por los usuarios ante la DDC por año. Argentina, 2000-2008.	86
<b>Cuadro 15</b> - Frecuencia de los reclamos sobre EMP presentados ante el SNAC por año. Argentina 2000-2008.	87
<b>Cuadro 16</b> - Frecuencia de los motivos de reclamos sobre EMP presentados ante el SNAC, Argentina, período 2000-2008.	88
<b>Cuadro 17</b> - Frecuencia de los motivos de reclamo sobre EMP ante el SNAC, por año. Argentina. 2000 a 2008.	89
<b>Cuadro 18</b> - Frecuencia de los motivos consultados sobre EMP al 0800 del CAOC de la SSDC. Argentina, 2006-2008.	90

<b>Cuadro 19</b> - Frecuencia de los motivos consultados sobre EMP al 0800 del CAOC de la SSDC. Argentina, 2006.	91
<b>Cuadro 20</b> - Frecuencia de motivos consultados sobre EMP al 0800 del CAOS de la SSDC Argentina, 2007.	92
<b>Cuadro 21.</b> Frecuencia de los motivos consultados sobre EMP al 0800 del CAOC de la SSDC. Argentina, 2008.	93
<b>Cuadro 22.</b> Frecuencia de los motivos denunciados por los afiliados a las EMP sobre alguna prestación del PMO registrados en las disposiciones. Argentina, 2000-2008.	95
<b>Cuadro 23</b> - Frecuencia de los motivos denunciados por los afiliados a las EMP que no se refieren al PMO registrados en las disposiciones. Argentina, 2000-2008.	96
<b>Cuadro 24</b> - Frecuencia de los tipos de argumentos expuestos por las EMP la audiencia que fundamentan el rechazo de la imputación. Argentina, 2000-2008.	99
<b>Cuadro 25</b> -Frecuencia de los tipos de argumentos expuestos por las EMP en los descargos. Argentina, 2000-2008	102
<b>Cuadro 26</b> - Frecuencia de art. de la Ley 24.240 mencionados en las imputaciones de las disposiciones sobre EMP sancionadas con multa. 2000-2008.	103
<b>Cuadro 27</b> - Frecuencia de los artículos de la Ley 24.240 por los cuales se sancionó a las EMP. Argentina, 2000-2008.	107
<b>Cuadro 28.</b> Multas elaboradas en la DAI a las EMP por año. Periodo 2000-2008.	108
<b>Cuadro 29</b> - Distribución de los motivos reclamados y laudados sobre EMP en el SNAC. Argentina, 2000-2008.	110
<b>Cuadro 30</b> - Frecuencia de los tipos de argumentos expuestos por las EMP durante la audiencia en el SNAC. Argentina, 2000-2008.	114
<b>Cuadro 31.</b> Lugar ocupado por las EMP en el ranking del total de rubros consultados al 0800 de la SSDC por año. Periodo 2001-2010.	171
<b>Cuadro 32</b> - Frecuencia de motivos consultados sobre EMP al 0800 del CAOC de la SSDC. Argentina, 2004.	172
<b>Cuadro 33</b> - Frecuencia de motivos consultados sobre EMP al 0800 del CAOC de la SSDC. Argentina, 2005.	173
<b>Cuadro 34.</b> Homologación de las categorías de enfermedades existentes en las disposiciones a las categorías de la CIE-10.	174



**Cuadro 35.** Homologación de las categorías de enfermedades existentes en los laudos a las categorías de la CIE-10. SSDC. 2000-2008.

193

## **LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS**

ADEMP - Asociación de Entidades de Medicina Privada  
CAOC - Centro de Atención y Orientación a Consumidores  
CGP Centro de Gestión Participativa  
CIMARA – Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina  
DAI – Dirección de Actuaciones por Infracción  
DDC – Dirección de Defensa del Consumidor  
EMP – Empresas de Medicina Prepaga  
SNAC – Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo  
SSDC – Subsecretaría de Defensa del Consumidor  
SSS - Superintendencia de Servicios de Salud  
PMO - Programa Médico Obligatorio  
PMOE - Programa Médico Obligatorio de Emergencia  
OMIC - Oficina Municipal de Información al Consumidor

## CONTENIDO

1 PRESENTACIÓN	10
1.1 Introducción	10
1.2 Proyecto de investigación	11
1.3 Descripción Institucional	16
1.3.1 Subsecretaría de Defensa del Consumidor	16
1.3.2 Instancias nacionales, provinciales y municipales para realizar denuncias	16
1.3.3 Dirección de Defensa del Consumidor	18
1.3.4 Dirección de Actuaciones por Infracción	19
1.3.5 Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo	20
1.3.6 Línea 0800 del Centro de Atención y Orientación a Consumidores de la SSDC	23
1.3.7 Características del sistema de información	23
1.4 Derechos de consumidores y empresas de medicina prepaga	24
2 CONTEXTO E IMPACTO DE LAS REFORMAS DE SALUD EN LOS '90 EN AMÉRICA LATINA	27
2.1 Reforma de Estado	27
2.2 Reforma de salud en América Latina	29
2.3 Reforma de salud en Argentina	32
3 MARCO TEÓRICO	35
3.1 Caracterización de las empresas de medicina prepaga	35
3.1.1 Conceptualizaciones y sus implicancias	35
3.1.2 Surgimiento y desarrollo de las empresas de medicina prepaga	37
3.1.3 Configuración actual de las empresas de medicina prepaga	41
3.2 Regulación y capacidades institucionales	45
3.2.1 Definiciones del concepto regulación	46
3.3 El debates sobre la ciudadanía en el contexto de	

reformas de los '90	52
3.4 Acerca de la Ley de Defensa del Consumidor en Argentina	55
4 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	57
4.1 Abordaje Cuantitativo	57
4.1.1 Técnicas de elaboración de información	57
4.1.2 Universo/Unidades de análisis y criterios de selección	58
4.2 Abordaje Cualitativo	58
4.2.1 Marco Teórico	59
4.2.2 Técnicas de elaboración de información	59
4.2.3 Universo/Unidades de análisis y criterios de selección	61
4.3 Definición de términos	62
4.4 Elaboración de las dimensiones para las variables de los objetivos cuantitativos	63
4.5 Matrices de Análisis	66
4.6 Relato de una tesista en la recolección de datos	78
5 RESULTADOS	82
6 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	118
7 CONSIDERACIONES FINALES	128
8 BIBLIOGRAFÍA	130
9 – ANEXOS	136
 ANEXO A - Objetivos de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor. Decreto N° 357/02 y Decreto 2102/08	 136
 ANEXO B - Estructura organizativa de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación establecida en el Decreto N° 1359/04 y Decreto N° 877/06	 137
 ANEXO C - Ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor	 138
 ANEXO D - Decreto 276/98: Creación del Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo	 142
 ANEXO E - Resoluciones de la Secretaría de Comercio Interior	

aplicables a las empresas de medicina prepaga	148
ANEXO F - Ley 26.682: Marco Regulatorio de Medicina Prepaga	150
ANEXO G - Resolución 201/2002 Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) del Ministerio de Salud de la Nación	157
ANEXO H - Resolución 212/98: Reglamentación del SNAC	161
ANEXO I - Tablas de motivos del 0800 del CAOC de la SSDC publicadas en la Revista Temas del Consumidor	171
ANEXO J – Resultados Objetivo 4	174
ANEXO K – Resultados Objetivo 5	193

## CAPÍTULO 1

### PRESENTACIÓN

#### 1.1. Introducción

En el presente trabajo nos proponemos analizar los principales problemas que experimentan los afiliados a las empresas de medicina prepaga (EMP) cuando las mismas incumplen con lo estipulado por la Ley de Defensa del Consumidor. Para el objetivo planteado, nuestro universo de estudio se conforma por las denuncias y reclamos de los afiliados de dichas empresas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación (SSDC) y por las disposiciones y laudos elaborados por el Organismo durante el periodo 2000-2008.

En términos teóricos, nos interesa analizar la relación entre las nociones de regulación, sector privado de la salud y ciudadanía. Consideramos que para comprender las situaciones conflictivas derivadas de las modalidades de comercialización y prestación desarrolladas por los actores que conforman el sector privado de la salud es necesario ubicarlas en un contexto más amplio, como es la problemática de la regulación en el campo de la salud.

Respecto a los abordajes teóricos sobre la regulación nos centraremos en los conceptos desarrollados principalmente por la nueva economía institucional, la escuela regulacionista y el neoinstitucionalismo. El tema de la regulación en el campo de la salud ha sido históricamente planteado en términos de una oposición entre regulación burocrática, regulación por el mercado y/o regulación profesional” (Belmartino, 1999, p. 21). A los fines de nuestro análisis nos ocuparemos de la regulación burocrática o de los organismos estatales y de las formas de regulación del mercado.

En relación al análisis de la ciudadanía, centraremos el estudio en la institucionalización de los derechos de consumidores y usuarios en el marco del debate de las denominadas reformas de segunda generación. Consideramos que los derechos mencionados establecieron un nuevo marco de control a la creciente concentración y participación del sector privado. De esta manera, la conformación del nuevo sujeto de derechos definido en la figura del consumidor adquiere las facultades para actuar, limitando la eventual conducta abusiva de las empresas. En este sentido, creemos relevante analizar el lugar que adquiere el ejercicio de la ciudadanía y la efectividad de la legislación de defensa del consumidor en tanto protección y defensa de los afiliados a seguros privados de salud cuando sus derechos son vulnerados.

El trabajo se estructura en siete capítulos. En el primero se describe la presentación del proyecto, la descripción institucional del Organismo y los aspectos específicos del sistema normativo de protección al consumidor que regulan la actividad de las empresas de medicina prepaga. El segundo capítulo da cuenta del contexto político-económico en el que se desarrollan las reformas de salud de los '90 en América Latina destacando sus principales consecuencias. Dedicamos mayor atención al caso de la reforma en Argentina. El tercero es de mayor extensión puesto que se desarrollan los conceptos y definiciones que conforman el objeto del estudio. En el mismo se exponen las conceptualizaciones de la empresa de medicina prepaga y su evolución; los conceptos más relevantes sobre regulación; y por último, los debates sobre la ciudadanía. En el cuarto capítulo se expone el marco teórico-metodológico seleccionado. En el quinto capítulo se presentan los resultados de la investigación; en el sexto se realiza el análisis y la discusión de los mismos; y en el último se exponen las consideraciones finales.

## 1.2. Proyecto de investigación

### **Problema a investigar**

Las problemáticas vinculadas a las restricciones y a las negativas de prestar servicios de salud a los afiliados de las EMP por parte de las mismas se pueden explicar por diferentes hechos que convergen. Por un lado, las prácticas predominantes de una parte del sector privado del campo de la salud que han ofrecido, comercializado y prestado planes privados de salud vulnerando de manera recurrente los derechos de sus afiliados sin mayores costos. Por otro lado, encontramos la ausencia de una regulación específica de esta actividad por parte del Estado hasta el presente año en el cual se sancionó la Ley 26.562 que regula a las empresas de medicina prepaga (ver Anexo F). No obstante existen instrumentos legales que han limitado y limitan los efectos de posibles prácticas abusivas de las EMP que forman parte del régimen jurídico de protección al consumidor establecido en la Ley 24.240, en tanto el contrato de medicina prepaga constituye una relación de consumo. Asimismo se observa una situación de asimetría en la relación que se establece entre las empresas de medicina prepaga y los afiliados. Asimetría que se expresa por un lado en la información y conocimiento insuficiente por parte del consumidor al momento de contratar la prestación de salud, como así también respecto a la imposibilidad por parte del mismo, para decidir las condiciones en que serán dadas las prestaciones por tratarse de contratos predispuestos o de adhesión.

Los diferentes hechos mencionados constituyen el problema a investigar. Al mismo podemos definirlo por un lado, como la diferencia existente entre las prestaciones ofrecidas y contratadas, y las efectivamente provistas por las empresas de medicina prepaga a sus afiliados; y por otro lado, el alcance de las capacidades de las agencias estatales encargadas de hacer cumplir la normativa y adecuar el comportamiento de las empresas a la misma. Se analizará esta situación a partir de las denuncias realizadas ante las instancias de regulación estatal que procuran dar respuesta a los problemas denunciados por los afiliados. Entre las situaciones que dan cuenta del incumplimiento contractual por las EMP y los consumidores se destacan el incumplimiento de prestaciones establecidas en los planes contratados, establecimientos de periodos de carencia no autorizados, inadecuada información y asesoramiento, arancelamientos no previstos, entre otros.

### **Preguntas**

¿Cuáles son los hechos denunciados por los usuarios de las EMP ante la SSDC durante el periodo 2000-2008?

¿Cuáles son los argumentos de los representantes de la SSDC, de las EMP y de los afiliados registrados en las disposiciones y los laudos elaborados en la SSDC a partir de las denuncias y reclamos de los usuarios de las EMP durante el periodo 2000-2008?

### **Hipótesis**

Existe incumplimiento de las empresas de medicina prepaga en el contrato de cobertura de la salud establecido en el marco normativo vigente (Ley 24.240, Programa Médico Obligatorio y reglamentaciones aplicables a los agentes de seguro de salud).

### **Palabras claves**

- Regulaciones gubernamentales/ Government regulations/ regulamentações gubernamentales.
- Derechos del consumidor o Defensa del Consumidor/ Consumer rights Consumer Advocacy/ Defesa do Consumidor.
- Sistemas prepagos de salud/ Health Maintenance Organizations/ Sistemas pré-pagos de Saúde o assistência médica suplementar.



## **Justificación social**

Se observan diversos temas asociados al desarrollo y expansión de los seguros privados. El principal de ellos se refiere al impacto de los mismos en el campo de la salud. Tanto en nuestro país como en otros países de la región la expansión de los seguros privados se vio favorecida por los procesos de desregulación, privatización y concentración económica ocurridos en los '90 (Belmartino, 1999; Cetrángolo & Devoto, 2002). La introducción de esta nueva modalidad de prestaciones en el marco de los procesos de reforma profundizó la fragmentación ya existente en las organizaciones de servicios de salud (Belmartino, 1994, 1999, 2002, 2005; Almeida, 2001; Spinelli, 2010) y contribuyó al aumento de la estratificación de la población respecto al tipo de cobertura (Belmartino, 1999, 2002; Bustelo, 2000; Maceira, 2008). Así mismo, limitó aún más el acceso a los servicios a los sectores de menores ingresos (Almeida, 2001; Belmartino, 1999; Fleury, 2003). En términos del financiamiento se observa que los agentes privados contribuyeron y contribuyen a la realización de “mecanismos de solidaridad invertidos”<sup>1</sup> (Spinelli, 2010, p. 277) generando mayor irracionalidad al sistema (Spinelli, 1991; Almeida, 2001). Otros estudios dan cuenta de la creciente judicialización de los seguros privados de salud provocado por la negación o limitada cobertura de las prestaciones ofrecidas por dichas empresas (Abramovich, 2008; Scheffer, 2006). Por último, otro tema que se destaca es la débil regulación hasta el presente año por parte del Estado de dicha actividad (Belmartino, 1999, CEPAL, 2000, Cetrángolo & Devoto, 2002).

Recientemente se ha aprobado la Ley que regula la actividad de las empresas de medicina prepaga -el 4 de mayo de 2011 (ver Anexo F)-. Con la misma “se pretende limitar los efectos de ciertas prácticas empresariales que habían dificultado a los afiliados el acceso a prestaciones de salud, como también el control desde el Estado de estas entidades” (Frustagli, 2011, p.3) Hasta la fecha la regulación de esta actividad se establecía a partir de leyes y reglamentaciones<sup>2</sup> que emergían fundamentalmente del régimen jurídico de protección al consumidor contenido en la Ley 24.240. Con la sanción de la Ley las empresas deberán adecuar su comportamiento a la normativa específica. No obstante la sanción de la ley, el sistema normativo de defensa del consumidor seguirá aplicándose a las empresas en tanto el contrato de medicina prepaga constituye una relación de consumo.

---

<sup>1</sup> La fuerte presencia del capital económico en el interior del campo determina mecanismos de solidaridad invertidos tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro privado de salud (Spinelli, 2010, p. 277).

<sup>2</sup> Ley 24.240, resoluciones de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor y Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación (Ver Cáp. 2.5 y 2.6).

### **Justificación académica**

Las problemáticas vinculadas a las consecuencias de las modalidades y condiciones en que se comercializan las prestaciones de salud por las empresas de medicina prepaga como el contexto de desarrollo y expansión de las mismas han sido planteadas y analizadas tanto en seminarios como materias de la maestría. Se ha analizado el desarrollo del sector privado en el marco de los procesos de privatización ocurridos a partir de las reformas de salud, estudiados con mayor detenimiento en los casos de Argentina y Brasil. Por otra parte, desde la perspectiva de los derechos sociales se analizaron los problemas de restricción y negación de cobertura y atención existentes en el sector privado y la creciente judicialización en nuestro país. Respecto a los temas desarrollados en las materias, las unidades que conforma la materia Planificación y Políticas de Salud han aportado a establecer nuevas relaciones y categorías conceptuales al estudio.

Resulta relevante a partir de lo expuesto generar evidencia empírica que de cuenta de las fallas observadas en el accionar de las empresas de medicina prepaga y en su regulación. De esta manera nos proponemos poder contribuir al debate sobre una adecuada regulación de este sector de la salud. Consideramos que este primer acercamiento al campo nos permitirá contar con mayor información para poder abordar en un próximo estudio el análisis sobre el grado de cumplimiento efectivo de las resoluciones alcanzadas en el nivel administrativo por parte de las empresas de medicina prepaga.

### **Justificación personal**

El interés por el tema surge a partir de mi trabajo en la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación. Me resultó particularmente interesante la posibilidad de abordar la problemática de las denuncias de los afiliados de medicina prepaga desde una perspectiva sociológica y contando con experiencia sobre el tema a partir de mi trabajo en el Organismo.

Asimismo considero que la elección del tema de estudio me da la posibilidad de poder analizar las prácticas y procesos desarrollados al interior de mi propio ámbito de trabajo y entender los modos en que se ha ido pensando y resolviendo una problemática específica durante un periodo de tiempo, en tanto que esos modos expresan las tensiones y conflictos existentes al interior de la institución entre los diversos actores sociales y políticos implicados en la problemática de la medicina prepaga.

Trabajo hace cinco años en la Subsecretaría y en el transcurso de estos años me desempeñé en la atención al público, entre otras áreas de trabajo. En ese sector he podido corroborar la existencia de una considerable cantidad de problemas padecidos por los

afiliados a las empresas de medicina prepaga vinculados a la negación o restricción de prestaciones de servicios, cambios unilaterales de los contenidos del contrato, entre otros. También he podido evidenciar la dificultad de poder llegar a resoluciones satisfactorias para los afiliados debido a la limitada reglamentación disponible de esta actividad económica.

A partir de esta experiencia considero relevante poder realizar este estudio que posibilite contrastar empíricamente los problemas denunciados por los afiliados con las respuestas dadas por las instancias del Organismo encargadas de resolver las situaciones de consumo denunciadas.

### **Objetivo general**

Analizar los principales problemas que experimentan los afiliados a las empresas de medicina prepaga cuando las mismas incumplen con lo estipulado por la Ley de Defensa del Consumidor, a partir de las denuncias y reclamos presentados por los usuarios a la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación durante el periodo 2000-2008.

### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar las denuncias presentadas por los usuarios de las empresas de medicina prepaga ante la Dirección de Defensa del Consumidor de la Nación durante el periodo 2000-2008.
2. Caracterizar los reclamos presentados por los usuarios de las empresas de medicina prepaga ante el Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo durante el periodo 2000-2008.
3. Caracterizar las consultas recibidas por los usuarios de empresas de medicina prepaga al 0800 del Centro de Atención y Orientación a Consumidores durante el periodo 2006-2008.
4. Analizar las disposiciones elaboradas por la Dirección de Actuaciones por Infracción a partir de las denuncias iniciadas por los usuarios de las empresas de medicina prepaga durante el periodo 2000-2008.

5. Analizar los laudos elaborados a partir de los reclamos iniciados por los usuarios de las empresas de medicina prepaga en el Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo durante el periodo 2000-2008.

### 1.3. Descripción institucional

#### 1.3.1 Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación

La Subsecretaría de Defensa del Consumidor (SSDC) de la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación, es el Organismo responsable de planificar e implementar las políticas de protección de los derechos de los consumidores y preservar la lealtad en las relaciones comerciales (ver Anexo A) Se creó en 1998 reconociendo su antecedente en la Dirección de Defensa de Consumidor (DDC) y Lealtad Comercial (Rodríguez, 2008).

Si bien la Secretaría de Comercio Interior es la autoridad nacional de aplicación de la ley<sup>3</sup>, la Subsecretaría como parte de la misma interviene y asesora a la Secretaría en lo relativo a la Ley así como supervisa las actividades vinculadas al seguimiento y verificación de todo lo relacionado con su aplicación.

#### 1.3.2 Instancias Nacionales, provinciales y municipales para realizar denuncias

Existe una atención jurisdiccional de la recepción de denuncias por problemas de consumo vinculados a la normativa de defensa del consumidor. La Ley 24.240 establece en su artículo 41 (ver Anexo C) que tanto los gobiernos provinciales como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires actúan como autoridad de aplicación de la ley<sup>4</sup> de Defensa del Consumidor en tanto que cuentan con oficinas para recibir y resolver los conflictos de consumo en su jurisdicción. Existentes alrededor de 80 Oficinas que son autoridad de aplicación de la Ley en la Provincia de Buenos Aires; alrededor de 50 CGP en donde se pueden realizar denuncias en la CABA; y en todas las capitales de las provincias del País como en algunos municipios de las mismas<sup>5</sup>

No obstante este hecho la Ley le otorga a la SSDC funciones concurrentes, facultando a la autoridad de aplicación a actuar ante una posible infracción a la ley aunque la misma

---

<sup>3</sup> Artículo 41 y 42 de la Ley de Defensa del Consumidor 24.240.

<sup>4</sup> Tanto la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como los gobiernos provinciales actúan como autoridad de aplicación de la ley, ejerciendo el control, la vigilancia y el juzgamiento de la normativa de protección al consumidor.

<sup>5</sup> Ver Oficinas de Defensa del Consumidor de todo el país en <http://www.consumidor.gov.ar>

ocurra en el ámbito de las provincias o de la CABA. A su vez el reclamo en el ámbito administrativo puede hacerse de manera personal o a través de las asociaciones de consumidores. En el país actualmente hay registradas aproximadamente 30 asociaciones<sup>6</sup> Las mismas están legalmente habilitadas por el artículo 55 de la Ley 24.240 para tomar reclamos de consumidores y citar a la empresa reclamada a una conciliación voluntaria, en caso de que esta instancia no resulte satisfactoria, dichas organizaciones pueden representar a los consumidores frente a los organismos públicos mencionados.

Existen otros organismos públicos que si bien no son autoridad de aplicación de la Ley, responden a problemas vinculados a los derechos de los consumidores. Estos organismos son las Defensorías del Pueblo, los Entes Reguladores de Servicios Públicos, la Superintendencia de Servicios de Salud, el Banco Central, la Secretaría de Turismo, entre otros.

Al centrarnos en los reclamos sobre las empresas de medicina prepaga debemos hacer referencia a las acciones que realiza la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) respecto a las mismas. La SSS<sup>7</sup> del Ministerio de Salud de la Nación es el organismo de la Administración Pública que regula y controla a los agentes de seguro de Salud<sup>8</sup>; también puede recibir reclamos sobre temas vinculados a empresas de medicina prepaga de aquellos afiliados indirectos, es decir, aquellos que acceden a la cobertura de la prepaga a través de una obra social a través de su aporte laboral de las Obras Sociales. Este tipo de afiliación fue posible a partir de la desregulación de las Obras Sociales a través del Decreto 9/93 y 573/93 con los cuales se estableció la libre elección de los beneficiarios de las obras sociales comprendidas en la Ley 23.660.

Tanto los afiliados directos e indirectos tienen la posibilidad de iniciar un reclamo ante la SSDC, o a la Oficina de Defensa del Consumidor más cercana a su jurisdicción. A su vez, en los casos de los afiliados indirectos pueden iniciar los reclamos en ambas agencias pero la resolución que se establezca en la primera que haya fijado audiencia no podrá ser contradicha por la segunda. En los casos mencionados la Superintendencia podrá expedirse exclusivamente por las prestaciones establecidas en la legislación aplicable a los agentes de seguro de salud y no por las prestaciones otorgadas por un plan superador.

---

<sup>6</sup> [http://www.consumidor.gov.ar/mapa-de-asociaciones-de-consumidores-en-todo-el-pais/\(asociaciones](http://www.consumidor.gov.ar/mapa-de-asociaciones-de-consumidores-en-todo-el-pais/(asociaciones)

<sup>7</sup> La Superintendencia se crea a través del decreto 1615/96 y su estructura organizativa se encuentra establecida en el decreto 1576/98.

<sup>8</sup> Los agentes de seguros de salud se encuentran definidos en la Ley 23.660 de Obras Sociales y la Ley 23.661 que crea el Sistema Nacional de Seguros de Salud.

Teniendo en cuenta el bajo nivel de reclamos existente en las Asociaciones de Consumidores (Rodríguez, 2008) y nuestro interés en la problemática de consumo vinculada al incumplimiento a la Ley 24.240 de las empresas de medicina prepaga en sede administrativa, nuestro análisis se centrará en los reclamos presentados ante la SSDC, específicamente ante la Dirección de Defensa del Consumidor de la Nación y ante los Tribunales Arbitrales de Consumo así como en las respuestas de este último y de la Dirección de Actuaciones por Infracción.

Por último, es preciso destacar que también es posible iniciar un reclamo de consumo ante la Justicia tanto a nivel local como federal (ver Anexo C: Ley 24.240, art. 52). A continuación se describirán los procedimientos seguidos por las denuncias y reclamos en las áreas del Organismo estudiadas.

### **1.3.3 Dirección de Defensa del Consumidor (DDC)**

Las denuncias por presuntas violaciones a la Ley 24.240 pueden realizarse ante la Dirección de Defensa del Consumidor. La misma es la encargada de fijar una audiencia de conciliación previa a la iniciación del proceso para aplicar, si corresponde, sanciones a la empresa. Esto es así ya que el artículo 45 de la Ley establece que los casos en que el procedimiento lo habilite la Subsecretaría debe promover una instancia de conciliación, en la que las partes puedan resolver sus controversias. Si en la audiencia el denunciado y el denunciante arriban a un acuerdo conciliatorio, se labra en acta que es firmada por los mismos y el expediente es enviado a la Dirección Nacional de Comercio Interior que es la encargada de emitir la disposición homologatoria (art. 45 Decreto Reglamentario N° 1798/94). Si el conciliador lo considerara procedente, a los fines de lograr el acercamiento entre las partes podrá abrir cuarto intermedio para continuar la audiencia de conciliación. Si alguno o todos los citados a la audiencia no comparecieren a la misma, podrá designarse una nueva audiencia. En caso de considerar improcedente la citación a dicha audiencia, el conciliador dispondrá que las actuaciones pasen a resolver. (Instructivo interno de la DDC, 2008). La etapa siguiente es la elaboración de la imputación. El auto de imputación deberá contener una descripción circunstanciada del hecho denunciado o verificado y una referencia de la normativa presuntamente infringida. Mediante el mismo auto se citará al presunto infractor para que realice su descargo. Luego de cumplido el plazo para la recepción del descargo se evaluará el archivo del expediente o la remisión a la DAI para evaluar la posible sanción al denunciante. (Instructivo interno de la DDC, 2008).

En caso de que se determine que se ha cometido una infracción a la normativa, se establece la sanción que corresponde aplicar. Esta última etapa del proceso involucra el del control de legalidad de lo actuado y la de establecimiento de la sanción (ver Anexo C Art. 47). Cabe destacar que la Ley también considera violación a la ley el incumplimiento de acuerdos conciliatorios. En tal caso, el infractor será pasible de las sanciones establecidas en la presente, sin perjuicio del cumplimiento imperativo de las obligaciones que las partes hubieran acordado (ver Anexo C Art. 46).

En el artículo 45 de la Ley se le otorga a la autoridad de aplicación la facultad para dictar medidas de no innovar (ver Anexo C). En los casos que se analiza la necesidad de tomar una medida de urgencia por la gravedad del caso se realizan este tipo de acciones por parte de la autoridad de aplicación hasta que se llegue a una resolución del caso. “Cuando un instructor sumariante considere que los hechos denunciados reúnen los requisitos para la disposición de esas medidas –verosimilitud del derecho, irreparabilidad del daño, y peligro de la demora- , deberá realizar una consulta con el coordinador legal de la DDC. De considerarse pertinente su dictado, el instructor elaborará el auto que ordena la medida y lo elevará a la consideración del Director para su firma. El auto deberá contener: Descripción de la conducta que deberá cesar, norma presuntamente infringida, orden de cese de la conducta a partir de la recepción de la notificación y plazo para la acreditación del cese de la conducta” (textual instructivo DDC).

### **1.3.4 Dirección de Actuaciones por Infracción**

Es la Dirección encargada de elaborar la disposición para llevar a cabo la sanción cuando la DDC detecta la presunta infracción a la normativa referente a la normativa de protección al consumidor -Ley 24.240 de Defensa del Consumidor, Ley 22.802 de Lealtad Comercial o 25.065 de Tarjetas de Crédito-. En la disposición se puede absolver o sancionar al proveedor.

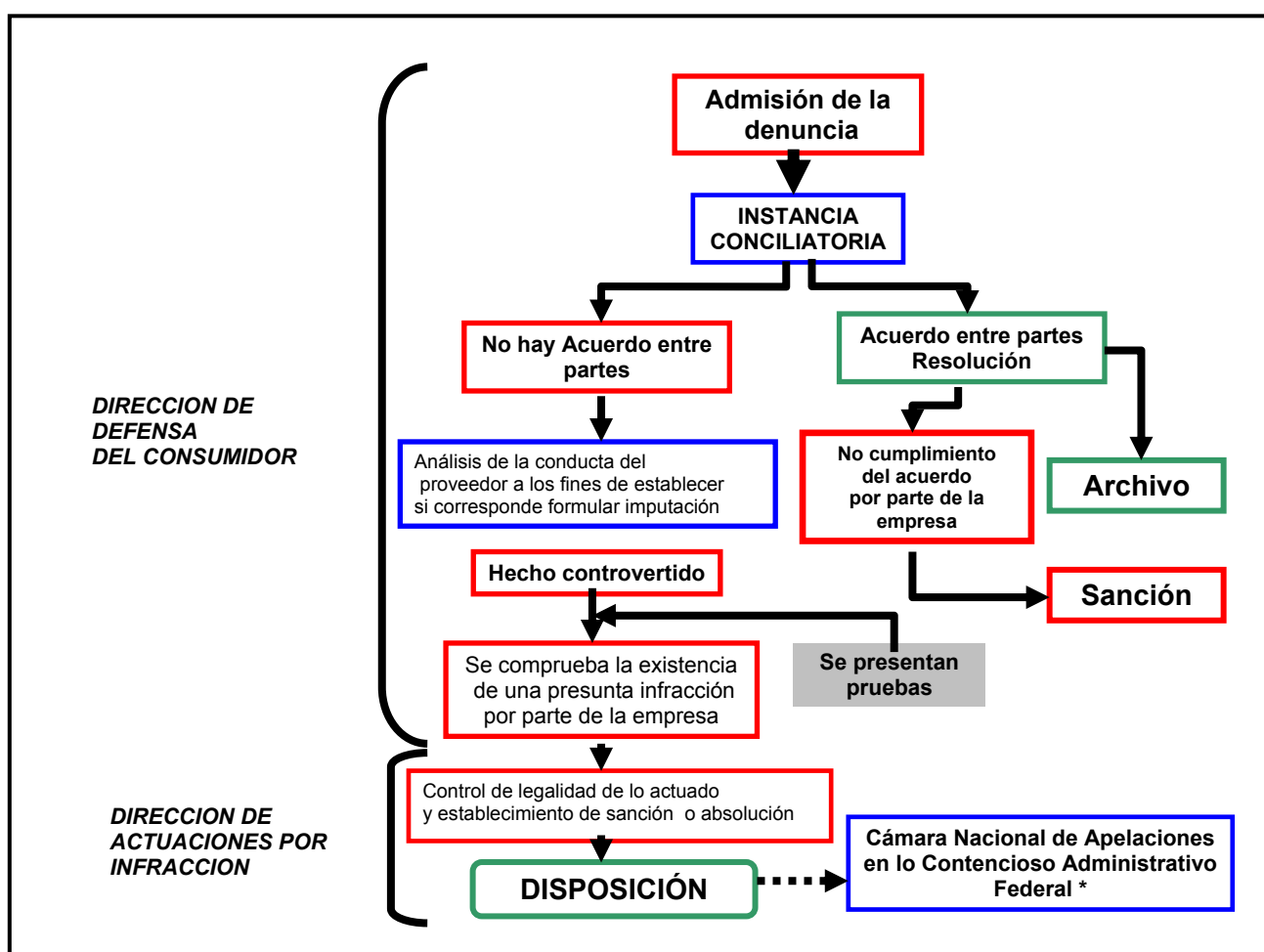
En caso de que se dicte una sanción el proveedor puede apelar a la misma ante la Cámara Nacional en la Contencioso Administrativo Federal, o ante las cámaras federales de apelaciones con asiento en las provincias como se estipula en el artículo 45. La instancia judicial correspondiente puede hacer lugar a la apelación o rechazarla. A su vez, en caso de hacer lugar puede hacer lugar parcial o totalmente a la apelación realizada por el proveedor.

Por otra parte, en los artículos 47 y 49 de la misma Ley se definen los parámetros con los que se determina el tipo de sanción y la graduación de la misma.

Las sanciones se encuentran establecidas en el artículo 47, las que podrán aplicar independiente o conjuntamente según resulte de las circunstancias del caso:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa;
- c) Decomiso de las mercaderías y productos objeto de la infracción;
- d) clausura del establecimiento o suspensión del servicio afectado por un plazo de hasta TREINTA (30) días;
- e) Suspensión de hasta cinco (5) años en los registros de proveedores que posibilitan contratar con el Estado;
- f) La pérdida de concesiones, privilegios, regímenes impositivos o créditos especiales de que gozare.

**Cuadro N° 1: Circuito administrativo de la denuncia realizada por los usuarios ante la DDC. Argentina. Año 2011.**



Fuente: Elaboración propia a partir del mapa existente en la página Web de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación. 2011.

### 1.3.5 Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo

Es un mecanismo de resolución de controversias entre los consumidores y los proveedores de bienes o servicios, en el marco de la Ley de Defensa del Consumidor. Planteado el reclamo del consumidor, este Sistema comunica a la empresa proveedora



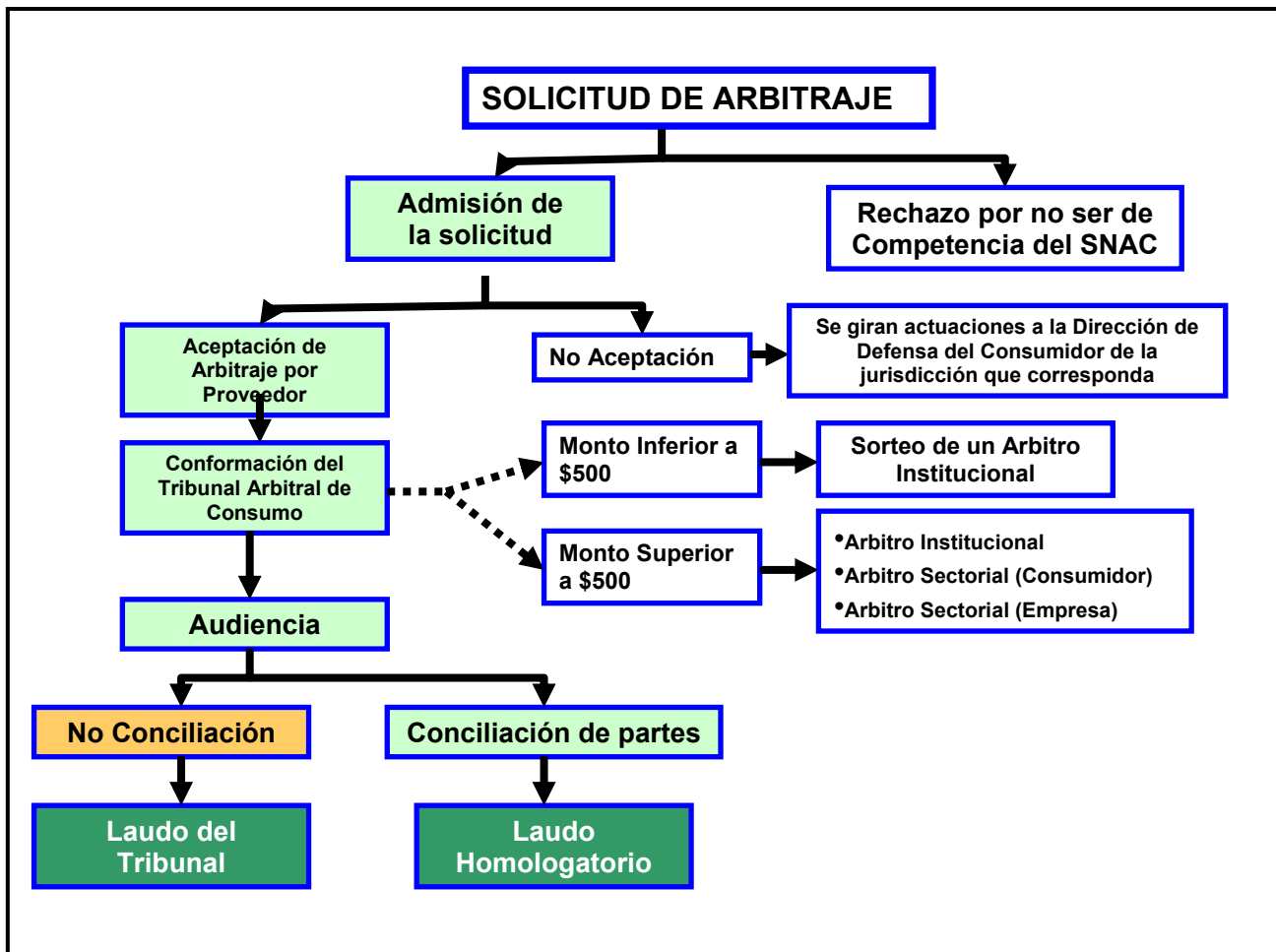
reclamada si acepta la intervención del Sistema. Luego se conforman tribunales arbitrales, que actúan como amigables componedores o árbitros de derecho, según el caso, para resolver las controversias que se suscitan en el marco de la Ley de Defensa del Consumidor. El procedimiento se realiza garantizando igualdad de condiciones para los consumidores y los proveedores de bienes y servicios, quienes se someten voluntariamente<sup>9</sup> y pueden acceder gratuitamente a una resolución expeditiva y extrajudicial de sus diferencias. En caso de que el monto del reclamo supere los 500 pesos se constituye un tribunal arbitral. El Tribunal se conforma por un representante de los consumidores, un representante del sector empresario y un árbitro neutral que es designado por sorteo en representación del Estado. Si no se logra un acuerdo, son los árbitros quienes tomarán la decisión y laudarán sobre el tema en discusión. El laudo es inapelable, asimilable a una sentencia judicial. De no aceptarse el arbitraje, el Sistema remite la documentación para el inicio de la gestión de la denuncia en la jurisdicción que corresponda (ver Anexo D).

La cosa juzgada en el arbitraje no podrá ser tratada en otra instancia administrativa o judicial. Es decir que el reclamante podrá acudir a la justicia por la problemática pero no por aquello que fue resuelto en el arbitraje debido a que el laudo elaborado tiene el carácter de cosa juzgada (ver Anexo D).

---

<sup>9</sup> Existen dos vías para que se produzca arbitraje. Por un lado la oferta pública de adhesión al sistema por la cual los proveedores expresan su compromiso previo de aceptar la instancia arbitral para todos los eventuales reclamos de sus clientes. La otra vía es el acuerdo arbitral en el cual el consumidor y el proveedor aceptan someterse al SNAC para un caso concreto. Esta opción implica que la empresa pueda aceptar la solicitud de arbitraje en ciertas oportunidades y en otras no. (Ver Anexo C Cáp. VI y VII).

## Cuadro N° 2: Circuito administrativo del reclamo presentado por los usuarios ante el SNAC. Argentina.2011



Fuente: Elaboración propia a partir del mapa de procesos que se encuentra disponible en la página Web de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor: <http://www.mecon.gov.ar/secdef/> .2011

En el caso de los reclamos a empresas de medicina prepagas en los cuales se plantean en situaciones de extrema urgencia<sup>10</sup>, son girados a la Dirección de Defensa del Consumidor de la Nación transformándose de esta manera el reclamo en una denuncia y se realiza un procedimiento más rápido. Ante la no asistencia de un representante de la empresa ante la Dirección la empresa puede ser multada. Hecho que no sucede en el Arbitraje debido a su carácter de voluntariedad para participar del mismo. Cuando la empresa no asiste a la audiencia de Arbitraje se gira el expediente a la Oficina de Defensa del Consumidor de la jurisdicción correspondiente.

<sup>10</sup> Autorizaciones para cubrir internaciones, medicamentos o tratamientos en los que se considera que corre riesgo la salud de las personas. No entrarían en estos casos los aumentos de cuotas sin previo aviso al afiliado, la falta de información sobre la eliminación de alguna prestación, entre otros. Siendo estos últimos también motivos de incumplimiento a la Ley.

### **1.3.6 Línea 0800 del Centro de Atención y Orientación a Consumidores de la SSDC**

El 0800 forma parte del Centro de Atención y Orientación a Consumidores (CAOC) de la SSDC. La línea gratuita del Organismo brinda orientación y asesoramiento a los consumidores que se comunican e informan la existencia de una presunta infracción a sus derechos. Asimismo se ofrece información para que los usuarios conozcan las diferentes alternativas para presentar sus reclamos, y a dónde y con qué documentación deben acercarse (V Carta Compromiso con el Ciudadano de la SSDC, 2010).

### **1.3.7 Características del Sistema de Información de la SSDC**

El procedimiento de clasificación de las denuncias en la DDC como el de reclamos del SNAC no ha sido definido a partir de una guía de procedimientos. Cuando fueron creadas dichas áreas se generaron planillas con un conjunto de categorías referidas a los motivos de incumplimiento de la normativa de Defensa del Consumidor. Las mismas se definieron a partir del sistema de categorías ya existente en la DAI, el cual se basó en los artículos de la normativa utilizados para la realización de las sanciones. Posteriormente, en la práctica se han ido incorporando nuevas categorías en la medida que se consideraba que las categorías existentes no abarcaban las problemáticas denunciadas por los usuarios. Es posible pensar que al no haber una normativa sobre el modo en qué debe realizarse la asignación de los motivos aumenta la variabilidad de las categorías de datos quedando este proceso de designación librado a la subjetividad de los trabajadores y redundando en la baja calidad de los datos relevados.

Con respecto a la información referida a los motivos de las denuncias existente en la base de datos de la DDC es posible obtener información más detallada debido a que existe un campo en el cual la persona encargada de la carga de datos puede detallar brevemente el motivo de la denuncia además de asignarle el número correspondiente a los motivos predeterminados en la planilla de clasificación de motivos. A los fines de esta investigación trabajamos a partir de las categorías abiertas de la base de datos. Por último, respecto al procedimiento de asignación de motivos de las consultas recibidas en el 0800 del CAOC de la SSDC, como en las otras áreas ya mencionadas, existe una planilla en la cual se listan un extenso sistema de categorías agrupadas por rubro. Los operadores deben cargar en un sistema informático una serie de datos luego de cada llamada atendida.

#### 1.4 Derechos de consumidores y Empresas de Medicina Prepaga (EMP)

Las empresas de medicina prepaga brindan servicios de cobertura de salud, a cambio de una cuota mensual. En tanto establecen contratos con sus afiliados se rigen por los principios generales del Derecho y la Contratación y por el sistema normativo de protección al usuario y consumidor.

Cuando un proveedor de servicios de medicina prepaga no cumple con su obligación de suministrar una determinada prestación establecida por la normativa vigente -Programa Médico Obligatorio- incurre en infracción respecto del artículo 19 de la Ley 24.240. Ello es así por cuanto la obligatoriedad de la prestación de que se trata resulta de la aplicación de una norma que se integra a las disposiciones de la Ley 24.240, conforme lo dispone su artículo 3° (ver Anexo C).

En los contratos elaborados por la empresa se establece el tipo de plan que el afiliado contrata. La empresa dispone de diferentes planes de cobertura que varían en el alcance de las prestaciones ofrecidas como en el precio de la cuota. El contrato opera como un seguro de cobertura, es decir, se ofrecen las prestaciones con base en las cuotas que se van abonando regularmente y por adelantado. Ante la falta de pago de las mismas opera una suspensión de los servicios y luego la conclusión del contrato. Los contratos pueden ser de plazo indeterminado, o bien por un período establecido mensual o anual, y con renovación automática.

En 1996 a partir de la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 247/96 entra en vigencia el Programa Médico Obligatorio (PMO). Dicho Programa fue en un primer momento el régimen de asistencia obligatoria sólo para las obras sociales comprendidas en la ley 23.660. En el año 1997 se extendió la obligatoriedad del cumplimiento del PMO a las empresas de medicina prepaga a través de la Ley N° 24.754 Allí se establece una serie de prestaciones básicas (atención primaria y secundaria, internaciones, cobertura de medicamentos, entre otras) que son de cumplimiento obligatorio para las empresas. También se define que no se podrán establecer períodos de carencia ni coseguros o copagos, fuera de lo expresamente indicado en el PMO.

En el 2002 se declara en el país la emergencia sanitaria con el Decreto N° 486/02 a partir de la situación política, económica y social existente. Esta medida es tomada con el objetivo de “garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la Salud de todos los habitantes de la Nación” (Decreto N° 486/02). Dicha situación lleva a reformular el Programa Médico Obligatorio y se elabora una nueva

Resolución que aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) establecido en la Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación. El nuevo programa buscó garantizar las prestaciones básicas indispensables que, de acuerdo a lo expresado en la Resolución 201/2002 no ocurría con el programa anterior. A su vez también expresa la necesidad de jerarquizar la relación-costo-efectividad y la medicina basada en la evidencia (Res. 201/2002 Ministerio de Salud). De esta manera se lleva adelante un proceso de restricción de las prestaciones mínimas de cumplimiento obligatorio para los agentes de seguro de salud y para las empresas de medicina prepaga que se elaboró con carácter transitorio. Sin embargo es el que se encuentra vigente a la fecha.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que fue actualizándose e incorporando nuevos tratamientos, planes y diferentes tipos de prestaciones. De acuerdo al análisis de una de las técnicas que trabaja en el organismo de aplicación del programa<sup>11</sup>, el primer PMO era muy general y con las actualizaciones fue avanzando en precisión y especificidad. Entre las incorporaciones más destacadas se pueden mencionar las prestaciones para los tratamientos incluidos en la Ley 24.901 de Discapacidad, las coberturas establecidas en el Plan Materno Infantil, la cobertura de tratamiento y control a las personas con diabetes. Otra incorporación importante fue la que estableció a través de la Ley 24.455 la obligación de cubrir los tratamientos psiquiátricos, de HIV y problemas de drogadicción, que en general quedaban excluidos de la cobertura.

Podemos afirmar que la empresa de medicina prepaga no puede negar una cobertura, con independencia de lo que disponga el contrato, si es de cumplimiento obligatorio por el PMO.

El servicio de medicina prepaga, suele celebrarse a través de un contrato de adhesión, por lo que también entra a jugar lo normado respecto a los términos abusivos y cláusulas ineficaces que puedan existir en el mismo. Al respecto el Organismo, en tanto tiene entre sus facultades la de elaborar políticas tendientes a la defensa del consumidor mediante el dictado de resoluciones, ha elaborado resoluciones que buscan limitar esta práctica por parte de las empresas a partir de resoluciones y disposiciones que definen lo que se considera cláusulas abusivas (Resolución de la Secretaría de la Competencia, la Desregulación y la Defensa del Consumidor N° 53/2003; modificada por la Resolución de la Secretaría de Coordinación Técnica N° 26/2003, y la Resolución de la Secretaría de Coordinación Técnica N° 9/04. Ver

---

<sup>11</sup> Frase tomada de una conversación mantenida con una médica que trabaja en el área de Evaluación de Técnicas Sanitarias de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Anexo E). A su vez en los artículos 37 y 38 se establecen obligaciones específicas respecto a lo que se entiende por cláusulas abusivas en los contratos.

Otra actividad que el Organismo hace de oficio se refiere a la vigilancia de los contratos y al control del aumento de las cuotas. Las Resoluciones N° 54 y 60/00 de la ex Secretaría de la Competencia, la Desregulación y la Defensa del Consumidor establecen que las empresas deberán informar periódicamente el valor total de la cuota mensual que perciben por la prestación del servicio, en función de cuatro tipo de planes (ver Anexo E).

Consideramos necesario mencionar que en el presente año ha entrado en vigencia la ley 26.682 que establece el marco regulatorio de la medicina prepaga. No obstante los instrumentos legales enunciados en el apartado siguen siendo de aplicación en tanto los contratos de medicina prepaga constituyen una relación de consumo.

## CAPÍTULO 2

### CONTEXTO E IMPACTO DE LAS REFORMAS DE SALUD DE LOS '90 EN AMÉRICA LATINA

El objetivo de este apartado es describir el contexto histórico, político y económico en el cual se desarrollaron e implementaron las reformas de salud en los '90 en América Latina en el marco del denominado paradigma neoliberal. Asimismo, se analizarán las estrategias utilizadas para su implementación y las principales consecuencias de las mismas. De esta manera nos proponemos dar un marco contextual a los cambios ocurridos en el campo de la salud.

Consideramos que los procesos ocurridos en las organizaciones de atención de la salud pueden ser comprendidos a partir del concepto de campo elaborado por Bourdieu<sup>12</sup>(Spinelli, 2010). En este sentido, en tanto campo social requiere particular atención el análisis de las prácticas de los principales actores que han conformado el mismo, como los hechos y conflictos que han moldeado su configuración actual. Se pueden observar tres ejes que han sido recurrentemente abordados en las disputas entre los actores tradicionales del campo de la salud y aquellos que han ido incorporándose en las últimas décadas. Estos ejes son las formas de financiamiento, la cobertura, y las instancias de regulación estatales o no estatales.

Desde una perspectiva histórica Bramuglia hace un análisis sobre cómo se consolidó el sistema de atención de salud en nuestro país en relación al modelo de Estado y de sociedad existente en ese periodo:

En Argentina el sistema de salud se ideó de acuerdo a un modelo de estado de bienestar que construyó su estructura de protección social en el supuesto de la existencia de una “sociedad del trabajo” que estuvo vigente desde fines de la segunda guerra mundial hasta mediados de la década del setenta [...] una situación ideal de pleno empleo “formal” en la cual la protección social se consolidaría con prestaciones progresivas a la fuerza laboral. La ciudadanía social dependía del mercado de trabajo y el Estado era el agente a cargo de la cobertura [...] financiado por tres fuentes: el propio Estado, los empleadores y los trabajadores (Bramuglia, 2006, p. 3).

#### 2.1. Reformas de Estado

Los procesos de reforma en el campo de la salud ocurridos en América Latina se enmarcan en un escenario caracterizado por una fuerte crisis de los Estados nacionales a partir

---

<sup>12</sup> En términos analíticos, un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) -cuya posesión implica el acceso a ganancias específicas que están en juego dentro del campo- y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc. (Bourdieu & Wacquant, 2010, p. 56).

del avance de las políticas neoliberales fuertemente promovidas por los organismos multilaterales de crédito y los gobiernos de los países centrales en los '90 (Oszlak, 2000; Almeida, 2001; Fleury, 2003).

La crisis de los Estados nacionales en América Latina se sitúa a fines de la década del '70 y comienzos de los '80. En dicha crisis se combinaron diferentes procesos a nivel externo e interno que obligaron a una redefinición del rol del Estado. Por un lado, se hace evidente la dificultad de los Estados para sostener la integración social vía la distribución y el pleno empleo (Fleury, 2003). Situación que es explicada en gran medida por el endeudamiento y los condicionamientos de los organismos mencionados anteriormente. Por otra parte, los condicionamientos van a incidir en la decisión de los gobiernos de turno para la realización de cambios rotundos en las políticas públicas (Oszlak, 2000).

Las propuestas dominantes que condujeron las reformas destacaban la necesidad de reducir el desequilibrio fiscal, crear condiciones macroeconómicas sustentables, disminuir el tamaño del sector público y delegar decisiones a agencias independientes (Belmartino, 2005; Oszlak, 2000). Asimismo se realizó una fuerte crítica a la oferta de servicios y beneficios prestados por el Estado, con especial énfasis en aquellos vinculados a la protección social (Almeida, 2001).

Entre los cambios observados se pueden mencionar: la apertura de la economía a capitales extranjeros y a la producción internacional; la reestructuración del Estado vía privatizaciones (producción y servicios); y la disminución de gastos, en especial sociales (Belmartino, 2005). A partir de estos cambios Oszlak afirma que lo que se observa es la reducción del aparato estatal y fundamentalmente “el pasaje de su rol como productor de bienes y servicios a su nuevo rol como regulador de las condiciones de la prestación de esas mismas funciones” (Oszlak, Felder & Forcinito 2000, p. 4). Este proceso intensificó la desigualdad económica existente y empeoró la situación de los sectores más vulnerables debido a que agudizó la regresiva distribución del ingreso y provocó una fuerte baja de los salarios (Fleury, 2003).

En este contexto de cambio en las funciones históricamente asignadas al Estado se crean los entes reguladores y otros entes de control como la Subsecretaría de Defensa del Consumidor (ver Anexo A: objetivos de la SSDC). Como menciona Oszlak, las reformas modifican los objetivos a alcanzar a través de la regulación (Oszlak, Felder & Forcinito 2000) y en ese sentido los objetivos de la Subsecretaría expresan las nuevas funciones de regulación del Estado que expresan los autores en la cita a continuación:



Mientras en la etapa anterior la regulación suponía la existencia de regímenes sectoriales y territoriales en materia de beneficios impositivos, controles de precios o licencias de importación entre otros, las actuales actividades de regulación suponen la existencia de instrumentos técnicos, normativos y administrativos tendientes a incidir en la estructura de los mercados, los esquemas tarifarios, los compromisos de inversión, la calidad de los productos y servicios, la seguridad de los usuarios y de terceros o el cumplimiento de los contratos (Oszlak, Felder & Forcinito 2000, p.4)

## **2.2. La Reforma en el campo de la Salud en América Latina**

Al centrarnos en el proceso de reforma ocurrido en el campo de la salud hallamos similitudes en las críticas y observaciones que fundamentaron las reformas del Estado mencionadas anteriormente. Las principales debilidades del sistema de salud previo a la reforma que se tornaron en “verdades incuestionables” se centraron básicamente en aspectos financieros y administrativos.

Si bien la reforma de salud en la región se basó en los modelos que se implementaron en los sistemas de salud de países de Europa y en Estados Unidos, autoras como Almeida y Fleury, entre otros, advierten que dichos procesos fueron implementados de modo más acelerado y radical en los países de América Latina (Almeida, 2001; Fleury, 2003). La autora advierte un patrón común en los procesos de reforma desarrollados en la región. Destaca entre esos elementos comunes “la tendencia expansionista entre los proveedores privados de servicios de salud y las compañías de seguros, que dependen principalmente de los incentivos otorgados por los gobiernos pero que no están sujetos a regulación por parte de éstos” (Fleury, 2003, p.3). En la misma línea Almeida enfatiza la coherencia entre el cambio del rol del Estado con el marco de la política económica dominante de los '90 y afirma que:

...La redefinición del papel del Estado en el campo sanitario, en los marcos del énfasis en la regulación y en el enfoque selectivo, se inserta en una perspectiva de legitimación de la política económica restrictiva, o sea, es coherente con el cambio de la función distributiva del Estado (privilegiamiento del sector privado, de la diversidad, de la competencia de mercado... (Almeida, 2001, p. 53).

El proceso de predominio de la económica por sobre otras disciplinas al momento de la elaboración de políticas especialmente en el plano social como es el campo de la salud plantea una serie de interrogantes. En ese sentido Bustelo advierte sobre el límite del “avance de la mercantilización de la salud y la racionalidad de la eficiencia instrumental por sobre el valor de la solidaridad” (Bustelo, 2000, p.175). A su vez remarca la tensión de pensar a la economía como la ciencia guía para la implementación de las políticas sociales y el riesgo de

que las políticas sociales se conviertan en “una prótesis de la política económica” (Bustelo, 2000, p. 177).

Varios estudios destacan el énfasis de los promotores de la reforma puesto en el mercado como principal regulador del sistema (Belmartino, 1999; Almeida, 2001; Iriart, 2000; Merhy, 2006; Fleury, 2003). Uno de los temas que se destacan se refiere al uso de una estrategia proveniente del campo de las ciencias económicas denominada “atención gerenciada”. Dicha estrategia será la dominante en los procesos de reforma de los sistemas de salud en los países de América Latina (Iriart et al., 2000; Merhy, 2006). E. Merhy reconstruye los antecedentes del uso de este concepto dando cuenta de su existencia en los años '60 en el trabajo del economista estadounidense, Alain Enthoven, quien desarrolla una propuesta de programación, planificación y presupuesto para el Departamento de Defensa Americano. La finalidad de la misma era analizar los costos y beneficios de cada nuevo método de conducir la guerra (Merhy, 2006).

Un actor central que va a colaborar fuertemente a instalar la necesidad de la reforma en el sector va a ser el capital financiero. Iriart describe la creciente participación de este capital a partir de mediados de los '90. Se destaca su protagonismo en los procesos de reforma de salud en los países latinoamericanos, como consecuencia de la alta rentabilidad observada en las actividades vinculadas a los seguros de salud en USA. Este hecho desencadenó la necesidad de invertir grandes cantidades de capitales en mercados de otros países y fueron los países de América Latina los elegidos por el capital financiero. Dicha situación requirió generar condiciones político-económicas por parte de los gobiernos de la región (Iriart 2008).

Un trabajo realizado por Iriart, Merhy y Waitzkin en el cual analizan el proceso de exportación de la atención gerenciada (manager care), realizado desde los Estados Unidos a los países latinoamericanos. Los autores describen dicha estrategia como:

...una intermediación entre prestadores y usuarios, para separar la administración financiera de la prestación de servicios. La propuesta implica la introducción de empresas (estatales, privadas o mixtas) que administren bajo el concepto de riesgo compartido o financiamiento (sistemas capitados) y contraten con prestatarias de las que los servicios estatales podrían formar parte” (Iriart et al., 2000, p.10).

Respecto a los diferentes procesos de reforma implementados en los países de la región, consideramos relevante mencionar el caso de Colombia. El mismo fue considerado como “el laboratorio de la reforma” ya que en este país fue donde comenzó a implementarse tanto la reforma de Estado como la de salud más tempranamente que en otros países de la

región y de un modo más acelerado (Almeida, 2001), con excepción de Chile cuya reforma se inició en los 80. Entre las figuras destacadas que participaron de la reforma de salud en Colombia se encuentran Londoño y Frenk<sup>13</sup>. El primero de ellos fue Ministro de Salud y desde ese lugar jugó un rol decisivo en dicho proceso. Ambos elaboraron un documento en 1997 en el que se analiza la situación actual de los sistemas de salud en América Latina para luego examinar sus deficiencias y elaborar una propuesta, denominada “Pluralismo estructurado” (Londoño & Frenk, 1997). La misma incorporó varios elementos que ya venían implementándose en los procesos de reforma de salud en diferentes países de la región. La propuesta se basó en dar centralidad a dos funciones que históricamente han estado subsumidas en el sistema como la modulación y la articulación, y creando un nuevo tipo de organizaciones que denominaron como las organizaciones para la articulación de servicios de salud (OASS) (Londoño & Frenk, 1997). De esta manera consideraron que se corregirían los excesos de poder existente en el Estado y las fallas del mercado. Al respecto de su propuesta sostienen que:

...“Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado” (Londoño & Frenk, 1997, p. 15).

Almeida sostiene que pese a los deficientes resultados observados en el sistema de salud colombiano luego de la implementación del denominado “pluralismo estructurado”, los gestores de la propuesta promovieron y difundieron la misma hacia los demás países de la región con el apoyo de los principales Organismos internacionales (Almeida, 2001).

Otro caso, que requiere ser destacado es el proceso de reforma en Chile. Fleury analiza el caso de la reforma chilena y destaca que la misma, iniciada a comienzos de los '80, se desarrolló en una situación macroeconómica muy difícil y bajo el control de un gobierno dictatorial (Fleury, 2003). La autora advierte que dicha reforma fue “una de las medidas adoptadas para reducir el gasto fiscal, y aumentar el ahorro interno con el propósito de reducir el déficit fiscal y estimular la expansión de la tasa de inversión a largo plazo” (Fleury, 2003, p. 13). Respecto a las consecuencias de la misma, la autora destaca la inequidad en la cobertura vinculada a la ausencia casi total de una agencia reguladora durante los primeros

---

<sup>13</sup> Los autores son investigadores de la Oficina del Economista Jefe del Banco Interamericano de Desarrollo y uno de ellos vicepresidente de la Fundación Mexicana para la Salud. Mencionan entre las personas que han colaborado con comentarios en este proyecto a José Luís Bobadilla, Alan Enthoven y Phil Musgrove.

diez años del sistema. Esta situación es lo que, al igual que en otros países, incidió negativamente en la equidad, segmentación de la población, y un mercado sumamente concentrado (un 77 por ciento del total de beneficiarios afiliados a 5 instituciones). (Fleury ,2003).

Un caso que requiere ser distinguido del resto de los procesos de reforma en la región es la denominada “reforma sanitaria” en Brasil. La misma se enmarca en la construcción de un proyecto de reforma impulsado por el denominado “Movimiento por la Reforma Sanitaria” (Almeida, 2001). El mismo se conformó por la militancia profesional de oposición en el sector, y por los movimientos sociales, involucrados en el proceso de democratización de la sociedad, y las mejoras de las condiciones de vida (Almeida, 2001). Dicho proceso como describe Almeida se dio en paralelo con

...un movimiento real de privatización del sistema de atención y financiamiento sectorial, como corolario de la crisis financiera de los años ochenta”. Si bien los gobiernos de la “Nueva República” no lo promovieron en forma directa, contribuyeron con su pasividad al crecimiento del mercado privado de servicios de salud totalmente desregulado (Almeida, 2001, p. 48).

En cuanto a las características del sector en el país, existen 1.520 empresas de medicina prepaga, cerca de 35,7 millones de personas vinculadas y con ingresos superiores a R \$ 30,6 billones en 2004 (Scheffer 2006). Otro aspecto relevante se refiere al que Scheffer destaca en relación a la expansión del mercado de atención médica suplementaria (seguros privados de salud) en Brasil entre finales de los '80 e inicios de la década de los '90. (Scheffer 2006 p. 16). Hecho que lo asocia con “la introducción de nuevos procedimientos médicos, la incorporación de tecnología, el aumento de los costos con equipamientos y honorarios médicos, asociados a los problemas inherentes a la red pública de salud (Scheffer 2006 p. 16).

### **2.3. Reforma de Salud en Argentina**

El campo de la salud en Argentina se distingue como señala Spinelli, por las siguientes características:

...una extensa oferta asistencial (con un sofisticado desarrollo tecnológico en la prestación de servicios de alta complejidad), una elevada capacidad técnica y un alto nivel de gasto [...] en un marco de una profunda heterogeneidad que expresa las desigualdades existentes [...] ya sea en los perfiles epidemiológicos, el acceso a la atención, la cobertura prestacional, los marcos de la regulación, las capacidades institucionales y/o el nivel de gasto (Spinelli, 2010, p.279).

En relación a las prestaciones de salud, un rasgo que distingue nuestro sistema de prestaciones de otros sistemas de la región es la existencia de las obras sociales. Es a través de las obras sociales que se vinculó la inserción laboral con la atención de la salud de los trabajadores. Como bien lo describe Fidalgo “De esta manera se universalizó la cobertura al declararla obligatoria para todos los trabajadores en relación de dependencia y definió un sistema solidario de financiación” (Fidalgo, 2008, p.69). Sin embargo, cuestionando la aparente igualdad expresada en el sistema de obras sociales Findling postula que “la estructura del sistema [...] reproduce las desigualdades de ingresos existentes en la actividad económica ya que los aportes a las obras sociales descansan sobre los salarios medios de las distintas ramas de producción de bienes y servicios (Findling, 2002).

Este esquema de financiamiento va a ser el blanco principal sobre el que intervendrán los “gestores” de la reforma. Si bien es necesario tener en cuenta que las transformaciones abruptas en el mercado laboral, en términos del aumento de desempleo y la precarización laboral, van a dificultar la situación financiera del subsector<sup>14</sup>, se hace evidente el creciente interés por parte de capitales nacionales e internacionales por ganar un lugar en el “mercado de la salud”. Hecho que se va a cristalizar por las estrategias propuestas para llevar adelante la reforma sectorial.

Históricamente los actores políticamente predominantes han sido “las grandes corporaciones conformadas por la organización sindical y las grandes confederaciones representantes de la oferta de servicios (tanto las que reúnen a profesionales como las que agrupan a sanatorios)” (Belmartino 1999 p.260). Ambas corporaciones, médica y sindical, si bien se han enfrentado en diferentes épocas por el control de un sistema de financiación de la atención médica, han conformado lo que Belmartino caracterizó como “pacto corporativo” (Belmartino 1999). Este pacto se sostiene por el interés compartido en la perduración del sistema de obras sociales tal como ha sido generado y en oposición a los intentos de intervención del estado en su pretensión de superar la fragmentación y heterogeneidad del mismo (Belmartino, 1995). Dicho sistema entra en crisis en los ochenta por la grave situación financiera de las obras sociales y por las condiciones sociales y políticas que desencadenaron las políticas neoliberales (Belmartino, 1999).

---

<sup>14</sup> Belmartino menciona entre los aspectos de la crisis financiera que atraviesan las obras sociales a partir de los 80: el nivel de los ingresos de las instituciones, los gastos que deben realizar para garantizar la cobertura de la población beneficiaria, aumento de los costos de la atención médica, estimulados por la incorporación de tecnología de punta, creciente medicalización y la competencia por los recursos de un mercado en contracción, entre otros. (Belmartino, 1995)

En cuanto a la implementación efectiva de la Reforma, Belmartino sitúa la misma en el momento de la sanción por decreto de la desregulación de las obras sociales (permitiendo a sus beneficiarios la libre elección de las entidades que canalizarían sus aportes) y de la libertad de contratación entre obras sociales y proveedores de atención médica (Belmartino, 1999, p.259). Este hecho generó un reacomodamiento de las alianzas existentes entre los actores del campo.

Se observa la implantación de una lógica económico-financiera en el sector orientada por administradores y prestadoras ajenas al campo de la salud (Merhy, 2006). En este sentido Iriart postula que en Argentina el capital financiero operó a través de la compra o asociación con empresas prepagas y desde allí participó de la reforma de las obras sociales (Iriart, 2008).

Un aspecto que nos interesa destacar sobre el proceso de reforma se refiere a la escasa o nula existencia de espacios de debate comunes entre los diferentes actores del campo -tanto del sector público, el privado como el de la seguridad social- para la búsqueda de consensos y de una mirada más integradora de las necesidades existentes en las organizaciones de la salud y de la población. En este sentido, Iriart, Merhy, Waitzkin exponen muy claramente como se ha elaborado el proceso de reforma:

Un “silencioso” proceso político, que elude el debate público y opera segmentando el proceso y, por lo tanto la conflictividad [...]. Es decir, las políticas que implementan la reforma se dirigen secuencialmente al sector público, al privado o a la seguridad social, no abordan el proceso en su conjunto, y muchas evitan la discusión en el Poder legislativo. [...] De esta forma, en cada etapa, los actores involucrados son sólo los que operan en cada subsector [...]. Así es como, las normas dirigidas a reglamentar el sector privado no son consideradas por los actores que operan en el ámbito público o de la seguridad social, como algo de su incumbencia, y viceversa (Iriart et al., 2000, p.11).

A modo de cierre, los análisis acerca de los diferentes escenarios que resultaron de las reformas de salud en la región durante los '90 coinciden en postular el fracaso de la misma en relación a los objetivos propuestos. Se destaca la distancia de los resultados respecto a los objetivos en términos de transparencia, eficiencia y equidad (Almeida, 2001; Cetrángolo, 2002; Fleury, 2003; CEPAL, 2000). Se puede pensar que la ausencia de mecanismos de monitoreo y seguimiento en la implementación de las nuevas modalidades de contratación y prestación de los servicios pone en duda el real interés por el logro de la eficiencia en las organizaciones de salud (Almeida, 2001; Belmartino 1999, 2002, 2005). Eficiencia que debería expresarse en una cobertura más equitativa y de calidad para el conjunto de la población.

## CAPÍTULO 3

### MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Caracterización de las Empresas de Medicina Prepaga

##### 3.1.1 Conceptualizaciones y definiciones

En el artículo 2 de la Ley que establece el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga (EMP) aprobada el 4 de mayo de 2011 se define a las mismas de la siguiente manera:

A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa (ver Anexo E).

A partir de esta definición es necesario señalar que no hay consenso al interior de las mismas en el modo de designarlas. Entre las Cámaras que nuclean a un grupo de estas empresas se encuentra ADEMP que fundamenta su distinción y afirma que es errónea la denominación. El trabajo de Fidalgo recupera la posición de esta Cámara tomando los argumentos esbozados en la página oficial:

Sostienen que han sido mal llamadas empresas de medicina prepaga y que deberían denominarse “entidades de cuidado de la salud” ya que no son un sector de intermediación en salud y menos gerenciadoras, sino que agrega valor en la entrega de servicios a los usuarios y a la comunidad (Fidalgo, 2008, p. 110-111).

Asimismo, se encuentra otra designación bastante generalizada que es la de “agentes de seguro privado de salud”. Respecto al concepto de agente de seguro de salud comparten la denominación con las obras sociales, las mutuales y otras figuras jurídicas reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación<sup>15</sup>. A partir de la sanción de la Ley N° 24.754, en 1997 las EMP deben cubrir, como mínimo y en los diferentes planes que ofrezcan, todas las prestaciones previstas en la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 247/96 denominada Plan Médico Obligatorio (PMO). La noción de seguro privado de salud, como sostiene Fidalgo “remite al carácter de aseguramiento, ubicándolo en la esfera privada individual [...] consigna una relación entre el cliente y la empresa

---

<sup>15</sup> Ver página oficial de la Superintendencia de Servicios de Salud  
<http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=institucion&opc=mision>

aseguradora por la cual el individuo o grupo familiar asume el pago de una cuota y la empresa toma la gestión de dicho seguro” (Fidalgo, 2008, p.109).

Por otra parte, se encuentra la definición que realiza el economista, Osvaldo Giordano<sup>16</sup>, que participó de una propuesta para incluir a las EMP en la reforma de las obras sociales que enfatiza la dimensión comercial de las mismas:

Las empresas de medicina prepaga son instituciones de derecho privado, con o sin fines de lucro, que se dedican en la mayoría de los casos casi con exclusividad a la gestión de los riesgos de salud. Un aspecto saliente es que no existe un marco regulatorio específico para el funcionamiento de estas instituciones. Esto implica que sólo están sujetas a las leyes civiles y comerciales aplicables a cualquier actividad lícita (Giordano, 2004, p.38).

Un trabajo realizado por Belmartino y Bloch se refiere a la definición que da de las entidades una de las primeras Cámaras de Medicina prepaga del país:

CIMAP define a las entidades que la integran como Instituciones Médicas que, encarando una medicina integral y actualizada, caracterizada por un alto nivel científico, cubren un sector importante de la población por su costo accesible, de manera de resumir en un común denominador, medicina integral moderna y económicamente razonable. Las organizaciones de pre-pago tienen por finalidad la prestación de servicios médicos a través de servicios propios o de terceros, mediante el pago de una cuota periódica, que puede ser la única contraprestación o estar acompañada de tasas adicionales (Belmartino & Bloch, 1994, p.175).

A su vez, otra postura que resulta relevante es la de Claudio Belocopitt, presidente de Swiss Medical Group, quien argumentó a partir de su crítica a la Ley respecto a la obligación de incorporar afiliados con enfermedades preexistentes la siguiente definición sobre las EMP:

La medicina prepaga es un sistema de seguro. En Argentina se llama medicina prepaga, pero en el mundo es contrato de seguro médico, y funciona bajo las mismas reglas que un sistema de seguro [...] la ley de seguros en Argentina, como la ley de seguros en el mundo, dice que un contrato de este tipo será nulo si se conoce que el bien ya está siniestrado, o si se conoce que es un hecho que no se puede llegar a producir (DEF, 2011, p.73).

Interesa destacar algunas tensiones sobre las EMP que se plantean en una investigación realizada en el 2006 en el estado de San Pablo sobre los planes de medicina

---

<sup>16</sup> Presidente del Instituto para el Desarrollo Social Argentino. Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo. Director Nacional de Recursos de la Seguridad Social de AFIP, Superintendencia Superintendente de Riesgos del Trabajo, Secretario de Empleo de la Nación y Director de la Administración Nacional del Seguro de Salud. Trabajó como investigador en la Fundación Mediterránea. Disponible en: [http://www.cajajubilaciones.cba.gov.ar/Portal/area\\_2.htm](http://www.cajajubilaciones.cba.gov.ar/Portal/area_2.htm)



prepaga<sup>17</sup>. La misma analiza las acciones judiciales realizadas por los clientes de los planes privados de salud en relación a la negación de cobertura asistencial en el estado mencionado. A los fines del presente estudio, nos interesa destacar la implicancia que otorga al concepto de beneficiario, cliente, usuario y consumidor (Scheffer, 2006). De acuerdo al autor no existe consenso sobre cómo denominar a la población asistida por la medicina prepaga. Analiza el desarrollo y los usos de cada una de las designaciones y da cuenta de las limitaciones de las mismas. Respecto a la definición de usuarios y consumidores el autor advierte que “el concepto de usuario [...] refiere a una definición genérica, usada para designar 'aquel que por derecho de uso, se sirve de algo o disfruta de sus utilidades'. También se refiere a la población asistida por los servicios y acciones de salud” (Scheffer, 2006, p.52). En cuanto al concepto de consumidor señala que el mismo se ha hecho más popular por las entidades de defensa del consumidor y por los medios masivos de comunicación. Pero encuentra limitaciones ya que la figura de consumidor se define como “aquel que adquiere mercaderías, riquezas y servicios para uso propio o el de su familia (Scheffer, 2006, p. 52). En este sentido considera que su aplicación en el campo de la salud hace que la misma sea puesta en el plano de una mercadería como cualquier otra. Crítica con la que acordamos y desarrollaremos en la discusión del trabajo.

Hasta aquí, se ha realizado una breve exposición de los diferentes significados otorgados a las EMP. A continuación se va a describir brevemente el surgimiento y desarrollo de las empresas de las mismas para luego hacer un panorama de su configuración actual en la Argentina.

### **3.1.2 Surgimiento y desarrollo de las EMP**

De acuerdo a la investigación mencionada sobre el análisis de las empresas de medicina prepaga realizada por Fidalgo, el primer antecedente de una empresa de estas características se ubica en 1930.

Se reunió un grupo de médicos de diferentes especialidades y conformaron la primera entidad de este tipo. La iniciativa estuvo a cargo del Dr. Schvarzer quien, junto con otros colegas, agruparon sus propios clientes y formaron una cartera unificada, a la cual se accedía a través de una cuota mínima (Fidalgo, 2008, p. 78-79).

---

<sup>17</sup> Scheffer M. Os Planos de saúde nos tribunais: Uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. [Tesis de doctorado] São Paulo: Facultad de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

En su investigación la autora marca dos etapas que son definidas a partir de cambios observados en la configuración de las EMP. Una primera etapa se encuentra comprendida entre los años que van de 1960 a 1990. Periodo en el cual se crea la primera EMP denominada Asistencia Médica Social Argentina (AMSA). La misma se formó a partir de un grupo de profesionales de la salud en 1962. El segundo periodo se ubica en los noventa ya que se considera que en esta década a partir de la reforma del sistema de salud se puede pensar en un antes y un después de las EMP (Fidalgo, 2008).

Los actores sociales que tuvieron un rol decisivo en el desarrollo de este nuevo sector fueron los profesionales de la salud, fundamentalmente a través de la confederación médica argentina (COMRA), otras organizaciones gremiales y el Estado (Belmartino & Bloch, 1994). Posteriormente también van a incorporarse a la lucha por el manejo de este sector actores externos al campo de la salud como los representantes del capital financiero (Iriart, 1999).

En este sentido el análisis desarrollado por Belmartino y Bloch<sup>18</sup> es muy claro para comprender los hechos y conflictos relevantes en la configuración del nuevo sector. El mismo describe y analiza las controversias y heterogeneidad existentes al interior de la profesión médica con el desarrollo de la modalidad de sistema prepago. Señalan los comienzos de las mismas en los profesionales médicos durante la década del sesenta. Inscriben su desarrollo en una fuerte tensión entre los profesionales médicos versus el industrialismo médico. A su vez dan cuenta de los conflictos existentes entre los colegios médicos y los gremios en diferentes provincias como Mendoza, Santa Fé y Tucumán. Fue en estas provincias donde se observaron los primeros intentos regulatorios de la nueva modalidad de prestaciones.

Por otra parte, destacan diferentes conflictos de intereses entre los que mencionan: los vinculados a la demanda de mayor intervención reguladora o respeto por la libertad de empresa a diferentes instancias de gobierno; conflicto en el interior del gremio; conflicto entre organizaciones gremiales y colegios; y por último conflicto entre los diferentes poderes de gobierno (Belmartino & Bloch, 1994).

En este contexto de tensiones se desarrollaron una serie de procesos que generaron las condiciones para que el campo de la salud se convirtiera en un mercado cada vez más atractivo para capitales nacionales y extranjeros. Fidalgo describe estos procesos y su estrecha relación con el desarrollo de los planes privados de salud:

---

<sup>18</sup> Belmartino S, Bloch, C. El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985 Buenos Aires, Oficina Panamericana de la Salud, 1994.

...el desarrollo de la tecnificación y complejización del acto médico [...] incrementó los costos de la atención de la salud; y el desarrollo de la denominada “industria de la salud” que fue configurando al campo de la salud como crecientemente rentable para el capital [...] El eventual pago de prácticas cada vez más complejas y de mayor costo generó en las personas en general el interés por adquirir un seguro de salud que brinde mayor certidumbre frente al costo económico posible y, en los profesionales médicos, una estrategia de reacomodamiento ante las nuevas condiciones (Fidalgo, 2008, p.77).

Al respecto, Iriart destaca el proceso a través del cual el capital financiero fue ocupando un lugar protagónico en el campo de la salud y cómo se reacomodaron los otros actores hegemónicos del campo a partir de esta nueva situación (Iriart, 2008). Da cuenta de este proceso a partir de la necesidad del capital financiero de expandirse a partir del crecimiento exponencial observado en USA durante los años 1980-1993. Su actuación en el campo de la salud se va a llevar adelante a través de los procesos de reforma iniciados en Estados Unidos y luego extendiéndose en otros países del continente, como es el caso de la mayoría de los países de América Latina. (Iriart, 2008). Sin embargo, en este campo ya se observaba la participación de otro tipo de capital como es el capital industrial representado por laboratorios, productoras de tecnologías, entre los más destacados. Es a partir de mediados de los '90 que se van a generar nuevas estrategias y alianzas para que puedan sobrevivir en el mercado frente al nuevo competidor:

Las compañías ligadas al complejo médico industrial negociaban con la seguridad social y con los seguros privados, para que estas instituciones modificaran sus formularios terapéuticos incluyendo productos de alta rentabilidad para que las compañías farmacéuticas presionaran a los entes regulatorio para que aprueben nuevos estudios y tratamientos con la finalidad de que fueran financiados por los seguros (Iriart, 2008, p. 1622-1623).

A continuación vamos a exponer una serie de datos mencionados en diversos estudios que nos muestran las cifras del crecimiento del sector privado junto con las principales hipótesis que se han elaborado en torno a su expansión.

Repetto da cuenta del rápido crecimiento del mismo que se observa desde fines de los '60 consolidándose como prestador del Sistema de Obras Sociales. Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los '70, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%, y la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995 (Repetto, 2001).

Cuando nos detenemos en los años comprendidos entre la década del '70 y el '80 Belmartino y Bloch destacan que tanto los pre-pagos de origen gremial como los

“comerciales” tuvieron un gran desarrollo. Para 1980 FEMEBA<sup>19</sup> estimó que las entidades que conformaban la federación proporcionaban cobertura de atención médica a una población de dos millones de personas (Belmartino & Bloch, 1994).

Como ya se mencionó anteriormente, la reconstrucción histórica del seguro privado de salud no puede analizarse aisladamente de la conformación y desarrollo del sistema de obras sociales. Si bien las EMP no fueron objeto de la reforma de las obras sociales, sí se vieron beneficiadas con las medidas implementadas. Raúl Dellatorre hace una reflexión en el año 2006 en una nota publicada en el diario Página/12:

Bastaría con requerir un cruzamiento entre los beneficiarios de las principales prepagas y los padrones de obras sociales para comprobar que más del 60 por ciento de los aportantes tiene como origen a estas últimas. ¿Cómo fue posible? La tenaza de servicios médicos con costos en alza y población afiliada con aportes en baja por pérdida de puestos de trabajo y menores salarios. El fenómeno, que se extendió a lo largo de las décadas del '80 y '90, dejó a muchas obras sociales atrapadas y sin salida. La puerta de escape que les ofreció el menemismo fue, vía desregulación, que las empresas de medicina prepaga “fueran en su auxilio”. Es decir, le abrió las puertas de las obras sociales al capital privado. (Pagina /12 24 de Octubre de 2006).

Giordano, el economista, también refuerza esta idea y sostiene que “si bien la información no es totalmente confiable se estima que casi el 30% de los trabajadores titulares del Régimen Nacional de Obras Sociales estaría accediendo a empresas de medicina prepaga” (Giordano, 2004, p.38). Este hecho advierte que fue posible a partir de 1997 gracias a la libre elección de obra social (Giordano, 2004).

Entre las consecuencias que repercutieron sobre los trabajadores a partir del proceso mencionado Cetrángolo señala que el hecho que cada beneficiario eligiera donde atenderse provocó el problema de la migración, profundizando la fragmentación ya existente previa a los noventa.

Si un trabajador de ingresos altos afiliado a una obra social correspondiente a un gremio de ingresos medios bajos no está conforme puede migrar hacia otra obra social con mejor atención que posiblemente sea de un gremio de ingresos más altos [...]. En este caso lleva consigo su propio aporte [...]. Si bien es claro que este no será un fenómeno instantáneo, paulatinamente el sistema avanzará hacia un mayor grado de fragmentación (Cetrángolo Devoto, 2002, p. 21).

---

<sup>19</sup> El acta fundacional de la Federación Médica tuvo lugar el 28 de junio de 1942, en la ciudad de La Plata, donde deliberó el Congreso de Sociedades Médico Gremiales de la provincia. Ver página oficial <http://www.femeba.org.ar/index.php?op=2&sop=263>

A modo de cierre encontramos en un trabajo reciente de Belmartino cifras que nos muestran el gran crecimiento que tuvo el sector en los '80 y '90 y la reafirmación del estrecho vínculo del mismo con el proceso de desregulación de las obras sociales:

...las limitaciones de la cobertura de las obras sociales estimularon el crecimiento de los seguros privados de afiliación voluntaria, ofrecidos por las empresas de medicina prepaga. Se trata de un número superior a las 200 empresas, que dan cobertura a unos dos millones de personas con un gasto estimado, hacia el fin de la década de 1990, en mil quinientos millones de pesos<sup>20</sup> (Belmartino, 2010, p. 154).

### 3.1.3 Configuración actual de las EMP en Argentina

Existe coincidencia entre quienes estudian el desarrollo del sector acerca de la poca información disponible sobre la cantidad de empresas y sobre las características y magnitud de la población cubierta debido a la limitada regulación (Belmartino, 2010; Fidalgo, 2008; Bramuglia, 2008; Cetrángolo, 2002; Giordano, 2004}.

Desde el punto de vista institucional las EMP están lejos de ser un conjunto homogéneo. Se ha descrito anteriormente el surgimiento y el desarrollo que han tenido así como los diferentes procesos que han intervenido en la configuración actual. A continuación se realizará una breve caracterización referida a la magnitud de las mismas; su agrupación de acuerdo a su pertenencia a una Federación o Cámara; el tipo y cantidad de población cubierta; y por último se describirá una tipología de las mismas en función de la modalidad de aseguramiento.

La población cubierta por seguros privados se estima en 4,5 millones de personas usuarias de EMP de acuerdo a los datos mencionados en la sesión realizada en el Congreso de la Nación en la que se trató y aprobó la Ley que regula a las mismas. De los mismos, la mitad se estima que son indirectos, es decir, aquellos que acceden a la cobertura de una prepaga a través de una obra social.<sup>21</sup>

Es posible hacer un análisis comparativo entre la población cubierta por el sector privado y la población cubierta por los otros sectores del sistema de acuerdo al nivel de ingreso. A continuación se expone un cuadro elaborado a partir de los datos relevados en la Encuesta Nacional de Utilización y Gastos de Hogares durante el año 2005 en el que se

<sup>20</sup> Las cifras son solo estimaciones, ya que no se cuenta con información fidedigna por falta de registro (OPS-OMS, 2002) (Belmartino 2010, p. 154).

<sup>21</sup> Datos extraídos de la versión taquigráfica de la sesión del 4 de Mayo de 2010 realizada en la Cámara de diputados del Congreso de la Nación y Diario Página 12 día 23 de Noviembre de 2010. Disponible en : <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-157393-2010-11-23.html>

presenta la población distribuida de acuerdo al tipo de cobertura de salud por quintil de ingreso.

**Cuadro N° 3. Cobertura de salud por quintil de ingreso-Argentina. Año 2005.**

Cobertura de salud	Quintil de ingreso por cápita familiar					Total
	I	II	III	IV	V	
<b>Sólo Obras Social</b>	1.860.655	2.360.498	3.129.381	2.614.238	11.991.556	21.956.328
<b>%</b>	25,02	30,71	51,35	50,68	49,01	39,30
<b>Sólo Sistema Privado</b>	523.635	403.368	779.738	701.177	1.065.078	3.473.492
<b>%</b>	<b>7,04</b>	<b>5,25</b>	<b>12,79</b>	<b>13,60</b>	<b>25,76</b>	<b>11,38</b>
<b>Obras Social y Seguro Privado</b>	361.866	370.181	367.946	527.946	388.200	2.016.077
<b>%</b>	4,87	4,82	6,04	10,23	9,39	6,61
<b>Sólo Hospital Público</b>	4.689.694	4.552.286	1.817.192	1.314.217	655.100	13.028.489
<b>%</b>	63,07	59,23	29,82	25,48	15,84	42,70
<b>Total</b>	7.435.850	7686.329	6.094.254	5158.016	4.135.165	30.509.614
<b>%</b>	100	100	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Salud en Argentina Daniel Maceira en base a datos de la Encuesta Nacional de Utilización y Gastos de los Hogares, 2005. Ministerio de Salud de la Nación.

A los fines de este estudio nos interesa destacar los datos expuestos en la última columna donde se observa que la incidencia de la cobertura sólo del sistema privado sobre el total de la población es de un 11%. Si sumamos la incidencia del mecanismo de doble afiliación sumaría un 17,99%. Por otra parte, se advierte la variabilidad de la incidencia entre quintiles de ingreso. El sistema privado cubre aproximadamente a un 7% de la población más pobre del país, mientras que el 25% de los sectores de mayor riqueza posee un seguro privado de salud (Maceira 2009).

Un informe de OPS del año 2007 revela que para el año 2003 las obras sociales cubrían al 47,2% de la población (17,5 millones de personas), el subsector público el 48% (17,8 millones de personas) y la medicina prepaga cubría al 7,6% de la población (2,8 millones de personas, de las cuales 1 millón tenía doble afiliación) (OPS, 2007).

Desde el enfoque de las empresas, una de las Cámaras de EMP (CIMARA) citada por la revista DEF expone los siguientes datos sobre la cobertura de la población para el año 2011. La población cubierta que no tiene seguro social es del 40%, el 52% tiene obra social,

el 8% tiene prepaga. De la población que se encuentra afiliada a una prepaga, el 33% se afilió a la misma a través de la desregulación de su obra social, y el 67% por planes corporativos o directos. En relación a la distribución de la población en relación a las EMP, el 24% de la población se encuentra afiliada a OSDE; el 14% a Swiss Medical; el 14,4% a Galeno, el 7,8% a Medicus; el 7,8 a Omint; el 6,8 a ASE-Medifé y el 24% a otras (Cánepa, 2011).

Si bien los datos recién mencionados no coinciden con los expuestos por Dellatorre citado anteriormente, este hecho demuestra la inexistencia de una fuente oficial que cuente con información suficiente y confiable de este sector.

En relación a la caracterización del sector es posible agruparlas en función de las cámaras, redes u asociaciones en que se encuentran nucleadas. Se agrupan en cuatro cámaras u organizaciones: Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), Cámara de instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), Red Argentina de Salud y Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI). La primera de ellas representa unas 40 empresas principalmente de C.A.B.A. y algunas ciudades del interior del país. CIMARA es la que agrupa mayor cantidad de asociados, entre los que se encuentra Médicus, Swiss Medical Group, entre otros. La Red Argentina de Salud se conforma por unas 50 ubicadas en su mayoría en el interior del país (Revista Temas de Consumidor N° 66, 2004).

Por su parte, Acuña con datos similares describe la magnitud del subsector destacando que las cámaras agrupan alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en CABA y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior (principalmente en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán) (Acuña & Chudnovsky, 2002). De manera que se observa que la afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran Buenos Aires y en el interior del país.

En cuanto a las estrategias utilizadas para aumentar su rentabilidad y la captación de más beneficiarios es interesante hacer un rastreo histórico y comparar similitudes y diferencias. Nuevamente es posible hallar en el estudio hecho por Belmartino y Bloch un análisis de las estrategias utilizadas por las entonces nuevas entidades prepagas:

La atención médica se organiza en tales instituciones bajo dos modalidades. Un sistema "abierto", de difusión limitada, que permite la libre elección del profesional asegurando la cobertura por el sistema de reintegro hasta un determinado tope, que se ubica por lo general en el 75% del costo de la respectiva prestación. El sistema cerrado, a su vez, se basa en la contratación por parte de las empresas de un conjunto limitado de prestadores, que integran la nómina dentro de la cual el beneficiario puede efectivizar su opción.[...]La gestión financiera de las empresas se basaría, siempre según la lectura de FEMEBA, en el diseño de estructuras de servicios y reintegros

destinadas a asegurar el mantenimiento de un techo máximo de gasto, en base a los aranceles establecidos, el control de las tasas de utilización y los topes máximos de reintegro (Belmartino & Bloch, 1994, p.180).

En relación a la búsqueda de diferentes mecanismos para captar la mayor cantidad de clientes y adecuar las prestaciones de acuerdo al poder adquisitivo de la población destinataria resulta ilustrativa una definición que realiza el economista Giordano:

Las hay con fines de lucro y sin fines de lucro, de gran porte y con una estructura societaria y comercial muy sofisticada; de porte mediano y menor sofisticación en su estructura societaria y comercial; y pequeñas prepagas, con un alto nivel de informalidad. Si bien existen diferencias de calidad médica y de servicios, cada uno de estos tipos de empresas de medicina prepaga atiende la satisfacción de diferentes segmentos de clientes, con diferentes capacidades de pago y diferentes necesidades y expectativas (Giordano, 2004, p.30).

Continuando con las estrategias utilizadas para la captación de afiliados, el representante del sector citado anteriormente desarrolla una tipología de los planes. Podemos encontrar bastante coincidencia entre la tipología desarrollada a continuación en el 2004 por Giordano y la definición realizada desde FEMEBA que recupera el estudio de Belmartino & Bloch citado más arriba.

Estas empresas comercializan planes de salud con la modalidad de cobro de prima libremente determinada entre las partes y prestación de servicio médicos con servicios propios o a través de terceros de un listado de prestadores. Algunos planes conocidos como cartilla abierta, tienen listado de prestadores donde acceder directamente a los servicios de salud y están complementados con una modalidad de reintegro -de montos y topes predeterminados- a través de la cual el cliente tiene la opción de acceder a prestadores que se encuentran fuera del listado (Giordano, 2004, p .37).

Otra cuestión a resaltar para la comprensión actual del tema es el proceso de concentración (monopolización) en el mercado de las empresas de medicina prepaga que comenzó en los noventa y fue agudizándose en la década siguiente (Bramuglia, 2008; Cetrángolo, 2002; Iriart, 1999). Este proceso favoreció la concentración en el mercado de grandes grupos empresarios como Galeno, Swiss Medical, OSDE Binario, OMINT, MEDICUS constituyéndose las mismas en las líderes del sector cubriendo entre el 75 y 80% de la población afiliada a empresas de medicina prepaga. Al respecto el diputado Lozano hace referencia en la sesión realizada en mayo de este año en la cual se aprobó la Ley:



De los más de cien mil millones de pesos de gastos que se gastan en salud en la Argentina, el mercado de la medicina prepaga maneja alrededor de 15.000 millones, que se relacionan con aproximadamente doscientas cincuenta empresas; apenas cinco de estas empresas concentran entre el 75 y el 80 por ciento de dicho mercado [...] Estamos hablando de empresas como OSDE, OMINT, Galeno, Medicus y Swiss Medical. Cuatro de estas empresas forman parte de la cúpula de las más de doscientas que existen en la Argentina. No estamos hablando de un mercado de competencia sino de uno que tiene un elevado nivel de concentración, y por esa razón merece un marco regulatorio como el que aquí estamos discutiendo<sup>22</sup>.

De lo expuesto podemos concluir que el desarrollo y expansión de los seguros de salud han aumentado la fragmentación ya existente al interior de las organizaciones de salud como la inequidad en la cobertura de la población (Belmartino, 1999; Cetrángolo, 2002; Fleury, 2003). Hemos visto que las prácticas desarrolladas por los actores sociales estudiados junto con las políticas implementadas deben ser enmarcadas en las tensiones, acuerdos y desacuerdos entre los fuertes intereses corporativos predominantes en las diferentes etapas. . A su vez también debemos destacar la histórica debilidad del Estado en la regulación de este juego de intereses. A continuación expondremos una serie de categorías analíticas para pensar la problemática de la regulación.

### 3.2. Regulación y capacidades institucionales

En el presente apartado vamos a exponer las principales categorías conceptuales que abordan la problemática de la regulación y las capacidades institucionales. Diversas escuelas, tanto en el campo de las ciencias económicas como en el de las ciencias políticas, han elaborado desarrollos sobre la temática. En las ciencias económicas se ubican la escuela de la Regulación y la de la Nueva Economía Institucional. En las ciencias políticas encontramos la corriente Neoinstitucionalista. A su vez expondremos otros enfoques teóricos dentro de las ciencias políticas que sin inscribirse en el neoinstitucionalismo nos aportan categorías relevantes para el tema de estudio. Por último se realizará una aproximación a la problemática de la regulación en el mercado de los seguros de salud a partir de dos estudios que abordan el tema.

La pertinencia de incorporar las categorías conceptuales desarrolladas por las corrientes mencionadas se debe a que las mismas nos permitirán establecer posibles explicaciones de las diferentes prácticas y relaciones desplegadas entre las organizaciones privadas de la salud, los afiliados a las mismas y las instituciones estatales.

---

<sup>22</sup> Extracto de la versión taquigráfica de la sesión realizada el 4 de Mayo del 2011 en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación.

### 3.2.1 Definiciones del concepto de regulación

Para dar cuenta de las diferentes escuelas que van a abordar la cuestión de la regulación Belmartino propone la siguiente definición del concepto:

...el conjunto de mecanismos destinados a la conservación del orden social, incluyendo la coordinación de la actividad económica, la gestión de conflictos, la asignación de recursos y el establecimiento de normas destinadas a orientar las prácticas de diversos agentes sociales, defender bienes o valores sociales prioritarios y desalentar o sancionar posibles conductas desviadas, es posible identificar diferentes vertientes [...], en todos los casos en referencia a la existencia de reglas explícitas o implícitas formales o informales, originadas en relaciones de autoridad e instancias de negociación o sostenidas por pautas culturales, con diferente capacidad sancionatoria (Belmartino, 1999, p. 17).

Entre los principales enfoques que contribuyen a la teoría de la regulación la autora destaca los aportes de la escuela regulacionista. El surgimiento de la misma tiene su principal estímulo en “la búsqueda de las formas de regulación intermedias [...] de manera de evitar la contraposición esquemática entre el estado y el mercado” (Belmartino, 1999 p. 30).

Otra de las escuelas que va a tener como objeto de estudio la regulación es la escuela de la Nueva Economía Institucional (NEI). Entre sus principales exponentes se encuentran Douglas North, Ronald Coase y Oliver Williamson. El análisis de las instituciones pone el acento en las reglas del juego de las organizaciones y en el papel de sus dirigentes como agentes de cambio institucional (Belmartino, 1999). North se destacó por realizar una combinación de teoría económica junto con una metodología histórica. Plantea una nueva postura dentro de la historia económica a partir del estudio de las instituciones (North, 1995). En su trabajo se puede destacar el desarrollo de conceptos como costos de transacción y *governance*<sup>23</sup>. A continuación citamos una definición de North sobre su teoría:

Mi teoría de las instituciones está edificada partiendo de una teoría de la conducta humana combinada con una teoría de los costos de negociación. Cuando las combinamos podemos entender por qué existen las instituciones y qué papel desempeñan en el funcionamiento de la sociedad, y si agregamos una teoría de la producción, podremos analizar las funciones de las instituciones en el desempeño de las economías. (North, 1995 p. 216).

Esta escuela cuestiona las concepciones centrales de la economía neoclásica. Entre las principales diferencias se encuentra la concepción del comportamiento del individuo. De

---

<sup>23</sup> El concepto de *governance* también es utilizado por otros autores como gobernación. Belmartino en el libro *Nuevas Reglas de Juego para la Atención Médica en Argentina* explica que el concepto de *governance* se ha traducido como gobernación en el trabajo de Williamson *Las instituciones económicas del capitalismo* (Belmartino, 1999).

acuerdo a la escuela neoclásica los tres rasgos con los que caracterizan al *homo economicus* son: la racionalidad perfecta, la conducta maximizadora, y el carácter egoísta (Caballero, 2002). North sostiene la necesidad de un análisis más complejo de la motivación de los actores ya que “el enfoque racional es deficiente por dos cuestiones: i) la motivación de los actores no siempre es maximizar la riqueza [...], ii) los individuos procesan subjetivamente y con información incompleta el mundo que los rodea (Caballero, 2002, p. 236).

En cuanto al concepto costos de transacción, categoría central de la NEI, uno de los referentes de esta escuela advierte sobre la necesidad de definir aquellas dimensiones que describen las transacciones focalizando sobre los factores que son responsables de los desajustes de una transacción ideal de acuerdo al Derecho y a la Economía (Williamson, 2000).

Los aspectos relevantes para describir una transacción [...] incluyen la especificidad de los activos en sus diferentes formas (lo cual da lugar a la dependencia bilateral), la incertidumbre (para lo cual las adaptaciones coordinadas a las perturbaciones pueden ser necesarias) y la frecuencia (que tiene una incidencia en el valor de preservación de la continuidad de la relación y en el incentivo de incurrir en el costo de una estructura específica de governance) (Williamson, 2000, p.12-13).

En el análisis de Caballero sobre la NEI “las transacciones pueden entenderse como un problema de contratación, de forma que los costes de transacción son aquellos que se derivan ex-ante de un contrato, y de su control y cumplimiento ex-post” (Caballero 2002, p.239). A su vez destaca la centralidad que adquiere en los estudios inscriptos en esta escuela el énfasis puesto en la manera como se realizan las relaciones contractuales. En este sentido las instituciones de gobernanza (governance) en donde los agentes interactúan y el entorno institucional donde se definen las reglas formales de juego son claves para el análisis de los procesos de conformación de las relaciones contractuales (Caballero, 2002).

La economía focalizada en los costos de transacción permite a Williamson ampliar la problemática vinculada a la formulación de los términos de un contrato y las garantías de su cumplimiento por parte de los agentes involucrados, abordando con el nuevo concepto la gobernanza de las relaciones contractuales. “Uno de los problemas de la organización económica radicaría en conformar estructuras de contratación destinadas a operar en condiciones de racionalidad limitada y posibles conductas oportunistas” (Belmartino, 1999 p. 62). Es interesante, como plantea la autora, que el enfoque propuesto por Williamson de gobernanza enfatiza la necesidad de un diseño institucional en donde la negociación no va a estar limitada a administrar o resolver posibles conflictos presentes. Citando a Williamson Belmartino extrae la siguiente idea “es necesario también reconocer por adelantado el

conflicto potencial y diseñar estructuras de gobernación que lo impidan o atenúen” (Belmartino, 1999, p. 63).

En Argentina encontramos la utilización de esta perspectiva teórica en los trabajos realizados por Spiller y Tomassi. En uno de sus trabajos recuperan la propuesta de North y de Williamson para analizar el impacto de las organizaciones políticas sobre la política pública tomando el caso argentino. Para el mismo utilizan el concepto de los costos de transacción, desarrollado por Williamson. Postulan que las políticas públicas en Argentina son incoherentes y de baja calidad, con inestabilidad en algunas dimensiones y exceso de rigidez en otras (Spiller & Tomassi, 2000). Para fundamentar esta tesis consideran que las políticas públicas como sus rasgos están determinadas por el funcionamiento de instituciones políticas. Entre las mismas mencionan al Congreso, la burocracia así como las relaciones interjurisdiccionales. Finalmente identifican características específicas de las organizaciones políticas que influirían en la calidad de las políticas públicas generando el resultado de conductas no cooperativas en el juego de definición de políticas, es decir, en determinantes institucionales (e históricos) de la no cooperación (Spiller & Tomassi, 2000).

En el campo de las ciencias políticas, la corriente del neoinstitucionalismo ha abordado la problemática de la regulación con especial énfasis en las capacidades del Estado para construir y conservar el orden social (Belmartino, 1999). Podemos observar similitudes con la escuela de la nueva economía institucional en relación al énfasis en el estudio de las instituciones y en relación a las condiciones o capacidades que posibilitan o no un determinado desempeño de las mismas.

Skocpol propone un enfoque donde el Estado debe ser pensado como “un foro en el que los grupos sociales formulan demandas y emprenden luchas políticas o concluyen acuerdos” (Belmartino, 1999, p. 37). Por su parte, Repetto coincide con la propuesta de Skocpol del Estado y destaca como categorías analíticas la gobernabilidad y la capacidad de gestión. Belmartino en este sentido postula respecto al análisis de estas dos categorías que la primera de ellas se vincula a los consensos mientras que en el caso de la segunda categoría, capacidad de gestión, debe entenderse como “la posibilidad de acordar reglas de juego que permitan la consolidación y mantenimiento de los consensos logrados (Belmartino, 1999, p. 41)

En relación al concepto de governance Mayntz<sup>24</sup> realiza un recorrido sobre la teoría moderna de la governance y cómo la misma ha ido incorporando y ampliando su marco

teórico con respecto a los planteamientos iniciales que la impulsaron. Destaca dos acepciones del término. En primer lugar, define *governance* “como un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de control jerárquico y caracterizado por un mayor grado de cooperación y por la interacción entre el Estado y los actores no estatales al interior de redes decisionales mixtas entre público y privado (Mayntz, 1997, p.1). El segundo significado al cual hace referencia es el que se enfoca en “una modalidad distinta de coordinación de las acciones individuales, entendidas como formas primarias de construcción del orden social” (Mayntz, 1997, p. 1). De acuerdo a la autora, este uso del término deriva de la economía de los costos de transacción elaborada por Williamson. Hace referencia a la tipología de Williamson en tanto que la misma se amplió hasta incluir otras formas de orden social más allá del mercado tales como las asociaciones y las redes. Destaca que “el descubrimiento de las formas de coordinación diferentes no sólo de la jerarquía, sino también del mercado [...] fue el que condujo al uso generalizado del término *governance* para indicar cualquier forma de coordinación social” (Mayntz, 1997, p.1). Uno de los dilemas que plantea el enfoque se refiere a las limitaciones para alcanzar un acuerdo frente a los intereses dispersos y las distribución desigual de poder y participación en la toma de decisiones en estos espacios de cooperación entre diferentes actores públicos y privados.

...Las redes surgen en sectores de políticas en los que el poder está disperso entre actores, donde se necesita la cooperación para alcanzar una mayor efectividad. Dado que los diversos agentes públicos y/o privados en el interior de tales sectores tienen intereses típicamente diferentes, se impone el problema de cómo encontrar un acuerdo sobre una solución eficaz, sin descargar los costos sobre quienes no están involucrados en la red (Mayntz, 1997, p.4)

Otra perspectiva teórica relevante para nuestro estudio es la elaborada por O'Donnell. En uno de sus trabajos sobre los procesos de reforma de Estado analiza los cambios ocurridos en las capacidades del Estado a partir del vínculo del mismo en relación con el tipo de ciudadanía, de sociedad y el sistema económico existente en diferentes etapas del siglo XX. Va a denominar al Estado posterior al neoliberal como Estado regulador. Considera que el rol del mismo es “regular y controlar a un sector público privatizado para que no se constituyan nuevos monopolios en detrimento de los intereses de los consumidores” (O'Donnell, p.62). La razón por la que surge la necesidad de un Estado con estas características en nuestro país remite al proceso de privatización iniciado en 1989, el traspaso de actividades del Estado sin la previa creación por ley de los marcos y los entes reguladores, o sin tomar los resguardos para que los servicios se prestaran de forma competitiva (O'Donnell,). En este sentido

propone diferentes tipos de diseños institucionales posibles: i) el que plantea la técnica e independencia del poder político para impedir que se privilegien intereses sectoriales; ii) el “superente” más agregado, de control parlamentario y de carácter político; iii) y el que incluye una intervención significativa del tercer sector, no sólo de técnicos y del sector político, sino también de organizaciones de usuarios y consumidores (O’Donnell).

Consideremos que es posible vincular el concepto de governance y las funciones descritas por O’Donnell a la definición de capacidades estatales desarrollada por Alonso. El autor describe a las mismas de la siguiente manera:

Las capacidades estatales, en cambio, son recursos de [...] de intervención, regulación y mediación que el Estado desarrolla en el largo plazo. Este aspecto es lo que remite a la dimensión de las capacidades estatales como proceso de institucionalización; es decir; al desarrollo y consolidación de habilidades y rutinas por parte de las agencias estatales que, al mismo tiempo, operan como marcos estables y predecibles para la interacción estratégica entre actores (Alonso, 2007, p.6)

Podemos postular que Alonso comparte la visión del Estado propuesta por O’Donnell entendiendo al mismo como relación social. Otro aspecto que advierte el autor se refiere al supuesto falaz sobre el que se sostenían las políticas neoliberales de los ‘90 en las que se concebía al Estado como un conjunto de instituciones que debían ser desalojadas de los intereses sectoriales. Su propuesta para el desarrollo de capacidades estatales se centra en la “la construcción y el desarrollo de instituciones, entendidas como las reglas de juego formales e informales que darán forma a la interacción” (Alonso, 2007, p.3). En este punto asume la noción de instituciones de North acerca que las mismas “permiten reducir la incertidumbre, de tal modo de hacer posible la interacción bajo el supuesto de expectativas recíprocas entre los jugadores de sujetarse a reglas en el proceso de intercambio (Alonso, 2007, p.6). Un último aspecto relevante de la propuesta de Alonso, que consideramos se acerca conceptualmente a la primera acepción descrita por Mayntz sobre governance<sup>25</sup>, es aquel que se refiere al término de Evans sobre autonomía enraizada. Utiliza al mismo para explicar que la intervención del Estado en determinada arena pública requiere para una efectiva intervención de la cooperación de los actores relevantes ya que ese apoyo fortalece la implementación de las mismas.

---

<sup>25</sup> “como un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de control jerárquico y caracterizado por un mayor grado de cooperación y por la interacción entre el Estado y los actores no estatales al interior de redes decisionales mixtas entre público y privado” (Mayntz, 1997, p.1).

En relación a la problemática de la regulación de los seguros de salud Tobar y González García plantean tres fases en la regulación de los mismos. Una primera fase estaría dada por la implementación de mecanismos de lealtad comercial. Este mecanismo implica controlar el problema de la selección adversa o la omisión de cobertura. Un segundo tipo de regulación es la utilización de los mismos mecanismos de regulación que se aplican a los demás seguros (la exigencia de un fondo de reserva como garantía de que van a poder cumplir con sus compromisos). Por último señalan los mecanismos de regulación que apuntan a la medición de los resultados de salud obtenidos, es decir, incorporar incentivos para que las empresas promuevan la salud y no sólo brinden asistencia médica o aseguramiento (González García & Tobar, 1997).

Por su parte, Katz realiza una evaluación crítica sobre los procesos de desregulación y privatización en los países de América Latina y el Caribe a partir del análisis de los mercados de bienes y servicios vinculados a la atención de la salud. Plantea la existencia de un mercado de competencia imperfecta.

La desregulación de los mercados y su progresiva formalización y desarrollo [...] han hecho aflorar las imperfecciones que caracterizan a los mercados de salud favoreciendo conductas que permiten a los proveedores aumentar la demanda de sus servicios, generar sobreprestación e inducir al sobreconsumo. [...] El juego de estas tendencias está generando el dualismo de modelo de prestaciones de salud y causando aumentos de costos y mayor inequidad (Katz, 1994, p.24)

A modo de cierre, creemos que es posible encontrar perspectivas similares entre las diferentes escuelas y autores expuestos en el apartado en relación a la manera de pensar al Estado, y en particular sus instituciones, y su relación con los diferentes actores sociales. Se puede observar que las nociones de costos de transacción, reglas de juego, capacidades estatales y governance se enfocan en la búsqueda de una adecuada interacción entre el Estado y los diferentes actores sociales involucrados en las políticas públicas así como en la búsqueda de su efectiva implementación. En todos se destaca la necesidad de minimizar las situaciones de incertidumbre y la importancia de definir reglas de juego claras, consensuadas y respetadas por los diferentes actores para lo cual resulta imprescindible la participación de los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de toma de decisiones. Creemos que los conceptos expuestos nos permiten complejizar la trama de relaciones establecidas entre la agencia estatal estudiada -que define reglas y debe regular las condiciones en que se establece el contrato-, las empresas prepagas y los consumidores en tanto ciudadanos; como el tipo de relaciones establecidas entre estos últimos.

### 3.3. El debate sobre la ciudadanía en el contexto de reformas de los '90

En este apartado expondremos determinadas tensiones planteadas en torno a la relación entre ciudadanía y Estado en América Latina a partir de la implementación de las reformas denominadas de “segunda generación” (Oszlak, 1999) Luego, se expondrán algunas ideas planteadas en estudios que reflexionan sobre el desarrollo de la ciudadanía en relación al ejercicio efectivo de los derechos centrándose en el caso de los derechos de los usuarios y consumidores en nuestro país.

Una primera definición de ciudadanía que vamos a referir es la propuesta por Andrenacci y Repetto:

...La ciudadanía implica la pertenencia de un individuo a un Estado-Nación. Su “posesión” implica para un individuo la calidad de sujeto de un conjunto de derechos y deberes (imaginarios y reales) que comparte con todos los otros ciudadanos y que configura un mínimo común (teóricamente universal pero estratificado en la práctica) de prerrogativas, reglas de convivencia y obligaciones en el marco del Estado-Nación (Andrenacci & Repetto, 2006, p.4-5).

Diferentes estudios sobre ciudadanía cuestionan la asociación existente entre igualdad y ciudadanía, planteando en algunos casos la no existencia de tal principio. Podemos encontrar en los estudios de Fleury un análisis de las tensiones y contradicciones existentes entre el principio de igualdad que subyace a la noción de ciudadanía y el desarrollo efectivo de esa igualdad en los países de América Latina. Plantea una asociación entre el tipo de democracias con el modo en que fueron incorporándose los derechos civiles, políticos y sociales, adscribiendo a la hipótesis de O'Donnell que identifica las democracias de América Latina con el predominio de una ciudadanía de baja densidad:

Uno de los aspectos centrales de consolidación democrática en América Latina es la brecha entre los elementos que componen la ciudadanía, generando un curso particular colmado de contradicciones. En tanto los derechos políticos se encuentran prácticamente universalizados, los derechos civiles todavía no están generalizados, y los derechos sociales, en muchos casos sufren retrocesos como consecuencia de los planes recesivos de ajuste. El hecho de que los derechos civiles hayan antecedido los derechos políticos en los países desarrollados, mientras América Latina vive el proceso inverso, llevó a O'Donnell a identificar a nuestras democracias como no cívicas, con el predominio de una ciudadanía de baja densidad (Fleury, 1999, p. 65-66).

Una primera reflexión que podemos realizar a partir de lo expuesto es el acuerdo en la necesidad de cuestionar el principio de igualdad subyacente en la noción de ciudadanía en los países de la región. En este sentido se observa que esta situación es explicada en gran medida



porque la ciudadanía se encuentra atravesada por las contradicciones existentes en la estructura social y económica fuertemente desigual.

Una vez expuestas las tensiones entre la igualdad formal y la igualdad efectiva en la noción de ciudadanía y luego de analizar aquellos aspectos que restringen su ejercicio real en nuestra región, vamos a centrarnos en el análisis de la institucionalización de la nueva generación de derechos en el contexto de las reformas de los '90.

Fleury describe las condiciones que van a dar lugar a la necesidad de avanzar en la elaboración de la nueva generación de las reformas de Estado. Plantea que la discusión sobre la crisis de gobernabilidad que vuelve a instalarse como tema de debate en los '90 va a tener como eje central la construcción del orden. El problema de la gobernabilidad involucra tanto el fortalecimiento de la capacidad del gobierno para asegurar los bienes públicos en una sociedad, como también la existencia de normas y valores compartidos -el capital social- que organice la interacción colectiva (Fleury, 1999).

En este punto cobra relevancia la idea de participación ciudadana como mecanismo de legitimidad y de fortalecimiento de las democracias. La importancia creciente que aparece sobre la necesidad de proteger lo público asociándolo a los derechos republicanos en el último cuarto de siglo XX se vincula entre las principales causas con: "la violencia contra el patrimonio público originada en los grupos corporativos, la amenaza que el neoliberalismo ha ocasionado a la visión de la ciudadanía ligada a la idea de interés público y de valores cívicos, entre otras" (Nuria Cunill Grau, 1999, p. 31). A su vez, la autora da cuenta de la doble dimensión que se empieza a esbozar respecto al tema de la renovación institucional en relación a la participación ciudadana.

La renovación de la institucionalidad política comienza así a erigirse en un tema central planteado en una doble dimensión: la "accountability", como demanda expresa sobre las instituciones públicas; la ciudadanía como sujeto político directo, más allá de su expresión a través del voto. Ambos asuntos recubren parte de las teorías acerca de la democracia en la década del 90 y adquieren expresiones prácticas en las últimas reformas constitucionales al punto tal que ya no es sólo el problema de la "democracia local" el que ocupa la atención, sino el de la "democracia participativa" al nivel nacional e incluso internacional. (Nuria Cunill Grau, 1999, p. 33).

Se puede observar el interés que cobran los mecanismos de participación ciudadana asociados a la formulación y/o control de políticas sectoriales como salud o educación. En este sentido, Fleury destaca sobre la importancia que adquieren las instituciones de la democracia directa (referéndum, iniciativa popular, revocatoria de mandato) y las acciones de interés público (derecho de petición, amparo colectivo, acción de tutela, acción popular, etc.)

asociadas a los derechos de tercera generación relativos a la defensa de derechos colectivos y difusos (Fleury, 1997). En este contexto ubicamos el desarrollo de los derechos del consumidor. Abramovich y Courtis van a postular que a partir de los mismos es posible pensar la construcción de un nuevo paradigma jurídico. Plantean que a cada cambio del espacio de pertenencia social corresponde un cambio en la estructura del derecho (Abramovich, 1994).

El derecho del consumidor presupone un nuevo modelo de relación: la empresa [...] que tras una cadena de circulación que parte del fabricante, impone a un consumidor individual la adquisición de un producto exigiendo su adhesión a condiciones que ha predispuesto en función de un sujeto ideal al que ha dirigido su oferta. De tal modo, la ausencia de negociación, la desigualdad entre partes, la posible desprotección de las obligaciones, la posibilidad de abusos o explotación de las necesidades de la parte más débil, la probable intención de la empresa de evadir compromisos asumidos mediante cláusulas ambiguas u ocultas (la letra chica), constituyen el nuevo marco referencial de operación jurídica (Abramovich, 1994, p. 60).

De este modo el derecho del consumidor aparece como un derecho de organización y control de mercado de bienes y servicios en tanto nuevo espacio de conflicto dentro del capital y entre el capital y las personas. (Abramovich, 1994).

Una investigación reciente basada en los derechos de consumo cuyo objetivo se centró en el análisis de los procesos de construcción y ejercicio de la ciudadanía a través de las prácticas apelativas (de reclamación o contestación) de los ciudadanos en tanto consumidores o usuarios en Argentina, muestra aspectos relevantes para evaluar en qué medida la institucionalización de los derechos del consumidor contribuye a conformar un campo nuevo de desenvolvimiento de la ciudadanía. Elige dos dimensiones de la ciudadanía para analizar el proceso de construcción de la misma: la ciudadanía como condición legal (la plena pertenencia a una comunidad política particular, perspectiva desarrollada por Marshall) y la ciudadanía como actividad [...] deseable según la cual la extensión y calidad de la propia ciudadanía depende de la participación en la comunidad (Rodríguez, 2007).

En este sentido, acorde con el planteo de Rodríguez, la ciudadanía representa un complejo proceso de construcción social que debe ser mirado no sólo a través de los derechos que los tutelan (formulación legal) sino también a partir de las prácticas de los actores interpelados en tanto ciudadanos.

### 3.4. Acerca de la Ley de Defensa del Consumidor en Argentina

La Ley de Defensa del Consumidor se integra con las normas generales y especiales aplicables a las relaciones de consumo y en particular con la Ley 25.156 de Defensa de la Competencia y la Ley 22.802 de Lealtad Comercial (ver Anexo C art.3).

La institucionalización de los derechos de los usuarios y consumidores en Argentina se alcanza entre 1993; año en que se sanciona la Ley 24.240 de Defensa del Consumidor; y 1994<sup>26</sup>. En este año se incorporaron los derechos de los usuarios y consumidores a la Constitución Nacional, a través de su artículo 42<sup>27</sup>. Resulta interesante el planteo de Abramovich sobre las implicancias de los mismos en términos de cambios en la configuración del conflicto social

La nueva reglamentación del problema del consumo significa en otro sentido, del mismo modo señalado en el caso del derecho del trabajo, una vía para igualar la situación de las empresas (igualación de sus costos, su poder de negociar, su responsabilidad, sus reglas de contratación) frente al incipiente conflicto social del consumo. (Abramovich, 1994, p.13).

La Ley tiene por objeto la defensa de los consumidores o usuarios. Comienza definiendo a los sujetos de la relación de consumo (ver Anexo C art. 1º) y luego define al proveedor (ver Anexo C art. 2º) como las dos partes que conforman dicha relación. La misma comienza desde el momento en que el consumidor toma conocimiento de un producto o servicio hasta la etapa post-contractual.

Entre los aspectos más relevantes de la ley se encuentra la definición de los contratos de adhesión. A continuación citamos una breve descripción publicada en la revista institucional del Organismo:

Se denomina contrato de adhesión o contratos con cláusulas predispuestas a aquellas redactadas por el proveedor de bienes y servicios, que se presentan al consumidor sin que éste tenga la posibilidad de influir en la formación del mismo. La masividad

---

<sup>26</sup> Si bien con anterioridad existían la Ley 22.802 de Lealtad Comercial y la Ley 18.511 de Metrología Legal es en 1993, con la sanción de la Ley 24.240 que se configura un sistema jurídico de protección al consumidor ya que estas leyes anteriores tenían como objetivo central asegurar la lealtad en las relaciones comerciales y en la prestación de servicios, la seguridad en las relaciones industriales y de las personas, y sólo *indirectamente* proteger al consumidor o usuario de servicios

<sup>27</sup> Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.

de estos contratos en las relaciones de consumo modernas, unida a la imposibilidad de influir en las cláusulas por parte del consumidor hace que éste se vea expuesto a condiciones de arbitrariedad respecto a las condiciones establecidas en el contrato. Por esta razón, la ley ha establecido la revisión de tales contratos por las autoridades de contralor (Revista Temas del Consumidor N° 45, 2000 p.17).

La ley se aplica a casi la totalidad de las transacciones que se realizan cuando se adquiere un bien o se contrata un servicio. Entre los deberes que se establecen para los proveedores se encuentran el deber de información (cierta, clara y detallada); la modalidad de prestación de los servicios (plazos, respeto a las condiciones en que han sido ofrecidos, convenidos o publicitados); condiciones de la oferta y venta; y condiciones de la publicidad (ver Anexo C).

## CAPÍTULO 4

### MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para la realización de la presente investigación se trabajó desde un enfoque cuantitativo y cualitativo con un tipo de diseño exploratorio y descriptivo. Para alcanzar los objetivos 1, 2 y 3 se aplicó una metodología cuantitativa; y para los objetivos 4 y 5 se utilizó una metodología cualitativa. A continuación se describe en primer lugar, el abordaje metodológico propuesto para todos los objetivos y luego se expone el marco teórico-metodológico utilizado para los objetivos abordados con un enfoque cualitativo. Una vez explicitada la propuesta metodológica se realiza una breve definición de términos referida a las unidades de análisis. Luego se presentan las dimensiones elaboradas para el tratamiento de los datos cuantitativos y por último se exponen las matrices de análisis de cada uno de los objetivos.

#### **4.1. Abordaje cuantitativo**

##### **4.1.1. Técnicas de elaboración de información**

Para los objetivos cuantitativos se elaboraron frecuencias a fin de dar cuenta de las variaciones y regularidades de los principales motivos denunciados y consultados ante la SSDC dentro del periodo 2000-2008. El mismo procedimiento se realizó para las denuncias presentadas ante la DDC, los reclamos ingresados al SNAC y las consultas recibidas al 0800 de la SSDC.

##### **4.1.2. Universo/Unidades de análisis y criterios de selección**

Para el primer objetivo cuantitativo<sup>28</sup> los criterios de selección utilizados para conformar el universo de estudio fueron dos. Primero se seleccionaron todas aquellas denuncias que fueron presentadas ante la DDC durante el periodo 2000-2008. Luego se seleccionaron aquellas cuya denuncia se refería a EMP. Las mismas alcanzaron un total de 308 denuncias.

---

<sup>28</sup> Caracterizar las denuncias presentadas por los usuarios de las EMP ante la DDC durante el periodo 2000-2008. (Ver Circuito administrativo de la denuncia y Características del sistema de información de la SSDC en apartado 1.3 Descripción Institucional p.10, 12 y 15. Definición de la denuncia Cáp. Teórico-Metodológico p. 62).

Para el segundo objetivo<sup>29</sup> el universo de estudio se conformó también a partir de dos criterios de selección. El primero fue temporal, seleccionado todos aquellos reclamos presentados por los usuarios durante el periodo 2000-2008. Luego se seleccionó dentro de ese universo todos los reclamos referidos a EMP. El universo alcanzó los 601 reclamos.

El universo utilizado para el tercer objetivo<sup>30</sup> se conformó a partir de dos criterios. Primero se seleccionaron todas aquellas consultas que fueron realizadas y registradas al 0800 de la SSDC durante el periodo 2006-2008. Luego de ese universo se seleccionaron aquellas consultas referidas a EMP. Las mismas conformaron un universo de 10.042 consultas.

## **4.2. Abordaje cualitativo**

### **4.2.1. Marco teórico**

En relación a la relevancia del abordaje cualitativo, entendemos al mismo desde la definición elaborada por C. Minayo:

...aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo estas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas (Souza Minayo, 2009, p. 20).

También consideramos relevante la definición realizada por Vasilachis de Gioldino quien recupera de Mason una serie de postulados sobre la estrategia cualitativa:

...a) fundada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido, b) basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, y c) sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto (Vasilachis de Gioldino, 2006, p.25).

La autora también hace referencia a qué tipo de preguntas y de aspectos de la realidad busca explicar la investigación cualitativa “la particular solidez de la investigación cualitativa yace en el conocimiento que proporciona acerca de la dinámica de los procesos sociales, del

---

<sup>29</sup> Caracterizar los reclamos presentados por los usuarios de las EMP ante el SNAC durante el periodo 2000-2008. (Ver circuito administrativo del reclamo y Características del sistema de información de la SSDC apartado 1.3 Descripción Institucional p. 14-15. Definición del reclamo Cáp. Teórico- Metodológico p. 62).

<sup>30</sup> Caracterizar las consultas realizadas por los usuarios de las EMP al 0800 del CAOC durante el periodo 2006-2008. (Ver Características del sistema de información de la SSDC apartado 1.3 Descripción Institucional, p. 16. Definición de la consulta Cáp. Teórico- Metodológico p. 62).

cambio y del contexto social y en su habilidad para contestar, en esos dominios a las preguntas ¿Cómo? y ¿Por qué?”(Vasilachis de Gioldino, 2006, p.25).

Por lo expuesto anteriormente, consideramos pertinente este abordaje en la medida que nuestro interés se centra en conocer cuáles son las argumentaciones de los actores sociales involucrados -usuarios denunciantes, representantes de las EMP y representantes de la SSDC- a partir de poder interpretar los documentos -laudos y disposiciones- en el contexto en el cual han sido elaborados.

#### **4.2.2. Técnicas de elaboración de información**

En relación a la técnica de análisis para abordar los objetivos cualitativos se seleccionó el análisis de contenido. Consideramos la pertinencia de esta técnica desde la perspectiva que plantea C. Minayo citando a Bardin:

Un conjunto de técnicas de análisis de comunicación que apuntan a obtener, a través de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, indicadores (cuantitativos o no) que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes (Souza Minayo, 2009, p. 249).

A su vez la misma autora realiza una descripción de la técnica destacando los objetivos principales que se persiguen con su aplicación:

Desde el punto de vista operacional, el análisis de contenido parte de una lectura del primer plano de las hablas, relatos y documentos, para alcanzar un nivel más profundo, superando los sentidos manifiestos del material. Para eso, generalmente, todos los procedimientos llevan a relacionar estructuras semánticas (significantes) con estructuras sociológicas (significados) de los enunciados y a articular la superficie de los enunciados de los textos con los factores que determinan sus características: variables psicosociales, contexto cultural y proceso de producción del mensaje. Ese conjunto de procedimientos apunta a dar consistencia interna (Minayo, 2009, p. 252-253).

Por su parte A. Salvia enumera las diferentes técnicas que se utilizan en una investigación abordada desde el análisis de contenido y el modo en que suelen presentarse los resultados:

El análisis de contenido alude al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos, discursos) que través de diferentes técnicas de medida -cuantitativa (estadísticas basadas en el recuento de unidades) y/o cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías)- tiene por objeto decodificar los mensajes plasmados en los diferentes documentos [...] Los resultados se presentan cuantitativamente y tienden a resumir las características básicas de los documentos analizados [...]. No es una técnica que persiga el mero recuento de frecuencias y datos aparecidos en el texto, sino que realiza estos hechos con el objeto de validar y constatar hipótesis previamente formuladas. (Salvia, p.2).

Existen determinadas críticas que se han realizado a la misma. En este sentido Romeu Gomes advierte que el análisis de contenido es criticado como técnica de interpretación de textos porque tendría poca articulación con los contextos de los mensajes circulantes. Sin embargo, el autor destaca que si bien la técnica parte de un tratamiento cuantitativo de los datos, quien la utilice debe orientar su búsqueda al “descubrimiento de lo que está detrás de los contenidos manifiestos” (Romeu Gomes, 2007, p. 58) así como hacia la búsqueda de las ideologías, tendencias y otras determinaciones características de los fenómenos bajo estudio (Romeu Gomes, 2007).

En relación al abordaje que realizamos para leer e interpretar los laudos y disposiciones incorporamos la propuesta metodológica que aplicó la antropóloga M. J. Sarrabayrouse Olivera en su tesis doctoral “Etnografía de las prácticas y los procedimientos de la justicia penal a partir del estudio de un caso judicial” (Sarrabayrouse Olivera, 2009). Una de las técnicas se refiere al trabajo con expedientes judiciales. Entiende a los mismos como “el resultado de una lucha de argumentos y posturas no sólo jurídicas sino extra-jurídicas” (Sarrabayrouse Oliveira, 2009, p.74). Consideramos que la lectura de los expedientes propuesta puede ser aplicable a nuestro estudio puesto que en ambos casos -las disposiciones y los laudos- se trata de documentos elaborados desde un lenguaje legal y los mismos son resoluciones asimilables a una sentencia judicial. En este sentido es posible encontrar expresados en ellos el resultado de luchas de argumentos entre los actores involucrados (afiliados de las EMP, representantes de las EMP y representantes del Estado).

El aspecto que cobra relevancia para nuestro análisis en el trabajo mencionado anteriormente se refiere a la definición sobre expedientes en el cual la autora incorpora una definición de V. Abramovich:

Es sabido que los expedientes constituyen el modo por antonomasia de plasmar los procedimientos judiciales. Ahora bien, podríamos agregar que se trata también, y sobre todo, de un estilo de escritura que tiene una forma particular de ordenar y presentar los hechos que, se pretende, conformarán “verdades jurídicas”. Las sentencias y resoluciones son el resultado de un proceso de lucha de argumentos y posturas no sólo jurídicas sino extra-jurídicas, que circulan tanto al interior como al exterior del tribunal (Abramovich, 1991) y que son utilizadas para la defensa de intereses individuales como así también corporativos. En este sentido, el seguimiento de estas prácticas formarles y altamente normatizadas saca a la luz fundamentalmente en los casos en que se producen rupturas en el discurso-cuestiones vinculadas con el marco institucional y los constreñimientos estructurales, así como con las diferentes adscripciones de los agentes, las representaciones de los mismos y las alianzas e intereses que los relacionan (Sarrabayrouse Olivera, 2009, p.74).



A partir de esta definición consideramos a los argumentos de los diferentes actores involucrados como las variables indicadas para el tratamiento de los documentos en tanto que en la investigación buscamos conocer las respuestas dadas desde el Estado a las denuncias y reclamos de los afiliados a las EMP como las respuestas expuestas por los representantes de las EMP y los argumentos de los representantes del Organismo de aplicación<sup>31</sup> frente a los argumentos de las mismas.

#### **4.2.3. Universo/Unidades de análisis y criterios de selección**

Para abordar el cuarto objetivo<sup>32</sup>, el universo se conformó por las disposiciones elaboradas por la DAI.

Se utilizaron cuatro criterios de selección. El primer criterio fue el temporal, aquellas comprendidas en el periodo 2000-2008. Luego dentro de las disposiciones elaboradas en este periodo se seleccionaron todas aquellas cuya sanción fue dirigida a EMP. El tercer criterio de selección fue en relación al tipo de sanción impuesta. Existen distintos tipos de sanción que la Dirección puede realizar<sup>33</sup>. Las sanciones encontradas en nuestro universo de disposiciones fueron las de apercibimiento y multa. Los parámetros considerados para decidir el tipo de sanción impuesta ubica al apercibimiento como la sanción de aquellos incumplimientos de menor gravedad y a la multa como una sanción para los casos que han incurrido en un incumplimiento a la normativa mayor. Por esta situación descripta hemos seleccionado aquellas disposiciones que fueron sancionadas con multa. Por último fueron seleccionadas las disposiciones de acuerdo a cómo se iniciaron. Las disposiciones pueden elaborarse a partir de una actuación de oficio de alguna de las Direcciones de la SSDC o a partir de un acuerdo no logrado en la DDC en una audiencia de conciliación entre el denunciante y el denunciado. Se seleccionaron éstas últimas debido a que nuestro interés se centra en conocer los incumplimientos de las EMP denunciados por los afiliados. El total de

---

<sup>31</sup> Tanto las denuncias como los reclamos una vez que fueron admitidos por las correspondientes mesas de entrada se formalizan como expedientes administrativos. La definición de Expediente administrativo se encuentra en el 1.1.14 del Decreto N° 333/85 Normas para la elaboración, redacción y diligenciamientos de los proyectos de actos y procedimientos administrativos”.

<sup>32</sup> Analizar las disposiciones elaboradas en la DAI a partir de las denuncias iniciadas por los usuarios de las EMP durante el periodo 2000-2008. (Ver funcionamiento de la DAI apartado 1.3 Descripción Institucional p. 12-13. Definición de la disposición apartado Teórico- Metodológico p. 62).

<sup>33</sup> Las sanciones se encuentran establecidas en el artículo 47, las que podrán aplicar independiente o conjuntamente según resulte de las circunstancias del caso: a) Apercibimiento; b) Multa; c) decomiso de las mercaderías y productos objeto de la infracción; d) clausura del establecimiento o suspensión del servicio afectado por un plazo de hasta TREINTA (30) días; e) suspensión de hasta CINCO (5) años en los registros de proveedores que posibilitan contratar con el Estado; f) la pérdida de concesiones, privilegios, regímenes impositivos o créditos especiales de que gozare. (Ver Anexo C Ley 24.240).

las disposiciones elaboradas en el periodo bajo análisis cuyo objeto de la denuncia fue la EMP, sancionadas con multas, y elaboradas a partir de un acuerdo no logrado en la audiencia de conciliación en la DDC fue de 57. De las mismas<sup>12</sup> no fueron encontradas en el archivo de la SSDC quedando el universo conformado por 45 disposiciones.

Por último, para el otro objetivo cualitativo<sup>34</sup> seleccionamos los laudos elaborados en el SNAC. Los criterios de inclusión fueron que los mismos hayan sido elaborados en el periodo 2000-2008 y cuyo objeto del reclamo fuera la EMP. El universo a analizar quedo conformado por 60 laudos. El periodo temporal elegido tuvo que ver con la accesibilidad de los documentos.

### 4.3. Definición de términos

**Denuncia:** es la presentación que el consumidor formula ante la DDC por una presunta infracción al sistema normativo de protección al consumidor. Tiene como objetivo que la autoridad de aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor verifique la posible existencia de un incumplimiento al sistema normativo mencionado. En caso de comprobarse el incumplimiento la autoridad deberá aplicar la sanción correspondiente (ver Anexo C: Ley 24.240, Cáp. XII Procedimientos y sanciones).

**Reclamo:** Es el requerimiento del consumidor de un arbitraje efectuado ante los Tribunales Arbitrales de Consumo. El mismo tiene como finalidad resolver el problema de consumo entre el consumidor y el proveedor. A diferencia de lo que se persigue en la denuncia que, además de la búsqueda de la resolución del conflicto, es verificar el cumplimiento de la normativa y su posible sanción en caso de incumplimiento a la misma (ver Anexo D: Decreto 276/98, art. 1 y art. 2).

**Consulta:** la consulta realizada al 0800 de la SSDC es la solicitud de asesoramiento formulado por el consumidor que se agota en la información requerida. Se evalúa y se informa si la problemática consultada es efectivamente una presunta infracción a la normativa de defensa del consumidor así como sobre los requisitos necesarios para realizar la presentación de una denuncia o reclamo ante el organismo pertinente (V Carta Compromiso con el Ciudadano de la SSDC).

**Disposición:** su definición se encuentra en el art. 2 del Decreto 333 de la Administración Pública Nacional que aprueba las “Normas para la elaboración, redacción y diligenciamiento

---

<sup>34</sup>Analizar los laudos elaborados a partir de los reclamos iniciados por los usuarios de las EMP en el SNAC durante el periodo 2000-2008. (Ver funcionamiento del SNAC apartado 1.3 Descripción Institucional p. 14-15. Definición del laudo apartado Teórico- Metodológico p. 62 ).

de los actos y documentación administrativo”. La misma es definida como “Decisión emanada de una autoridad administrativa no superior (Subsecretarios, titulares de organismos descentralizados, directores generales), sobre cuestiones o asuntos de su competencia” (Decreto 333/85). Las disposiciones analizadas en nuestro estudio son elaboradas por la DAI - Ver apartado 1.3. Descripción institucional- en tanto que la misma es la encargada de elaborar la disposición para llevar a cabo la sanción cuando la DDC detecta una presunta infracción a la normativa de la que es competencia. Las disposiciones contienen un relato resumido del proceso que ha seguido una denuncia presentada ante el Organismo hasta su resolución.

**Laudo:** es emitido por el Tribunal Arbitral de Consumo, es carácter vinculante, y una vez firme producirá efectos idénticos a la cosa juzgada. El laudo es asimilable a una sentencia judicial y podrá ejecutarse por las vías prescriptas en las normas procesales locales (ver Anexo D: Decreto 276/98 art. 14 Cáp. IV). También como en el caso de las disposiciones contiene un relato resumido de los hechos. La resolución que reglamenta al SNAC agrega respeto al laudo que el mismo “deberá dictarse por escrito debiendo expresar fundadamente la decisión. El incumplimiento del laudo dará derecho al reclamante a promover su ejecución en sede judicial. En el laudo, el Tribunal Arbitral de Consumo podrá establecer la oportunidad o no de publicar en los medios de difusión la decisión, cuando la misma se considere de interés público” (ver Anexo H Resolución 212/98, art. 25). Un último aspecto a destacar sobre los laudos se refiere a los dos tipos de laudos que se pueden generar en función del tipo de procedimiento elegido por el reclamante. El mismo puede elegir dos tipos de arbitraje: arbitraje de amigables componedores o arbitraje de derecho. En el primer caso el laudo deberá respetar el acuerdo alcanzado entre las partes. Si bien no deberá ir contra la Ley de Defensa del Consumidor no necesariamente deberá estar fundado en la misma. En el segundo caso el resultado deberá estar fundado en la Ley mencionada.

#### **4.4. Elaboración de las dimensiones para las variables de los objetivos cuantitativos**

A los fines de esta investigación se elaboró un nuevo sistema de clasificación a partir de las categorías utilizadas para la asignación de motivos existentes en las áreas bajo estudio de modo de poder comparar los resultados de las mismas. En algunos casos, se pudo mantener la misma categoría existente en la planilla utilizada por el área por ser suficientemente clara y designar el mismo incumplimiento en ambas áreas- aumento de cuota, incumplimiento de contrato-; y en otros casos se elaboró una nueva categoría que reflejara mejor la problemática.

A continuación se expone el cuadro en el cual especificamos a qué se refieren las dimensiones elaboradas y cómo se asimilaron las categorías existentes al sistema elaborado para el análisis de los objetivos 1 y 2.

**Cuadro 4. Homologación de las categorías abiertas y/o cerradas de la DDC y el SNAC a las dimensiones elaboradas para el presente estudio**

Categorías de motivos abiertas para la clasificación de las denuncias presentadas en la DDC	Dimensiones de la variable motivos elaboradas para el presente estudio	Categorías de motivos cerradas para la clasificación de los reclamos presentadas en el SNAC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicita cobertura</li> <li>• No cubre medicamentos</li> <li>• No cubre tratamiento,</li> <li>• No cubre estudios,</li> <li>• No cubre prótesis u ortesis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de cobertura o cobertura incompleta de prestación de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega o prestación defectuosa</li> <li>• Falta de entrega</li> <li>• Incumplimiento de servicio</li> <li>• Incumplimiento de oferta</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de cuota por mayoría de edad</li> <li>• Aumento de cuota sin notificación previa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de cuota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de cuota</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedido de reintegro de medicamentos</li> <li>• Pedido de reintegro de tratamientos</li> <li>• Pedido de reintegro de estudios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento de reintegros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reintegros o devoluciones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja injustificada</li> <li>• Baja injustificada por enfermedad crónica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja injustificada</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento Res 56 y 60*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento Res 56 y 60*</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobro indebido de aranceles</li> <li>• Cobro incorrecto de coseguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturación incorrecta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débito incorrecto/cobro indebido</li> <li>• Desconocimiento de deuda</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de cambio de plan</li> <li>• Negativa a autorizar cambio de plan</li> <li>• Solicitud de cambio de plan por aumento de cuota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de cambio de plan</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento de contrato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento de contrato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio unilateral de las condiciones de contrato</li> <li>• Incumplimiento de contrato</li> <li>• Venta engañosa o compulsiva</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de ser reintegrada como socia</li> <li>• Solicitud de afiliación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedido de afiliación</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento de Res. 9 y 26</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento de Res 9 y 26**</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adjunta documentación</li> <li>• Descenso calidad del servicio</li> <li>• Informe crisis hospital</li> <li>• Informe reglamentación</li> <li>• Informe cartilla médica,</li> <li>• Pedido de no abonar copagos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros</li> </ul>
--	---	---

\* Establece la obligatoriedad por parte de las prestadoras de informar los valores de las cuotas.

\*\* Definen aquellas cláusulas de los contratos de adhesión consideradas abusivas.

Fuente: Elaboración propia a partir de las categorías existentes en las planillas del SNAC y la DDC. 2011

En el cuadro 5 se exponen las categorías utilizadas para la clasificación de las llamadas recibidas al 0800 referidas a EMP. Las mismas serán utilizadas para el análisis del objetivo 3.

<b>Cuadro 5. Categorías de motivos del 0800 del CAOC de la SSCD.</b>
Información general (consultas por datos de oficinas de defensa del consumidor, SSS u otros organismos)
Aumentos de cuotas por razones no contractuales
Falta de cobertura o cobertura incompleta prácticas incluidas en el PMO
Sobrefacturación
Incumplimiento promesas contractuales/publicitarias/promociones
Cobertura de % de medicamentos incorrecta
Incumplimiento de notificación (60 días)
Carencia, preexistencia o copagos que no corresponden
Incumplimiento de plan materno infantil
Incumplimiento prestaciones pacientes crónicos
Baja compulsiva / engañosa (edad-crónicas-seniles)
Incumplimiento cobertura oncológica
Incumplimiento de cobertura de prótesis u ortesis
Otros

Fuente: Elaboración propia a partir de la planilla del CAOC. 2011

Los Cuadros que van del N° 6 al 10 que se encuentran a continuación son las matrices elaboradas para realizar el análisis de los objetivos. Los cuadros 6, 7 y 8 corresponden a los objetivos cuantitativos y los cuadros 9 y 10 se refieren a las matrices correspondientes a los objetivos cualitativos. En los mismos se encuentran las unidades de análisis, las variables, las dimensiones, los indicadores y las fuentes de datos utilizadas para cada uno de los objetivos.

#### 4.5. Matrices de análisis

##### Cuadro 6. Matriz de datos elaborada para el objetivo 1.

**Objetivo específico 1:** Caracterizar las denuncias presentadas por los usuarios de las EMP ante la DDC durante el periodo 2000-2008.

Unidad de análisis	Variables	Dimensiones	Indicador	Fuente de datos
Denuncia sobre EMP realizada en la DDC de la SSDC.	Año de ingreso de la denuncia sobre EMP realizada en la DDC.	2000-2008.		
	Motivo de la denuncia sobre EMP realizada en la DDC.	Falta de cobertura o cobertura incompleta de prestación de salud. Aumento de cuota. Incumplimiento de reintegros. Baja injustificada. Incumplimiento Res 56 y 60*. Facturación incorrecta. Solicitud de cambio de plan. Incumplimiento de contrato. Pedido de afiliación. Incumplimiento de Res 9 y 26**. Otros.	Frecuencia de las denuncias sobre EMP realizadas en la DDC por año. Periodo 2000-2008.  Frecuencia de los motivos denunciados sobre EMP realizados en la DDC durante el periodo 2000-2008.  Frecuencia de los motivos denunciados sobre EMP realizados en la DDC por año. Periodo 2000-2008.	Base de datos elaborada a partir de la información proveída por la DDC de la SSDC.

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 7. Matriz de datos elaborada para el objetivo 2.**

<b>Objetivo específico 2:</b> Caracterizar los reclamos presentados por los usuarios de las EMP ante el SNAC durante el periodo 2000-2008.				
<b>Unidad de análisis</b>	<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente de datos</b>
Reclamo sobre EMP realizado en el SNAC de la SSDC	Año de ingreso del reclamo sobre EMP realizado en el SNAC.	2000-2008.	Frecuencia de los reclamos sobre EMP realizados en el SNAC por año. Periodo 2000-2008.	Base de datos elaborada a partir de la información proveída por el SNAC de la SSDC.
	Motivo del reclamo sobre EMP realizado en el SNAC.	Falta de cobertura o cobertura incompleta de prestación de salud. Aumento de cuota Incumplimiento de reintegros. Baja injustificada. Incumplimiento Res 56 y 60*. Facturación incorrecta. Solicitud de cambio de plan. Incumplimiento de contrato. Pedido de afiliación. Incumplimiento de Res 9 y 26**. Otros.	Frecuencia de los motivos reclamados sobre EMP realizados en el SNAC durante el periodo 2000-2008.  Frecuencia de los motivos reclamados sobre EMP realizados en el SNAC por año. Periodo 2000-2008.	

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 8. Matriz de datos elaborada para el objetivo 3.**

<b>Objetivo específico 3:</b> Caracterizar las consultas realizadas por los usuarios de las EMP al 0800 del CAOC durante el periodo 2006-2008.				
<b>Unidad de análisis</b>	<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes e datos</b>
Consultas sobre EMP realizadas al 0800 del CAOC de la SSDC.	Año de realización de la consulta sobre EMP al 0800 del CAOC.	<p>2000-2008.</p> <p>Información general (consultas por datos de oficinas de defensa del consumidor, SSS u otros organismos).</p> <p>Aumentos de cuotas por razones no contractuales.</p> <p>Falta de cobertura o cobertura incompleta prácticas incluidas en el PMO.</p> <p>Sobrefacturación.</p> <p>Incumplimiento promesas contractuales/publicitarias/promociones.</p>	<p>Frecuencia de las consultas sobre EMP realizadas al 0800 del CAOC durante el periodo 2006-2008.</p>	Base de datos elaborada a partir de la información proveída por el CAOC de la SSDC.
	Motivo de las consultas sobre EMP realizadas al 0800 del CAOC por año.	<p>Cobertura de % de medicamentos incorrecta.</p> <p>Incumplimiento de notificación (60 días).</p> <p>Carencia, preexistencia o copagos que no corresponden.</p> <p>Incumplimiento de Plan Materno Infantil.</p> <p>Incumplimiento prestaciones pacientes crónicos.</p> <p>Baja compulsiva / engañosa (edad-crónicas-seniles).</p> <p>Incumplimiento cobertura oncológica.</p> <p>Incumplimiento de cobertura de prótesis u ortesis</p> <p>Otros</p>	<p>Frecuencia de los motivos consultados sobre EMP al 0800 del CAOC por año. Periodo 2006-2008.</p>	

Fuente: Elaboración propia.



**Cuadro 9. Matriz de datos elaborada para el objetivo 4.**

<b>Objetivo específico 4:</b> Analizar las disposiciones elaboradas a partir de las denuncias iniciadas por los usuarios de las EMP en la DAI de la SSDC durante el periodo 2000-2008				
<b>Unidad de análisis</b>	<b>Variabes</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente de datos</b>
Disposición elaborada en la DAI	1.Sexo	1.1.Femenino 1.2. Masculino	1.1 y 1.2 Frecuencia de los denunciados por sexo. Se consideró a todos los denunciados que presentaron una denuncia sobre EMP ante la DDC y no obtuvieron una resolución en las audiencias de conciliación durante el periodo 2000-2008.	Base de datos elaborada a partir de las disposiciones elaboradas en la DAI.
	2. Tipo de enfermedad por la cual se restringió o negó la prestación al afiliado.	2.1. Tipo de enfermedades registradas en las disposiciones.	2.1 Frecuencia de tipos de enfermedades por las cuales se restringió o negó la prestación al afiliado. Se considero a todos los denunciados que presentaron una denuncia sobre EMP ante la DDC y no obtuvieron una resolución en las audiencias de conciliación durante el periodo 2000-2008.	
	3. Relato de la situación que motivó la denuncia.	3.1. Hecho o situación que motivó la denuncia. 3.2. Prestación establecida en el PMO incumplida por la EMP. 3.3. Tipo de prestación establecida en el PMO incumplida por parte de la EMP.	3.1. Frecuencia de los motivos denunciados por los afiliados de EMP en las disposiciones sobre EMP y sancionados con multa por la DAI durante el periodo 2000-2008. 3.2 Cantidad de disposiciones cuyos incumplimientos denunciados por los afiliados de las EMP fueron sobre alguna prestación establecida en PMO durante el periodo 2000-2008. 3.3. Frecuencia de los motivos denunciados por los afiliados a EMP en las disposiciones sobre EMP, sancionados con multa por la DAI y cuyo incumplimiento fue sobre alguna prestación establecida en PMO durante el periodo 2000-2008.	

Disposición elaborada en la DAI		<p>3.4. Incumplimientos de las EMP no establecida en las prestaciones del PMO.</p> <p>3.5 Tipo de prestación incumplida por la EMP no establecida el PMO</p> <p>3.6. Presentación de la denuncia ante otro organismo y luego derivada a la DDC</p> <p>3.7. Acciones de la EMP antes de la presentación de la denuncia ante la DDC.</p>	<p>3.4. Cantidad de disposiciones cuyos incumplimientos denunciados por los afiliados de EMP no fueron sobre prestación establecida en PMO durante el periodo 2000-2008.</p> <p>3.5. Frecuencia de los motivos denunciados por los afiliados a las EMP en las disposiciones sobre EMP, sancionados con multa por la DAI y cuyo incumplimiento no fue sobre prestaciones establecidas en PMO durante el periodo 2000-2008.</p> <p>3.6. Cantidad de disposiciones cuyas denuncias fueron derivadas de otros organismos del Estado durante el periodo 2000-2008.</p> <p>3.7 Frecuencia de acciones realizadas por las EMP denunciadas ante la DDC y sancionadas por la DAI antes de haber sido denunciadas durante el periodo 2000-2008.</p>	Base de datos elaborada a partir de las disposiciones elaboradas en la DAI.
	<p>4. Acciones de la EMP a partir de la denuncia presentada ante la DDC.</p>	<p>4.1. Asistencias de la EMP a las audiencias fijadas por la DDC.</p> <p>4.2. Inasistencias de la EMP a las audiencias fijadas por la DDC.</p> <p>4.3. Cumplimiento de presentación de pruebas en los plazos previstos por parte de la EMP.</p> <p>4.4. Incumplimiento de presentación de pruebas en los plazos previstos por parte de la EMP.</p>	<p>4.1. Cantidad de asistencias por parte de las EMP a las audiencias de conciliación fijadas por la DDC sobre EMP cuyo resultado fue la no conciliación y la multa como sanción durante el periodo 2000-2008.</p> <p>4.2. Cantidad de inasistencias por parte de las EMP a las audiencias de conciliación fijadas por la DDC cuyo resultado fue la no conciliación y la multa como sanción durante el periodo 2000-2008.</p> <p>4.3. Cantidad de cumplimientos por parte de las EMP denunciada ante la DDC y sancionada por la DAI de las pruebas solicitadas por la DDC durante el periodo 2000-2008.</p> <p>4.4. Cantidad de incumplimientos por parte de las EMP denunciada ante la DDC y sancionada por la DAI de las pruebas solicitadas por la DDC durante el periodo 2000-2008.</p>	

Disposición elaborada en la DAI		<p>4.5 Cumplimiento de medida cautelar de la EMP.</p> <p>4.6 Incumplimiento de medida cautelar por parte de la EMP.</p> <p>4.7 Descargo realizado por la EMP.</p>	<p>4.5. Cantidad de cumplimientos de medidas cautelares por parte de las EMP denunciadas ante la DDC y sancionadas por la DAI durante el periodo 2000-2008.</p> <p>4.6. Cantidad de incumplimientos de medidas cautelares por parte de las EMP denunciadas ante la DDC y sancionadas por la DAI durante el periodo 2000-2008.</p> <p>4.7. Cantidad de descargos realizados por parte de las EMP denunciadas ante la DDC y sancionadas por la DAI ante la DDC durante el periodo 2000-2008.</p>	Base de datos elaborada a partir de las disposiciones elaboradas en la DAI
	<p>5. Argumentos y fundamentos usados por las EMP durante las audiencias y/o en los descargos.</p>	<p>5.1 Argumentos expuestos por la EMP durante las audiencias.</p> <p>5.2. Argumentos expuestos por la EMP en los descargos.</p>	<p>5.1. Frecuencia de tipos de argumentos usados por las EMP denunciadas ante la DDC y sancionadas por la DAI en las audiencias durante el periodo 2000-2008</p> <p>5.2. Frecuencia de tipo de argumentos usados por las EMP denunciadas ante la DDC y sancionadas por la DAI en sus descargos durante el periodo 2000-2008.</p>	

<p>Disposición elaborada en la DAI</p>	<p>6.Procedimientos realizados por la DDC en torno a la denuncia.</p>	<p>6.1. Audiencias fijadas por las DDC.</p> <p>6.2. Audiencias realizadas por la DDC.</p> <p>6.3. Pedidos de prueba (pericial, documental o informativa) pedidos por la DDC a la EMP</p> <p>6.4. Pedidos de informes a organismos del Estado por parte de la DDC.</p> <p>6.5. Pedido de informe a la Superintendencia de Seguros de Salud.</p> <p>6.6. Dictado de medidas cautelares.</p> <p>7.1. Artículos de la Ley 24.240 por el cual se imputa a la EMP.</p>	<p>6.1. Cantidad de audiencias fijadas por la DDC sobre EMP cuyo resultado fue la no conciliación y la multa como sanción durante el periodo 2000-2008.</p> <p>6.2. Cantidad de audiencias realizadas por la DDC sobre EMP cuyo resultado fue la no conciliación y la multa como sanción durante el periodo 2000-2008.</p> <p>6.3. Cantidad de pruebas solicitadas a las EMP denunciadas ante la DDC y multadas por la DAI durante el periodo 2000-2008. Se considera el total de denuncias sobre EMP que no alcanzaron una conciliación y cuya sanción fue la multa.</p> <p>6.4. Cantidad de pedidos de pruebas a organismos del Estado por parte de la DDC durante el periodo 2000-2008. Se considera el total de denuncias sobre EMP que no alcanzaron una conciliación y cuya sanción fue la multa.</p> <p>6.5. Cantidad de pedidos de informe a la SSS por parte de la DDC durante el periodo 2000-2008. Se considera sobre el total de denuncias sobre EMP que no alcanzaron una conciliación y cuya sanción fue la multa.</p> <p>6.6. Cantidad de medidas cautelares dictadas a las EMP durante el periodo 2000-2008. Se considera sobre el total de denuncias sobre EMP que no alcanzaron una conciliación y cuya sanción fue la multa.</p> <p>7.1. Frecuencia de los artículos de la Ley 24.240 por los cuales se realizaron las imputaciones a las EMP por la DDC durante el</p>	<p>Base de datos elaborada a partir de las disposiciones elaboradas en la DAI</p>
--	---	--	--	---

Disposición elaborada en la DAI	7. Argumentos y fundamentos expuestos por la DDC para la elaboración de la imputación.	7.2. Normativa citada por la DDC para la realización de la imputación	<p>periodo 2000-2008. Se considera el total de denuncias sobre EMP que no alcanzaron una conciliación y cuya sanción fue la multa.</p> <p>7.2. Frecuencia de la normativa citada por la DDC en las imputaciones a las EMP durante el periodo 2000-2008. Se considera el total de denuncias sobre EMP que no alcanzaron una conciliación y cuya sanción fue la multa.</p>	Base de datos elaborada a partir de las disposiciones elaboradas en la DAI
	8 Argumentos y fundamentos expuestos por la DAI para la elaboración de la disposición.	<p>8.1. Normativa citada en la disposición por la DAI (Derecho Civil, Derecho Comercial, Constitución Nacional, Tratados Internacionales).</p> <p>8.2. Doctrina judicial citada por la DAI.</p> <p>8.3. Jurisprudencia citada por la DAI.</p> <p>8.4. Artículos de la Ley 24.240 por los cuales se sancionó a la EMP.</p> <p>8.5.1. Sanción-Multa en dinero</p> <p>8.5.2. Año de elaboración de la disposición</p>	<p>8.1. Frecuencia de la normativa citada por la DAI en las disposiciones sobre EMP durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.2. Frecuencia de la doctrina citada por la DAI en las disposiciones sobre EMP durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.3. Frecuencia de los fallos citados por la DAI en las imputaciones a las EMP durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.5. Frecuencia de los artículos de la Ley 24.240 por los cuales se sanciona a la EMP en las disposiciones durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.5. Frecuencia de los montos de las sanciones de las disposiciones sobre EMP por año. Periodo 2000-2008.</p>	

**Cuadro 10. Matriz de datos elaborada para el objetivo 5**

<b>Objetivo específico 5:</b> Analizar los laudos elaborados a partir de los reclamos iniciados por los usuarios de las EMP en el SNAC durante el periodo 2000-2008.				
<b>Unidad de análisis</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTE DE DATOS</b>
Laudos elaborados en el SNAC	1. Sexo	1.1. Femenino. 1.2. Masculino.	1.1. y 1.2. Frecuencia de los reclamantes por sexo durante el periodo 2000-2008. Se considera al total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.	Base de datos elaborada a partir de los laudos elaborados en el SNAC.
	2. Tipo de enfermedad por la cual se restringió o negó la prestación al afiliado.	2. Tipo de enfermedades registradas en los laudos sobre EMP	2. Frecuencia de tipos de enfermedades por las cuales se restringió o negó la prestación al afiliado. Se considera al total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.	
	3. Motivo del reclamo.	3.1. Motivo del reclamo registrado en el laudo sobre EMP.	3.1. Frecuencia de los motivos reclamados por los afiliados a las EMP ante el SNAC. Se considera al total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.	
		3.2. Situaciones relatadas por los reclamantes registradas en los laudos sobre EMP.	3.2. Relatos de los principales motivos reclamados por los afiliados registrados en los laudos sobre EMP durante el periodo 2000-2008.	
4. Relato de las acciones o inacciones de la EMP frente al hecho reclamado previa a la realización del mismo.	4.1. Acciones de la EMP reclamada previo a la realización del reclamo registrado en el laudo.	4.1. Principales acciones de la EMP respecto al problema que motivó el reclamo previo a realizarse manifestadas en los relatos por los afiliados registrados en los laudos realizados durante el periodo 2000-2008		

Laudo elaborado en el SNAC	5. Acciones de la EMP reclamada frente al reclamo presentado ante el SNAC.	<p>5.1. EMP adheridas al Sistema que asistieron a las audiencias.</p> <p>5.2. EMP no adheridas al SNAC que asistieron a las audiencias</p> <p>5.3. Asistencia de las EMP a las audiencias fijadas por el SNAC.</p> <p>5.4. Inasistencias de la EMP a las audiencias fijadas por el SNAC.</p>	<p>5.1 Cantidad de audiencias a las que asistieron EMP adheridas al SNAC durante el periodo 2000-2008.</p> <p>5.2. Cantidad de audiencias a las que asistieron EMP no adheridas al SNAC durante el periodo 2000-2008.</p> <p>5.3. Cantidad de asistencias de la EMP a las audiencias realizadas en el SNAC durante el periodo 2000-2008. Se considera al total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p> <p>5.4. Cantidad de inasistencias de la EMP a las audiencias realizadas en el SNAC durante el periodo 2000-2008. Se considera al total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p>	Base de datos elaborada a partir de los laudos elaborados en el SNAC.
	6. Argumentos y fundamentos de la EMP registrados en el laudo	6.1 Argumentaciones dados por la EMP que no acordar con el reclamante.	<p>6.1.1 Frecuencia argumentos dados por la EMP registrados en los laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p> <p>6.1.2. Principales argumentos dados por la EMP registrados en los laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p>	
	7. Acciones realizadas por las EMP una vez presentado el reclamo ante el SNAC	<p>7.1. Acuerdo de la EMP con la parte reclamante.</p> <p>7.2. Tipos de acuerdo alcanzado entre las partes sobre el tema reclamado.</p> <p>7.3. Negativa de la EMP a acordar con la parte reclamante.</p>	<p>7.1. Cantidad de acuerdos entre el afiliado y la EMP en el total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008 (laudo homologado).</p> <p>7.1. Frecuencia de los tipos de acuerdos alcanzados entre la EMP y el afiliado registrado en los laudos de EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p> <p>7.3. Cantidad de no acuerdos entre el afiliado y la EMP en el total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p>	

<p>Laudos elaborados en el SNAC</p>	<p>8. Resultados alcanzados en el SNAC en las audiencias sobre EMP</p>	<p>8.1 Laudo resueltos en audiencias conformadas por un Árbitro institucional (reclamos cuyos montos fueron de hasta \$500)</p> <p>8.2 Laudo resueltos en audiencias conformadas por un Tribunal (reclamos cuyos montos fueron por más de \$500)</p> <p>8.3. Laudos cuyos reclamos fueron rechazados por los árbitros (falta de pruebas o no observación de incumplimiento de la EMP de acuerdo a la normativa de defensa del Consumidor).</p> <p>8.4. Laudos en los que se hizo lugar parcial a los reclamos.</p> <p>8.5. Laudos en los que se hizo lugar en forma completa al reclamo.</p>	<p>8.1. Cantidad de laudos sobre EMP resueltos por los árbitros institucionales en el total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.2. Cantidad de laudos sobre EMP resueltos a partir de la conformación de un Tribunal en el total de laudos sobre EMP elaborados durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.3. Cantidad de rechazos por parte del Tribunal o el árbitro institucional al reclamo realizado por el afiliado de la EMP en el total de laudos elaborados durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.4. Cantidad de laudos sobre EMP en los cuales el Tribunal o el árbitro institucional hicieron lugar parcial al reclamo del afiliado durante el periodo 2000-2008.</p> <p>8.5. Cantidad de laudos sobre EMP en los cuales el Tribunal o el árbitro institucional hicieron lugar de forma completa al reclamo del afiliado durante el periodo 2000-2008.</p>	<p>Base de datos elaborada a partir de los laudos elaborados en el SNAC.</p>
-------------------------------------	--	--	--	--



<p>Laudos elaborados en el SNAC</p>	<p>9. Argumentos expuestos por los árbitros institucionales y árbitros sectoriales.</p>	<p>9.1. Tipo de resoluciones realizadas por el Árbitro o el Tribunal.</p> <p>9.2. Jurisprudencia citadas por los Árbitros.</p> <p>9.3. Doctrina jurídica citada por los Árbitros.</p> <p>9.4. Normativa citada por los Árbitros</p>	<p>9.1. Frecuencias del tipo de resoluciones elaboradas por el Tribunal o el árbitro institucional sobre el reclamo luego de no haberse alcanzado un acuerdo entre el afiliado y la EMP registrados en los laudos de EMP elaborados durante el periodo 2000-2008</p> <p>9.2. Frecuencia de los argumentos vinculados a doctrina jurídica planteados por los árbitros que elaboraron los laudos sobre EMP durante el periodo 2000-2008</p> <p>9.3. Frecuencia de argumentos vinculados a jurisprudencia planteados por los árbitros que elaboraron los laudos sobre EMP durante el periodo 2000-2008.</p> <p>9.4. Frecuencia de normativa citada por los árbitros que elaboraron los laudos sobre EMP durante el periodo 2000-2008.</p>	<p>Base de datos elaborada a partir de los laudos elaborados en el SNAC.</p>
-------------------------------------	---	---	--	--

## CAPÍTULO 5

### RESULTADOS

A continuación se exponen los principales resultados obtenidos a partir de los objetivos planteados en la investigación<sup>38</sup>. En este punto resulta necesario recordar los universos seleccionados. Las denuncias analizadas, como hemos definido en el apartado teórico-metodológico, se circunscriben a aquellas que fueron presentadas ante la SSDC. Sin embargo debemos tener presente que existen más de 200 oficinas de defensa del Consumidor en el país tanto provinciales como municipales en donde pueden realizarse denuncias (Ver apartado 1.3.2, p.18) así como asociaciones de consumidores en donde también pueden realizarse denuncias. En primer lugar se presentan los resultados cuantitativos a través de tablas y en segundo lugar se presentan los resultados cualitativos.

El primer objetivo de la investigación fue caracterizar las denuncias presentadas por los usuarios de las EMP ante la DDC durante el periodo 2000-2008. La denuncia es la presentación que el consumidor formula ante la DDC a partir de una presunta infracción a la normativa de defensa del consumidor<sup>39</sup>.

Durante el periodo 2000-2008 se presentaron 308 denuncias ante la DDC sobre EMP. La mayor cantidad de denuncias sobre EMP presentadas por los usuarios se concentraron en el periodo comprendido entre el año 2004 y 2008 observándose la mayor frecuencia en el año 2004 (25% del total). Por último se puede apreciar el creciente aumento de las denuncias sobre EMP del año 2003 al 2004.

---

<sup>38</sup> Tanto los nombres de las personas que realizaron las denuncias como los reclamos y las razones sociales de las EMP fueron reemplazadas en las citas por xxxx.

<sup>39</sup> Ver Circuito administrativo de la denuncia y Características del sistema de información de la SSDC en apartado 1.3 Descripción Institucional p.10, 12. y p.15. Ver Definición de términos en Cáp. 4. Marco Teórico-Metodológico.

**Cuadro 11. Frecuencia de las denuncias sobre EMP presentadas por los usuarios ante la DDC por año. Argentina, 2000-2008.**

Año de ingreso de la denuncia	n	%
2000	4	1,3
2001	9	2,9
2002	5	1,6
2003	14	4,5
2004	77	25
2005	56	18,2
2006	48	15,6
2007	39	12,7
2008	56	18,2
Total	308	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos de la DDC de la SSDC, 2011.

En relación a los motivos denunciados por los usuarios de EMP, se destaca que la mayor cantidad de denuncias se encuentra en la categoría “Falta de cobertura o cobertura incompleta” con un 56,5% del total. A su vez el segundo motivo más denunciado se refiere a “Aumento de cuota” con un 19,8%. Los motivos restantes no superan el 6% del total.

**Cuadro 12. Frecuencia de los motivos de las denuncias sobre EMP presentadas por los usuarios ante la DDC. Argentina, 2000-2008.**

Motivo de las denuncia	n	%
Falta o incompleta cobertura de prestación	174	56,5
Aumento de cuota	61	19,8
Negación de reintegros	17	5,5
Baja injustificada	13	4,2
Incumplimiento de Res. N° 56 y 60	6	1,9
Facturación incorrecta	4	1,3
Solicitud de cambio de plan	4	1,3
Incumplimiento de contrato	3	1
Pedido de afiliación	3	1
Incumplimiento de Res. N° 9 y 26	3	1
Otros	10	3,2
Sin dato	10	3,2
Total	308	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos de la DDC de la SSDC, Argentina.

El Cuadro 13 se conforma por las denuncias que fueron clasificadas bajo la categoría “Falta de cobertura o cobertura incompleta” y de las que a su vez se disponía de más información en la base de datos. Se observa que el 26,9% de los usuarios que denunciaron la “Falta o incompleta cobertura” era sobre la cobertura en medicamentos. En segundo lugar, se destaca la “Falta o incompleta cobertura en tratamientos”, con un 24,7%. Sólo con un 4% de diferencia se ubican las denuncias que se iniciaron por “Falta o incompleta cobertura en operaciones (20% del total).

**Cuadro 13. Frecuencia de los motivos de las denuncias sobre EMP iniciadas por falta de cobertura o cobertura incompleta de una prestación de salud presentadas por los usuarios ante la DDC Argentina, 2000-2008.**

Motivo de falta o incompleta cobertura de prestación	n	%
Falta o incompleta cobertura de medicamentos	25	26,9
Falta o incompleta cobertura de tratamiento	23	24,7
Falta o incompleta cobertura de operación	19	20,4
Falta o incompleta cobertura de embarazo y/o parto	8	8,6
Falta o incompleta cobertura de estudios	6	6,5
Falta o incompleta cobertura de insumos para operación	5	5,4
Falta o incompleta cobertura de prótesis, ortesis	3	3,2
Falta o incompleta cobertura de traslado	3	3,3
Falta o incompleta cobertura de consultas post-operatorio	1	1,1
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos de de la DDC de la SSDC, Argentina.

Al observar la distribución de las denuncias por motivos de incumplimiento por parte de las EMP de modo comparativo a lo largo del periodo 2000-2008, se desprende la mayor frecuencia de motivos denunciados en aquellos referidos a la “Falta o incompleta cobertura de la prestación” en todos los años bajo estudio, salvo en los años 2000 y 2002. En los años restantes la categoría mencionada es el principal motivo de incumplimiento alcanzando el 73% del total de los motivos de incumplimiento sobre EMP en el año 2006.

**Cuadro 14. Frecuencia de los motivos de denuncias sobre EMP presentadas por los usuarios ante la DDC por año. Argentina, 2000-2008.**

Motivo de la denuncia	Año de ingreso de la denuncia									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Falta o incompleta cobertura de prestación	0	2	3	5	36	40	35	20	33	174
Incumplimiento de contrato	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
Aumento de cuota	1	3	1	1	15	6	4	14	16	61
Incumplimiento de Res 56 y 60	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
Negación de reintegros	0	2	1	2	5	2	2	1	2	17
Facturación incorrecta	0	0	0	0	2	2	0	0	0	4
Baja injustificada	0	0	0	0	7	2	3	1	0	13
Pedido de afiliación	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3
Solicitud de cambio de plan	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
Incumplimiento de Res. 9 y 26	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Otros	1	2	0	0	3	1	1	1	1	10
Sin dato	2	0	0	0	5	0	2	1	0	10
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>77</b>	<b>56</b>	<b>48</b>	<b>39</b>	<b>56</b>	<b>308</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del SNAC de la SSDC, Argentina.

A continuación se expondrán los resultados relevados para el objetivo 2. En el mismo se planteó caracterizar los reclamos presentados por los usuarios de las empresas de medicina prepaga ante el SNAC durante el periodo 2000-2008. El reclamo es el requerimiento del consumidor de un arbitraje efectuado ante el SNAC por una presunta infracción a la normativa de defensa del consumidor<sup>40</sup>.

Durante el periodo 2000-2008 se presentaron 601 reclamos sobre EMP ante el SNAC. La mayor proporción de reclamos sobre EMP presentados por los usuarios durante el periodo en estudio se concentraron en el año 2004 (20,3% del total). Asimismo se encuentran los años 2001, 2008 y 2005 ocupando el segundo, tercer y cuarto lugar respectivamente con proporciones similares. Por último, se desprende de los datos que el año 2002 fue el año en el cual se presentaron menos reclamos sobre EMP en relación a los demás años que conforman el periodo de estudio (4,7% del total).

<sup>40</sup> Ver circuito administrativo del reclamo y Características del sistema de información de la SSDC apartado 1.3 Descripción Institucional p.15. Ver Definición de términos Cáp. 4. Marco Teórico-Metodológico.

**Cuadro 15. Frecuencia de los reclamos sobre EMP presentados ante el SNAC por año. Argentina 2000-2008.**

Año de ingreso del reclamo	n	%
2000	39	6,5
2001	81	13,5
2002	28	4,7
2003	47	7,8
2004	122	20,3
2005	78	13
2006	65	10,8
2007	62	10,3
2008	79	13,1
Total	601	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del SNAC de la SSDC, Argentina.

En relación a los motivos de los reclamos sobre EMP presentados ante el SNAC, se concentran en la categoría “incumplimiento de contrato” (35,1%). El segundo motivo más reclamado por los usuarios fue la “Falta o incompleta cobertura de prestación” (27%). En tercer y cuarto lugar, con una diferencia de más del 20% respecto al motivo que se encuentra en segundo lugar, se ubican los reclamos cuyo motivo fue “Facturación incorrecta” y los que se iniciaron por “Aumento de cuota”, con un 9, 8 y 9% respectivamente.

**Cuadro 16. Frecuencia de los motivos de reclamos sobre EMP presentados ante el SNAC, Argentina, período 2000-2008.**

Motivo del reclamo	n	%
Incumplimiento de contrato	211	35,1
Falta o incompleta cobertura de prestación	162	27
Facturación incorrecta	59	9,8
Aumento de cuota	54	9
Falta de información	36	6
Negación de reintegros	28	4,7
Baja injustificada	21	3,5
Otros	27	4,5
Sin dato	3	0,5
<b>Total</b>	<b>601</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del SNAC de la SSDC, Argentina.

En el Cuadro 17 se puede observar la existencia de proporciones similares en la distribución de los motivos reclamados a las EMP ante el SNAC respecto a la distribución observada en los valores totales de todo el periodo bajo estudio. Si bien hay variaciones en algunos años -como es el caso del año 2000 en el que la categoría “Incumplimiento de reintegros” ocupa el primer motivo de incumplimiento y en el año 2001 la categoría “Otros ocupa el primer lugar- en términos generales las categorías que ocupan el primer y segundo motivo más reclamado en el periodo bajo estudio se conforman por aquellas referidas a “Incumplimiento de contrato” y a “Falta o incompleta cobertura de prestación”.



**Cuadro 17. Frecuencia de los motivos de reclamo sobre EMP ante el SNAC, por año. Argentina. 2000 a 2008.**

Motivo del reclamo	Año de ingreso del reclamo								Total
	2000	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Incumplimiento de contrato	0	2	22	74	32	16	18	38	211
Falta o incompleta cobertura de prestación	9	34	11	18	24	31	16	14	162
Facturación incorrecta	0	0	4	7	4	9	13	17	59
Aumento de cuota	0	12	6	11	13	2	5	2	54
Falta de información	0	9	1	8	3	5	3	4	36
Incumplimiento de reintegros	28	0	0	0	0	0	0	0	28
Otros	0	23	1	1	0	0	1	0	27
Baja injustificada	0	0	2	3	2	2	6	4	21
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>80</b>	<b>47</b>	<b>122</b>	<b>78</b>	<b>65</b>	<b>62</b>	<b>79</b>	<b>598*</b>

\*El total de reclamos observados en el cuadro no coincide con el total de reclamos ingresos en el periodo debido a la no existencia de datos referidos a motivos de incumplimiento en tres de los casos que conforman el subuniverso de los reclamos bajo estudio.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del SNAC de la SSDC, Argentina.

Para el tercer objetivo nos planteamos caracterizar las consultas realizadas al 0800 del CAOC durante el periodo 2006-2008. Se considera consulta a la solicitud de asesoramiento formulada por el consumidor sobre una problemática de consumo y que se agota en la información requerida<sup>41</sup>.

En el Cuadro 18 se puede observar que los motivos más consultados sobre EMP a la línea 0800 de la SSDC se conforman en su mayoría por los referidos a “Información general” (37,5%). El segundo motivo más consultado en el periodo bajo estudio es el de “Aumento de cuota por razones no contractuales”, con una diferencia de casi el 10% respecto al motivo más reclamado. A su vez, otro motivo que conforma los tres más consultados es la “Falta de cobertura o cobertura incompleta de prácticas incluidas en el PMO” (12,4%).

<sup>41</sup>Ver Características del sistema de información de la SSDC apartado 1.3 Descripción Institucional. Ver Definición de términos Cáp. 4. Marco Teórico-Metodológico.

**Cuadro 18. Frecuencia de los motivos consultados sobre EMP al 0800 de la SSDC. Argentina, 2006-2008.**

Motivos consultados	Abs.	%
Información general (consultas por datos de oficinas de defensa del consumidor, u otros organismos)	3.767	37,5
Aumentos de cuotas por razones no contractuales	1.849	18,4
Falta de cobertura o cobertura incompleta prácticas incluidas en el PMO	1.242	12,4
Carencia, preexistencia o copagos que no corresponde	300	3,0
Incumplimiento de notificación (60 días)	283	2,8
Cobertura de % de medicamentos incorrecta	252	2,5
Incumplimiento prestaciones pacientes crónicos	199	2,0
Baja compulsiva / engañosa (edad-crónicas-seniles)	191	1,9
Incumplimiento de plan materno infantil	172	1,7
Sobrefacturación	183	1,8
Incumplimiento de cobertura de prótesis u ortesis	163	1,6
Incumplimiento cobertura oncológica	146	1,5
Incumplimiento promesas contractuales/publicitarias/promociones	122	1,2
Otros*	1.173	11,7
Total	10.042	100

\*En la categoría “Otros” se agrupan los motivos consultados sobre EMP al 0800 de la SSDC que no alcanzaron el 1,2% del total del periodo 2006-2008.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema de información del Centro de Atención y Orientación a Consumidores de la SSDC, 2010.

De los datos expuestos en los Cuadros 18, 19 y 20 se puede observar que los motivos más consultados sobre EMP al 0800 de la SSDC durante los años 2007, 2008 y en el periodo 2000-2008 el motivo referido a “Información general” fue el más consultado por los consumidores que requerían asesoramiento sobre EMP. Sólo en el año 2006 el más consultado fue “Aumento de cuota por razones no contractuales” con el 39,2% del total. Asimismo se puede destacar la persistencia en los diferentes años como segundo motivo más consultado sobre EMP el referido a “Aumento de cuota por razones no contractuales”, ocupando el motivo más consultado en el año 2006 (38%). Por otra parte, se desprende de los

datos expuestos que en el periodo analizado tanto el motivo “Aumento de cuota por razones no contractuales” junto con el motivo “Falta de cobertura o cobertura incompleta de prácticas incluidas en el PMO” conforman la mayor proporción de consultas realizadas al 0800 de la SSDC (2000-2008: 30,8%; 2006: 49,9%; 2007: 32,8; y 2008: 29,4%) luego de aquellas consultas que se refieren a “Información General”. Finalmente, se observa tanto en los diferentes años como en el periodo total que las categorías que se encuentran debajo de las mencionadas anteriormente no superan los dos dígitos del porcentaje total de las consultas realizadas.

**Cuadro 19. Frecuencia de los motivos consultados sobre EMP al 0800 de la SSDC. Argentina, 2006\*.**

Motivos consultados	n	%
Aumentos de cuotas por razones no contractuales	282	39,2
Falta de cobertura o cobertura incompleta prácticas incluidas en el PMO	77	10,7
Incumplimiento prestaciones pacientes crónicos	23	3,2
Baja compulsiva / engañosa (edad-crónicas-seniles)	22	3,1
Incumplimiento de cobertura de prótesis u ortesis	22	3,1
Incumplimiento cobertura oncológica	21	2,9
Carencia, preexistencia o copagos que no corresponde	18	2,5
Cobertura de % de medicamentos incorrecta	16	2,2
Incumplimiento de notificación (60 días)	16	2,2
Incumplimiento de plan materno infantil	13	1,8
Incumplimiento promesas contractuales/publicitarias/promociones	5	0,7
Sobrefacturación	4	0,6
Otros*	201	27,9
<b>Total</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>

\*En la categoría “Otros” se agrupan las categorías cuyos motivos de las consultas no alcanzan el 0,6% del total de consultas realizadas al 0800 de la SSDC durante el año 2006.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema de información del Centro de Atención y Orientación a Consumidores de la SSDC, Argentina.

**Cuadro 20. Frecuencia de motivos consultados sobre EMP al 0800 de la SSDC Argentina, 2007.**

Motivos consultados	n	%
Información general (consultas por datos de oficinas de defensa del consumidor, u otros organismos)	1667	35,5
Aumentos de cuotas por razones no contractuales	873	18,6
Falta de cobertura o cobertura incompleta prácticas incluidas en el PMO	652	13,9
Carencia, preexistencia o copagos que no corresponde	217	4,6
Incumplimiento de notificación (60 días)	197	4,2
Cobertura de % de medicamentos incorrecta	158	3,4
Incumplimiento prestaciones pacientes crónicos	120	2,6
Baja compulsiva / engañosa (edad-crónicas-seniles)	116	2,5
Incumplimiento de plan materno infantil	101	2,2
Incumplimiento de cobertura de prótesis u ortesis	97	2,1
Sobrefacturación	87	1,9
Incumplimiento cobertura oncológica	77	1,6
Incumplimiento promesas contractuales/publicitarias/promociones	36	0,8
Otros*	295	6,3
<b>Total</b>	<b>4693</b>	<b>100,0</b>

\*En la categoría Otros se agrupan los motivos de las consultas que no alcanzaron el 0,8% del total de consultas realizadas al 0800 de la SSDC durante el año 2007.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema de información del Centro de Atención y Orientación a Consumidores de la SSDC, Argentina.

**Cuadro 21. Frecuencia de motivos consultados sobre EMP al 0800 de la SSDC. Argentina, 2008.**

Motivos consultados	n	%
Información general (consultas por datos de oficinas de defensa del consumidor, u otros organismos)	2100	51,1
Aumentos de cuotas por razones no contractuales	694	16,9
Falta de cobertura o cobertura incompleta prácticas incluidas en el PMO	513	12,5
Sobrefacturación	92	2,2
Incumplimiento promesas contractuales/publicitarias/promociones	81	2,0
Cobertura de % de medicamentos incorrecta	78	1,9
Incumplimiento de notificación (60 días)	70	1,7
Carencia, preexistencia o copagos que no corresponde	65	1,6
Incumplimiento de plan materno infantil	58	1,4
Incumplimiento prestaciones pacientes crónicos	56	1,4
Baja compulsiva / engañosa (edad-crónicas-seniles)	53	1,3
Incumplimiento cobertura oncológica	48	1,2
Incumplimiento de cobertura de prótesis u ortesis	44	1,1
Otros*	158	3,8
<b>Total</b>	<b>4110</b>	<b>100,0</b>

\*En la categoría Otros se agrupan los motivos de las consultas que no alcanzaron el 1,1% del total de consultas realizadas al 0800 de la SSDC durante el año 2008.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del sistema de información del Centro de Atención y Orientación a Consumidores de la SSDC, Argentina.

Para la presentación de los resultados de los objetivos 4 y 5 se expondrán los mismos de acuerdo al orden de las variables, dimensiones e indicadores presentados en las matrices expuestas en el Capítulo 4. A continuación vamos a exponer los resultados obtenidos para el cuarto objetivo. En el mismo nos planteamos analizar las disposiciones elaboradas a partir de las denuncias iniciadas por los usuarios de las EMP en la DAI de la SSDC durante el periodo 2000-2008<sup>42</sup>.

<sup>42</sup>Ver funcionamiento de la DAI apartado 1.3 Descripción Institucional p. 12-13. Definición de la disposición apartado Teórico- Metodológico p. 65.

### **Características de los afiliados de la EMP que presentaron una denuncia ante la DDC**

La población se distribuye de modo equitativo entre la población femenina y masculina. En relación a las enfermedades padecidas por la población bajo estudio mencionadas en las disposiciones realizamos una clasificación de las mismas ajustándolas a los grupos de enfermedades definidos en la CIE-10 en los casos que fue posible (ver Anexo J: Resultados Objetivos 4; Variable 2). Cabe destacar que de aquellas disposiciones que fueron a partir de una denuncia por una restricción o negación de una prestación por una enfermedad del afiliado, el 37% (10 disposiciones) se conformaban por problemas vinculados a una enfermedad oncológica.

### **Acerca de los relatos de los afiliados registrados en las disposiciones sobre el hecho que motivó la denuncia**

Respecto a los motivos denunciados se observó que el 71% (32 referencias) de las denuncias estudiadas en las disposiciones se iniciaron a partir de incumplimientos de prestaciones establecidas en el PMO. En relación a las prestaciones incumplidas del PMO se encontraron incumplimientos vinculados a la no entrega de medicamentos<sup>43</sup>; falta de cobertura en operaciones -intervenciones quirúrgicas, operación de litiasis uretral, trasplante hepático, cirugía de ojos, entre otros-; falta de cobertura en internaciones -por Fibrocolonoscopia, Lupus, ACV, Pancreatitis, y Hemorragia vaginal-; y no autorizaciones para la realización de estudios o prácticas médicas -Centellograma óseo corporal total, medición de presión endocraneana, mastectomía, estudios para realizar operación, estudios para realizar pre-trasplante renal-. También se identificaron incumplimientos referidos a tratamientos no cubiertos. 3 referidos a afiliados que padecían enfermedades oncológicas; uno a un afiliado portador de HIV; otro a un menor con insuficiencia renal crónica terminal; y por ultimo, un recién nacido al que se le negó la cobertura de leche maternizada, vacunas y otros medicamentos establecidos en el Plan Materno Infantil.

---

<sup>43</sup> En 8 de los casos referidos a medicación para enfermedades oncológicas; en un caso referido a medicación para un portador de VIH; y en otro de los casos se refiere a leche medicalizada.

**Cuadro 22. Frecuencia de los motivos denunciados por los afiliados a las EMP sobre alguna prestación del PMO registrados en las disposiciones. Argentina, 2000-2008.**

Prestaciones del PMO incumplida por la EMP	n
Medicamentos	10
Operaciones	7
Estudios o prácticas médicas	5
Internaciones	5
Tratamientos	4
Plan Materno Infantil	1
Total	32

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos elaborada para el análisis de las disposiciones de la DAI, Argentina.

A continuación vamos a exponer los Incumplimientos de las EMP no referidos a las prestaciones establecidas en el PMO. Se hallaron otros incumplimientos por parte de las EMP a la normativa de defensa del consumidor no referidos a las prestaciones del PMO. Entre los mismos encontramos: aumentos de cuota no informados; aumentos de cuotas por aumentos de edad no establecidos en el contrato; negativa de la EMP a realizar operación en clínica por no encontrarse en la cartilla; dificultades para obtener medicamentos recetados y falta de atención en sanatorios que figuran en cartilla; cambio unilateral del plan contratado; baja compulsiva por preexistencias; no cobertura de traslado aéreo en vuelo sanitario; negativa a reintegrar gastos desembolsados por afiliado en sanatorio que figura en cartilla de EMP denunciada; negativa a reconocer antigüedad, cobertura de sepelio de cónyuge y negativa a entregar reglamento de la entidad.

**Cuadro 23. Frecuencia de los motivos denunciados por los afiliados a las EMP que no se refieren al PMO registrados en las disposiciones. Argentina, 2000-2008.**

Incumplimientos de las EMP a la normativa de defensa del Consumidor no establecidos en el PMO	n
No reintegro de prestaciones	4
Aumentos de cuota	3
Baja compulsiva	2
Cambio unilateral de las condiciones del contrato	1
Negativa al pedido de cambio de plan	1
Total	11

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos elaborada para el análisis de las disposiciones de la DAI, Argentina.

**Acciones de las EMP a partir de la denuncia presentada ante la DDC**

Respecto a las asistencia e inasistencias de las EMP ante las audiencias fijadas por la DDC, se observa que de las 76 audiencias realizadas, las EMP asistieron a 63 (86% del total). Mientras que a 13 de las audiencias las EMP denunciadas no asistieron.

En cuanto a las pruebas solicitadas por parte de la DDC a la EMP, sólo se encontraron 3 casos entre las disposiciones estudiadas en los cuales la DDC solicitó a la EMP pruebas de algún tipo. En los tres casos se solicitó la copia del contrato firmado entre la EMP y el/la afiliado/a. En un caso no se cumplió con el pedido y en los otros dos casos la EMP cumplió con el mismo.

En relación al nivel de cumplimiento de las medidas cautelares dictadas por la DDC por parte de las EMP denunciadas y sancionadas, el mismo fue total. Se dictaron cuatro medidas cautelares y en todos los casos las EMP cumplieron con las mismas. 35 de las EMP presentaron descargos (del total de los descargos realizados por las EMP en cinco de los mismos no se relata en la disposición el contenido de los mismos) luego de realizada la imputación por parte de la DDC, mientras que 10 no lo hicieron.



A continuación se expondrán los resultados cualitativos del objetivo 4. Para el procesamiento, exposición y análisis de los resultados referidos a los argumentos y fundamentos de las EMP y del Estado realizamos una categorización en función de cada dimensión de análisis y a partir de las categorizaciones realizamos tablas de frecuencias. A su vez para una mejor caracterización de los mismos agregamos extractos de citas registradas en las disposiciones que consideramos relevantes para una mejor comprensión de los resultados.

### **Argumentos y fundamentos expuestos por las EMP durante las audiencias y/o los descargos**

En primer lugar se encuentra que en 9 de las audiencias las EMP manifiestan haber negado la prestación o no realizado el reintegro por no estar en el PMO. Entre las argumentaciones mencionaron que la prestación denunciada era una práctica no nombrada. A modo de ejemplo citamos el siguiente extracto:

...manifestando la denunciante que “el Hospital xxxx le remitió una carta documento intimándola al pago de la suma de \$ 3.543, 74, [...] Asimismo la denunciada manifiesta que no le corresponde abonar dicho cargo por tratarse de una práctica no nombrada y que tal circunstancia le fue notificada al Hospital xxxx (Disposición N° 308/05,p. 2).

En 4 casos de los 9 que fundamentaron el rechazo a la imputación por no estar incluida la prestación en el PMO, se refirieron a medicamentos solicitados por los afiliados. Destacaron en los argumentos que las solicitudes no cumplían con los requisitos necesarios que las obligaran al otorgamiento de los mismos. A continuación transcribimos 2 citas que hacen referencia a dicha situación:

...el PMO establece que se debe responder cuando la droga o medicamento es específicamente oncológico, requisito que no reúne el medicamento peticionado por el Sr. xxxx y ello surge de los prospectos médicos agregados por el propio reclamante” (Disposición N° 604/04, p.2).

Sr. xxxx señala que la medicación ESTREPTOZOTOCINA es importada de EEUU; que no tiene alternativa de origen nacional, y que fue prescrita por la oncóloga perteneciente a la Prepaga- acompaña fotocopia de la prescripción médica. En representación de la denunciada el abogado xxxx informa que la cobertura de la medicación es negada porque no se encuentra en los protocolos oncológicos nacionales, anexo al Programa Médico Obligatorio (en adelante PMO) ni se encuentra previsto en el mencionado programa la provisión de drogas importadas como la reclamada en el caso (Disposición N° 1123/08, p. 1).

Un segundo argumento que se encontró expuesto por 6 de las EMP denunciadas se refirió a aquellas que aludieron a la responsabilidad del afiliado respecto a no haberse informado como correspondía. Responsabilidad que vincularon a que los mismos negaron haber sido informado de manera adecuada (3 referencias); o a los afiliados habían mentido respecto a la existencia de enfermedades denominadas “preexistentes” (3 referencias). A continuación citamos un extracto de una disposición referido a una enfermedad preexistente:

...La denunciada manifiesta que el denunciante omitió consignar en la declaración jurada suscripta al momento de la asociación, **la preexistencia de la enfermedad “artritis reumatoidea”**, y en respuesta, aquel expresa que ello fue informado verbalmente al vendedor como así también la medicación que estaba tomando, y solo consignó en la declaración dicha medicación, que solo es indicada para esa patología. (Disposición N° 713/05, p.2).

Un tercer argumento expuesto se refiere a las EMP que consideraron ya haber cumplido con el objeto que motivó la denuncia. También en 4 casos las EMP argumentaron el rechazo de la imputación invocando el principio “*non bis in idem*”<sup>44</sup> ya que la causa por la cual se las imputaba ya había sido iniciada en sede judicial declarando la inconstitucionalidad de la SSDC para intervenir. En un caso la EMP destacó que no le correspondía a la SSDC intervenir sino a la Oficina provincial de defensa del Consumidor manifestando la inconstitucionalidad de la audiencia. En 3 casos las EMP basaron su defensa en su figura de mutual o de asociación sin fines de lucro y por esa razón destacaron no estar obligadas a cumplir con el PMO. Un ejemplo a continuación:

.... En representación de la denunciada el Dr. xxxx manifiesta que sin perjuicio de concurrir a la audiencia a los fines de informarse respecto de la denuncia, entiende que la Secretaría no resulta competente para intervenir en la interpretación del contrato en cuestión, ya que las facultades están directamente establecidas en el Capítulo IX de la ley 24.240, requiere de la participación de las autoridades provinciales y concurrentemente de la Autoridad Nacional de Aplicación en cabeza de esta Dirección, no existiendo abierto un trámite ante la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Agricultura, Ganadería, Industria y Comercio de la Provincia de Santa Fe, resulta, a su entender, ese acto administrativo lesivo de la garantía constitucional del debido proceso. **Efectúa reserva de derechos de atacar por inconstitucionalidad este acto** (Disposición N° 429/04, p.2).

Otro argumento encontrado en la defensa de las EMP durante las audiencias se refiere a la libertad contractual y a la naturaleza comercial de la empresa (2 referencias). Por último

---

<sup>44</sup> Termino del derecho en latín que significa no por dos veces lo mismo. De acuerdo al derecho penal “impide castigar doblemente tanto en el ámbito de las sanciones penales como en el de las administrativas, y proscribire la compatibilidad entre penas y sanciones administrativas en aquellos casos en los que adecuadamente se constate que concurre ‘...la identidad de sujeto, hecho y fundamento...’ (<http://noticias.juridicas.com/articulos/65-Derecho%20Procesal%20Penal/200109-5551720810142621.html>).

se puede destacar que en 3 casos las EMP realizaron propuestas a los afiliados para dar cumplimiento con la prestación denunciada.

**Cuadro 24 .Frecuencia de los tipos de argumentos expuestos por las EMP durante la audiencia que fundamentan el rechazo de la imputación. Argentina, 2000-2008.**

Argumentos de las EMP	n
Prestación denunciada no establecida en el PMO	8
Responsabilización al afiliado por estar mal informado o haber ocultado enfermedad preexistente	6
Inconstitucionalidad por parte de la SSDC para intervenir	5
Ya haber cumplido con la irregularidad denunciada	3
La figura de mutual o asociación sin fines de lucro	3
Realizaron propuestas para alcanzar un acuerdo con el afiliado	3
Libertad contractual y naturaleza comercial de la empresa	2
Total	30

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos elaborada para el análisis de las disposiciones de la DAI, Argentina.

Al analizar los argumentos de la EMP expuestos en los descargos realizados podemos observar algunas regularidades. En cuanto a los argumentos jurídicos observados en los descargos encontramos que en 9 de los 30 descargos realizados por las EMP se hizo referencia al PMO. En todos los casos citaron al mismo para demostrar que las prestaciones denunciadas no se encontraban establecidas en el PMO. En 3 de los mismos en los que se mencionó el PMO, las EMP centraron su defensa en que las mismas eran asociaciones sin fines de lucro o mutuales; en otro caso la EMP enfatizó la naturaleza comercial de la misma y su desventaja respecto a las obras sociales. En 4 casos las EMP argumentaron que las prestaciones solicitadas por el afiliado en las respectivas denuncias no se encontraban en el PMO<sup>45</sup>.

En relación a la normativa de defensa del consumidor, se citó la Ley N° 24.240 en 6 oportunidades para destacar que no habían incumplido a la misma. Sobre las leyes que

<sup>45</sup> Las prestaciones negadas fueron un estudio en resonador abierto; provisión de leche medicalizada; y tratamiento, asistencia y medicamentos para paciente oncológico.

definen a los Agentes de Seguro de Salud -23.660 y 23.661-, en la mayoría de los casos, se registraron junto con la Ley N° 24.754<sup>46</sup>. En 6 de los descargos se encontraron las tres leyes y se observó que fueron utilizadas para destacar que las EMP no estaban incumpliendo la normativa así como para destacar las diferencias existentes entre las obras sociales y las EMP. Entre los tipos de argumentos identificados que mencionaron dicha normativa encontramos los siguientes: cuestionamiento a la constitucionalidad de la normativa por la cual se dispuso extender la aplicación del régimen de las obras sociales a las EMP (1 referencia); no reconocimiento como agentes de seguro de salud y por lo tanto no corresponderles la imputación (2 referencias); cuestionamiento a los cargos imputados por considerar que la norma no prohíbe a las empresas cobrar coseguros diferentes en el marco de los servicios médicos que ofrece a sus asociados (1 referencia); alusión dificultades económicas y que a pesar de ello había dado cumplimiento a las prestaciones de acuerdo a cómo se establecía (1 referencia); encontrarse en su derecho en rechazar la reincorporación del afiliado (1 referencia). Citamos a continuación un extracto de la disposición en la cual se expresa el descargo de la EMP en el que fundamenta el derecho a rechazar la solicitud de afiliación:

...Respecto de la falta de información adecuada, manifiesta que luego de siete años interrumpidos de adhesión indirecta a xxxx., el socio no puede alegar desconocimiento de las condiciones de prestación del mismo. Destaca que a cada nuevo socio le es entregada la cartilla con la nómina de prestadores y el respectivo reglamento de alcances y cobertura de servicio. Manifiesta que el cese de su asociación a xxxx se produce por comunicación fehaciente del empleador de xxxx en atención a la resolución de la relación laboral por acuerdo de las partes. Señala que finalizada la cobertura (tres meses después del distracto, de conformidad con el artículo 10 inc. a) de **la ley 23.660**) y ante la solicitud de asociación DIRECTA presentada por el denunciante, **la Auditoría Médica de su mandante desaconseja su incorporación como socio particular [...]** Entiende que las empresas comerciales de servicios de medicina prepaga no son beneficiarias de **ayuda de programas especiales APE a pesar de dar cumplimiento de lo normado en la ley 24654 y resoluciones 247/96, 939/2000 y 1/2001** respecto de sus asociados directos (Disposición N° 431/04).

Otro argumento registrado en los descargos de las EMP fue aquel referido a la naturaleza comercial de la EMP junto con el principio de autonomía o de la libertad para contratar y rescindir existente en los contratos (5 referencias). También se encontró junto con este argumento aquel que se refiere a la necesidad de haber tenido que aumentar la cuota con

<sup>46</sup> la misma extiende la obligatoriedad de las prestaciones que deben ser dadas por las obras sociales a las EMP.

la implementación del PMO y por los avances tecnológicos en la medicina. A continuación transcribimos dos citas referidas a los argumentos mencionados:

...donde en primer lugar describe algunas de las características del contrato de medicina prepaga y **su diferencia con las obras sociales señalando**, a su entender, **que adhesión a ese sistema revelaría la presencia del principio de la autonomía de la voluntad**, sosteniendo que ello sucedió con la afiliación de xxxx indicando luego los antecedentes que llegaron a excluir de la cobertura por la cirrosis hepática que padecía el nombrado y forma en que aceptan ampliar a esa patología la cobertura por esa enfermedad, que se dice haber realizado **“por razones humanitarias”**, como arguye también respecto al trasplante hepático...(Registro 15) (Disposición N° 360/05)

...Argumenta finalmente que **“...los socios poseen la facultad de rescindir el contrato sin aceptar las modificaciones** que xxxx legítimamente introdujo, optando por la cobertura de otra empresa de medicina prepaga de considerárselo conveniente. En nada afecta esta facultad la forma en que se comunicó el aumento”. Ofrece prueba documental Plantea reserva del caso federal. A fs 6/32 acompaña documentación (Disposición N° 407/04).

Asimismo también se encontraron descargos que negaron la imputación debido a que afirmaban haber cumplido con el hecho que motivó la denuncia (4 referencias). Entre las razones por las cuales manifestaron haber cumplido con la denuncia las EMP argumentaron: haber cumplido con la medida cautelar; la existencia de un acuerdo conciliatorio por el asunto denunciado en la DDC que la EMP cumplió; que la EMP cumplió con el reintegro denunciado; y la existencia de un acuerdo conciliatorio por el asunto denunciado en sede judicial. En un caso el rechazo de la imputación por parte de las EMP se centra en la existencia de una acción judicial en trámite por la misma causa denunciada en la DDC por la cual se la imputa.

Otro aspecto que se destacó de modo recurrente en los descargos fue el énfasis en la responsabilización hacia los afiliados. Los argumentos que hacen referencia a esta cuestión se pueden agrupar en tres tipos: aquellos que cuestionaron que el afiliado no haya sido realmente informado o que desconociera las prestaciones incluidas en los planes contratados (7 referencias); aquellos que se refieren al afiliado como un “gran consumidor” o a que se “encaprichó” y desconoció el alcance del plan contratado; aquellos en los que se destacó la mala fe por parte del afiliado por haber ocultado información sobre las denominadas enfermedades preexistentes al momento de realizar la declaración jurada para afiliarse a la EMP (3 referencias).

...negando todos y cada uno de los hechos invocados, reconociendo la existencia de un descuento del 75% en medicamentos para los afiliados al Plan contratado por el denunciante y manifestando que, si en algún momento el descuento se redujo al 50% se debió a que los medicamentos prescritos **no se encontraban incluidos en el vademécum o no fueron solicitados con las recetas correspondientes o en las farmacias adheridas**. Que, según el apoderado de la sumariada el beneficio mencionado (75% de descuento en la compra de medicamentos), nunca fue limitado, restringido y/o cercenado **pese a tratarse, el denunciante, de un “GRAN CONSUMIDOR DE MEDICAMENTOS”** (Disposición N° 741/01).

**...y que el paciente no había comprado el módulo especial de obstetricia que le otorga cobertura en cualquier sanatorio que ella elija, se le manifestó —según sus dichos — lo referido y que conforme lo establece el PMO la cobertura obligatoria [...].** Continua diciendo que el plan de la Sra. xxxx resulta ser un plan cerrado, sin reintegro y **a fin de evitarle gastos innecesarios y erogaciones que se aclaró —siempre según sus dichos- no le iban a ser cubiertas por no estar contempladas en ese plan[...]** Se encaprichó en quedarse en dicha clínica...y en forma arbitraria y unilateral a su voluntad y amplia libertad pretendió que xxxx cubriera el PMO y la patología”, insistiendo la sumariada que no se trataba de una emergencia (Disposición N° 507/01).

---

**Cuadro 25 .Frecuencia de los tipos de argumentos expuestos por las EMP en los descargos. Argentina, 2000-2008.**

---

Argumentos de las EMP	n
Prestación denunciada no establecida en el PMO	9
Mención a la Ley 24.240, 24.754,23.660 y 23.661	6
Responsabilización al afiliado por estar mal informado o haber ocultado enfermedad preexistente	6
Principio de autonomía y/o de libertad contractual	5
Ya haber cumplido con la irregularidad denunciada	4
Inconstitucionalidad de la SSDC para intervenir en la problemática denunciada	1
Total	31

---

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos elaborada para el análisis de las disposiciones de la DAI, Argentina.

---

Se puede advertir en los resultados expuestos para las dos dimensiones referidas a los argumentos de las EMP que hay una recurrencia en los tipos de argumentos manifestados por las EMP tanto en las audiencias como en los descargos.

### **Procedimientos realizados por la DDC en torno a la denuncia**

Respecto a las audiencias fijadas por la DDC sobre el total de denuncias realizadas por los afiliados de EMP que no obtuvieron una resolución en las audiencias de conciliación y cuyas denuncias fueron sancionadas por la DAI durante el periodo 2000-2008, se observó que la DDC fijo 85 audiencias, variando entre 1 y 6 audiencias fijadas por denuncia realizada. La cantidad de audiencias realizadas fue de 76. En 3 casos la DDC realizó pedidos de prueba a las EMP para poder tener mayor documentación e información antes de realizar la imputación. En cuanto a la solicitud de informes a otros organismos se encuentra que predominan los pedidos de informe a la Superintendencia de Servicios de Salud, los mismos alcanzan los 19 pedidos. En un caso se pidió informe a un Juzgado Civil. En 3 oportunidades se pidió informes de historias clínicas a los respectivos médicos tratantes de los denunciados. A su vez encontramos que en 2 ocasiones se dictaron medidas cautelares.

### **Argumentos y fundamentos expuestos por la DDC para la elaboración de la imputación**

En relación a la normativa citada en las imputaciones respecto a los artículos de la Ley 24.240, encontramos que se imputó en primer lugar por el artículo 19 (40 menciones); luego con 8 menciones se imputó a las EMP por el artículo 4; y en tercer lugar, por los artículos 8 y 7 (ambos en dos oportunidades). En un caso se imputó por el artículo 5. En 3 oportunidades se imputó por 3 artículos - artículos 4, 7 y 19; artículos 4,5 y 19; y artículos 7,8 y 19-. Por último en 2 casos se imputó por los artículos 4 y 19.

**Cuadro 26. Frecuencia de art. de la Ley 24.240 mencionados en las imputaciones de las disposiciones sobre EMP sancionadas con multa. 2000-2008.**

Artículos de la Ley 24.240 imputados	n
19	40
4	8
8	2
7	2
5	1
Total	53

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos elaborada con las disposiciones de la DAI. 2000-2008

El artículo 19 hace referencia a las modalidades en que se realiza la prestación de los servicios en términos de plazos, condiciones en los que se ofreció, publicó o contrató. El artículo 4 hace referencia a cómo los que fabrican, distribuyen o comercializan productos o servicios deben dar la información a los consumidores y usuarios “deben suministrar a los consumidores o usuarios, en forma cierta y objetiva, información veraz, detallada, eficaz y suficiente sobre las características esenciales de los mismos (Ley 24.240, art.4, 1994) A su vez el artículo 7 hace referencia a la oferta estableciendo que las mismas deben “contener la fecha precisa de comienzo y de finalización, así como también sus modalidades, condiciones o limitaciones” (Ley 24.240, art.7,1994). El artículo 8 plantea aspectos vinculados a los efectos de la publicidad y el 5 a las condiciones en que deben ser prestadas y suministrados las cosas y servicios para que no presten peligro a la salud de los consumidores.

En cuanto a otro tipo de normativa citada en las imputaciones encontramos al PMO, citado en 22 imputaciones; la Ley 24.754 en 21 de las mismas; y la Ley 24.901 de Discapacidad en 3 oportunidades.

### **Argumentos expuestos por la DAI para la elaboración de las disposiciones**

En relación a la normativa citada por la DAI para la elaboración de la disposición se destaca la referencia al PMO (30 referencias) y a la Leyes 24.754, 23.660 y 23.661 que fueron citadas de forma conjunta (30 referencias). También se hallaron referencias a los artículos 1.143 (11 referencias), 1.197 (5 referencias) y 1.198(6 referencias) del Código Civil. A continuación citamos un extracto de una disposición en la que se cita los tres artículos del Código Civil:

...Que, en efecto, se ha sostenido en los estrados judiciales “la exigencia de contar con el acuerdo de ambas partes para alterar los elementos esenciales de la relación jurídica, esto es, el precio de la prestación médica y las condiciones previstas para la prestación del servicio (art. 1137 1197 C.C.) toda vez que un proceder contrario sería incompatible con la exigencia de buena fé en la ejecución de los contratos [...] que impone el equilibrio de las prestaciones entre las partes durante la vigencia del vínculo (art. 1198 CC)” (Disposición N° 171/2006).

Otra normativa utilizada por la DAI para la elaboración de las disposiciones sobre EMP fue la referida a los Tratados Internacionales (11 disposiciones). Dicha cita se encontró redactada de la siguiente manera en todos los casos:



...Que el incumplimiento del servicio de medicina prepaga, bajo las circunstancias descriptas, resultan incompatibles con el derecho a la vida, a la preservación de la salud y a la protección de los intereses económicos de los consumidores, reconocido por la constitución Nacional y los Tratados Internacionales de jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 C.N.)

En relación a las citas sobre doctrina jurídica es posible encontrar recurrencias en relación a los autores y fallos más citados en las disposiciones. En primer lugar encontramos en 18 disposiciones la referencia al libro de Farina “Defensa del Consumidor y Usuario”<sup>47</sup> en relación a la regla “in dubio pro consumidor”. La segunda cita de doctrina jurídica que apareció con mayor frecuencia en las disposiciones fue la referida a las características del contrato de una empresa de medicina prepaga que realiza Lorenzetti en el libro “La empresa médica” (17 referencias). En tercer lugar encontramos la cita sobre las características del contrato de adhesión del libro “La teoría General del contrato y del consumidor contratante” de J. L. Stratta. Dicha cita aparece en todas las disposiciones junto con un extracto de un fallo que hace referencia a los contratos de adhesión y junto con la mención al artículo 1.197 (8 referencias). También en 3 disposiciones aparece citado el libro “Defensa del Consumidor” de Mosset Iturraspe Jorge, Lorenzetti Ricardo, en el cual explicitan por qué la publicidad es parte del contenido del contrato. Por último se encontró la cita del libro de Sagues, “Elementos de Derecho constitucional para aludir a la importancia del bien tutelado que tiene a cargo la empresa prepaga.

Por último resulta relevante destacar los argumentos referidos a aquellas disposiciones en las cuales las EMP habían negado su cobertura argumentando que los afiliados habían ocultado información sobre enfermedades denominadas preexistentes. En ambas se cita doctrina jurídica. Al respecto la DAI en 2 oportunidades realizó la siguiente fundamentación:

En ambas disposiciones realizó una definición de lo que se entiende como enfermedad preexistente:

Que una “enfermedad preexistente” es aquella que se manifiesta en el afiliado al momento de su ingreso: ya sea que la enfermedad fue diagnosticada o tratada, o el paciente sufre de un dolor o tiene signos de dolencia. Que si bien existe un deber de informar del futuro afiliado sobre la existencia de dolencias y/o enfermedades que tuvo o tiene al momento de contratar, dicha obligación de informar lo es sólo respecto de lo conocido y relevante. Que en consecuencia, resulta importante analizar la relevancia o influencia de la enfermedad preexistente en la salud integral de la persona o la real entidad de la misma y la escasa influencia en la ecuación económica (Disposición N° 995/05; Disposición N° 502/05).

Por último se cita doctrina jurídica relacionada a las enfermedades preexistentes en las que se hace mención a la noción de equilibrio contractual:

...Que al respecto, Lorenzetti señala que las circunstancias referidas al interés asegurable deben ser no sólo conocidas sino suficientemente relevantes — en el sentido del impacto en el equilibrio contractual (Lorenzetti, La empresa médica, 1998, p. 151) (Disposición N° 995/05; Disposición N° 502/05)

También se hace hincapié en la responsabilidad de la empresa a tomar las medidas necesarias para saber si el futuro afiliado padece de una enfermedad preexistente

...Que, la doctrina sostiene que la detección de la preexistencia de una enfermedad o dolencia debe estar a cargo exclusivo de la empresa a través del examen previo al ingreso, y su inobservancia obsta a considerar a una enfermedad como preexistente o crónica. Entiende que resulta una carga imprescindible de pretender ampararse en una cláusula de preexistencia, cuya no realización trae como consecuencia la asunción de los riesgos inherentes a la omisión. ( Cfr. GHERSI, CARLOS A, WEINGARTEN CELIA E IPPOLITO SILVIA” CONTRATO DE MEDICINA PREPAGA” 1999, Ed. Astrea, Pág. 128).En el mismo sentido, Lorenzetti sostiene que la empresa tiene la carga de establecer la existencia de una enfermedad determinada o la exclusión de otra a través del examen médico de ingreso y la declaración jurada del beneficiario (Cfr. obra ya citada de este autor) (Disposición N° 995/05; Disposición N° 502/05)

Por otra parte, también encontramos fallos citados por la DAI que aluden a doctrina jurídica. Uno de los fallos que aparece citado en 17 disposiciones por la DAI es el fallo que se origina por la presentación de un recurso extraordinario por parte de un afiliado a una EMP, Omint S.A., que ante la pérdida del empleo solicitó el mantenimiento de la cobertura médica haciéndose cargo personalmente del costo del servicio. El afiliado era portador de HIV/SIDA y por ese motivo la empresa se rehusó a aceptar la solicitud. El mismo es citado para fundamentar la particularidad de la entidad del bien con el que trabajan las EMP

...En el caso en análisis, se trata de una entidad de medicina prepaga que tiene a su cargo una función social trascendental que está por encima de toda cuestión comercial, considerando por sobre todo los delicados intereses en juego: integridad psicofísica, salud y vida de las personas (**conf. “ECHEVERRI, ROBERTO E c/ ONMIT S.A.”dictamen del Procurador General de la Nación del 17 de diciembre de 1999, decisión de la Corte Suprema de Justicia 13 de marzo de 2011).**

En relación a los artículos por los que se sancionó a las EMP denunciadas, se encuentra en primer lugar el artículo 19 de la Ley, 24240 (34 disposiciones); luego el artículo 4 (5 disposiciones); en 3 disposiciones por los artículos 4 y 19; en una de las mismas por el artículo 46; y sólo en una oportunidad por los artículos 7, 8 y 19 y por los artículos 8 y 19.

**Cuadro 27. Frecuencia de los artículos de la Ley 24.240 por los cuales se sancionó a las EMP. Argentina, 2000-2008.**

Artículos de la Ley 24.240 por los cuales se sancionó a las EMP	N
19	34
4	5
4 y 19	3
46	1
7,8 y 19	1
8 y 19	1
Total	45

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos elaborada para el análisis de las disposiciones de la DAI, Argentina.

**Sanción-Multa en dinero y Año de elaboración de la disposición**

En relación a los montos de las multas con las que se sancionó a las EMP durante el periodo 2000-2008 se observa que las mismas variaron en un rango que fue de los \$1,000 a 200,000. Siendo la moda \$15,000 (7 disposiciones). En un solo caso la multa alcanzó el monto mayor por el cual se puede multar que es de \$200,000. El 82% de las multas se encuentra entre los \$ 1,000 y 15,000. Por último podemos observar que entre el año 2004 y 2005 se concentran la mayor cantidad de disposiciones sobre EMP iniciadas por un afiliado de la EMP y sancionadas con multa (64% de las disposiciones). Si sumamos los montos del total de las multas el mismo alcanzó los \$773,000. Debemos recordar que no están consideradas las multas que se han realizado a partir de los expedientes de EMP por incumplimiento a la normativa que fueron iniciados de oficio por la autoridad de aplicación.

**Cuadro 28. Multas elaboradas en la DAI a las EMP por año. Periodo 2000-2008.**

Multa	AÑO							Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2008	
1,000	1	0	1	1	0	0	0	3
1,500	0	0	0	2	0	0	0	2
2,000	0	0	0	4	1	0	0	5
3,000	0	1	0	1	1	1	0	4
4,000	0	0	0	0	1	0	0	1
5,000	1	0	0	3	1	0	0	5
6,000	0	0	1	0	0	0	0	1
7,000	0	0	0	1	0	0	0	1
8,000	0	0	0	1	1	0	0	2
10,000	1	0	0	1	1	1	0	4
15,000	0	0	1	1	3	2	0	7
20,000	0	0	1	0	0	1	0	2
25,000	0	0	0	0	2	0	0	2
30,000	0	0	0	0	1	0	0	1
40,000	0	0	0	0	1	0	0	1
50,000	0	0	1	0	0	0	0	1
60,000	0	0	0	0	0	0	2	2
200,000	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	3	1	5	15	14	5	2	45

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos elaborada para el análisis de las disposiciones de la DAI, Argentina.

Consideramos relevante citar a continuación el caso en el cual se sancionó con la multa de mayor valor que es de \$200,000. Dicha disposición se realizó a partir de la denuncia ante el incumplimiento de prestaciones de diferente índole a un menor que padecía distintas malformaciones, entre ellas “insuficiencia renal crónica terminal” síndrome oto- palato- digital; fonoaudiología; “hipoacusia severa”:

... donde la firmante xxxx formula su queja contra la entidad citada en el VISTO por la falta de cobertura médica al hijo de la nombrada, xxxx de dos años de edad, indicando que dicho menor padece distintas malformaciones, entre ellas “insuficiencia renal crónica terminal” síndrome oto- palato- digital; fonoaudiología; “hipoacusia severa” por lo cual necesitaría distintas cirugías. Agrega que el menor es socio del Plan xxxx, y que la auditoría de aquel le cubre” solo alguna medicación, y un pequeño porcentaje de audífonos que le fueron recetados. Indica que se alimenta únicamente por una sonda transpilórica con bomba de infusión, y la leche que consume es “NAN 1”, obteniendo solo un reintegro del 50%, encontrándose bajo un tratamiento de diálisis en su domicilio. Finaliza manifestando que durante el embarazo se le hizo un diagnóstico de dígamonios progresivo y severo, se realizó una intervención intrauterina y el Plan de Salud lo autoriza, con investigación y docencia, haciéndose responsable por lo que pudiera suceder, y no obstante estar en conocimiento de tales antecedentes, permiten el nacimiento, dando a entender que le corresponde una cobertura del 100%. (Disposición 319/05).

A continuación vamos a exponer los principales resultados hallados para el quinto objetivo propuesto para la investigación<sup>48 49</sup>.

### **Características de los afiliados de la EMP que presentaron una reclamo ante el SNAC**

Se observó que de los 60 laudos estudiados el 53% de los mismos fue iniciado por reclamos de mujeres; el 36% por hombres y el 10% fue iniciado conjuntamente por la pareja a partir de un problema de ambos con relación a la EMP. Respecto a los problemas que motivaron los reclamos es posible distinguir aquellos que se iniciaron a partir de una restricción o negativa de prestación respecto a la existencia de una enfermedad del afiliado de aquellos que corresponden a otras causas (aumentos de cuota, cambio unilateral en las condiciones del contrato, entre otras)<sup>50</sup>. Respecto a los que se iniciaron a partir de una negación o restricción de una cobertura de una enfermedad del afiliado identificamos diferentes enfermedades tales como Diabetes, ACV, Hepatitis autoinmune, Hepatitis C, entre otras. Las mismas por el modo en que se encuentran definidas en los laudos no pueden ser clasificadas de acuerdo a la CIE-10. De todos modos en el Anexo K: Resultados Objetivo 5 realizamos una aproximación a la clasificación mencionada.

### **Relato de la situación que motivó el reclamo**

---

<sup>48</sup> Analizar los laudos elaborados a partir de los reclamos iniciados por los usuarios de las EMP en el SNAC durante el periodo 2000-2008 (Ver funcionamiento del SNAC apartado 1.3 Descripción Institucional p. 14-15. Definición del laudo apartado Teórico- Metodológico p.65).

<sup>49</sup> Es preciso aclarar que los números con los cuales se identificó a los laudos refieren a los asignados en la elaboración de la base de datos para el estudio y no a los números asignados por el SNAC al momento de archivar los mismos. Se eligió este tipo de identificación debido a que el registro dado por el SNAC en varios casos no se pudo identificar claramente en los documentos fotocopiados.

<sup>50</sup> Del total de laudos analizados, en 47 de los mismos se menciona el motivo reclamado y en los 13 restantes no se registró en el laudo el motivo que generó el reclamo.

Entre los principales motivos reclamados encontramos la falta de reintegro por algún tipo de prestación (34%). Entre las prestaciones por las que se reclamó el reintegro de montos se encuentran operaciones quirúrgicas, operaciones de urgencia, de medicación para pacientes con diabetes, prótesis, by pass, atención domiciliaria, entre las más destacadas. El segundo motivo más reclamado fue la negativa de la EMP a realizar la cobertura parcial o total de prestaciones médicas, con un 21%. Entre las mismas encontramos la negativa a cubrir: materiales requeridos para operación, medicamentos, operaciones, tratamiento por Hepatitis C, cartuchos de insulina, entre otras. Luego con menos del 15% del total se encuentran los motivos referidos a aumentos de cuota, baja compulsiva del afiliado por parte de la EMP, negativa a realizar autorizaciones para estudios o prácticas y el cobro incorrecto por parte de la EMP

**Cuadro 29. Distribución de los motivos reclamados y laudados sobre EMP en el SNAC. Argentina, 2000-2008.**

Motivos reclamados	n	%
Falta de reintegro por prestación	16	34
Falta o limitada cobertura de prestaciones médicas	10	21
Aumento de cuota	7	15
Baja compulsiva	6	13
Reclamo de deuda desconocida por afiliado	3	6
Negativa a autorizar práctica o estudios	3	6
Negativa a mantener plan contratado	1	2
Cobro incorrecto	1	2
Total	47	100

Elaboración propia a partir de los laudos elaborados en el SNAC. 2011

En relación a aquellas situaciones reclamadas a partir de la falta de reintegro de algún tipo de prestación médica identificamos entre las situaciones más relevantes la que se cita a continuación:

...La reclamante en el relato de los hechos que cuestiona menciona que: El día 6 de Noviembre de 2003 llegó de urgencia a la Clínica y Maternidad xxxx, en el cual le informaron que debía permanecer internada. Que al no tener familiares en esta ciudad porque solamente estaba de paso por cuestiones de trabajo, llamó a una persona para que le alcanzara la suma de \$ 200,00 que le habían solicitado para que pudiera permanecer en ese lugar internada, como así también, firmó ella misma los papeles que le dieron y que no pudo leer. Que al día siguiente el infectólogo ordena una serie de estudios informándole que posiblemente el diagnóstico posible sería Leptospirosis y que debía esperar los resultados [...]. Que del día 7 al 10 de Noviembre ninguna persona le avisó del estado de su cuenta, creyendo que cualquier gasto adicional sería retenido de la suma abonada al momento de quedar internada (\$200), o le preguntarían ya que además posee otra cobertura que podría utilizarla segura de no tener que abonar suma alguna [...] le informan que debía abonar los materiales descartables (Laudo N° 27, p. 1-2).

Por otra parte, respecto a aquellas situaciones reclamadas a partir de la falta o limitada cobertura y el no reconocimiento del plan contratado encontramos un caso en el que se observan los dos incumplimientos por parte de la EMP. El reclamo que se cita a continuación es iniciado por un afiliado de 60 años que sufrió un Accidente cerebro vascular y que padecía diabetes. El mismo decidió darle de baja a su grupo familiar y mantener sólo él el contrato con la EMP debido a sus problemas de salud. Manifestó que no le fue suministrada la medicación necesaria para la diabetes y que tuvo que pagar copagos por prestaciones que antes no debía hacerlo sin previo aviso por parte de la EMP. A continuación se cita un extracto citado en el laudo de la nota que el afiliado envió a la EMP:

..."Estoy adherido a xxxx, y en Septiembre de 2002 sufrí un accidente cerebrovascular con la consecuencia inmediata de tener un cuadro de hemiplegia del lado derecho [...], no obstante debido al estado de mi salud opté por continuar con mi cobertura en forma individual informándole a Ud. que por mi grupo familiar yo abonaba la suma de \$ 350,75 pasándome a cobrar de enero del 2003 en adelante por mi persona \$ 177,01, pese a reiterados reclamos que aclaraban el origen de dicha cuota nunca me fue cumplimentado [...] Tengo 60 años de edad y se agregó una afección cardíaca determinando una cirugía (by pass) que se está programando para el mes próximo y encontrándome con la sorpresa que a cada lugar que concurro o estudio que me haga me cobran un coseguro de \$ 5 o \$ 10 ... .lamentablemente a este cuadro de situación se agrega que soy diabético y que en ningún momento - me fueron suministrados medicamentos e implementos que por Ley Nacional estoy amparado ... " (Laudo N° 26, p. 1-2)

Respecto a aquellos reclamos de afiliados que manifestaron haber sido dados de baja a él o a algún integrante de su grupo familiar de modo unilateral por parte de la EMP encontramos los siguientes casos: el de un menor que se le descubrió Hepatitis autoinmune siendo ya afiliado a la EMP; el de un hombre mayor que padecía hacía quince años de gota y de Hipertensión arterial; y el caso de un menor al que se le detectó Motoneurona progresiva. En los 3 casos restantes no se menciona en el laudo la enfermedad padecida por el afiliado u

otra circunstancia que haya fundamentado la EMP para rescindir el contrato de manera unilateral.

...Que han sido consentidas por la reclamada las afirmaciones del xxxx en cuanto sostuvo que la afiliación de su grupo familiar a xxxx., se originó como consecuencia de una propuesta que la empresa le formulara a su familia en razón de circunstancias particulares.[...] se encuentra agregada la carta documento enviada con fecha 28 de noviembre de 2.000 por la reclamada a la Sra. xxxx comunicando que se dejaba sin efecto la incorporación de su marido, el Sr. xxxx, **en razón de haber tomado conocimiento de la preexistencia de patologías no declaradas en la solicitud de afiliación. Que en dicha carta documento se le informa que se ha comunicado a los prestadores de la empresa la baja del servicio del Sr. xxxx, solicitando por tanto la devolución de la credencial N° xxxx.** Que en virtud de la mencionada carta documento, la reclamante contesta negando que tanto ella como su marido hayan tenido conocimiento de la existencia de enfermedad alguna previa a la afiliación. Que la reclamante manifiesta en la referida Carta documento, aparentemente sin tener conocimiento de las patologías invocadas por la empresa, que la enfermedad habría sido descubierta en el momento en que el médico especialista revisara al Sr. xxxx. Continúa diciendo que el especialista diagnosticó que el reclamante padecía una afección cardíaca perfectamente tratable que no se habría manifestado antes en la salud del Sr. Esposito, tornándose imposible su detección con anterioridad a la fecha en que la misma fue descubierta. (Laudo N° 5)

### **Acciones o inacciones de la EMP frente al hecho reclamado**

En ningún caso la EMP intentó resolver previamente a la realización de los reclamos el problema manifestado por el reclamante. En todos los casos los afiliados se comunicaron por alguna vía -carta documento, telefónicamente, nota o de modo presencial- ante la empresa para plantear el problema existente sin obtener ninguna respuesta satisfactoria a su problema.

Entre las acciones que consideramos más relevantes sobre las acciones de las EMP previa a la realización del reclamo consideramos aquellas manifestadas por los afiliados a los que la EMP dio de baja de manera compulsiva. Uno de los casos iniciados a partir de una baja compulsiva se originó a partir de la detección de una enfermedad preexistente (Hepatitis autoinmune) de una menor. La EMP obligó a la madre al cambio de un plan de mayor costo. Ante el atraso del pago de la cuota se le dio de baja sin previo aviso a pesar de la voluntad por parte de la afiliada de querer saldar la deuda. Otro de los casos en que se realizó una baja compulsiva por parte de la EMP fue también a partir de la detección de una enfermedad preexistente. En este caso la EMP comunicó al afiliado por Carta Documento que había avisado a los prestadores que se le había dado de baja de la EMP.

...Durante el curso de la vigencia del contrato su hija padeció una hepatitis autoinmune que requería de tratamiento de por vida. Según manifestó en su solicitud de arbitraje la mencionada enfermedad obligó a la reclamada a realizar una prestación cuyas características particulares importaban el pago de aranceles adicionales. Que para obtener la cobertura de los mismos debería cambiar por un plan mayor. En enero de 2000 el reclamante se atrasó en el pago de la cuota. Cuando



a los 60 días pretendió efectuar el pago, según los términos vertidos en la solicitud de arbitraje [...], se negaron a recibírselo so pretexto de encontrarse dado de baja y que para poder realizar el pago debería efectuársele la auditoria (Laudo N° 4, p.1).

... La reclamante manifiesta en la referida Carta documento, aparentemente sin tener conocimiento de las patologías invocadas por la empresa, que la enfermedad habría sido descubierta en el momento en que el médico especialista revisara al Sr xxxx. Continúa diciendo que el especialista diagnosticó que el reclamante padecía una afección cardiaca perfectamente tratable que no se habría manifestado antes en la salud del Sr. xxxx, tornándose imposible su detección con anterioridad a la fecha en que la misma fue descubierta. Que en dicha carta documento se le informa que se ha comunicado a los prestadores de la empresa la baja del servicio del Sr. xxxx, solicitando por tanto la devolución de la credencial N° xxxx. (Laudo N° 5, p 3-4).

La cantidad de audiencias a las que asistieron las EMP adheridas<sup>51</sup> al SNAC en el periodo 2000-2008 fue de 24. Mientras que las EMP no adheridas al SNAC que aceptaron ir a la instancia de arbitraje por el caso reclamado alcanzó el número de 27 audiencias. Del total de audiencias fijadas por el SNAC sobre alguna problemática con una EMP durante el periodo 2000-2008, la asistencia de las mismas fue de un 85% (51 asistencias). Sólo en 9 oportunidades las EMP reclamadas no asistieron habiendo ya aceptado previamente la instancia de arbitraje.

### **Argumentos y fundamentos de la EMP durante la audiencia**

Una vez que el reclamo fue presentado ante el SNAC y las EMP aceptaron la instancia de arbitraje encontramos diferentes argumentos por parte de las EMP que sustentaron la negativa a prestar los servicios de salud reclamados por los afiliados<sup>52</sup>. En 9 de los mismos las EMP responsabilizaron a los afiliados por negar conocer la normativa de la EMP (3 casos) o por ocultar información sobre enfermedades preexistentes (6 casos). Citamos 2 ejemplos a continuación:

...En su descargo la reclamada sostiene que el reclamante ha ocultado - información incumpliendo con las normativas establecidas en la reglamentación, viciándose por tanto el consentimiento prestado a la celebración del contrato [...]. Que hace hincapié en el carácter de declaración jurada que revisten las declaraciones vertidas en el formulario de solicitud de afiliación y [...] que de la historia clínica que acompaña [...] surge que: "el Sr. xxxx manifestó al profesional que hacía 15 años que padecía de hipertensión arterial y también padece de gota (Laudo N° 5, p.2).

...Se afilió junto a su esposa el día 3 de octubre de 2003 siendo impuesto de la xxxx del servicio, es decir que hasta que no recibieran las credenciales en el lapso de una semana luego de ser contactados directamente por la empresa, el único servicio disponible era el de emergencias médicas, firmando el Sr. xxxx de conformidad. Que siendo contactada el 6/1 la esposa del reclamante para corroborar datos,

<sup>51</sup> Ver implicancias de la adhesión de una empresa al SNAC y de la no adhesión en Apartado 1.3. Descripción institucional p. 18.

<sup>52</sup> Sólo en 13 de los laudos en los que no se alcanzó un acuerdo entre partes se registró el argumento de la EMP ya que en los otros la EMP no aceptó la audiencia de arbitraje.

menciona que el esposo está internado en el Sanatorio San Camilo con una crisis cardíaca y que al momento de afiliarse ya presentaba un dolor precordial, que en consecuencia la empresa sostiene que el señor xxxx ha incurrido en mala fé al afiliarse estando con una pre-existencia y no declararla (Laudo N° 36, p.1).

En 2 casos los apoderados de las EMP citan y fundamentan la baja del afiliado a partir de una cláusula establecida en sus respectivos reglamentos:

Que en la notificación de cese de cobertura la reclamada hace mención al artículo 28 del reglamento y normas de uso de xxxx (...), el mismo indica que *"Toda reticencia o falsa información darán lugar a que xxxx) cancele la asociación al sistema médico privado"* motivo por el cual, cabe concluir que habría actuado de conformidad con las normas que regulaban la relación con el reclamante Sin embargo, si bien existe la facultad no se ha probado el hecho, en otras palabras no existe elemento alguno en este expediente que acredite el extremo invocado por xxxx para justificar el cese de cobertura (Laudo N° 13, p. 2).

Que por tal motivo invoca la aplicación de lo dispuesto en la cláusula 12 del Reglamento de xxxx., que en su segundo párrafo dice: "xxxx podrá declarar resuelto de pleno derecho el contrato o la afiliación de un integrante del Grupo Familiar o Adherente, en cualquiera de los siguientes casos: a) Falsa o reticente declaración respecto de cualquiera de las circunstancias consignadas en la Solicitud de afiliación, en la declaración jurada o e la información complementaria que se le hubiere solicitado (Laudo N° 5, p.2).

Por último, se encontraron argumentos vinculados a que la prestación no se encontraba en el PMO; el Instituto elegido por el afiliado no figuraba en la cartilla; y que el aumento reclamado por el afiliado había sido autorizado por la autoridad de aplicación.

**Cuadro 30 .Frecuencia de los tipos de argumentos expuestos por las EMP durante la audiencia en el SNAC. Argentina, 2000-2008.**

Argumentos de las EMP	n
Responsabilización al afiliado por ocultar enfermedad preexistente	6
Responsabilización al afiliado por negar conocimiento de normativa de EMP	3
Prestación denunciada no establecida en el PMO	1
Aumento de cuota autorizado por Autoridad de aplicación	1
Instituto no incluido en la cartilla	1
Total	13

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la base de datos elaborada para el análisis de los laudos del SNAC, Argentina.

**Acciones realizadas por las EMP una vez presentado el reclamo ante el SNAC**

Se alcanzaron 39 acuerdos entre partes. Es decir que la EMP y el reclamante llegaron a un acuerdo sin que los árbitros tuvieran que resolver por el problema reclamado. En 21 de las audiencias realizadas no se alcanzó un acuerdo quedando la cuestión reclamada a resolver por los árbitros como lo señala la normativa del SNAC.

Entre aquellos reclamos que llegaron a un acuerdo (24 laudos homologados) entre partes, en 12 de los mismos la EMP se comprometió a reintegrar montos abonados por los afiliados en intervenciones, tratamientos, medicamentos o prótesis; en 7 se obligó a la cobertura de operaciones, tratamientos, medicamentos; en 2 se acordó la reincorporación del afiliado/os a la EMP; en 2 al mantenimiento del plan; y en 2 a la autorización de estudios.

### **Resultados alcanzados en el SNAC en las audiencias sobre EMP.**

De los 60 laudos sobre EMP realizados en el periodo, 31 fueron por reclamos cuyos montos no superaron los \$500 quedando el arbitraje conformado por las partes y un árbitro institucional. En 29 de los laudos se constituyeron Tribunales para celebrar el arbitraje ya que los montos de los reclamos superaron los \$500. Por otra parte en 12 de los laudos se hizo lugar a todo el reclamo; en 6 se hizo lugar parcial; y en 6 de los mismos se rechazó el reclamo por no observarse un incumplimiento a la normativa de defensa del consumidor por parte de la EMP reclamada.

### **Argumentos expuestos por los árbitros institucionales y árbitros sectoriales.**

En relación a aquellos reclamos en los cuales no se alcanzó un acuerdo entre las partes y el Tribunal o el árbitro institucional resolvió, es posible agrupar las resoluciones alcanzadas de acuerdo a los motivos reclamados. En 6 de los laudos la resolución fue favorable al afiliado obligando a la EMP a reintegrar al afiliado los montos abonados por prestaciones médicas; en 5 laudos se obligó a la EMP a dar cobertura de la prestación médica reclamada; y en 3 laudos se obligó a la EMP a reincorporar a los afiliados que habían reclamado por haber sido dados de baja por la EMP.

Respecto a doctrina y jurisprudencia citada sólo en un laudo se citó el siguiente fallo de la Corte Suprema de Justicia junto a una cita sobre Derecho Administrativo<sup>53</sup>. El laudo en el cual se citó se refiere a un reclamo iniciado por una baja compulsiva al afiliado por parte de la EMP:

---

<sup>53</sup> Es preciso destacar que la poca utilización de doctrina jurídica en los laudos se puede explicar porque más del 50% de los mismos alcanzó un acuerdo entre parte y este tipo de acuerdos no requiere la fundamentación de doctrina ni jurisprudencia ya que el mismo debe sólo contener el contenido del acuerdo y las firmas de quienes participaron del acuerdo, los árbitros y el secretario letrado.

...Que en este sentido, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha dicho que: "En caso de contratos con cláusulas predispuestas cuyo sentido es equívoco y ofrece dificultades para precisar el alcance de las obligaciones asumidas por el predisponente, en caso de duda debe prevalecer la interpretación que favorezca a quien contrató con aquél o contra el autor de las cláusulas uniformes, (Doctrina de Fallos 317:1684) [...]. Que la verosimilitud del derecho está dispuesta a favor del consumidor por expresa disposición de la ley nacional de orden público que se ajusta en un todo al texto y al espíritu del artículo 42 de la Constitución Nacional. (Tratado de Derecho Administrativo, Tomo 2, pág. 32, Agustín Gordillo) (Laudo N° 5, p.7).

Se encontró también la cita de un fallo en 3 laudos para fundamentar la asimetría de la relación contractual entre el afiliado y la EMP haciendo énfasis en carácter cerrado del sistema de medicina prepaga:

...En función de lo antes expuesto, es dable señalar que el ente organizador de un sistema de medicina prepaga de tipo cerrado, en el cual el afiliado carece de la facultad de escoger a su arbitrio a otros profesionales fuera de la cartilla, asume una obligación tácita de seguridad que funciona con carácter accesorio de la prestación principal de suministrar asistencia médica y ello importa que la entidad no sólo sea responsable de que se asista al paciente por medio de profesionales del cuerpo médico, sino que se preste en esas condiciones en lo referente a la intervención del profesional y servicios auxiliares, para que el paciente no sufra daños por deficiencia en la prestación prometida( **cfr. doctrina Sheinder Luis c/ Omint SA s/ daños y perjuicios CNAC Sala L 3/2001 j.a. 20 6 2001 p 67 / 11 2001 -E 188) (Laudo N° 42, p.3).**

También se encontró citado el fallo sobre el caso Campodónico de Beviacqua<sup>54</sup>

...Por último debo señalar por lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional reafirman el derecho a la preservación de la salud comprendido en el derecho a la vida, destacando la obligación impostergable que en primer término tiene la autoridad pública sin mengua de las obligaciones que deben asumir en su cumplimiento las entidades de la llamada medicina prepaga (conf. Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y por lo expuesto considero suficientemente acreditados los hechos argüidos por la reclamante (Laudo N° 19, p. 3).

En relación a la normativa en todos los laudos en los que no se arribó a un acuerdo se cita el artículo 42 de la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales de jerarquía constitucional que hacen referencia al derecho a la salud (3 referencias).

...Que mas allá de considerar implícitos como garantías constitucionales los derechos a la vida y a la salud, tenemos que el artículo 75, inc. 22 de la Constitución introdujo explícitamente dichos derechos (art. 12, punto 2, ítem c) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; art. 25, párrafo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; IX de la Declaración Americana de

<sup>54</sup> El caso trata la situación de un menor con un padecimiento grave en su médula ósea que disminuye sus defensas inmunológicas y cuyo tratamiento depende de una medicina especial que era suministrada sin cargo por el Banco Nacional de Drogas Antineoplásticas, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Este organismo repentinamente dejó de suministrar el medicamento (Abramovich, 2009).

los Derechos y Deberes del Hombre y 10 del Protocolo de San Salvador) (Laudo N° 5, p.8).

En cuanto a los artículos de la Ley 24.240 se citaron los artículos 4 y 19, con 4 y 1 referencia respectivamente. Por último, se identificó que en 7 laudos se hizo referencia al PMO junto con la Ley 24.754.

## CAPÍTULO 6

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### Sobre la representatividad de los datos en relación a la problemática padecida por los afiliados de las EMP

Se ha mencionado a lo largo del estudio, especialmente en el apartado metodológico y en la descripción institucional, las características de nuestros subuniversos. Creemos necesario destacar una serie de consideraciones respecto al alcance de los resultados obtenidos. En primer lugar es importante señalar que nuestro estudio no deja de ser un recorte de la problemática global ya que el mismo se circunscribe a las denuncias, reclamos y consultas de los afiliados que se han acercado a la SSDC. Tanto es así que no abarcamos todas las posibles denuncias que pudieron haberse presentado ante las diversas oficinas de defensa del consumidor provinciales, municipales como así tampoco ante las asociaciones de consumidores ni ante la SSS- en el caso de los afiliados indirectos-. Hecho que debe ser tenido en cuenta al momento de hacer la lectura de los mismos.

Una segunda consideración se refiere al bajo ejercicio de la ciudadanía en relación a los derechos del consumidor. Se ha relevado a través de encuestas externas e internas<sup>55</sup> que los usuarios tienen poco conocimiento de los derechos que se encuentran contenidos en el sistema normativo de protección al consumidor. De acuerdo a los datos relevados a través de un estudio cuantitativo realizado al 0800 de la SSDC en el marco del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano por la consultora Ibarómetro en Junio de 2010, el 54% de los encuestados manifestó conocer alguno de los derechos plasmados en el artículo 42 y sólo un 5,4% afirmó conocerlos todos<sup>56</sup>. En relación a la problemática específica de las prestaciones de salud, un estudio realizado por Alonso sobre la SSS plantea la dificultad de los ciudadanos para identificar la existencia de un incumplimiento a las prestaciones de salud establecidas en el PMO. En el mismo el autor da cuenta del bajo porcentaje de quejas en relación a los

---

<sup>55</sup>De acuerdo a los datos relevados a través de un estudio Cuantitativo realizado al 0800 de la SSDC en el marco del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano por la consultora Ibarómetro S.A. Junio 2010, el 54% de los encuestado manifestó conocer alguno de los derechos plasmados en el artículo 42 y sólo un 5,4% afirmó conocerlos todos. Se realizó sobre una base de 400 casos, con un diseño probabilística, entre Abril y Mayo de 2010.

<sup>56</sup> Se realizó sobre una base de 400 casos, con un diseño probabilístico, entre Abril y Mayo de 2010.

incumplimientos del PMO<sup>57</sup> y destaca ciertas fallas del sistema de quejas del organismo vinculadas a su debilidad como “indicador de (in)cumplimiento efectivo del PMO” (Alonso 2001). Tal afirmación la vincula, entre otros aspectos, a las particularidades de una prestación de salud para ser evaluada por un beneficiario y en menor medida al hecho de que la calidad de las prestaciones por parte de los usuarios es evaluada principalmente cuando los mismos tienen un problema de salud. En la misma línea la tesis de Gabriela Rodríguez<sup>58</sup> postula en relación al ejercicio efectivo de los derechos -en este caso respecto a los que se desprenden de la normativa de protección al consumidor- que aún existe un “estadio de conciencia y ejercicio de derechos mínimo y elemental, circunscrito geográficamente, a los grandes conglomerados urbanos y socialmente, a los sectores más favorecidos de la sociedad” (Rodríguez, 2008, p.121). Estas conclusiones a las que arribaron los autores y los estudios mencionados, nos permiten plantear que es posible que exista una alta proporción de situaciones vividas por los afiliados que no fueron denunciadas por desconocimiento de los derechos mencionados. El tema central que aparece como primera propuesta es la necesidad por parte de las agencias estatales de fortalecer los mecanismos de difusión, información y capacitación para un mayor ejercicio del reclamo por parte de los ciudadanos frente a la vulneración de sus derechos.

Un tercer aspecto se refiere a la accesibilidad en términos de tiempo. Este dato se ha detectado a través de encuestas internas de satisfacción al 0800 en las que se consultaba por qué no habían realizado la denuncia luego de haber realizado la consulta al 0800 y una proporción importante respondió por falta de tiempo. Un cuarto y último aspecto sobre el alcance de los resultados se vincula a aquellos problemas de los afiliados que no fueron recepcionados por la SSDC por no encuadrarse en un incumplimiento tipificado como tal en la normativa de defensa del consumidor.

## Sobre los principales resultados hallados

En relación a los datos cuantitativos, se ha observado que los motivos más denunciados ante la DDC durante el periodo bajo estudio fueron “la falta o incompleta

---

<sup>57</sup>Cuando con motivo del monitoreo de la matriz de condicionalidades del préstamo del Banco Mundial, se efectuó un relevamiento de los reclamos tramitados en la SSS se observó que sobre 52 denuncias solamente 3 se vincularon al tema del PMO (Alonso, 2001, p.26).

<sup>58</sup> La autora es actualmente la coordinadora del área de Capacitación y Educación en Consumo de la SSDC. Respecto a la metodología de su tesis se basó en entrevistas a representantes de las organizaciones no gubernamentales que trabajan la temática; a representantes de organismos públicos de aplicación de la normativa; y utilizó la técnica de observación participante en oficinas de atención de denuncias de la CABA y de la SSDC.

cobertura de prestación” con un 56% y “el aumento se cuota” con un 20%. En el caso de los reclamos presentados ante el SNAC fueron “el incumplimiento de contrato” (35 %) y “la falta o incompleta cobertura de prestación” con un 27%. En relación a “la falta o incompleta cobertura de prestaciones” denunciada ante la DDC se observa que el 27% se conforma por la “falta o incompleta cobertura de medicamentos”, el 25% por “la falta o incompleta cobertura de tratamientos”, y un 20% por “la falta o incompleta cobertura de operaciones”. Respecto a los motivos más consultados al 0800 del CAOC se identificó en primer lugar los pedidos de información sobre oficinas de defensa del consumidor para realizar la denuncia (37%). En segundo lugar, con un 18%, los motivos consultados por “aumento de cuotas”; y en tercer lugar con un 12% “la falta o incompleta cobertura de prácticas incluidas en el PMO”. Otro aspecto que da cuenta de la dimensión de la problemática se refiere al lugar ocupado por las consultas sobre EMP al 0800 respecto a los demás rubros consultados. Se observó que entre el año 2001 y 2006 se ubicó entre el primer y cuarto rubro más consultado (ver Anexo I). Estos hallazgos nos muestra la necesidad de profundizar en estudios sobre la problemática

Al observar las enfermedades por las cuales las prestaciones a los afiliados fueron negadas o restringidas, se destacaron entre las mismas el predominio de enfermedades oncológicas, (10 en las disposiciones y 2 en los laudos). En este punto nos pareció interesante destacar la caracterización que se realiza en la revista de una de las Cámaras del sector (ADEMP) sobre el tipo de enfermedades sobre las que se consideran entidades de excelencia. Argumento que está fundamentando el carácter voluntario de los contratos entre las EMP y los afiliados. Entre las enfermedades que destacan se encuentran las oncológicas. Una de las que apareció con mayor frecuencia en aquellas disposiciones sobre las que las EMP negaron o restringieron las prestaciones, no alcanzaron un acuerdo con el afiliado y fueron multadas.

A raíz de que los planes privados de salud son de afiliación voluntaria, las personas enfermas con estas afecciones son las que tienden a afiliarse a los planes de salud con los mejores prestadores en cardiología, neurología y oncología. Suponiendo que esta conducta lleva a los planes de salud privados con prestadores de excelencia atraigan tres veces más enfermos cardio cerebro vasculares, oncológicos (Colina, 2011,p.7)

Los datos destacados hasta acá junto a la afirmación mencionada nos permite tener una aproximación a la manera de cómo se definen las reglas en un contrato cuando lo que está en juego es la salud. Podríamos pensar que en algunos actores del sector la lógica predominante para ofrecer y celebrar un contrato se centra en una evaluación de costos en donde el afiliado es evaluado como un cliente más o menos atractivo en función de una serie



de variables como la edad y el estado de salud en que se encuentre al momento de celebrar el contrato.

### Costos de transacción o problemas de cumplimiento de contrato

De acuerdo a la propuesta de Williamson el concepto de costos de transacción permite ampliar la problemática vinculada a la formulación de los términos de un contrato y las garantías de su cumplimiento por parte de los agentes involucrados. En este sentido Belmartino interpretando al autor plantea que el enfoque propuesto por Williamson de gobernación enfatiza la necesidad de un diseño institucional en donde la negociación no va a estar limitada a administrar o resolver posibles conflictos presentes. Citando a Williamson Belmartino extrae la siguiente idea “es necesario también reconocer por adelantado el conflicto potencial y diseñar estructuras de gobernación que lo impidan o atenúen” (Belmartino, 1999, p. 63). Al intentar dar cuenta de estas situaciones en los contratos establecidos entre los afiliados y las EMP podemos postular la inexistencia de un diseño institucional adecuado que impida y prevenga potenciales conflictos. La demostración de ello se manifiesta en los datos expuestos anteriormente.

Así mismo podemos ilustrar las explicaciones que predominaron por la parte que incumplió con lo contratado, en nuestro caso las EMP denunciadas. Se destacan argumentos tales como: el no reconocimiento de prácticas establecidas en el PMO (17 referencias); responsabilización del afiliado por estar mal informado o haber ocultado enfermedad preexistente (12 referencias); la existencia de la denuncia en sede judicial (4 referencias); la libertad contractual y naturaleza comercial (7 referencias), en inconstitucionalidad de las SSDC para intervenir (3 referencias); entre los más relevantes. Citamos un extracto de uno de los argumentos de las EMP relatado en una disposición para ejemplificar

... **La entidad tiene derecho a establecer el valor de las cuotas** las que se establecen en forma general y uniforme para cada plan. **Explica que el vínculo entablado entre a empresa y el afiliado es contractual, celebrado en forma libre por las partes y que a adhesión es voluntaria .Explica que el incremento de las cuotas depende de diversos factores:** costos de servicios médicos actualización tecnológica, incorporación de nuevas coberturas por disposición legal, por lo que establecer pautas para determinar como aumentara la cuotas es imposible. (Disposición N° 422/04).

...se presenta la sumariada por intermedio de su apoderado, manifestando que “es cierto que se negó al Sr. Xxxx el servicio a fin de cubrir una Litotricia Ultrasónica. Ello por cuanto **el afiliado ocultó la preexistencia de dicha dolencia, el ocultamiento produce la rescisión del contrato,** “el afiliado (Disposición N° 447/05).

Cuando caracterizamos los tipos de incumplimientos más recurrentes por parte de las EMP de acuerdo a la Ley 24.240 en nuestros universos seleccionados, encontramos que predominan los incumplimientos al artículo 19 (43 infracciones en las disposiciones). El mismo hace referencia a las modalidades en que se realizaron las prestaciones por parte del proveedor vinculadas a los plazos, modalidades y todo aquello que fue ofrecido, publicitado o convenido. No cabe duda que de acuerdo a este resultado el problema de nuestro estudio es un problema de incumplimiento contractual como ya se planteó en la definición del problema al comienzo del trabajo.

En relación a los argumentos expuestos desde el Estado ante los hechos denunciados para sancionar a la EMP o para hacer cumplir con la prestación o motivo incumplido, se destacan los argumentos que enfatizan en la asimetría de la relación contractual; la asimetría de la información; la responsabilidad de la empresa en función de la entidad del bien que tutela; la limitada autonomía del afiliado al momento de contratar, entre los más destacados.

Es interesante destacar algunos de los argumentos mencionados que fueron acompañados con doctrina jurídica. Respecto a la asimetría de la relación contractual identificamos el extracto citado del libro de Stratta que remarca la disparidad en el poder de negociación vinculada a la disparidad del conocimiento existente entre la empresa y el potencial afiliado y la alteración de lo que se considera la autonomía de la voluntad para contratar que se define en el Código Civil (en 8 disposiciones).

**...una de las partes adhiere sin negociar ya que quien predispone es un empresario, el cual concentra para sí el poder de negociación. [...] y la autonomía de la voluntad para contratar que consagra el artículo 1197 del Código Civil, aparece modificada en esencia “cuando es parte el consumidor contratante, donde el orden público tiñe toda la regulación, tanto en su celebración, como en la ejecución, lo que implica la tendencia a regular la relación contractual” (conf. STRATTA, A.J. La teoría General del contrato y del consumidor contratante, p. 387)**

Otro argumento vinculado a la responsabilidad de la empresa respecto a las características del bien tutelado fue fundamentado con las siguientes citas jurídicas. Las dos primeras citas aparecieron ambas en 17 oportunidades y la tercera referida a los Tratados Internacionales en 14 casos. En las 2 primeras podemos observar que se hace hincapié en la priorización del derecho a la salud por sobre la libertad comercial y el derecho de propiedad.

...En el caso en análisis, se trata de una entidad de medicina prepaga que tiene a su cargo una función social trascendental que está por encima de toda cuestión comercial, considerando por sobre todo los delicados intereses en juego: integridad psicofísica, salud y vida de las personas (conf “ECHEVERRI, ROBERTO E c/

**ONMIT S.A.”dictamen del Procurador General de la Nación del 17 de diciembre de 1999, decisión de la Corte Suprema de Justicia 13 de marzo de 2011).**

**...no puede dejar de tenerse en cuenta la entidad del bien tutelado,** en el caso el derecho a la salud como corolario del derecho a la vida. Por consiguiente, la libertad de contratar y el derecho de propiedad deben conjugarse con otros tan notoriamente prioritarios como el derecho a la vida, a la integridad física y a la salud (**conf SAGUES, HECTOR, ELEMENTOS DE DERECHO CONSTITUCIONAL t. 2, Pág. 37 y ss.**).

...Que **el incumplimiento del servicio de medicina prepaga,** bajo las circunstancias descriptas, **resultan incompatibles con el derecho a la vida, a la preservación de la salud y a la protección de los intereses económicos** de los consumidores, reconocido por la constitución Nacional y los Tratados Internacionales de jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 C.N.)

También se destacó la cita de jurisprudencia para fundamentar la responsabilidad de la EMP en relación a su obligación de cumplir con aquellas prestaciones negadas a los afiliados porque los mismos padecían enfermedades preexistentes. Destaca la obligatoriedad por parte de la EMP de hacer todos los estudios necesarios antes de celebrar el contrato. Si los mismos no fueron hechos no puede luego de celebrado el mismo negar la prestación y aludir al ocultamiento de la información por parte del afiliado (17 casos).

...Que, la doctrina **sostiene que la detección de la preexistencia de una enfermedad o dolencia debe estar a cargo exclusivo de la empresa a través del examen previo al ingreso, y su inobservancia obsta a considerar a una enfermedad como preexistente o crónica.** Entiende que resulta una carga imprescindible de pretender ampararse en una cláusula de preexistencia, cuya no realización trae como consecuencia la asunción de los riesgos inherentes a la omisión. (Cfr. GHERSI, CARLOS A, WEINGARTEN CELIA E IPPOLITO SILVIA” CONTRATO DE MEDICINA PREPAGA” 1999, Ed. Astrea, Pág. 128 y ss.) (Disposición N° 995/05; Disposición N° 502/05)

Resulta interesante en este punto destacar las tensiones que se establecen entre los argumentos expuestos por parte de las EMP y por parte del Estado. Como describe Frustagli el campo de la medicina prepaga expresa las tensiones entre los intereses patrimoniales y los derechos primarios, es decir, plantean un conflicto de valores entre utilidad-humanidad (Frustagli, 2001). En ese sentido afirma que “... las soluciones a los problemas derivados del contrato de medicina prepaga no deben construirse desde la pura lógica económica, sino que [...] exigen ponderar el complejo de valores implicados [...]. El valor preferencial que el ser humano posee frente a los derechos patrimoniales (Frustagli, 2011, p.6).

Si bien no fue objeto de este estudio, encontramos datos que complementan los resultados de nuestro estudio ya que dan cuenta de los recurrentes incumplimientos de las EMP a partir de las acciones que realiza la SSDC en el control de cláusulas abusivas de los contratos. Es una actividad que se realiza periódicamente por la DDC a diferentes sectores del mercado. En el artículo 37 de la Ley 24.240 se define lo que se entiende por cláusula abusiva. En relación a la detección de las mismas en los contratos y reglamentos de EMP se ha publicado en la revista institucional del organismo un estudio basado en los incumplimientos de las cláusulas abusivas detectadas en 32 EMP. Entre las más relevantes se detectaron: el establecimiento de un plazo excesivamente largo para que la EMP acepte o rechace la adhesión del consumidor; baja en la afiliación por detectar que el adherente padece alguna enfermedad preexistente aún cuando fuera desconocida por el consumidor al momento de afiliarse; exclusión de prestaciones obligatorias por estar incluidas en el PMO o falta de información sobre las condiciones en que se otorgan; falta de información respecto a los conceptos facturados; falta de información sobre los parámetros en base a los cuales se ajustarán las cuotas; modificación unilateral del contrato; reserva por parte de la EMP por rescindir el contrato en cualquier momento; entre otras. Luego de realizarse la detección de las cláusulas se han imputado a las EMP y luego de realizado el descargo por parte de las mismas la autoridad de aplicación evaluó el establecimiento de las sanciones correspondientes como lo fija la Ley. (Temas del Consumidor N° 45,2001, p.17-19)

### Capacidades institucionales/estatales ¿Fortalecer instituciones y/o organizaciones?

Al centrar el análisis en las capacidades estatales de la agencia estatal bajo estudio es preciso retomar la definición propuesta sobre dichas capacidades. De acuerdo a la propuesta por Alonso las considera como “proceso de institucionalización; es decir; al desarrollo y consolidación de habilidades y rutinas por parte de las agencias estatales que, al mismo tiempo, operan como marcos estables y predecibles para la interacción estratégica entre actores (Alonso, 2007, p.6)

Para poder operacionalizar este concepto resulta interesante destacar el estudio de Alonso sobre el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud. El autor plantea para el análisis de una institución la identificación de brechas o déficit de capacidades institucionales y las agrupa entre las que se refieren al entorno macro-institucional y las que se ubican en el entorno micro-institucional. Esta serie de conceptos apuntan a evaluar “las capacidades del estado [...] de inducir comportamientos entre los actores no estatales, logrando el

cumplimiento de las reglas de juego y evitando los bloqueos de políticas” (Alonso, 2007, p.15). Si bien supera el objetivo del presente estudio dar cuenta de las capacidades de la SSDC para incidir en el comportamiento de las EMP por el alcance de la información que hemos señalado al comienzo del capítulo, consideramos central el desarrollo de estudios que avancen en el estudio de dichas capacidades.

## La Ley 26.682 como un nuevo marco institucional

La sanción reciente de la Ley podría pensarse como un avance respecto al equilibrio en las relaciones establecidas entre los actores del campo privado de la salud. Entendiendo a la misma en tanto institución podemos entenderla como lo define North citado por Alonso “la formación de instituciones permiten reducir la incertidumbre, de tal modo de hacer posible la interacción bajo el supuesto de expectativas recíprocas entre los jugadores de sujetarse a reglas en el proceso de intercambio (Alonso, 2007, p.6) Sin embargo como cualquier instrumento legal, para su efectividad requiere de agencias capaces de hacerla cumplir.

También debemos advertir el contexto en el cual actúa la Ley y las agencias que deberán dar cumplimiento a la misma. En este sentido es fundamental el concepto de campo vinculado a los intereses en juego existentes en el mismo. Dar cuenta del alcance y las posibilidades de una agencia estatal sobre un actor social determinado nos implica entender la historia de la conformación de ese campo y de estructuración del mismo. Podemos hacer referencia en este sentido a lo que Belmartino caracterizó como pacto corporativo que ha sido el modo de regulación dominante en el campo de la salud en nuestro país (Ver Apartado Reforma de Salud en Argentina).

En cuanto al contexto histórico y político en el que surgen las agencias de control como es el caso de la SSDC, el mismo se caracteriza por la retirada del Estado o de pasaje a otras funciones y a un creciente avance del mercado en diferentes campos, siendo el de la salud uno de ellos. Este hecho debe ser tenido en cuenta para entender hasta qué punto las agencias reguladoras han podido ser quienes definieran las reglas de juego en un contexto de fuerte debilitamiento de la intervención estatal. La descripción que hace Katz sobre esta etapa resulta explicativa de este avance del mercado sin regulación estatal.

La desregulación de los mercados y su progresiva formalización y desarrollo [...] han hecho aflorar las imperfecciones que caracterizan a los mercados de salud favoreciendo conductas que permiten a los proveedores aumentar la demanda de sus servicios, generar sobreprestación e inducir al sobreconsumo. [...] El juego de estas tendencias está generando el dualismo de modelo de prestaciones de salud y causando aumentos de costos y mayor inequidad (Katz, 1994, p.24)

Entre los aspectos que fija la Ley que regula a las EMP consideramos centrales algunos de los mismos que pueden contribuir significativamente las capacidades estatales en la intervención de dicho sector. En el artículo 5, referido a los objetivos y funciones de la Autoridad de Aplicación, se establece la creación de un registro nacional de las EMP; se definen funciones de fiscalización del pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal; se implementan mecanismos que garanticen la disponibilidad de información actualizada sobre las entidades respecto de las condiciones y planes ofrecidos por cada una de ellas; se disponen mecanismos en todas las jurisdicciones para recibir reclamos de los usuarios y prestadores del sistema; y se requieren a las EMP informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros. Otro aspecto relevante es la creación de una comisión permanente conformada por representantes del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas como órgano de articulación de las funciones mencionadas.

### Visión de las EMP sobre el Estado y sobre ellas mismas

Si bien advertimos la diversidad existente al interior de las EMP ya explicitados en el apartado 3.1, resulta relevante exponer una de las posturas que se plantea en la editorial de una de las revistas publicadas por una de las principales cámaras del sector (ADEMP) acerca del surgimiento de las EMP, el contexto en el se desarrollan y las incapacidades de los otros actores del campo para brindar prestaciones de calidad.

Corrían los fines de la década del 60 y principios de los 70, no sólo ya comenzaba a instalarse la crisis del sistema de atención médica en el ámbito público, sino que el Estado empezaba a querer desentenderse de una de sus obligaciones básicas y principales, la salud de su población [...]. Ello originó en la gente, una total desconfianza en cuanto a la capacidad del Estado y de ciertas organizaciones de origen no estatal, para financiar, administrar y brindar cobertura médica de calidad y excelencia [...] Es ahí precisamente, en ese contexto y para satisfacer tan importante necesidad, donde gracias a la visión, principios y la permanente e inagotable constancia de nuestro sector, nacieron las entidades de cobertura médica privada (ADEMP, Septiembre 2010, p.3)

Podemos ver que en este relato no se mencionan los beneficios que obtuvieron como el grado de responsabilidad que tuvieron sobre la crisis del sector de los que se consideran la respuesta para “satisfacer tan importante necesidad” (ADEMP, Septiembre 2010, p.3) omitiendo su responsabilidad en dicha crisis. Cabe mencionar el fenómeno ocurrido en las décadas de los 80 y los 90 como explica Dellatorre en una nota publicada en Pagina 12:

. El fenómeno, que se extendió a lo largo de las décadas del '80 y '90, dejó a muchas obras sociales atrapadas y sin salida. La puerta de escape que les ofreció el menemismo fue, vía desregulación, que las empresas de medicina prepaga “fueran en su auxilio”. Es decir, le abrió las puertas de las obras sociales al capital privado. (Página /12 24 de Octubre de 2006).

Este fenómeno provocó el problema de la migración, profundizando la fragmentación ya existente previa a los noventa (Ver apartado 3.1)

Un último aspecto relevante sobre la visión de las EMP acerca del Estado se refiere a la crítica vinculada a la reciente ley que se propone limitar determinadas acciones de las mismas. Entre los temas más destacados se encuentran el tema de las preexistencias, el control sobre las cuotas, los periodos de carencia<sup>59</sup>. Sobre estos puntos los referentes del sector hacen su principal crítica argumentando la inviabilidad del sistema con la puesta en vigencia de la Ley. A continuación se citan dos extractos de referentes del sector como lo son el presidente de Swiss Medical Group y el presidente de ADEMP.

... Belocopittt explicó, siempre siguiendo el mismo argumento, que “la ley de seguros en Argentina, como la ley de seguros en el mundo, dice que un contrato de este tipo será nulo si se conoce que el bien ya está siniestrado, o si se conoce que es un hecho que no se puede llegar a producir. En otras palabras será tan nulo un contrato de seguro sobre un auto que ya ha sido robado, como uno que se asegure algo que no va a suceder, como que un hombre vuele por sus propios medios. (Cánepa, 2011, p.74)

...un sistema de adhesión voluntaria, libera el ingreso sin tiempos de espera a personas con enfermedades preexistentes que requieren atención inmediata, mientras no exige plazos mínimos de adhesión. Esta medida hace a la actividad inviable, le quita sentido a la previsión. Generará la baja masiva de los beneficiarios de bajo riesgo que sostienen los costos de los usuarios mayores y de los enfermos con patologías de alto costo, y generará el ingreso de quienes especulen con atenderse con los fondos ahorrados por los osarios honestos y previsores. (Giordano, ADEMP N° 22, 2011, p.3)

Por último, luego de las críticas vinculadas a las limitaciones impuestas por la Ley y a los riesgos de la actividad, Colina en una nota realizada para la revista de la Cámara recién mencionada postula la crítica a la sobrerregulación de una decisión individual aún cuando el riesgo ya está cubierto por el sistema público. Cita como ejemplos los casos de España, Inglaterra e Italia en donde los sistemas públicos y privados se superponen y en los cuales no hay prestaciones obligatorias a ser cumplidas por los seguros privados, donde se fijan esquemas diferenciales por edad y donde remarca que aquellos que no pueden acceder a un seguro privado están cubiertos por el sistema público (ADEMP N° 22, 2011).

<sup>59</sup> Ver Anexo F: Ley 26682: Marco regulatorio de Medicina Prepaga.

## CAPÍTULO 7

### CONSIDERACIONES FINALES

La cuestión que se nos presenta como desafío es evaluar en qué medida el ejercicio y el conocimiento del derecho del consumidor actúa como un mecanismo más de control de las conductas de las EMP y en qué medida junto a su integración a los derechos fundamentales como es el derecho a la salud pueden limitar y prevenir los incumplimientos de las EMP. En este sentido Abramovich postula que el derecho de consumidor aparece como un derecho de organización y control de mercado de bienes y servicios (Abramovich, 1994). No cabe duda que es una herramienta más que no puede lograr un cambio efectivo de las conductas sin agencias estatales que hagan cumplir la normativa y actúen previniendo posibles situaciones abusivas y sancionando cuando corresponda.

En un marco más amplio y al pensar en posibles propuestas de políticas en este sector consideramos central, como menciona Bustelo, los valores que sustentan las mismas. Coincidimos con el autor en la necesidad de reflexionar sobre la posibilidad de realizar una salud solidaria, “planteada en términos de la expansión de derechos y las responsabilidades correlativas al ejercicio de la salud”. (Bustelo, 2000, p.175). A su vez entendemos el principio de solidaridad en el campo de la salud como lo define Belmartino:

...la utilización de los aportes individuales volcados al sistema de manera que genere subsidios cruzados entre aquéllos que más tienen y quienes más necesitan; perduración en el tiempo de aquél sencillo principio que orientó la actividad de las primeras asociaciones mutuales en el país: cada uno aporta según sus recursos, todos consumen según sus necesidades. (Belmartino, 2002, p.1068).

Hemos visto en los documentos analizados en nuestro estudio y en la jurisprudencia nacional citada- Tanto en la Corte Suprema de la Nación como en otros tribunales federales o provinciales (Abramovich, 2008; Frustagli, 2011)- la afirmación de la primacía del derecho a la salud sobre los derechos patrimoniales emergentes del contrato de medicina prepaga (Frustagli, 2011). Este hecho nos da una perspectiva alentadora acerca de cómo se está pensando la salud desde las diferentes instancias del Estado. En definitiva creemos que de lo que se trata es de generar mayores certezas frente a aquellas situaciones inesperadas e impredecibles sobre los problemas de salud que pueda tener una población. A su vez se trata de buscar mayor equidad respecto al acceso y a la cobertura de las prestaciones de salud, independientemente del tipo de cobertura, de plan, y de las características particulares de los afiliados como la edad o el padecimiento o no de algún tipo de enfermedad. Una política de



salud solidaria debe garantizar el acceso a las prestaciones a todos los ciudadanos sin ningún tipo segmentación en un marco de reglas de juego acordadas y justas para todos.

A modo de cierre, creemos haber hecho hasta aquí una caracterización de los principales problemas padecidos y denunciados por los afiliados de las EMP así como de las principales acciones y argumentos de las EMP frente a dichas situaciones y las acciones y fundamentos del Estado antes las mismas. Resulta de gran importancia avanzar en el estudio de esta problemática. Entre las posibles cuestiones a investigar encontramos relevante poder desarrollar estudios que releven la opinión y la experiencia de los afiliados de las EMP para conocer la calidad de las prestaciones otorgadas por las mismas; sobre el grado de ejercicio de los derechos frente a la vulneración de los mismos por parte de las EMP. Por último, como ya hemos mencionado, la centralidad de contar con un sistema de información que centralice la totalidad de las denuncias presentadas ante las diferentes agencias estatales del país y poder avanzar en estudios que permitan hacer un seguimiento del comportamiento del sector. Contar con un sistema de tales características que permita al Estado responder con mayores certezas y actuar tanto en la detección como en la prevención de posibles situaciones de incumplimiento. Es decir que sea el Estado el que se adelante en la definición de las reglas de juego y cuente con la información necesaria para actuar en ese sentido.

## Bibliografía

Abramovich V, Curtis C. Los anillos de la serpiente. Transformaciones del derecho. Entre el trabajo y el consumo. Buenos Aires: Mimeo; 1994.

Abramovich V, Pautassi L. El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2008; 4(3): 261-382.

Alonso G. V. Análisis de las capacidades institucionales de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Argentina. VI Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública Panel: Reformas federales en áreas estratégicas de gobierno en América Latina. Buenos Aires, Argentina, 5-9 de noviembre del 2001.

Alonso G. V Las capacidades institucionales entre el estado y la sociedad. [Internet]. IV Congreso Argentino de Administración Pública Buenos Aires; 2007. [citado 16 de Oct. 2011]. Disponible en: [www.asociacionarg.org.ar/pdfcap/4/Alonso,%20Guillermo.doc](http://www.asociacionarg.org.ar/pdfcap/4/Alonso,%20Guillermo.doc)

Acuña C, Chudnovsky M. El Sistema de Salud en Argentina. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.2002: Documento N° 60.

Almeida C. Reforma del Estado y reforma del sistema de salud. *Cuadernos Médicos Sociales*.200; (79): 27-78.

Andrenacci L, Repetto F. Universalismo del nuevo tipo en las políticas sociales. 2006.

Belmartino S, Bloch, C. El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985 Buenos Aires, Oficina Panamericana de la Salud: 1994.

Belmartino S. Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. *Desarrollo Económico*.1995;35(137):83-103.

Belmartino S. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la argentina ¿Quién será el árbitro? Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.

Belmartino S. Los valores vinculados a la equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro. 2002;18(4):1067-1076.

Belmartino S. La seguridad social médica y la evolución de su organización. En Boyer R, Neffa, J. (comp.) *La economía argentina y su crisis (1976-2001): visiones institucionalistas y regulacionistas*. Buenos Aires: Mino y Dávila; 2004: 221-259.

Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva* 2005; 1(2):151-171.

Belmartino S. Los servicios de atención médica. En Torrado S. (comp.) *El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002) Tomo II*. Buenos Aires: Edhasa, 2010. p. 103-167.

Bramuglia C, Abrutzky R, Godio C. Diseño de Políticas y el Sistema de Salud en Argentina. Trabajo producto de proyecto de investigación aprobado por la Facultad de Ciencias Sociales

de la Universidad de Buenos Aires (Proyecto de Reconocimiento Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Agosto Res. CD3407/08) con sede en el Instituto Gino Germani Los sistemas de salud en los países del MERCOSUR.

Bourdieu P, Wacquant L.J.D. Respuestas. Por una antropología reflexiva. En: Tovillas P. Bourdieu. Una Introducción. Buenos Aires: Quadrata; 2010.

Bustelo E S. De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad. Santa Fé: Homo Sapiens; 2000.

Caballero G. Economía e Instituciones: la Nueva Economía Institucional y el Análisis de la Política Económica. Universidad de Vigo. Ekonomiaz 50: 231-257.2000.

Cánepa J. I. Nueva Ley de Regulación de prepagas, ¿El fin de la medicina prepaga? DEF.2011;(70):72-75.

Cetrángolo O, Devoto F. Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Toronto: Regional Consultation on Policy tools: Equity in population health; 2002.

Colina J. Ideas para atenuar el daño de una regulación deficiente. Enfoques de políticas sanitarias N° 22. ADEMP. 2011;(99):6-9.

Cunill'Grau N. ¿Mercantilización y neo-clientelismo o reconstrucción de la Administración Pública? La Segunda Generación de Reformas del Estado. Nueva Sociedad.1999;160:25-53.

Decreto 276/98 Creación del Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo. [Internet]. Información Legislativa, Ministerio de Economía [citado 1 oct. 2010]. Disponible en: <http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/49692/norma.htm>

Dellatorre R. Concentrados y subsidiados. Página/12[Internet]. 24 de Oct. 2006 [citado 6 may 2011]: Sec. País. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/75056-24254-2006-10-24.html>

Farina J. M. Defensa del Consumidor y el Usuario. Buenos Aires: Astrea; 2008.

Fidalgo M. Adiós el Derecho a la Salud. El desarrollo de la medicina prepaga. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2008.

Findling L. Salud y Reforma de Obras Sociales: ¿Un capítulo cerrado? Proyecto de investigación financiado por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur y UBACyT (1999-2002).

Fleury S. Estado sin ciudadanos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

Fleury S. Reforma del Estado en América Latina ¿hacia donde? La Segunda Generación de Reformas del Estado. 1999. Nueva Sociedad N° 160: 58-80.

Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de la atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. Servicios de Salud en América Latina y Asia. Editores Molina C. G. y Núñez del Arco. BID/Instituto Interamericano para el desarrollo social. Washington, D.C.2003: 3-37.

Frustagli S.A. La protección del paciente ante las medicinas prepagas. XI Congreso Internacional de Derecho de Daños. Asociación de Abogados de Buenos Aires. 2-3 de junio 2011.

Giordano O, Colina J, Del Pozo Rodríguez P. El fracaso sanitario argentino. Concurso el Sistema de Salud Argentino. 2004.

Giordano P. Ley parcial de regulación para la medicina privada ADEMP.2011;(99): 3.

González García G, Tobar F. Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires: Ediciones Isalud; 1999.

Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Su papel en la reforma de los sistemas de salud. Instituto de Estudios y Formación-Central de los Trabajadores Argentinos. Mayo 1999.

Iriart C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2008 Oct. [citado 10 Sep. 2010]; 13(5):1619-1626.Disponible en [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232008000500025&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000500025&lng=en). doi: 10.1590/S1413-81232008000500025.

Katz J, Miranda R. Mercado de la Salud: Morfología, comportamiento y regulación. División de Desarrollo Productivo y Empresarial de la CEPAL. Facultad de Economía de la Universidad de Chile. 1994; 54: 7-25

Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. The World wide governance Indicators: Methodology and Analytical Issues. Global Economy and Development at Brookings Institution -World Bank: Sept. 2010.

Londoño J. L, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Atención Médica en América Latina. Documento de Trabajo 353. Oficina del Economista Jefe-Banco Interamericano de Desarrollo. 1997.

Lorenzetti R.L. La empresa médica., Santa Fé: Rubinzal Culzoni; 1998.

Maceira D. Sistema de salud en Argentina La Inequidad en la Salud - Hacia un abordaje integral. Compiladores: Françoise Barten, Walter Flores y Ana Hardoy IIED-América Latina Publicaciones. [Internet]. 2008 [citado 9 de abr. 2011]. Disponible en: <https://www.yousendit.com/download/WnBTNWNtRStFd2RMWEE9PQ>

Mayntz R. Nuevos desafíos de la teoría de Governance [Internet].Instituto Max-Planck; Colonia; 1997. [citado 16 de oct 2011]. Disponible en: <http://www.iue.it/RSC/Mayntz.htm>.

Merhy E. Salud: Cartografía del Trabajo en vivo Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

North D. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México Fondo de Cultura Económica. 1995: 188-200.

Organización Panamericana de la Salud. en las Américas: Volumen II-Países. Washington DC: OPS; 2007:39-61.

Oszlak O, O' Donnell, G. Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Caracas: Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo. Caracas: 1982;1: 91-136.

Oszlak O. De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma de Estado. Nueva Sociedad. 1999;1:81-100.

Oszlak O, Felder R, Forcinito K. La capacidad regulatorio del Estado en Argentina. Documento elaborado por el área de Investigación de privatización y regulación de servicios Públicos de la Maestría en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. 2000.

Repetto, Fabián et al. Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento de trabajo N° 55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, 2001.

Rodríguez G. La ciudadanía desde las prácticas. Una aproximación a los derechos de usuarios y consumidores. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007.

Sagues N. Elementos del Derecho Constitucional. Buenos Aires: Astre; 1999

Salvia A. Material de Cátedra: Prof. Salvia. Metodología y técnicas de la investigación en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Teórico N° 8 Carrera de Ciencias de la Comunicación.

Sarrabayrouse Oliveira, M. J. Reflexiones metodológicas en torno al trabajo de campo antropológico en el terreno de la historia reciente. Cuadernos de antropología social [Internet] 2009 [citado 8 sept. 2010] 29:61-83. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2009000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2009000100004&lng=es&nrm=iso).

Scheffer M. Os Planos de saúde nos tribunais: Uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. [Tesis de doctorado] São Paulo: Facultad de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010;6(3):275-293.

Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación. Medicina Prepaga: se detectaron cláusulas abusivas en numerosos contratos de adhesión. Revista Temas del Consumidor [Internet].2000 [citado 1 oct. 2010]. 45; 17-19. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/secdef/revista/rev45.pdf>.

Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación. Cláusulas Abusivas en contratos de adhesión. Revista Temas del Consumidor [Internet]. 2001 [citado 1 oct. 2010] 49; 16-17. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/secdef/revista/rev49.pdf>.

Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación. Casos de Interés: Bristol Medicine S.R.L.- Telefónica Comunicaciones Personales S.A. Revista Temas del Consumidor. Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación. [Internet]. 2004 [citado 1 oct 2010].66; 30-37. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/secdef/revista/rev66.pdf>

Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación .Centro de Atención Telefónica Gratuita. Revista Temas del Consumidor [Internet] 2005 [citado 1 oct. 2010] 72; 64-68. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/secdef/revista/rev72.pdf>.

Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación Centro de Atención Telefónica Gratuita: Línea 0800-666-1518. Revista Temas del Consumidor [Internet]. 2006 [citado 1 oct. 2010] 78; 54-57. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/secdef/revista/rev78.pdf>.

Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación. V Carta Compromiso con el Ciudadano. [Internet]. Secretaría de Gestión Pública-Subsecretaría de Defensa del Consumidor; 2010 [citado 16 de oct. 2011]. Disponible en: [http://www.mecon.gov.ar/secdef/documentos/v\\_carta\\_compromiso.pdf](http://www.mecon.gov.ar/secdef/documentos/v_carta_compromiso.pdf)

Subsecretaría de la Gestión Pública y el Empleo Público. Encuesta de Satisfacción. Estudio Cuantitativo para la Subsecretaría de Defensa del Consumidor en el marco del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano. Unidad Sociedad Civil y Participación. Elaboración del Estudio: Ibarometro S.A. Agosto 2010.

Spiller P. T, Tomassi M. The institucional Foundations o Public Policy: A Trasaactions Approach with Application to Argentina.Universidad de San Andrés [Internet] 2001:58 [citado 1 oct. 2010]. Disponible en: <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt58.pdf>

Superintendencia de Servicios de Salud en donde figura Misión y Objetivos [citado 1 oct. 2010]. Disponible en: <http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=institucion&opc=mision>

Souza Minayo M. C. La artesanía de la investigación cualitativa. Lugar Editorial: Buenos Aires; 2009.

Sulpino Vieira F. Direito e ações de saúde s: reflexões sobre a observância dos princípios do SUS . Revista de Saúde Pública. 2008: 1-5.

Superintendencia de Servicios de Salud Ministerio de Salud de la Nación. III Carta Compromiso con el Ciudadano de la Superintendencia de Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires 2006.Disponible en: <http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat>

Titelman D, Uthoff A. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos-Canadá-Argentina-Chile-Colombia. CEPAL. Santiago: Fondo de cultura económica; 2000.

Vasilachis de Gialdino I. Las estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa editorial; 2006.

Williamson O.E. Why Law, Economics and Organization? UC Berkeley School of Law, Public Law and Legal Theory. [Internet].2000 [citado 1 oct. 2010]; 37: 1- 48. Disponible en : [http://papers.ssrn.com/paper.taf?abstract\\_id=255624](http://papers.ssrn.com/paper.taf?abstract_id=255624)

## **ANEXO A- Objetivos de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación**

Los objetivos de la SSDC se encuentran establecidos en el Decreto N° 357/02 con su modificación posterior en el Decreto 2102/08), a saber:

- 1.Efectuar la propuesta y control de las políticas relacionadas con la defensa del consumidor.
- 2.Entender en la implementación de políticas y marcos normativos necesarios para afianzar los derechos del consumidor.
- 3.Intervenir y asesorar a la Secretaría en todo lo relativo a la aplicación de las Leyes Nros. 19.227 de Mercados de Interés Nacional, 19.511 de Metrología legal, 22.802 de Lealtad Comercial y 24.240 de Defensa del Consumidor.
- 4.Asistir al Secretario en la supervisión del accionar de los Tribunales Arbitrales de Consumo.
5. Supervisar las actividades vinculadas al seguimiento y verificación de todo lo relacionado con la aplicación de las Leyes Nro. 19.227 de Mercados de Interés Nacional, 19.511 de Metrología legal, 22.802 de Lealtad Comercial y 24.240 de Defensa del Consumidor.
- 6.Supervisar la sustentación de los sumarios para el juzgamiento en sede administrativa, de las infracciones de las citadas leyes.
- 7.Entender en la elaboración, propuesta y seguimiento de la normativa de Lealtad Comercial y Metrología Legal en el Mercado Común del Sur – MERCOSUR- y los reglamentos nacionales que en su consecuencia deban dictarse.
  
- 8.Asistir a la Secretaría en la elaboración de propuestas, evaluación y control de las políticas y normas tendientes a mejorar la organización de los mercados de bienes y servicios, tanto públicos como privados, con el objeto de favorecer la transparencia, la simplicidad funcional y la modernización de las normas técnicas.



## ANEXO B – Estructura Organizativa de la SSDC

La estructura organizativa de la SSDC se encuentra establecida en el Decreto N° 1359/04 con su modificación posterior en el Decreto N° 877/06. La misma está conformada por las siguientes unidades organizativas:

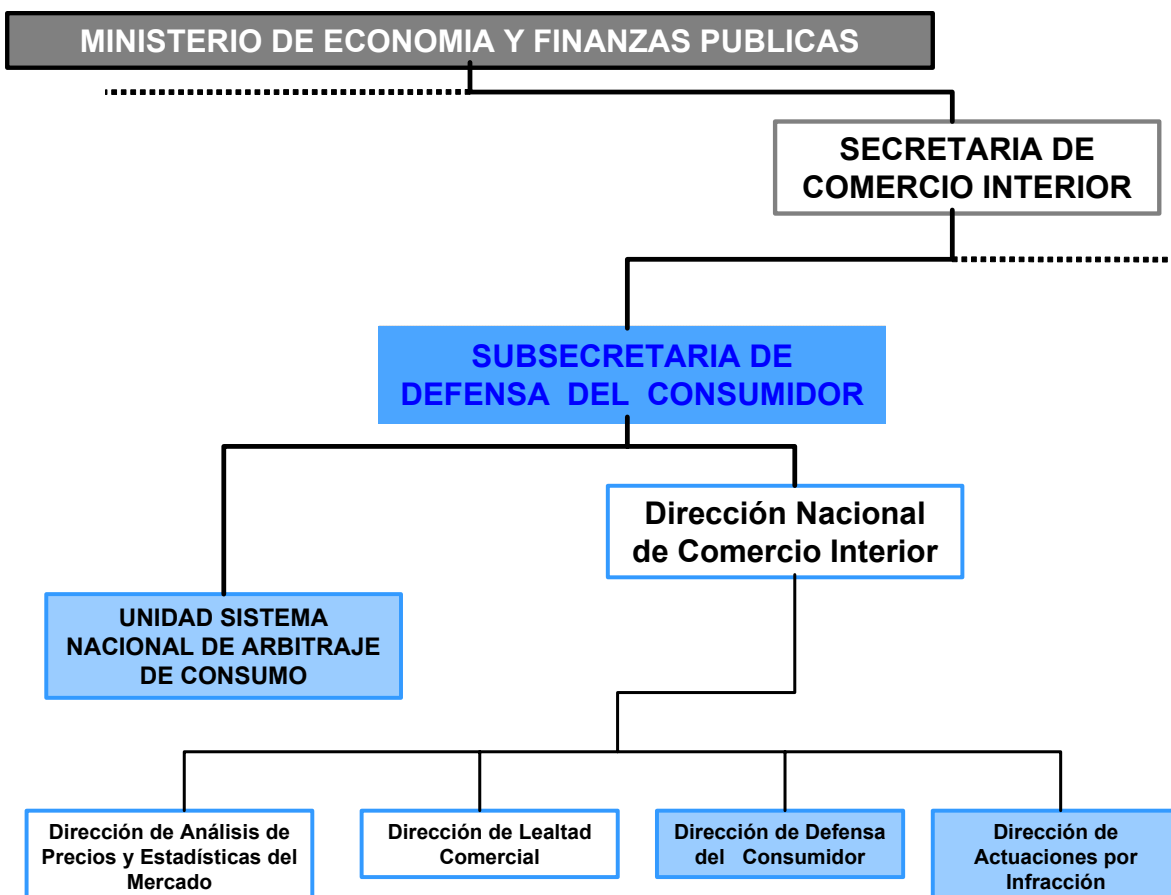
- La Dirección Nacional de Comercio Interior cuya responsabilidad primaria es “ejecutar la política comercial interna, en lo que hace al análisis de funcionamiento de los mercados y a la fiscalización de todo lo vinculado con la normativa de Lealtad Comercial, Metrología Legal y Defensa del Consumidor”.

Estas funciones se implementan a través de las Direcciones de Defensa del Consumidor, de Lealtad Comercial, de Actuaciones por Infracción y de Análisis de Precios y Evaluación de Mercados.

- La Unidad Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo

La Unidad del Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo (S.N.A.C) tiene definida la responsabilidad primaria de resolver los reclamos de consumidores que son sometidos a su jurisdicción a través del arbitraje de consumo, conforme a las disposiciones establecidas en los Decretos 276/98 y 1359/04.

### ORGANIGRAMA



## **ANEXO C - Ley de Defensa del Consumidor. Ley N° 24.240**

Normas de Protección y Defensa los Consumidores. Autoridad de Aplicación. Procedimiento y Sanciones. Disposiciones Finales.

Sancionada: septiembre 22 de 1993.

Promulgada Parcialmente: octubre 13 de 1993.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

### TITULO III

#### DISPOSICIONES FINALES

#### CAPITULO XVI

#### EDUCACIÓN AL CONSUMIDOR

ARTICULO 60. — Planes Educativos. Incumbe al Estado nacional, las provincias y municipalidades, la formulación de planes generales de educación para el consumo y su difusión pública, fomentando la creación y el funcionamiento de las asociaciones de consumidores y la participación de la comunidad en ellas, debiendo propender a que dentro de los planes oficiales de educación primaria y media se enseñen los preceptos y alcances de esta ley.

ARTICULO 61. — Formación del Consumidor. La formación del consumidor debe tender a:

- a) Hacerle conocer, comprender y adquirir habilidades para ayudarlo a evaluar las alternativas y emplear sus recursos en forma eficiente;
- b) Facilitar la comprensión y utilización de información sobre temas inherentes al consumidor;
- c) Orientarlo a prevenir los riesgos que puedan derivarse del consumo de productos o de la utilización de servicios;
- d) Impulsarlo para que desempeñe un papel activo que regule, oriente y transforme el mercado a través de sus decisiones.

ARTICULO 62. — Contribuciones Estatales. El Estado nacional podrá disponer el otorgamiento de contribuciones financieras con cargo al presupuesto nacional a las asociaciones de consumidores para cumplimentar con los objetivos mencionados en los artículos anteriores.

En todos los casos estas asociaciones deberán acreditar el reconocimiento conforme a los artículos 56 y 57 de la presente ley. La autoridad de aplicación seleccionará a las asociaciones en función de criterios de representatividad, autofinanciamiento, actividad y planes futuros de acción a cumplimentar por éstas.

#### CAPITULO XVII

#### DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 63. — Para el supuesto de contrato de transporte aéreo, se aplicarán las normas del Código Aeronáutico, los tratados internacionales y, supletoriamente, la presente ley.

ARTICULO 64. — Modificase el artículo 13 de la ley 22.802, que quedará redactado de la siguiente forma:

Los gobiernos provinciales y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires actuarán como autoridades locales de aplicación ejerciendo el control y vigilancia sobre el cumplimiento de la

presente ley y sus normas reglamentarias, con respecto a los hechos cometidos en su jurisdicción y que afecten exclusivamente al comercio local, juzgando las presuntas infracciones.

A ese fin determinarán los organismos que cumplirán tales funciones, pudiendo los gobiernos provinciales delegar sus atribuciones en los gobiernos municipales, excepto la de juzgamiento que sólo será delegable en el caso de exhibición de precios previsto en el inciso i) del artículo 12.

ARTICULO 65. — La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

ARTICULO 66. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO MENEM. — Juan Estrada. — Edgardo Piuzzi.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIDÓS DÍAS DEL MES DE SETIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES.

Decreto 2089/93

Bs. As. 13/10/93

VISTO el Proyecto de Ley N° 24.240, sancionado con fecha 22 de setiembre de 1993, y comunicado por el HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN a los fines previstos por el artículo 69 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL, y

CONSIDERANDO

Que la identificación del fabricante, distribuidor o importador, en el documento de venta, prevista en el artículo 10, inciso c) del Proyecto de Ley N° 24.240, implicaría entorpecer el comercio de modo incompatible con la normal actividad económica, y con los requisitos de la documentación previstos a los fines fiscales, en particular en las operaciones cotidianas del comercio minorista, más aún en los casos de ventas que incluyan varios artículos.

Que la garantía legal proyectada en el artículo 11 y 13 cercenaría la libertad del oferente de poner en el mercado productos con o sin garantía, y la del consumidor de elegir unos u otros, y significaría como tal limitar el acceso al mercado de ciertos productos, en general de bajo costo o de uso rápidamente descartable o de rezago, en perjuicio del consumidor.

Que dicha garantía constituye además un requisito legal no exigido por la legislación de defensa al consumidor de los países más industrializados, tales como las de la COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA, JAPÓN, o los ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, y operaría en ese sentido como una desventaja comparativa al desarrollo industrial de bienes de consumo durable y del mercado de tales bienes, en especial los de bajo costo, en la REPUBLICA ARGENTINA.

Que mantener el cálculo del artículo 31 del Proyecto de Ley para los servicios públicos domiciliarios por períodos anuales en los casos de errores de facturación, puede llevar a situaciones inequitativas, especialmente en aquellos servicios cuyos consumos varían significativamente en las diferentes épocas del año, en los que la comparación debería hacerse entre los mismos meses o períodos y no respecto de un período de DOCE (12) meses de extensión.

Que el artículo 40 del Proyecto de Ley N° 24.240 establece un sistema de responsabilidad solidaria por daños, general y no discriminado para cierto tipo de productos, para la cadena de

producción, distribución y comercialización, sin posibilidad de excluir tal responsabilidad en los casos en los cuales se justifique que no ha mediado culpa del agente. El sistema es más amplio que los vigentes en países más avanzados en la producción de bienes y servicios e inclusive del sistema del principal socio de la REPUBLICA ARGENTINA en el MERCOSUR, la REPUBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL, circunstancia ésta que opera como una clara desventaja comparativa para productores y consumidores y torna procedentes los comentarios efectuados previamente con relación a la garantía del artículo 10.

Que la norma reseñada del artículo 40 con relación al régimen de responsabilidad por daños por vicio o defecto de la cosa o de la prestación del servicio, redundaría igualmente en un aumento del precio de los productos y en menor competencia en los mercados, objetivos claramente reñidos con el programa económico del Gobierno Nacional y perjudicial para el interés de los consumidores cuya defensa se persigue.

Que resulta pertinente proponer al HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN un Proyecto de Ley a fin de subsanar la situación descrita en el considerando precedente con relación al régimen de responsabilidad por daños.

Que debe tenerse presente a este respecto que la defensa del consumidor se encuentra tutelada, a más del resto de las normas de este Proyecto de Ley y de la Ley de Lealtad Comercial, por el artículo 1113 del Código Civil, que establece la responsabilidad por el riesgo o vicio de la cosa, y que tal responsabilidad es solidaria conforme a lo establecido por el Código Civil para los daños cuando medie culpa o negligencia.

Que corresponde igualmente señalar que en los casos potencialmente más graves, relativos a las sustancias alimenticias o medicinales, respecto de los cuales algunas legislaciones de defensa del consumidor, como la de los ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, establecen regímenes especiales más severos que el general, los artículos 200 y siguientes del Código Penal incriminan tanto al que las adulterare de un modo peligroso para la salud, como al que las vendiere, pusiere en venta, entregare o distribuyere, disimulando su carácter nocivo, aun cuando tales hechos fueren cometidos por imprudencia o negligencia o por impericia en el propio arte o profesión o por inobservancia de los reglamentos u ordenanzas, y que la indemnización de los daños causados por tales delitos reviste también carácter solidario.

Que el beneficio de litigar sin gastos, o carta de pobreza, se encuentra regulado en forma específica por las leyes provinciales locales, conforme a los requisitos establecidos en ellas, y torna innecesaria la previsión del artículo 53, la que por otra parte podría alentar la proliferación de acciones judiciales injustificadas.

Que la habilitación como litisconsorte de cualquiera de las partes de las asociaciones de consumidores, prevista por la última parte del segundo párrafo del artículo 52, constituye una facultad del juez de la causa, el que deberá decidir, conforme a la legislación procesal local, si corresponde su intervención como tercero voluntario, u obligado, o como litisconsorte necesario, si se dieran las conexidades por el título o el objeto que establecen los ordenamientos rituales provinciales.

Que ello también podría ocasionar un innecesario aumento de los costos judiciales, que claramente no ha sido la intención del legislador en esta cuestión.

Que en el Proyecto de Ley ha quedado claramente establecida la legitimación de las asociaciones de consumidores a fin de promover acciones judiciales cuando la cuestión afecte el interés general de un grupo de consumidores, pero ello no permite prescindir, respecto de ellas, de un instituto procesal que como el de la cosa juzgada resulta esencial a fin de garantizar los preceptos constitucionales de defensa en juicio, debido proceso adjetivo, e igualdad ante la ley, como así también para preservar la seguridad jurídica de las personas demandadas por dichas

asociaciones y evitar una indebida proliferación de causas judiciales, cuyos costos redundarían en perjuicio de los productores y en definitiva del propio consumidor, razones que tornan oportuno observar el artículo 54.

Que en los supuestos de controles de calidad, se considera conveniente que sean las propias asociaciones y sus autoridades las que asuman la responsabilidad de su publicación sin que sea necesaria la intervención estatal previa, por lo cual se observa el artículo 56, inc. g) del Proyecto de Ley N° 24.240.

Que por lo tanto procede hacer uso de la facultad conferida al PODER EJECUTIVO NACIONAL por el artículo 72 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Obsérvase el inciso c) del artículo 10 del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240.

Art. 2° — Obsérvase el párrafo primero del artículo 11 y la parte primera del segundo párrafo del mismo artículo que dice: "La garantía legal tendrá vigencia por SEIS (6) meses a partir de la entrega, pudiendo las partes convenir un plazo mayor" del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240.

Art. 3° — Obsérvase el artículo 13 del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240.

Art. 4° — Obsérvase la parte del penúltimo párrafo del artículo 14 del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240 que dice: "La falta de notificación, no libera al fabricante o importador de la responsabilidad solidaria establecido en el artículo 13".

Art. 5° — Obsérvese los párrafos primero, segundo, tercero, cuarto, y quinto del artículo 31 del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240.

Art. 6° — Obsérvase el Artículo 40 del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240.

Art. 7° — Obsérvase la parte del párrafo segundo del Artículo 52 del Proyecto de Ley 24.240 que dice: "Las asociaciones de consumidores estarán habilitadas como litisconsorte de cualesquiera de las partes".

Art. 8° — Obsérvase el último párrafo del artículo 53 del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240.

Art. 9° — Obsérvase el artículo 54 del Proyecto de Ley que lleva el número 24.240.

Art. 10. — Obsérvase la parte del inciso g) del artículo 56 que dice: "En los estudios sobre controles de calidad, previo a su divulgación, se requerirá la certificación de los mismos por los organismos de contralor correspondientes, quienes se expedirán en los plazos que establezca la reglamentación".

Art. 11. — Con las salvedades establecidas en los artículos precedentes, cúmplase, promúlgase y téngase por Ley de la Nación el Proyecto de Ley registrado bajo el N° 24.240.

Art. 12. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Domingo F. Cavallo.

## **ANEXO D-Decreto 276/98 de Creación del Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo**

### **SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO**

Objeto. Tribunal Arbitral. Procedimiento. Oferta Pública de Adhesión. Disposición transitoria. Disposiciones complementarias.

Bs.As., 11/3/98

B.O:13/03/98

VISTO el Expediente N° 064-003408/97 del Registro del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS, y

CONSIDERANDO:

Que en el Artículo 59 la Ley N° 24.240 establece que la Autoridad de Aplicación propiciará la organización de tribunales arbitrales para resolver las controversias que se susciten en materia de relaciones de consumo.

Que la experiencia recogida desde la vigencia de la Ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor y su reglamentación mediante el Decreto N° 1798 de fecha 13 de octubre de 1994, ha permitido evaluar y meritar el comportamiento de los consumidores y de los proveedores de bienes y servicios y el desarrollo que esas relaciones han tenido para el mercado.

Que dicho análisis permite concluir que resulta oportuno y conveniente en la actualidad instrumentar y poner en marcha un mecanismo voluntario, rápido y eficaz para la solución de la mayor parte de los conflictos que se generan a partir de una relación de consumo.

Que por otra parte, sistemas de encauzamiento de la problemática del consumo a través de mecanismos alternativos al estrictamente judicial se encuentran funcionando con singular éxito en distintos países de la UNIÓN EUROPEA como ESPAÑA, REPUBLICA PORTUGUESA, REINO DE DINAMARCA, REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE y REINO DE LOS PAÍSES BAJOS, entre otros, y del resto del mundo, como ESTADOS UNIDOS MEXICANOS y la REPUBLICA DE LA INDIA, cuyos resultados positivos han permitido aliviar la tarea judicial y ofrecer un dispositivo de solución de conflictos enmarcado en los principios de celeridad, eficacia, inmediatez y debido proceso adjetivo.

Que tales propósitos y objetivos se plasman en el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO que se regula a través del presente.

Que resulta necesario reglamentar las atribuciones y funciones que la Autoridad de Aplicación de la Ley N° 24.240 deberá cumplimentar en su ámbito para la efectiva implementación del mismo, la conformación y facultades de los tribunales arbitrales, así como los límites a su jurisdicción, las reglas de procedimiento a las cuales se han de someter las partes mediante la suscripción del respectivo acuerdo arbitral, y la creación e instrumentación de la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN al Sistema a efectuar por las cámaras empresariales de proveedores de bienes y servicios, empresas y comerciantes individuales, con base en un régimen especial de adhesión al mismo, cuyas reglas conformen para los adherentes un verdadero incentivo comercial y la asunción de un compromiso de calidad del bien frente al Estado y a los consumidores.

Que la Autoridad de Aplicación, en uso de las facultades que le han sido delegadas, dictará las resoluciones que sean pertinentes para reglar y complementar el presente Sistema y permitir su adecuado funcionamiento.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones que surgen del Artículo 99, inciso 2, de la Constitución Nacional.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA

DECRETA:

#### CAPITULO I: OBJETO

Artículo 1º-Créase el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO que tendrá como finalidad atender y resolver con carácter vinculante y produciendo idénticos efectos a la cosa juzgada, para ambas partes, las reclamaciones de los consumidores y usuarios, en relación a los derechos y obligaciones emergentes de la Ley Nº 24.240 y sus modificatorias, y de toda ley, decreto y cualquier otra reglamentación que consagre derechos y obligaciones para los consumidores o usuarios en las relaciones de consumo que define la ley citada.

El sometimiento de las partes al SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO tendrá carácter voluntario, y deberá constar expresamente por escrito.

Art. 2º-No pueden someterse a proceso arbitral:

- a) las cuestiones sobre las que haya recaído resolución judicial firme y definitiva, y las que puedan dar origen a juicios ejecutivos;
- b) las cuestiones que con arreglo a las leyes no puedan ser sometidas a juicio arbitral;
- c) las materias inseparablemente unidas a otras sobre las que las partes no tengan poder de disposición y/o que no puedan ser sometidas a juicio arbitral;
- d) las cuestiones de las que se deriven danos físicos, psíquicos y/o muerte del consumidor, y aquellas en las que exista la presunción de la comisión de un delito;
- e) las cuestiones que por el monto reclamado queden exceptuadas por la reglamentación.

#### CAPITULO II: SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO

Art. 3º-EI SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO funcionará en la órbita de la SECRETARIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS, en su carácter de Autoridad Nacional de Aplicación de la Ley Nº 24.240 de Defensa del Consumidor.

Art. 4º-Serán funciones de la SECRETARIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS, a esos fines:

- a) disponer la integración y funcionamiento de los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO, dictar las normas de procedimiento de los mismos, y aprobar los textos de los acuerdos arbitrales conforme a lo establecido en la Ley Nº 24.240 y su reglamentación;
- b) crear y administrar un REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES y un REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES EMPRESARIALES, que podrán integrar los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO;
- c) crear y administrar un REGISTRO DE ÁRBITROS INSTITUCIONALES del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO;

- d) representar al ESTADO NACIONAL en las relaciones con las provincias y el GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, en el marco de las atribuciones reconocidas por la ley y el presente decreto, y propiciar la adhesión de los mismos al SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO en sus respectivas jurisdicciones;
- e) proponer y llevar adelante las acciones necesarias para la financiación del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO;
- f) crear y administrar un REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, y entregar el distintivo correspondiente a las personas físicas y jurídicas inscriptas en el mismo;
- g) ejercer el control del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO y de su personal;
- h) propender a la difusión del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO y a la capacitación de su personal;
- i) establecer un procedimiento especial para aquellos casos en los que la reclamación del consumidor sea inferior al monto que fije la Autoridad de Aplicación;
- j) realizar todos los actos necesarios para el buen funcionamiento del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO.

### CAPITULO III: DEL TRIBUNAL ARBITRAL

Art. 5º-Los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO se integrarán con TRES (3) Vocales, los que serán asistidos por UN (1) Secretario, DOS (2) vocales serán designados, UNO (1) entre los representantes de las asociaciones de consumidores, el otro entre los representantes de las asociaciones empresariales, y el tercer miembro será designado entre los inscriptos en el REGISTRO DE ÁRBITROS INSTITUCIONALES El cargo de Secretario del Tribunal será desempeñado por un agente de la SUBSECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR, dependiente de la SECRETARIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS, con título de abogado, que será designado por el Tribunal.

El Árbitro institucional deberá poseer título de abogado y CINCO (5) años en el ejercicio de la profesión, como mínimo. Los árbitros sectoriales deberán poseer, como mínimo, título universitario y CINCO (5) años en el ejercicio de la profesión.

La Autoridad de Aplicación podrá fijar otros requisitos para poder ser árbitro.

Art. 6º-Cuando el proveedor hubiese realizado OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, la competencia se regirá por las disposiciones del Capitulo V del presente decreto, y lo que determine la Autoridad de Aplicación. En los casos en que no exista OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, la competencia se regirá por lo que las partes acuerden al respecto, sin perjuicio de lo que establezca la Autoridad de Aplicación.

Art. 7º-Los Árbitros decidirán la controversia planteada según equidad. Si las partes optaren expresamente por un arbitraje de derecho, todos los Árbitros que conformen el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO deberán poseer título de abogado y reunir además los otros requisitos que la Autoridad de Aplicación establezca para ser Árbitro.

La opción por el arbitraje de derecho solo podrá ser ejercida por las partes cuando el monto reclamado sea superior al que fije a tal efecto la Autoridad de Aplicación.



Art. 8º-La solicitud de sometimiento al TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO, a través de la suscripción y presentación del correspondiente acuerdo arbitral, importará la aceptación y sujeción de las partes a las reglas de procedimiento que fije la Autoridad de Aplicación.

Art. 9º-Las partes podrán actuar por derecho propio o debidamente representadas. No será obligatorio el patrocinio letrado para actuar ante los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO.

#### CAPITULO IV: PROCEDIMIENTO

Art. 10.-El proceso arbitral comenzará con la designación del TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO, el que se regirá por los principios de audiencia. Contradicción e igualdad de las partes. EL TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO tendrá un plazo máximo de CIENTO VEINTE (120) días hábiles para emitir su laudo, contados a partir de su conformación, sin perjuicio de las prorrogas debidamente fundadas que pudieran fijarse.

Art. 11.-El TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO gozará de amplias facultades instructoras, pudiendo ordenar la producción de todas las probanzas que sean pertinentes para la correcta dilucidación del caso.

Las pruebas de oficio serán costeadas por la Autoridad de Aplicación en función de sus disponibilidades presupuestarias.

Art. 12.-La inactividad de las partes en el procedimiento arbitral de consumo no impedirá que se dicte el laudo ni le privará de validez. El impulso del procedimiento será de oficio.

Art. 13.-Cuando el proveedor hubiese realizado OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO respecto de futuros conflictos con consumidores o usuarios, el acuerdo arbitral quedará formalizado con la presentación de la solicitud de arbitraje por el reclamante.

Art. 14.-El laudo emitido por el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO tendrá carácter vinculante, y una vez firme producirá efectos idénticos a la cosa juzgada. El laudo será asimilable a una sentencia judicial y podrá ejecutarse por las vías prescriptas en las normas procesales locales.

Art. 15.-Contra el laudo arbitral emitido por el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO sólo podrán interponerse los recursos de aclaratoria y de nulidad o acción de nulidad, según el caso.

Art. 16.-Será competente para entender en los casos de incumplimiento del laudo arbitral o en la acción de nulidad del laudo que haya tramitado por el procedimiento de amigables componedores, el juzgado de primera instancia que fuera competente en razón de la materia con jurisdicción en el lugar de asiento del TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO. Entenderá en el recurso de nulidad contra el laudo dictado en arbitraje de derecho, la Cámara de Apelaciones que fuera competente en razón de la materia con jurisdicción en el lugar de asiento del TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO.

Art. 17.-El TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO podrá resolver todas las cuestiones de procedimiento no previstas expresamente en el presente decreto o en las normas dictadas por la Autoridad de Aplicación, sin perjuicio de poder aplicar, en todo lo que sea compatible, las normas procesales locales que regulen el juicio de amigables componedores, o el arbitraje de derecho, según corresponda.

#### CAPITULO V: DE LA OFERTA PÚBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO

Art. 18.-Se denomina OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO a la adhesión previa que efectúen los proveedores de bienes y

servicios para solucionar a través del mismo los posibles conflictos que se lleguen a suscitar en el marco de una relación de consumo, de conformidad a las regias que se establecen seguidamente y aquellas que defina la Autoridad de Aplicación.

Art. 19.-Los interesados en adherir al sistema de oferta pública, deberán presentar su solicitud por escrito ante el REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, que a tal efecto habilitará la Autoridad de Aplicación.

Esta determinará los requisitos formales que deberá contener la solicitud pertinente, y a los demás efectos de la adhesión.

Art. 20.-Los proveedores que hayan realizado OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO deberán informar adecuadamente a los consumidores o usuarios tal circunstancia. A tal efecto, la Autoridad de Aplicación otorgará el distintivo oficial de sometimiento al SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO.

Art. 21.-El incumplimiento de las obligaciones emergentes de laudos dictados por TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO por los proveedores adheridos al Sistema, facultará a la Autoridad de Aplicación a excluir al infractor del REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, sin perjuicio de las acciones judiciales y de las sanciones que en cada caso correspondieren.

Art. 22.-La renuncia a la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, o la modificación de las características de la oferta respecto de las anteriormente fijadas deberá ser presentada a la Autoridad de Aplicación por escrito, junto con los demás recaudos que se establezcan.

El proveedor deberá informar adecuadamente a los consumidores o usuarios tales circunstancias.

Art. 23.-Los consumidores o usuarios que decidan someterse voluntariamente al sistema de solución de conflictos del consumo, conforme lo dispuesto en el Capítulo IV del presente decreto deberán suscribir el convenio arbitral en los formularios que la Autoridad de Aplicación proveerá al efecto. El proveedor o comerciante individual también deberá suscribirlo en el supuesto en que no se encuentre adherido a la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO.

El sometimiento voluntario de las partes contendientes se efectuara en todos los casos y sin excepción a través del acuerdo arbitral que establezca la Autoridad de Aplicación.

## CAPITULO VI. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Art. 24.-La Autoridad de Aplicación podrá poner en funcionamiento el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO en forma parcial, temporal y experimental, para los sectores de la actividad comercial que considere conveniente. A los efectos de verificar si se cumplen acabadamente los objetivos que se han tenido en cuenta para su dictado e implementación.

## CAPITULO VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Art. 25.-El SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO comenzará a regir el mismo día de publicación del presente decreto en el Boletín Oficial, sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior.

Art. 26.-La Autoridad de Aplicación dictará las normas que implementen el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO dentro de los SESENTA (60) días de la entrada en vigencia del presente decreto.

Art. 27.-Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.-MENEM.-Jorge A Rodríguez.-Raúl E. Granillo Ocampo.-Roque B. Fernández.

## **ANEXO E- Resoluciones de la Subsecretaría de Defensa del Consumidor aplicables a las empresas de medicina prepaga**

Resolución 54/2000

Establécese que los prestadores de los servicios de medicina prepaga deberán informar periódicamente el valor total de la cuota mensual que perciben por la prestación del servicio.

Bs. As., 24/4/2000

VISTO el Expediente N° 064-003432/2000 del Registro del MINISTERIO DE ECONOMÍA, y  
CONSIDERANDO:

Que el artículo 42 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL establece que entre los derechos de los consumidores se encuentran los de protección de sus intereses económicos, información adecuada y veraz y libertad de elección.

Que el mencionado artículo constitucional también señala que las autoridades proveerán a la protección de esos derechos y a la defensa de la competencia, como forma de evitar la distorsión de los mercados.

Que, por su parte, el artículo 4° de la Ley N° 24.240 establece como obligación de los proveedores la de suministrar a los consumidores información veraz, detallada, eficaz y suficiente acerca de las características de las cosas o servicios que comercializan, y el artículo 43 de dicha norma legal prevé para la Autoridad de Aplicación, entre otras facultades y atribuciones, la de elaborar políticas tendientes a la defensa del consumidor y solicitar informes a entidades públicas y privadas relacionadas con la materia regulada por la ley aludida.

Que el adecuado funcionamiento de una economía de mercado reconoce como uno de sus pilares fundamentales la autonomía del consumidor, la cual sólo puede ser ejercida en los hechos en la medida en que exista información al consumidor clara y disponible en todo momento y que los proveedores de bienes y servicios la brinden en forma amplia.

Que el objetivo de establecer una política de defensa del consumidor, en cuanto a la información que se les brinda en la materia respectiva, también requiere que la Autoridad de Aplicación de la Ley N° 24.240 conozca con la debida regularidad dicha información para su análisis y difusión.

Que dentro del marco legal definido y de las peculiaridades del sector, los consumidores interesados en contratar los servicios proporcionados por los prestadores del servicio de medicina prepaga, deben ser informados adecuadamente de los valores de las cuotas que perciben dichos prestadores como contraprestación por sus servicios.

Que la información solicitada es relevante y necesaria para elaborar pautas relacionadas con las políticas de consumo que la Autoridad de Aplicación busca establecer y promover, focalizadas en la transparencia del mercado y en la difusión de la información para que los consumidores y usuarios puedan conocer la variedad de la oferta y adoptar la decisión que realmente convenga a sus intereses.

Que, en consecuencia, el conocimiento de los valores de las cuotas percibidas por los prestadores del servicio de medicina prepaga es una herramienta indispensable como basamento de las políticas de protección al consumidor, en particular en un mercado donde la relación entre los prestadores del servicio y los usuarios reviste características típicas de contratos de adhesión, en los cuales los oferentes disponen las condiciones generales a las que el usuario se halla sujeto, no teniendo el consumidor prácticamente posibilidad de discutir o negociar

aspectos particulares, hallándose expuesto con una mayor probabilidad a situaciones de desequilibrio desfavorables respecto de sus derechos y obligaciones frente a los del prestador del servicio.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente Resolución se dicta en uso de las facultades conferidas por los artículos 43 inciso b), 56 y 57 de la Ley N° 24.240, y concordantes, y el Anexo II, apartado XIV, sección SECRETARIA DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DEL CONSUMIDOR, punto 1, del Decreto N° 20 de fecha 13 de diciembre de 1999.

Por ello,

EL SECRETARIO DE DEFENSA, DE LA COMPETENCIA Y DEL CONSUMIDOR

RESUELVE:

Artículo 1° - Los prestadores de los servicios de medicina prepaga, cualquiera sea la naturaleza jurídica adoptada para efectuar la prestación, deberán informar cuatrimestralmente a la Autoridad Nacional de Aplicación de la Ley N° 24.240 el Valor Total de la Cuota Mensual que perciben por la prestación del servicio y la demás información complementaria que se detalla en el ANEXO I, que en DOS (2) planillas forma parte de la presente Resolución.

Art. 2° - La información correspondiente al mes inmediato anterior deberá entregarse por duplicado en la dependencia de la SECRETARIA DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DEL CONSUMIDOR ubicada en Avenida Julio A. Roca N° 651, 4° Piso, Sector 8, Capital Federal, durante los primeros DIEZ (10) días de los meses de enero, mayo y setiembre de cada año.

Art. 3° - La presente Resolución comenzará a regir desde la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4° - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.- Carlos Winograd.

## **ANEXO F: Marco Regulatorio de Medicina Prepaga.**

Sancionada: mayo 4 de 2011

Promulgada: mayo 16 de 2011

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

### **MARCO REGULATORIO DE MEDICINA PREPAGA**

#### **CAPITULO I**

##### **DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTICULO 1°** — Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661. Quedan excluidas las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones; y obras sociales sindicales.

**ARTÍCULO 2°** — Definición. A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

**ARTÍCULO 3°** — Limitaciones. No pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las entidades comprendidas en esta ley:

- 1) Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550;
- 2) Los inhabilitados judicialmente para ejercer cargos públicos;
- 3) Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno o administración de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley.

#### **CAPITULO II**

##### **DE LA AUTORIDAD DE APLICACION**

**ARTÍCULO 4°** — Autoridad de Aplicación. Es Autoridad de Aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda.

**ARTÍCULO 5°** — Objetivos y Funciones. Son objetivos y funciones de la Autoridad de Aplicación:

- a) Fiscalizar el cumplimiento de la presente ley y sus reglamentaciones en coordinación con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción;
- b) Crear y mantener actualizado el Registro Nacional de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y el Padrón Nacional de Usuarios, al solo efecto de ser utilizado por el sistema público de salud, en lo referente a la aplicación de la presente ley, no debiendo en ningún caso contener datos que puedan afectar el derecho a la intimidad;

- c) Determinar las condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión, y prestacional, así como los recaudos formales exigibles a las entidades para su inscripción en el Registro previsto en el inciso anterior, garantizando la libre competencia y el acceso al mercado, de modo de no generar perjuicios para el interés económico general;
- d) Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto;
- e) Otorgar la autorización para funcionar a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, evaluando las características de los programas de salud, los antecedentes y responsabilidad de los solicitantes o miembros del órgano de administración y los requisitos previstos en el inciso c);
- f) Autorizar y fiscalizar los modelos de contratos que celebren los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios en todas las modalidades de contratación y planes, en los términos del artículo 8° de la presente ley;
- g) Autorizar en los términos de la presente ley y revisar los valores de las cuotas y sus modificaciones que propusieren los sujetos comprendidos en su artículo 1°;
- h) Fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente;
- i) Implementar los mecanismos necesarios en cada jurisdicción, para garantizar la disponibilidad de información actualizada y necesaria para que las personas puedan consultar y decidir sobre las entidades inscriptas en el Registro, sus condiciones y planes de los servicios brindados por cada una de ellas, como así también sobre aspectos referidos a su efectivo cumplimiento;
- j) Disponer de los mecanismos necesarios en cada jurisdicción para recibir los reclamos efectuados por usuarios y prestadores del sistema, referidos a condiciones de atención, funcionamiento de los servicios e incumplimientos;
- k) Establecer un sistema de categorización y acreditación de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley así como los establecimientos y prestadores propios o contratados evaluando estructuras, procedimientos y resultados;
- l) Requerir periódicamente con carácter de declaración jurada a los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros, sin perjuicio de lo establecido por la ley 19.550;
- m) Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscriptos en el Registro que cuenten con similar modalidad de cobertura de salud y cuota. La transferencia se acordará en el marco del Consejo Permanente de Concertación definido en el artículo 27 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según cálculo actuarial, debiendo contar con el consentimiento del usuario.

ARTÍCULO 6° — Comisión Permanente. Créase como órgano de articulación de las funciones fijadas en la presente ley una Comisión Permanente que estará constituida por tres (3) representantes del Ministerio de Salud y tres (3) del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

### CAPITULO III

#### DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 7° — Obligación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatorias.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente;
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas;
- c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a cinco mil.

La Autoridad de Aplicación podrá proponer nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente prevista en el artículo 6° de la presente ley.

Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación.

En todos los planes de cobertura médico asistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

En todos los casos la prescripción de medicamentos debe realizarse conforme la ley 25.649.

#### CAPITULO IV

##### DE LOS CONTRATOS

ARTÍCULO 8° — Modelos. Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 9° — Rescisión. Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días.

ARTICULO 10. — Carencias y Declaración Jurada. Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

ARTICULO 11. — Admisión Adversa. La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.



ARTICULO 12. — Personas Mayores de 65 Años. En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (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 sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

ARTICULO 13. — Fallecimiento del Titular. El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato.

ARTICULO 14. — Cobertura del Grupo Familiar.

a) Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

ARTICULO 15. — Contratación Corporativa. El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de sesenta (60) días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba. El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de sesenta (60) días.

ARTICULO 16. — Contratos Vigentes. La entrada en vigor de la presente no puede generar ningún tipo de menoscabo a la situación de los usuarios con contratos vigentes.

ARTICULO 17. — Cuotas de Planes. La Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y razonable cálculo actuarial de riesgos.

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

## CAPITULO V

### DE LOS PRESTADORES

ARTICULO 18. — Aranceles. La Autoridad de Aplicación debe fijar los aranceles mínimos obligatorios que aseguren el desempeño eficiente de los prestadores públicos y privados. La falta de cumplimiento de aranceles o la mora en el pago a los prestadores hace pasibles, a los

sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley de las sanciones previstas en el artículo 24 de la presente.

ARTICULO 19. — Modelos de Contrato. Los modelos de contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los prestadores deben adecuarse a los modelos que establezca la Autoridad de Aplicación.

## CAPITULO VI

### DE LAS OBLIGACIONES

ARTICULO 20. — Hospitales Públicos. Aunque no mediare convenio previo, los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud.

Las mismas deben contar con la correspondiente validación de acuerdo a lo establecido en la reglamentación.

Quedan expresamente exceptuadas de autorización o validación previa, las situaciones de urgencia o emergencia de salud de los usuarios, en que se procederá a la atención del paciente, teniendo un plazo de tres (3) días para su validación posterior.

En caso de rechazo controvertido de una prestación efectuada por un hospital público u otro efector, puede requerirse la intervención de la Autoridad de Aplicación.

ARTICULO 21. — Capital Mínimo. Las Empresas de Medicina Prepaga que actúen como entidades de cobertura para la atención de la salud deben constituir y mantener un Capital Mínimo, que es fijado por la Autoridad de Aplicación.

Los Agentes de Seguro de Salud a que se refiere el artículo 1° de la presente ley se rigen, en este aspecto, por las resoluciones que emanen de la Autoridad de Aplicación.

ARTICULO 22. — Información Patrimonial y Contable. Los Agentes del Seguro de Salud que comercialicen planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios deben llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las leyes 23.660 y 23.661.

ARTICULO 23. — Planes de Adhesión y Fondo Solidario de Redistribución. Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud 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.

## CAPITULO VII

### DE LAS SANCIONES

ARTICULO 24. — Sanciones. Toda infracción a la presente ley será sancionada por la Autoridad de Aplicación conforme a lo siguiente:

- a) Apercibimiento;
- b) Multa cuyo valor mínimo es equivalente al valor de tres cuotas que comercialice el infractor y el valor máximo no podrá superar el treinta por ciento (30%) de la facturación del ejercicio anterior;

c) Cancelación de la inscripción en el Registro. Esta sanción sólo puede ser aplicada, en caso de gravedad extrema y reincidencia.

A los fines de la sustanciación del sumario será aplicable la ley 19.549 de procedimientos administrativos.

Toda sanción puede ser apelada ante la Cámara Nacional de Apelaciones, en lo Contencioso Administrativo Federal. El recurso deberá interponerse y fundarse dentro del plazo de diez (10) días hábiles de notificada ante la autoridad que dictó la resolución, quien remitirá las actuaciones al tribunal competente sin más trámite.

Sin perjuicio de la sanción que se imponga, el sujeto obligado debe brindar la prestación requerida con carácter urgente.

## CAPITULO VIII

### DEL FINANCIAMIENTO

ARTICULO 25. — Recursos. Los recursos del Ministerio de Salud con relación a la presente ley, están constituidos por:

- a) Una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación;
- b) Las multas abonadas por los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley a la Autoridad de Aplicación;
- c) Las donaciones, legados y subsidios que reciba;
- d) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.

## CAPITULO IX

### DISPOSICIONES ESPECIALES

ARTICULO 26. — Derecho de los Usuarios. Sin perjuicio de los que establezcan las demás normas de aplicación, los usuarios gozan de los siguientes derechos:

- a) Derecho a las prestaciones de emergencia: los usuarios tienen derecho, en caso de duda, a recibir las prestaciones de emergencia, correspondiendo en forma posterior resolver si se encuentran cubiertas por el plan contratado;
- b) Derecho a la equivalencia: los usuarios tienen derecho a una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados durante toda la relación contractual.

ARTICULO 27. — Créase como órgano consultivo un Consejo Permanente de Concertación, integrado ad-honorem por representantes del Ministerio de Salud, de la Autoridad de Aplicación de la ley 24.240, de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, de los usuarios y de las entidades representativas de los prestadores en el ámbito nacional o provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Ministerio de Salud dictará el reglamento de funcionamiento del citado consejo.

ARTICULO 28. — Orden Público. La presente ley es de orden público, rige en todo el territorio nacional y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 29. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los ciento veinte (120) días a partir de su publicación.

ARTICULO 30. — Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley tendrán un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la publicación de la presente para la adaptación al presente marco normativo.

ARTICULO 31. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, EL DIA CUATRO DE MAYO DEL AÑO DOS MIL ONCE.

— REGISTRADO BAJO EL N° 26.682 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

**ANEXO G: Resolución 201/2002. Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660.**

Bs. As., 9/4/2002

VISTO las Leyes 23.660 y 23.661, los Decretos Nros. 576/93, 865/00, 486/02 y las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 939/00, 1/01 y 45/01; y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto N° 486/02 declaró la Emergencia Sanitaria en todo el país, a los efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la Conservación de la salud de todos los habitantes de la Nación.

Que en el mencionado decreto faculta al Ministerio de Salud para definir en un plazo de TREINTA (30) días, en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución N° 939/00 del citado Ministerio y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria.

Que a esos fines se consideran prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia.

Que de este modo el Sistema Nacional del Seguro de Salud, debe tender a garantizar la equidad, la universalidad y la solidaridad para todos sus beneficiarios.

Que la caída de los recursos financieros del sector salud han motivado la ruptura de la cadena de pagos, con el consiguiente riesgo para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud de no recibir las prestaciones básicas esenciales que garanticen el cuidado de la salud.

Que la normativa que aprobó el Programa Médico Obligatorio y sus modificatorias, no garantiza las prestaciones básicas indispensables, porque no jerarquiza relación costo–efectividad ni la medicina basada en evidencia por lo que al dispersar el recurso económico no premia la eficiencia ni la eficacia.

Que la falta de inversión en los programas de atención primaria de la salud y la prevención sobre los grupos vulnerables provocan mayores gastos en enfermedades catastróficas y mayor morbimortalidad sobre afecciones evitables.

Que, de no realizar acciones concretas, la pérdida de financiamiento llevará a la eventual desaparición de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, que aun siendo viables en esta emergencia corren riesgo cierto de desaparecer.

Que la caída en la consulta médica, la falta de medidas de prevención y la no provisión de medicamentos e insumos, hacen necesario generar mecanismos para que las obras sociales garanticen las prestaciones básicas a sus beneficiarios y esto se manifieste en mejor calidad de vida.

Que existe discordancia entre las prestaciones a las que se obliga a los Agentes del Sistema Nacional Seguro de Salud a través de la Resolución N° 939/00 y los recursos humanos y materiales para sustentarla.

Que en la Resolución N° 939/00 se admite la cobertura de prácticas y procedimientos no avalados por la evidencia científica.

Que debe asegurarse en una situación de emergencia sanitaria como la presente un Conjunto de Prestaciones Básicas Esenciales que permitan mantener el espíritu solidario del sistema y solucionar los problemas más frecuentes en la práctica médica.

Que se deben priorizar las políticas de prevención de la enfermedad por sobre las acciones curativas basadas en las distintas características sociodemográficas que tienen cada una de las poblaciones de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud

Que asegurar la provisión de tecnología adecuada a un costo que el sistema pueda afrontar es vital, como lo indica la Declaración de Alma Ata.

Que es un deber normatizar la utilización de aquellas prestaciones de alto costo que se corresponden a patologías de baja incidencia, con el objeto de garantizar una utilización racional, dado que la sobreutilización provoca un fuerte impacto económico negativo en detrimento de prácticas y procedimientos de probada efectividad clínica ante iguales circunstancias.

Que en la Emergencia Sanitaria se debe garantizar el acceso a la salud de todos y en especial la protección de la salud de los grupos más vulnerables como embarazadas, niños en edad escolar, mayores de SESENTA Y CINCO 65 años y otros reglamentados por leyes especiales.

Que, de acuerdo a lo establecido por el Decreto N° 486/02 se le ha dado intervención al INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.

Que dado el carácter dinámico que tiene la evolución de la ciencia médica, y la crítica situación en la que se encuentra el país, surge por tanto la necesidad de actualizar periódicamente este instrumento para lo cual la misma Resolución N° 939/00 sentó las bases para la conformación del trabajo de la Comisión de Seguimiento Permanente del Programa Médico Obligatorio.

Que para ello ha sido necesario a su vez no sólo generar consensos a través de los integrantes de la Comisión de referencia, sino también el apoyo continuo de un grupo de evaluación de tecnología a fin de brindar soporte a dicha Comisión.

Que es necesario mantener coherencia conceptual entre los distintos anexos que integran el PMO, así como con las normativas generales existentes, tales como las emanadas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad Médica.

Que en el Anexo II de la Resolución N° 939/00 y sus modificatorias se estableció un Catálogo de Prestaciones del PMO y se hace necesario explicitar sus alcances, así como también dar cuenta de una serie de prácticas establecidas como de alta complejidad, a las cuales la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se había comprometido a normatizar.

Que debe depender la obligatoriedad de su cobertura de una correcta indicación médica, acorde a los principios establecidos en el modelo de abordaje de medicina basada en la evidencia.

Que en el proceso de normatizar prácticas se arriba a conclusiones que inicialmente descartan la indicación de éstas en determinadas condiciones, lo cual no implica que existan potenciales indicaciones no consideradas en esta resolución pero pasibles de actualización a partir de la Comisión de referencia.

Que este Programa Médico Obligatorio fue sometido a consideración de distintos actores del sector dentro del marco del Diálogo Argentino, en la Mesa Sectorial de Salud, donde se establecieron como objetivos generales: sostener y mejorar el sistema de salud para evitar el impacto sanitario de la crisis socioeconómica, priorizar la prevención y la atención de la salud materno infantil, recomponer el acceso al medicamento así como el insumo crítico para la atención médica y asegurar la continuidad de los servicios de la Seguridad Social.

Que las causales de interés público precedentemente expuestas habilitan asimismo al suscripto para que, de oficio y mediante resolución fundada, suspenda legítimamente la ejecución del Programa Médico Obligatorio vigente.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en el marco de las atribuciones acordadas por el artículo 18 del Decreto N° 486/02 y el artículo 12 de la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos N° 19.549.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE

Artículo 1° — Aprobar el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley 23.660, detalladas en los Anexos I, II, III y IV que forman parte de la presente Resolución y que en lo sucesivo se denominaran Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).

Art. 2° — Disponer que los Agentes del Seguro deberán adaptar todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos a los efectos de garantizar el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) a todos sus beneficiarios.

Art. 3° — Establecer que este Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) entrará en vigencia a partir de la publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4° — Disponer que el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) tendrá vigencia mientras dure la Emergencia Sanitaria, debiendo la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD conformar una Comisión de revisión del Programa Médico Obligatorio definitivo, a ser presentado para su aprobación antes del 31 de Diciembre de 2002.

Art. 5° — Suspender los efectos de las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 939/00; 1/01; 45/01 y todas aquellas que se opongán a la presente, mientras subsista la Emergencia Sanitaria.

Art. 6° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Ginés M. González García.

(Nota Infoleg: Por art. 4° del Decreto N° 756/2004 B.O. 28/6/2004 se prorroga hasta el 31 de diciembre de 2004 el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA. Por art. 1° de la Ley N° 25.972 B.O. 17/12/2004 se prorrogan, hasta el 31 de diciembre de 2005, los plazos establecidos por el Decreto N° 756/2004. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial).

(Nota Infoleg: Por art. 5° del Decreto N° 1210/2003 B.O. 15/12/2003 se prorroga por el término de CIENTO OCHENTA (180) días el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO DE EMERGENCIA.)

(Nota Infoleg: Por art. 2° del Decreto N° 2724/2002 B.O. 09/01/2003, se prorroga hasta el 10 de Diciembre de 2003 la presente resolución, así como toda otra norma reglamentaria o aclaratoria del Decreto 486/2002, en todo aquello que no se oponga a la normativa vigente.)

ANEXO I

(Este anexo determina la cobertura básica que brindarán los Agentes del Seguro de Salud)

## ANEXO II

Catálogo de Prestaciones

## ANEXO III

Formulario Terapéutico

## ANEXO IV

Medicamentos, Precios de Referencia

(Nota Infoleg: el Anexo IV fue sustituido por art. 4° de la Resolución N°310/2004 del Ministerio de Salud B.O. 15/4/2004 y se encuentra en formato pdf debido a su extensión. Para visualizar las notas de actualización haga clic [AQUI](#))

## ANEXO V

Listado de medicamentos de excepción con recomendaciones de uso. Medicamentos con cobertura en situaciones particulares detalladas en el presente anexo.



**ANEXO H: Resolución 212/98 de la Secretaría de Industria Minería y Comercio. SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO**

Objeto. Funciones. Registros. Árbitros. Opción. Rechazo in limine. Proveedores no adheridos a la oferta pública. Presentación. Arbitraje de amigables componedores. Procedimiento. Arbitraje de derecho. Procedimiento. Procedimiento especial. Recursos. Oferta Pública de adhesión al Sistema Nacional de Arbitraje de Consumo. Acuerdo Arbitral. Control del Sistema.

Bs.As., 26/3/98

B.O.: 31/3/98

VISTO el Expediente N° 064-000317/98 del Registro del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS y,

CONSIDERANDO:

Que el Decreto N° 276 de fecha 11 de marzo de 1998, que crea el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, en su Artículo 3° establece que el mismo funcionará en la órbita del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor.

Que en su Artículo 4° establece que serán sus funciones, entre otras, las de disponer la integración y funcionamiento de los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO, dictar las normas de procedimiento de los mismos, aprobar los textos de los acuerdos arbitrales, crear y administrar el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES, el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES EMPRESARIALES, el REGISTRO DE ÁRBITROS INSTITUCIONALES, el REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, ejercer el control del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO y de su personal, establecer un procedimiento especial y realizar todos los actos necesarios para el buen funcionamiento del sistema creado.

Que a los efectos de cumplir con lo establecido en el referido Decreto es necesario definir en forma concreta las reglas procesales a las que se ajustarán las partes al plantear sus controversias ante los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO, así como también establecer los plazos de los actos procesales, y elaborar y aprobar los textos de los acuerdos arbitrales.

Que, asimismo, corresponde a la Autoridad de Aplicación fijar, además de los exigidos en el Artículo 5° del Decreto N° 276 del 11 marzo de 1998, otros requisitos a cumplimentar por las personas físicas que se desempeñarán como árbitros, a los efectos de su inscripción en los Registros de Árbitros que se crean por medio de la presente Resolución, y establecer el modo de elección, suspensión y exclusión de los árbitros que conformarán los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO.

Que conforme al Decreto N° 276 del 11 de marzo de 1.998 también se atribuye a la SECRETARIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS el establecimiento de un procedimiento especial que regirá para los casos en los cuales el monto de la reclamación sea inferior al que se establece en la presente Resolución, así como también los requisitos y la forma de adhesión de los interesados en realizar la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO.

Que es necesario establecer el logotipo que identificará al SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, el cual será el Distintivo Oficial que los proveedores que

realicen la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL. DE ARBITRAJE DE CONSUMO podrán utilizar para la difusión e información de su adhesión.

Que, por último, se deben reglamentar todas aquellas cuestiones que permiten el efectivo funcionamiento del SISTEMA NACIONAL DEL ARBITRAJE DE CONSUMO.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades otorgadas por la Ley N° 24.240 y el Decreto N° 276 del 11 de marzo de 1998.

Por ello,

EL SECRETARIO DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA

RESUELVE:

CAPITULO I

OBJETO

Artículo 1º- Impleméntase en el ámbito de la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR dependiente de la SUBSECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR de la SECRETARIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAL DE CONSUMO.

CAPITULO II

FUNCIONES

Art. 2º- La DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR ejercerá las funciones de superintendencia del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO y dentro de su ámbito se recibirán las solicitudes de arbitraje y se realizarán los actos necesarios para la puesta en funcionamiento del proceso arbitral.

CAPITULO III

DE LOS REGISTROS

Art. 3º - Créanse en el ámbito de la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR, el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES, el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES EMPRESARIALES y el REGISTRO DE ÁRBITROS INSTITUCIONALES del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, y el REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO.

CAPITULO IV

DE LOS ÁRBITROS

Art. 4º- A los efectos de integrar la nómina de árbitros sectoriales que podrán integrar como vocales los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO, las asociaciones de consumidores y las asociaciones empresariales inscriptas en el REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO presentarán ante la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR la lista de postulantes a ser inscriptos en el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE

CONSUMIDORES y en el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES EMPRESARIALES, respectivamente. Las personas designadas deberán cumplir con los requisitos necesarios para ser árbitros que se fijan en el artículo 5° del Decreto N° 276/98, y en la presente Resolución.

Art. 5°- Las pautas de evaluación que se considerarán para inscribir a los árbitros sectoriales serán:

I. Acreditar especialización o especial preparación en la materia de defensa del consumidor o en métodos alternativos de resolución de conflictos o en el régimen de contratos civiles y comerciales.

II. Haber pertenecido o pertenecer a una asociación de consumidores o asociación empresarial, o asociaciones civiles o institutos privados académicos, vinculados estos últimos a la materia, o a la ADMINISTRACIÓN PÚBLICA NACIONAL o Provincial en el área de defensa del consumidor.

III. Acreditar la asistencia o participación en congresos, conferencias, jornadas, seminarios, cursos de postgrado o actividades académicas, en el país o en el exterior, relacionados con la defensa del consumidor y/o los medios alternativos de resolución de conflictos.

IV. Haber desempeñado en los Poderes Judiciales Nacionales o Provinciales cargos iguales o superiores al de Secretario de Primera Instancia en el fuero Civil y/o Comercial.

La DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR, una vez efectuada la evaluación de los antecedentes de los postulantes, procederá a inscribir a los mismos en los registros respectivos.

Se reconocerá a los árbitros una compensación de gastos por el desempeño de sus funciones en cada uno de los casos en que actúen.

Art. 6°- Los árbitros institucionales serán seleccionados entre los abogados que desempeñen sus tareas en el ámbito de la SUBSECRETARIA DE COMERCIO INTERIOR dependiente de la SECRETARIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS. La DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR recibirá las postulaciones de quienes quieran desempeñarse como árbitros institucionales, los que deberán cumplir con los requisitos fijados en el artículo 5° del Decreto N° 276/98 y en la presente Resolución. Para la selección de las personas que serán inscriptas en el REGISTROS DE ÁRBITROS INSTITUCIONALES, se seguirán las mismas pautas de evaluación establecidas para los postulantes a árbitros sectoriales.

Art. 7°- Los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO estarán conformados por TRES (3) miembros, clasificados del siguiente modo:

I. El árbitro institucional será elegido por las partes entre aquellos que se encuentren inscriptos en el REGISTRO DE ÁRBITROS INSTITUCIONALES, de acuerdo al procedimiento de elección que establezca la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR. El Arbitro Institucional será además Presidente del TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO. Dirigirá el procedimiento y dictará por sí solo las providencias de mero trámite. Sólo las diligencias y medidas probatorias podrán ser delegadas en uno de los árbitros; en lo demás actuarán siempre formando tribunal.

II. Los árbitros sectoriales serán designados de la siguiente forma:

a) El consumidor, o quien lo represente, deberá elegir su representante entre los inscriptos en el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES.

b) El proveedor, o quien lo represente, deberá elegir su representante entre los inscriptos en el REGISTRO NACIONAL DE REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES EMPRESARIALES.

Si por alguna causa las partes no realizan la elección del representante de su sector, se entenderá que han delegado en la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR la elección del mismo. Esta la realizará por sorteo entre los inscriptos en los respectivos registros. Se deberá respetar la rotación de los inscriptos, excluyéndose de la lista al sorteado hasta tanto no hayan sido designados todos los componentes de ella.

Art. 8º- Las partes y la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR podrán proponer, para integrar el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO, excepcionalmente y para casos Concretos, a personas de reconocido prestigio y versación en la materia objeto de la reclamación. En tales casos deberá existir conformidad expresa de todas y cada una de las partes para efectuar la designación.

## CAPITULO V

### OPCIÓN

Art. 9º- Si en los términos del artículo 7º del Decreto N° 276/98, las partes optaren expresamente por el arbitraje de derecho, los árbitros sectoriales deberán reunir las mismas condiciones requeridas para ser arbitro institucional.

Cuando el monto reclamado sea igual o inferior a los PESOS QUINIENTOS (\$ 500.-), el procedimiento se regirá sin excepción por lo dispuesto por el capítulo XI de la presente Resolución.

En los casos en que el monto del reclamo no pueda ser determinado o determinable en forma previa por parte de la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR, las partes de común acuerdo decidirán si se seguirá el procedimiento de amigables componedores, el arbitraje de derecho o el procedimiento especial del Capítulo XI de la presente Resolución.

## CAPITULO VI

### RECHAZO IN LIMINE

Art. 10.- Si el arbitraje solicitado fuera inconducente o versare sobre cuestiones que se encuentran excluidas de la materia del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO de acuerdo a lo establecido en el artículo 2º del Decreto N° 276/98, la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR rechazará fundadamente la solicitud, notificará el rechazo a la parte solicitante, y procederá al archivo de la misma. El rechazo será irrecurrible y dejará expeditas las vías administrativa y/o judicial correspondientes.

## CAPITULO VI

### PROVEEDORES NO ADHERIDOS A LA OFERTA PÚBLICA

Art. 11.- En caso de que el proveedor reclamado no se encuentre adherido a la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, se le notificará de la existencia de la solicitud de arbitraje admitida por la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR. Aquel deberá aceptar o rechazar el arbitraje solicitado dentro del plazo de CINCO (5) días de recibida la notificación. En caso de aceptarlo, deberá suscribir el convenio arbitral correspondiente y designar el árbitro de su sector dentro del citado plazo. Si el proveedor rechazara formalmente la solicitud o no se presentare a suscribir el convenio arbitral dentro del plazo establecido, se procederá al archivo de la misma, con notificación al reclamante. En cualquiera de los dos supuestos anteriores quedarán expeditas las vías administrativa y/o judicial correspondientes.

## CAPITULO VIII

### DE LA REPRESENTACIÓN

Art. 12.- Los consumidores podrán ser representados por una asociación de consumidores con autorización para funcionar como tal y los proveedores podrán ser representados por una asociación empresarial. En estos casos, se deberá otorgar a la asociación carta-poder por ante un agente de la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR, o poder para actuar en su nombre ante el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO.

Sin perjuicio de ello, las partes deberán concurrir personalmente en forma ineludible a las audiencias a las que se los convoque y demás actos que el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO establezca.

## CAPITULO IX

### ARBITRAJE DE AMIGABLES COMPONEDORES. PROCEDIMIENTO.

Art. 13.- Los consumidores interesados en someterse voluntariamente al proceso arbitral deberán presentar su reclamación por escrito y efectuar la elección del arbitro de su sector, a través de los formularios de solicitud de arbitraje que le proveerá la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR. Si el proveedor reclamado estuviera adherido a la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, el acuerdo arbitral quedará formalizado con la presentación de la solicitud de arbitraje por parte del consumidor, siempre que la controversia se encuadre dentro de las previsiones del artículo 1º del Decreto N° 276/98, y se encuentre incluida dentro del ámbito de la oferta pública realizada por el proveedor.

Junto a la solicitud de arbitraje deberá acompañar la prueba documental de la que pretendiere valerse y que tuviere en su poder.

Art. 14.- Las partes, al presentar la reclamación y al contestar la misma, respectivamente, deberán constituir domicilio especial dentro de la jurisdicción del TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO.

En caso de omisión, se tendrá como constituido el domicilio en el indicado en la oferta pública o en el formulario de solicitud de arbitraje.

Art. 15.- El proveedor adherido a la oferta pública será notificado dentro de los TRES días de admitida la solicitud de arbitraje de la existencia de la misma, a los efectos de que dentro del plazo de TRES (3) días de notificado proceda a elegir el árbitro de su sector.

Art. 16.- Elegidos los árbitros, se procederá a la conformación del TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO en un plazo de TRES (3) días de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5º del Decreto N° 276/98 y el presente reglamento, y

según los términos y condiciones que se establezcan en el acuerdo arbitral.

Una vez conformado el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO, la secretaría del tribunal notificará la reclamación al proveedor dentro de los CINCO (5) días posteriores.

Art. 17.- La parte reclamada tendrá un plazo de DIEZ (10) días contados desde la fecha de notificación de la reclamación, para contestar la misma con la contestación deberá agregarse la prueba documental de la que pretendiera valerse y que tuviese en su poder.

Art. 18.- Contestada la reclamación o vencido el plazo para hacerlo sin que el reclamado lo hubiera hecho, el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO fijará audiencia para que concurren las partes en un plazo máximo de DIEZ (10) días, la que tendrá carácter privado y confidencial. Si las partes expresamente lo acordaren la audiencia podrá tener carácter público.

Si por causa justificada la audiencia no pudiera realizarse, el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO señalará por única vez una nueva fecha para su práctica, la que se desarrollará aún en el caso de incomparecencia del consumidor y/o proveedor reclamado.

Art. 19.- La audiencia será oral, pudiendo las partes hacer las alegaciones que consideren necesarias para la mejor defensa de sus intereses.

En ella, el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO deberá intentar la conciliación entre las partes, la que, de lograrse, será homologada por el Tribunal dejándose constancia de todo ello en acta. No lograda la conciliación el Tribunal oír a las partes y ordenará la producción de las pruebas que estime pertinentes. El TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO podrá disponer un cuarto intermedio de la audiencia hasta tanto tenga en su poder el resultado de las pruebas ordenadas

Son admisibles todos los medios probatorios establecidos por las normas procesales respectivas.

El TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO determinará el plazo máximo para la producción de las pruebas.

Art. 20.- La confección y diligenciamiento de las notificaciones estará a cargo de la Secretaría del Tribunal. La confección de oficios también estará a cargo de la citada Secretaría y el diligenciamiento lo efectuarán las partes. Las cédulas de notificación y los oficios deberán estar confeccionados y remitidos dentro de los TRES (3) días de notificada la fecha de la audiencia y, en caso, la apertura a prueba.

Los costos que demande la producción de la prueba serán soportados por la parte que la ofrezca. Si ambas partes coincidieren en una misma prueba, los costos serán soportados en iguales proporciones. Las pruebas ordenadas de oficio serán costeadas por la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR, de acuerdo a sus disponibilidades presupuestarias.

Art. 21.- Sólo se notificarán personalmente, por cédula, por carta documento, por telegrama con constancia de recepción o por cualquier otro medio fehaciente, la solicitud de elección de árbitro del reclamado, el traslado de la reclamación, la apertura de la causa a prueba, la citación a las audiencias, el traslado de la pericia y el laudo. Las demás decisiones del tribunal quedarán notificadas por ministerio de ley al día siguiente de su dictado o el primer día

Art. 22.- Oídas las partes, el tribunal dictará sin más trámite el laudo. En todos los casos, el laudo deberá dictarse en el plazo máximo de DIEZ (10) días, contados a partir de la fecha de finalización de la audiencia.

Art. 23.- El plazo para dictar el laudo sólo podrá ser prorrogado por acuerdo expreso de las partes, notificándolo al TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO por lo menos DOS (2) días antes de la expiración del plazo inicial.

Art. 24.- El laudo y cualquier otra resolución del TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO, se decidirá por mayoría de votos.

Art. 25.- El laudo deberá dictarse por escrito debiendo expresar fundadamente la decisión. El incumplimiento del laudo dará derecho al reclamante a promover su ejecución en sede judicial.

En el laudo, el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO podrá establecer la oportunidad o no de publicar en los medios de difusión la decisión, cuando la misma se considere de interés público.

## CAPITULO X

### ARBITRAJE DE DERECHO.

#### PROCEDIMIENTO.

Art. 26.- En caso de que las partes opten por el arbitraje de derecho, el procedimiento se regirá por lo dispuesto para el arbitraje de amigables componedores, salvo en lo prescripto en el presente Capítulo

Art. 27.- Contestada la reclamación, el Tribunal ordenará la apertura a prueba de la causa por el plazo de VEINTE (20) días, si existiesen hechos controvertidos, y procederá a proveer la que declare admisible. El Tribunal podrá rechazar las pruebas que estime impertinentes o inconducentes a los fines de la dilucidación de la causa.

Las partes deberán producir la pruebas ofrecidas y admitidas por el Tribunal hasta la fecha fijada para la realización de la audiencia, la que será determinada en el auto de apertura a prueba.

Las pruebas no producidas hasta la fecha de celebración de la audiencia se darán por decaídas.

Si las partes no ofrecieran prueba, o las mismas no fueran admitidas por el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO, éste designará fecha para la realización de la audiencia sin más trámite.

## CAPITULO XI

### PROCEDIMIENTO ESPECIAL

Art. 28.- En todos aquellos conflictos que se planteen ante los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO cuyo monto sea inferior a los PESOS QUINIENTOS (\$ 500.-) se aplicará el procedimiento que se establece en el presente capítulo.

Art. 29.- Las reglas de procedimiento establecidas para el arbitraje de amigables componedores serán de aplicación supletoria al procedimiento especial que se regula en el presente capítulo.

Art. 30.- En todos los casos en que se aplique el procedimiento especial, el TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO será conformado con UN (1) solo árbitro, el que será elegido por las partes en la forma siguiente:

I. Las partes, al suscribir el acuerdo arbitral, o la solicitud de arbitraje, o al realizar la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, según el caso, deberán delegar en la autoridad de aplicación el sorteo del árbitro único, y aceptarán que el que resulte sorteado invista el carácter de árbitro sectorial que represente a cada parte, y de árbitro institucional.

II. La autoridad de aplicación procederá al sorteo del árbitro entre los inscriptos en el REGISTRO DE ÁRBITROS INSTITUCIONALES.

Art. 31.- El árbitro único deberá tomar conocimiento de la controversia planteada dentro de los TRES (3) días de notificado de su designación, la que deberá realizar la autoridad de aplicación dentro de los DOS (2) días de sorteo. Fijará una audiencia para que concurran las partes dentro de los DIEZ (10) días posteriores a la toma de conocimiento.

Art. 32.-En la audiencia. el árbitro tratara que las partes arriben a una conciliación, la que, de ocurrir, será homologada por el árbitro único, dejándose constancia de todo ello en acta.

No alcanzada la conciliación entre las partes, el árbitro único oír a cada una de ellas o procederá a ordenar la producción de las pruebas que considere pertinentes.

En caso de ser necesario, de oficio o a pedido de ambas partes, podrá pasar a un cuarto intermedio, el que no podrá ser superior a las SESENTA Y DOS (72) horas.

Art. 33.- El árbitro único contará con amplias facultades instructorias y ordenará todas las medidas que estime pertinentes para el adecuado dictado del laudo, pudiendo incluso solicitar la

opinión de expertos cuando el tema de la controversia requiera una opinión especializada, la que no tendrá carácter vinculante para la decisión final.

Art. 34.- Oídas las partes, el árbitro único dictará el laudo en ese mismo momento o en un plazo no mayor a las CUARENTA Y OCHO (48) horas de concluida la audiencia.

Art. 35.- Contra el laudo arbitral podrá interponerse la acción de nulidad.

## CAPITULO XII

### DE LOS RECURSOS

Art. 36.- Los recursos de aclaratoria y nulidad deberán ser interpuestos y fundados dentro de los CINCO (5) días de notificado el laudo. El recurso de aclaratoria suspenderá el plazo para deducir el recurso de nulidad. Resuelto y notificado éste se reiniciará el plazo para interponer el recurso de nulidad. El recurso de nulidad se concederá con efecto devolutivo.

Del recurso de nulidad interpuesto se dará traslado a la parte contraria por CINCO (5) días para que lo conteste. Vencido dicho plazo, haya o no contestado el mismo, el expediente será remitido al Juez de Primera Instancia o a la Cámara de Apelaciones que corresponda, según el caso, dentro de los DOS (2) días hábiles siguientes.

## CAPITULO XIII

### DE LA OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO

Art. 37.- El proveedor interesado en adherir a la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, deberá hacerlo mediante los formularios que, para tal efecto, apruebe la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR.

La solicitud a presentar por el interesado ante el REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO deberá contener:

- a) Ámbito material, territorial y temporal de la oferta;
- b) Sometimiento expreso al presente SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO;
- c) Delegación de la elección del árbitro institucional en la autoridad de aplicación;
- d) Compromiso de cumplimiento del laudo arbitral:

y

e) Renuncia a todos los recursos que se puedan interponer durante la sustanciación del procedimiento y contra el laudo, salvo en relación a los expresamente previstos en el artículo 16 del Decreto N° 276/98.

Respecto del inciso a), el interesado deberá precisar:

I. a qué bienes o servicios se ajustará la oferta pública;

II. a cuáles jurisdicciones está circunscripta,

III. cuál es el plazo de validez de la oferta pública, el que no podrá ser inferior a SEIS (6) meses. Dicho plazo será prorrogable automáticamente desde la fecha de su vencimiento por un período igual, salvo lo dispuesto en el artículo 36.

En caso de omitirse las indicaciones de los puntos I) y II), se entenderá que la oferta se ha realizado para todos los bienes producidos y/o comercializados por el proveedor, y que éste



acepta la jurisdicción de todos los Tribunales Arbitrales de Consumo establecidos o que se establezcan en el futuro en el territorio nacional.

La DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR evaluará las solicitudes presentadas y si las mismas cumplen con los requisitos exigidos por el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, inscribirá la oferta realizada en el registro correspondiente.

Art. 38.- La renuncia a la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO deberá ser presentada a la autoridad de aplicación por escrito, con DOS (2) meses de anticipación al vencimiento del plazo de validez de la oferta. Dicha renuncia implicará la pérdida del derecho de ostentar el distintivo oficial desde la fecha de vencimiento del mencionado plazo.

En caso de que el interesado quiera modificar cualquiera de las características de la oferta respecto de las anteriormente fijadas, deberá hacerlo saber a la autoridad de aplicación por escrito con DOS (2) meses de anticipación al vencimiento del plazo de validez de la oferta anterior.

El proveedor que haya renunciado a la oferta pública o haya modificado su ámbito de aplicación respecto del período anterior, deberá informar adecuadamente a los consumidores tales circunstancias; pudiendo la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR ordenar la publicación de la misma en un medio masivo de comunicación. La adhesión a la oferta pública subsistirá hasta tanto el proveedor cumpla con estos requisitos. La renuncia del proveedor no invalidará su obligatoriedad de someterse a los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO, respecto de los productos y servicios comercializados con anterioridad al vencimiento del plazo de validez de la oferta.

Art. 39.- El distintivo oficial del SISTEMA NACIONAL DE CONSUMO será el isologo que se reproduce en el Anexo I que en DOS (2) planillas forma parte de la presente Resolución.

#### CAPITULO XIV

##### DEL ACUERDO ARBITRAL

Art. 40.- A los efectos del sometimiento al arbitraje, las partes deberán suscribir el correspondiente acuerdo arbitral en los formularios que apruebe la DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR.

El acuerdo arbitral establecerá la aceptación lisa y llana de las partes de las reglas de procedimiento establecidas para los TRIBUNALES ARBITRALES DE CONSUMO, y fijará que las costas serán siempre en el orden causado.

En el acuerdo arbitral las partes deberán, en forma inexcusable, aceptar la designación del árbitro institucional de acuerdo al sorteo que realice DIRECCIÓN NACIONAL DE COMERCIO INTERIOR. Esta aceptación también formará parte de la solicitud de adhesión a la OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO, y de la solicitud de arbitraje que presente el consumidor y la aceptación de arbitraje por parte del proveedor no adherido a la oferta pública.

#### CAPITULO XV

##### CONTROL DEL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO

Art. 41.- Podrán ser suspendidas y/o excluidas de los registros de árbitros las personas que no reúnan los requisitos para serlo, o dejarán de reunirlos, mediante resolución fundada.

En caso de exclusión de un representante de una asociación de consumidores o de una asociación empresarial, notificará a la asociación de que se trate de la mencionada exclusión, invitándola a inscribir un nuevo representante en reemplazo del excluido.

Podrá excluirse del REGISTRO DE OFERTA PUBLICA DE ADHESIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO a aquel proveedor o asociación empresarial que no cumpla con las prescripciones del SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO.

Art. 42.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. - Alieto A. Guadagni.

## ANEXO I

### DISTINTIVO OFICIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO

#### ISOLOGO INSTITUCIONAL.

#### DESCRIPCION:

El logotipo es un octógono dividido en TRES (3) partes, UNA (1) plena y DOS (2) "outline". El sector pleno remite al TRIBUNAL ARBITRAL DE CONSUMO y los restantes dos a las partes que se someterán al arbitraje.

Este octógono está recorrido por UN (1) rectángulo, espacio de contención que genera la SECRETARA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA del MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS para hacer efectivo el SISTEMA NACIONAL DE ARBITRAJE DE CONSUMO.

COLORES: Pantone DOSCIENTOS UNO (201);

Pantone DOSCIENTOS VEINTIUNO (121);

TIPOGRAFIA: Futura, Cuerpo DIECISEIS (16), alineación centrada.

MEDIDAS: Recuadro de CUATRO CON OCHO (4,8) centímetros por CINCO con TRES (5,3) centímetros por TRES (3) centímetros, espesor: CINCO (5) puntos:

El logo comenzará a los TRES (3) milímetros desde el recuadro:

En todas las aplicaciones (aumento-disminución) deberán respetarse estas proporciones:

Separación entre las partes: CUATRO (4) milímetros.

CALCOMANÍAS: Recuadro NUEVE CON CINCO (9,5) centímetros por TRECE CON UN (13,1) centímetros: OCHO (8) puntos:

Recuadro amarillo: CINCO (5) milímetros:

Texto "comercio adherido": cuerpo DIECIOCHO (18):

"Track amount": VEINTE (20):

Colores: iguales a los del logo original.

**ANEXO I: Tablas sobre consultas sobre EMP realizadas al 0800 de la SSDC elaborada a partir de la información difundida en la Revista Temas del Consumidor.**

**Cuadro 31. Lugar ocupado por las empresas de medicina prepaga en el ranking del total de rubros consultados al 0800 de la SSDC por año. Argentina, periodo 2001-2010.**

Año	Lugar ocupado	% de consultas sobre EMP sobre total de consultas recibidas
2001	3°	6
2002	4°	6
2003	4°	6,6
2004	1°	11
2005	4°	6
2006	4°	9
2007	6°	6,8
2008	7°	4,4
2009	8°	4,1
2010	8°	3,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la base de datos del CAOC y de las Revistas Temas del Consumidor publicadas hasta el 2006 por la SSDC.

**Cuadro 32. Frecuencias de los motivos consultados sobre las EMP al 0800 del CAOC la SSDC. Argentina, 2004.**

Motivos consultados	n
Aumentos de Cuotas	5543
PMO: No cobertura de prestaciones médicas o patologías en general	3787
PMO: No cobertura de Medicamentos según los % establecidos	1.705
PMO: No cobertura del Plan Materno Infantil	385
Bajas sin razones valederas (por razones de edad, o enfermedades crónicas o seniles)	230
PMO: Establecimiento de periodos de carencia, preexistencia o copagos no autorizados	208
PMO: No cobertura de prótesis y/o ortesis	195
No aceptación de pedido de baja por Teléfono o FAX sin dar curso al trámite	31
Otros	1.138
Total	13.222

Fuente: Revista Temas del Consumidor N° 72 del 2005

**Cuadro 33. Frecuencia de los motivos consultados por empresas de medicina prepaga al 0800 de la SSDC año 2005.**

Motivos consultados	n
PMO: Establecimiento de periodos de carencia, preexistencia o copagos no autorizados	187
PMO: No cobertura de prótesis y/o ortesis	137
Aceptación de pedido de baja por teléfono o FAX sin dar curso al trámite	7
Otros	425
Total	8.215

Fuente: Revista Temas del Consumidor N° 78 2006

## Anexo J – Resultados Objetivo 4

**Variable 2:** Tipo de enfermedad

**Cuadro 34. Homologación de las categorías de enfermedades existentes en las disposiciones a las categorías de la CIE-10. SSDC. 2000-2008.**

Definición de la enfermedad registrada en la disposición	Denominación de la enfermedad CIE-10	Grupo de enfermedades de acuerdo a la CIE-10
Artritis reumatoidea	Artritis reumatoide seropositiva	Enfermedades del sistema osteomuscular
Litiasis renal	calculo del riñón y del uréter	Enfermedades del aparato genitourinario
Linfoma	Linfoma no hodgkin de otro tipo y el no especificado	Tumores (neoplasias)
Cirrosis hepática	Fibrosis y cirrosis del hígado	Enfermedades del sistema digestivo
Diabetes	Diabetes	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
VIH	Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	Síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Insuficiencia renal crónica	Insuficiencia renal no especificada	Enfermedades del aparato genitourinario
Lupus	lupus eritematoso	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
Hemorragia vaginal	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales	Enfermedades del aparato genitourinario
Dolor abdominal	Dolor abdominal y pélvico	Síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Tumor	Tumor maligno de la mama	Tumores (neoplasias)
Pancreatitis	Otras enfermedades del páncreas	Enfermedades del sistema digestivo

Fuente: elaboración propia.

Enfermedades mencionadas en las disposiciones que no pudieron ser clasificadas de acuerdo al CIE-10:

- Quiste epidermoide de fosa posterior
- Neuroblastoma
- Discapacidad con una deficiencia motora, mental y visceral
- Distintas malformaciones (insuficiencia renal crónica terminal, síndrome oto-palato-digital, fonoaudiología, hipoacusia severa)

- En 10 disposiciones se mencionó que el afiliado padecía una enfermedad oncológica sin mayor especificidad.

## **Variable 5: Argumentos y fundamentos expuestos por la EMP durante las audiencias y/o descargos**

### **Dimensión 5.1: Argumentos expuestos por la EMP durante las audiencias**

#### **•Argumentos referidos a la no existencia de la prestación en el PMO (9 referencias):**

...indicó que la negativa obedecía a que el Plan al que la afiliada pertenecía no cubría esa prestación (Disposición N° 673/08).

... manifestando la denunciante que “el Hospital xxxx le remitió una carta documento intimándola al pago de la suma de \$ 3.543, 74, [...] Asimismo la denunciada manifiesta que no le corresponde abonar dicho cargo por tratarse de una práctica no nombrada y que tal circunstancia le fue notificada al Hospital xxxx (Disposición N° 308/05,p. 2).

... la denunciada manifiesta que actualmente está brindando al Sr. xxxx el tratamiento de Branquiterapia prostática. En cuanto a los reintegros de medios de contraste de estudios realizados y co-pagos abonados por el reclamante, los mismos se reintegrarán imputándolo a los pagos de la cuota, en un monto de \$ 420; contra presentación de recibos originales excepto copagos. Por su parte, el denunciante manifiesta que su pretensión a los efectos conciliatorios consiste en que la empresa en el futuro y para todo su grupo familiar cumpla con el PMO en los centros de cartilla que corresponden al plan suscripto con libre elección de su parte (Disposición N° 08/05, p.2).

...Explica que si bien el afiliado pretendía que xxxx realizara el estudio ya que tanto el médico tratante como el centro medico formaban parte de la nomina de prestadores de la prepaga, ello no era posible en tanto la prepaga no había convenido con dicho instituto la cobertura de la totalidad de las prestaciones médicas a realizarse debiéndose en algunos casos pagar un adicional. Asimismo señala que todo ello está explicitado en la cartilla medica. La que es entregada a cada afiliado al momento de su afiliación (Disposición N° 102/04, p.2).

...La denunciada manifiesta que mi parte no reconoce la petición efectuada por la contraria atento a que el medicamento peticionado no es específicamente oncológico. Destaco ello dado que el PMO establece que se debe responder cuando la droga o medicamento es específicamente oncológico, requisito que no reúne el medicamento peticionado por el Sr. Fernández y ello surge de los prospectos médicos agregados por el propio reclamante. Aclaro que xxxx SA. ha procedido a otorgarle al Sr. s.f. el 50% del medicamento pero por el tipo de plan que cuenta el Sr. Fernández pero nunca por el PMO ya que dicha obligación no nace del mismo, pasando las presentes para resolver (Disposición N° 604/04, p.2).

...Que en particular respecto de la imputación formulada señala que el Programa Médico Obligatorio establece que deberá darse 100 % de cobertura en internación incluyendo todas las prestaciones y prácticas, extendiéndose dicha cobertura a la provisión de la totalidad de los medicamentos, Explica que si bien el médico indica como conveniente suministrar al paciente leche LK y Ensure Plus, no corresponde deducir que se trata de medicamentos, en realidad aconseja suministrar el referido “alimento” sin que sugiera prescribir medicamentos, como sostiene erróneamente la denunciante y esta Dirección al formular la imputación (Disposición N° 429/04, p.3).

...Que a fs. 14 y en fecha 20.06.2003 se celebra la audiencia conciliatoria entre las partes en conflicto. En representación de la denunciante, el Sr. xxxx señala que la medicación ESTREPTOZOTOCINA es importada de EEUU; que no tiene alternativa de origen nacional, y que fue prescrita por la oncóloga perteneciente a la Prepaga- acompaña fotocopia de la prescripción médica. En representación de la denunciada el abogado xxxx informa que la cobertura de la medicación es negada porque no se encuentra en los protocolos oncológicos nacionales, anexo al Programa Médico Obligatorio (en adelante PMO) ni se encuentra previsto en el mencionado programa la provisión de drogas importadas como la reclamada en el caso (Disposición N° 1123/08, p. 1).

...Programa Médico Legal existen prestaciones de cobertura obligatoria y otras que no reviste tal carácter pues su asistencia no está a cargo de las obras sociales, sino que depende de determinados subsidios. Así el punto 2.8 de la Resolución del M. de S. y A.S. N° 247/96, referido a transplantes y prácticas de alto costo y baja incidencia, no impone ninguna obligación a la obras sociales, circunstancia que resulta ratificada por la Resolución N° 1/98. Que, en el mismo acto, la sumariada acompaña copia simple de la Circular de Dirección General N° 43192 que contiene la “tabla de beneficios” del Plan Dorado al que aparentemente pertenece la denunciante (Disposición N° 820/01, p.3).

...Presenta su defensa la sumariada, rechazando la responsabilidad que se le atribuye, centrando su defensa en que no cuestiona la cobertura médica que corresponde al Sr. xxxx, sino que su rechazo se debe a que determinadas indicaciones médicas de su facultativo particular no están de acuerdo a los PROTOCOLOS NACIONALES ONCOLÓGICOS NACIONALES como lo establece el P.M.O. aprobado por la RES. MS 201/02. De ello concluye que se trata de medicamentos de tipo experimental, que podrían afectar la salud del reclamante, (Disposición N° 219/06, p .2).

**•Argumentos referidos a la información y la responsabilidad del afiliado (3 referencias):**

...señala que todo ello está explicitado en la cartilla médica. La que es entregada a cada afiliado al momento de su afiliación (Disposición N° 102/04, p.2).

...El mecanismo de adhesión creado por la sumariada, preveía que quines no se manifestaran por la negativa recibirían el beneficio; en la oportunidad los reclamantes manifestaron expresamente que no querían recibir este adicional (Disposición N° 269/03, p.6).



...Sigue afirmando que ello se le habría avisado a la cliente, que tenía tiempo, que podía ser derivada a los referidos sanatorios u hospitales para ser atendida por sus médicos de la red, conforme al plan PMO, ya que no se encontraba descompensada y que la Sra. "...se encaprichó en quedarse en dicha Clínica. . . y en forma arbitraria y unilateral a su voluntad y amplia liberalidad pretendió que cubriera el PMO y la patología", insistiendo la sumariada que no se trataba de una emergencia (Disposición N° 570/01, p.5).

**•Argumentos referidos a las denominadas enfermedades preexistentes (3 referencias):**

...La denunciada manifiesta que el denunciante omitió consignar en la declaración jurada suscripta al momento de la asociación, la preexistencia de la enfermedad "artritis reumatoidea", y en respuesta, aquel expresa que ello fue informado verbalmente al vendedor como así también la medicación que estaba tomando, y solo consignó en la declaración dicha medicación, que solo es indicada para esa patología. En la segunda oportunidad solo se pide la celebración de una tercer audiencia (ver. acta fs. 33) la que se lleva a cabo el 24 de noviembre de 2003, labrándose el acta que luce a fs. 34, de la cual surge que la denunciada manifiesta que a pesar de que la enfermedad "artritis reumatoidea", que motiva la cirugía no estaba declarada, estando conocida por la familia, ofrece a los fines conciliatorios "...la cobertura parcial (pensión, honorarios y descartables) de dicha cirugía como asimismo la reincorporación del grupo familiar en el Plan "A". La propuesta no es aceptada (Disposición N° 713/05, p.2).

...Que a fs. 24 se presenta la sumariada por intermedio de su apoderado, manifestando que "es cierto que se negó al Sr. xxxx el servicio a fin de cubrir una Litotricia Ultrasónica. Ello por cuanto el afiliado ocultó la preexistencia de dicha dolencia, el ocultamiento produce la rescisión del contrato, "el afiliado era atendido por cólicos renales desde octubre de 1995 y en la solicitud de afiliación ocultó maliciosamente dicha pre-existencia ". Acompaña copia de la historia clínica del Buen Ayre y ambas solicitudes de afiliación (Disposición N° 447/05, p.2).

...Al preguntar por qué tratándose de una urgencia la misma no estaba cubierta le respondieron que el problema de su esposo era una enfermedad preexistente, pues presentaba cálculos biliares y al dispararse uno de esos cálculos, le rozó el páncreas y causó dicho diagnóstico (Disposición N° 731/03, p.1).

**•Argumentos fundamentados en el cumplimiento con el objeto que motivó la denuncia (3 referencias):**

...Que, la sumariada centra su defensa en el argumento de que se habría ya instruido un sumario paralelo por idénticos hechos ante el Organismo de Defensa de Consumido afirmando que se habría arribado a un acuerdo conciliatorio, poniendo fin a las diferencias existieron con la denunciante (Disposición N° 133/08, p.3).

...Que con fecha 29 de septiembre de 2004 un mandatario de la firma xxxx S.A. (poder a fs.5/6) se presenta espontáneamente en la Dirección de Defensa del Consumidor manifestando que “ el problema ha sido solucionado “, dejándose constancia en el acta de fs. 4. Ello es reiterado con fecha 13 de octubre de 2004, solicitando el presentante el archivo de los autos por cuanto “la denunciante ha manifestado telefónicamente que desistiría de la denuncia (Disposición N° 335/06, p. 1).

...de la sumariada a fin de manifestar que no se le negó cobertura medica al denunciante y que la externación fue responsabilidad de la clínica La Florida. Que su representada le abonó a la clínica la suma pactada y que la misma le esta reclamando una diferencia en la facturación que todavía esta en discusión entre la clínica y xxxx. Que la diferencia es un problema que deben resolver los médicos auditores. Que acompaña copia de comprobantes de pago (Disposición N° 491/04, p.3).

**•Argumentos referidos a que el objeto motivo de la denuncia ya se encontraba en sede judicial o considerar que no correspondía la intervención de la SSDC por un tema jurisdiccional (5 referencias):**

...Que la sumariada presenta su defensa con el escrito de fs. 1/6 del expte. Incorporado como folio 21, ingresado el 22-7-2003, indicando en primer lugar que por el mismo motivo objeto de estas actuaciones, los padres del menor xxxx iniciaron un juicio de amparo con sentencia parcialmente favorable en primera instancia, que obligó al PLAN DE SALUD DEL HOSPITAL ITALIANO a brindar la cobertura requerida, afirmando que salvo algunos prestaciones no incluidas en el P.M.O. nunca se negó la cobertura. Indica que el proceso judicial, al momento del descargo, está en la CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CIVIL (SALA H), e invocando el principio “non bis in ídem” pide el archivo de la causa (Disposición N° 319/05, p.3).

...En primer término denuncia existencia de acción judicial en trámite, en consecuencia invoca prejudicialidad en el claro sentido de que este procedimiento administrativo debe interrumpirse porque la reclamación del Sr. xxxx se está ventilando en sede judicial. Para el caso que se hiciera lugar a la prejudicialidad invocada, y se procediera a la suspensión de este expediente a las resultas de lo que se decidiera en sede judicial, deja planteado el Caso Federal. A efectos de acreditar la existencia de los autos caratulados “xxxx c/Asociación de Médicos de San Martín y Tres de Febrero s/Daños y Perjuicios”, que tramitan por ante el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial N° 4 del Departamento Judicial de San Martín, solicita libramiento de un pedido de informes al Juez a cargo de dicho juzgado (Disposición N° 441/04, p.3).

...xxxx solicita la suspensión o archivo de las actuaciones por tratarse de cuestiones entre empresas, situación excluida del fiero de esta Secretada. Informa que por los mismos hechos se encuentra en trámite un expediente caratulados “xxxx JORGE OMAR C/ xxxx. SI AMPARO” en el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 109 (Disposición N° 431 /04, p.1).

...Que finalmente la sumariada declara que las prestaciones más arriba reclamadas están siendo cumplidas de conformidad con el mandato judicial dispuesto en la causa "xxxx Aníbal Edgardo el Circulo Médico de San Isidro si Medida Cautelar" que tramita por ante el Juzgado de Primera Instancia Civil y Comercial N° 13 secretaría N°xxxx, de San Isidro Pcia. de Buenos Aires. la que actualmente tramita por ante el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial N° 9, Secretaría N° 10, del mismo departamento judicial (Disposición N° 633/03, p.3).

...Que a fs. 17 y en fecha 1 de abril de 2002 se celebra la audiencia entre las partes en conflicto. En representación de la denunciada el Dr. xxxx manifiesta que sin perjuicio de concurrir a la audiencia a los fines de informarse respecto de la denuncia, entiende que la Secretaría no resulta competente para intervenir en la interpretación del contrato en cuestión, ya que las facultades están directamente establecidas en el Capítulo IX de la ley 24.240, requiere de la participación de las autoridades provinciales y concurrentemente de la Autoridad Nacional de Aplicación en cabeza de esta Dirección, no existiendo abierto un trámite ante la Secretaría de Comercio Interior del Ministerio de Agricultura, Ganadería, Industria y Comercio de la Provincia de Santa Fe, resulta, a su entender, ese acto administrativo lesivo de la garantía constitucional del debido proceso. Efectúa reserva de derechos de atacar por inconstitucionalidad este acto (Disposición N° 429/04, p.2).

**•Argumentos fundamentados en que no les corresponde imputación por ser asociaciones sin fines de lucro o mutuales y por esa razón no encontrarse obligadas a cumplir con el PMO (3 referencias):**

...manifestando que se trata de una Asociación Mutua y no una empresa con fines de lucro. Dice que el 15 de noviembre de 2003 se suspendió el uso del Hospital Alemán, comunicando ello a todos sus asociados mediante nota del 13-11-03 (fs.3/4), y que esa clínica no figura en sus nuevas cartillas (Disposición N° 970/05, p.2).

...Expresa haber cumplido con la publicidad legal de la Ley 24522, arts. 26/29, y que además los afiliados pueden controlar las decisiones de la MUTUAL a través de la concurrencia a la Asan Afirma haber cumplido el deber de información respecto al aumento de la cuota y a los descuentos de las farmacias adheridas al sistema, aludiendo que "personal de la MUTUAL comunicó en meses anteriores el reajuste del canon (Disposición N° 364/05, p.2).

...Manifiesta que si representada es una ASOCIACIÓN CIVIL SIN FINES DE LUCRO que admitiera XXXX sistema de medicina que cuenta con más de 8.300 afiliados (Disposición N° 633/03,p. 2).

**•Argumentos basados en la libertad contractual y a la naturaleza comercial de la empresa (2 referencias):**

...Haciendo referencia al principio de la libertad contractual, niega incumplir las leyes 24754 y 24901, destacando que no se ha transformado a las empresas prepagas en obras sociales, ya que la Ley 24754 no regula ni establece el precio de las prestaciones, sino que impone cubrir una serie de prestaciones mínimas obligatorias para las obras sociales. Insiste en destacar la diferencia entre esos entes públicos, y las prepagas, que son emprendimientos privados, sustentados en contratos atípicos de derecho privado, careciendo de ayuda estatal (Disposición N° 319/05, p.3).

...Resalta que la naturaleza de ser una sociedad privada impide discutir sobre su derecho al aumento de las cuotas que percibe de sus afiliados, ya que el servicio de salud gratuito es brindado por el Estado, insistiendo en que la sumariada posee la OBRA SOCIAL correspondiente a los Jubilados, y que por ello se encuentra protegida en su cobertura médica, manifestación que reitera en numerosas partes de su descargo. A lo largo de su escrito, obran también diversas apreciaciones destacando las virtudes de las empresas de medicina prepaga, y que no pueden ser coactivamente obligadas a brindar la cobertura médica sin modificación del valor de sus cuotas. Como prueba ofrece informativa referente a PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO y testimonial (Disposición N° 870/04, p.2).

**•Argumentos en los que la EMP realizaron propuestas a los afiliados para dar cumplimiento con la prestación denunciada (3 referencias):**

...En la segunda oportunidad solo se pide la celebración de una tercera audiencia [...] la que se lleva a cabo el 24 de noviembre de 2003, labrándose el acta que luce a fs. 34, de la cual surge que la denunciada manifiesta que a pesar de que la enfermedad “artritis reumatoidea”, que motiva la cirugía no estaba declarada, estando conocida por la familia, ofrece a los fines conciliatorios “...la cobertura parcial (pensión, honorarios y descartables) de dicha cirugía como asimismo la reincorporación del grupo familiar en el Plan “A” (Disposición N° 713/05, p.2).

...Por su parte, el denunciante manifiesta que su pretensión a los efectos conciliatorios consiste en que la empresa en el futuro y para todo su grupo familiar cumpla con el PMO en los centros de cartilla que corresponden al plan suscripto con libre elección de su parte. Que a fs. 81 se agrega presentación de la denunciante. A fs. 82 se agrega propuesta conciliatoria de la denunciada a cuyos términos corresponde remitirse. A fs 83 y en fecha 27.02.2001 e denunciante propone una nueva audiencia para analizarlos términos de la propuesta conciliatoria difiriendo la decisión al 7.03.2001 (Registro 21). (Disposición N° 08/05, p.3).

...Manifestando la denunciada que ha procedido a asistir al reclamante en el sanatorio XXXX a efectos de evaluar la prosecución de un tratamiento alternativo a la cámara hiperbólica conforme lo conversado en la audiencia anterior. Que sin embargo a la fecha no posee informe de los profesionales médicos por lo que solicita fije cuarto intermedio a fin de proceder a la producción de este informe, a lo que mientras tanto se compromete a asistir al reclamante en su patología (Disposición N° 50/04, p.2).

## **Dimensión 5.2: Argumentos de las EMP expuestos en los descargos**

### **Referencias al PMO (9)**

#### **•Mención al PMO destacando que las mismas son asociaciones sin fines de lucro o mutuales (3 referencias):**

...Que la entidad imputada presenta su defensa [...], manifestando esencialmente que la trasgresión debería —en su criterio— serle formulada al HOSPITAL xxxx, aduciendo que en el rechazo a la intimación de la Sra. xxxx a la prestación requerida explicó ser una Asociación sin fines de y no un Agente del Seguro de Salud, conforme las Leyes 23660, 23661 y 24754, y por ello no tendría obligación para brindar la cobertura. Expresa que es una Asociación que agrupa a quiosqueros independientes, y por el pago, de “...una cuota social se les brinda prestaciones sociales, como ser ayuda financiera, turismo, asesoramiento comercial, pero no prestaciones médicas, las cuales son cubiertas por el HOSPITAL FRANCÉS, conforme al contrato celebrado con esa entidad. Cita las cláusulas primera y segunda del referido contrato, que transcribe parcialmente, y dice que sus dichos serían fundamento suficiente, en su entender, para revelar que no cometió la infracción que se le atribuye. Copias del mismo escrito y del poder de] firmante obran respectivamente a fs. 4/6 y fs.7/10) Como prueba, acompaña copias de la carta documento cursadas con la SRA. xxxx (fs. 11/12), y del convenio suscripto con la xxxx (fs. 13/23), ofreciendo también informativa. (Disposición N° 432/05, p.3).

...obra la defensa de la imputada, refiriendo en la introducción los antecedentes sobre la creación de la MUTUAL, reconocida como AGENTE DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD y como fue desarrollando su actividad de prestación de servicios médicos (CÁP. 1), todo lo cual se da por reproducido. Manifiesta ser una asociación mutual encuadrada en el régimen de la Ley 20321, sin fines de lucro, destacando que su sistema económico financiero se vio afectado con la implementación del PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO y las obligaciones derivadas de la LEY 24754, por tener que brindar coberturas no convenidas, de alto costo, como ser para drogadicción, alcoholismo, discapacidades, medicamentos oncológicos, estos sin límites y en forma gratuita (CAP. II). Agrega que por tales dificultades debió solicitar su concurso de acreedores, cuya apertura fue dispuesta el 19 de marzo de 2001, y es por ello que no negó el reintegro que se le imputa, sino que su actuar se ajustó al régimen previsto por el artículo 32 de la Ley 24522. Afirma haber cumplido la prestación de servicios sin apartarse de lo establecido por el artículo 19 de la LEY 24240. Sostiene que la denunciante, según sus dichos, gozaba de un régimen especial en virtud de un convenio preexistente con otra entidad, es decir no era afiliado directo de la Mutual (Disposición N° 364/05, p. 1).

...Rechaza que hubiese incumplido el art. 19 de la Ley 24240 por la obligación que se le atribuye respecto a la Ley 24901, lo que —según su criterio- no se produciría por haber incluido en sus planes las prestaciones contempladas en las Resoluciones del P.M.O. Formula diversas consideraciones dirigidas a intentar demostrar que no son Agentes de Seguros obligados frente a la Ley 24901, con citas de los artículos 1° al 4° de ese texto legal, su decreto reglamentario 1193/98, art. 4°, reiterando no encontrarse comprendidos en la Ley de Obras Sociales N° 23660. Invoca también el veto a la Ley 25683 a través del Dto. 2684/02, como otro argumento que, en su criterio, revelaría que las prepagas no están incluidas en la Ley 24901. Asegura haber brindado mayor cobertura que la pactada y la exigida por la P.M.O., con entrega gratuita a través de la Farmacia del Hospital Italiano, gran parte de la medicación que manifiesta ser la específica para la patología renal, otras con los alcances contractuales y legales, y finaliza afirmando que otorgaría cobertura para un eventual trasplante, y que cuando se fije la fecha de su realización la cubriría en su totalidad (Disposición N° 319/05, p 3-4).

**•Pertenencia de la afiliada a la obras social para jubilados y que su denuncia debía ser dirigida a la Obra Social. Enfatiza la naturaleza comercial de las EMP (1 referencia)**

...Que la sumariada presenta su descargo con el escrito de Ls. 1/9 del expediente incorporado como folio 16, donde esencialmente manifiesta que la reclamante es una persona que posee la cobertura de la OBRA SOCIAL para Jubilados, afirmando que ello y la circunstancia de no poseer patologías médicas que la haga depender de xxxx, serian causales —en su criterio- para no acceder al cambio de Plan solicitado. Destaca la naturaleza comercial y con fines de lucro de la empresa de medicina prepaga, señalando que los distintos avances de la medicina, en todos sus aspectos, no pueden ser en su totalidad solventados por la sumariada por ser la reclamante quien goza de los beneficios médicos, y que por lo requerido se estaría considerando que el contrato debería mantenerse estático con el transcurso del tiempo, y de ser así no debería haberse implementado el PMO. Continúa formulando apreciaciones subjetivas que critican el planteo inicial y la imputación realizada, pero que no contienen fundamentos fácticos ni jurídicos para sustentar su oposición (Disposición N° 870/04, p.2).

**•Énfasis en la naturaleza comercial de la misma y la desventaja que tiene respecto a las Obras Sociales por contar éstas últimas con financiamiento de la Administración de Programas Especiales (1 referencia):**

...Destaca que ni xxxx S.A. ni xxxx SA. han emitido facturas por cuota de asociación a nombre del denunciante, sino que las mismas fueron emitidas a nombre de la obra social ASE, incluyendo a todos los beneficiarios de ésta perteneciente a la empresa de la cual el denunciante era dependiente, por lo que no se ha acreditado un contrato con xxxx SA. Entiende que las empresas comerciales de servicios de medicina prepaga no son beneficiarias de ayuda de programas especiales APE a pesar de dar cumplimiento de o normado en la ley 24654 y resoluciones 247/96, 939/2000 y 202/2001 respecto de sus asociados directos. En el caso de los

indirectos se establece de acuerdo a lo convenido con cada obra social. Sostiene el denunciante no ha quedado sin asistencia médica en tanto con relación a la patología que padece el Ministerio de Salud Pública de la Nación y la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, proveen la asistencia de aquellos pacientes que se encuentran sin cobertura médico asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficio sociales. Con relación al cargo por presunta infracción al artículo 19 de la ley 24.240 señala que el contrato vigente es con la obra social ASES por el cual se obligan a dar servicios médicos a los beneficiarios de la misma, en los términos del contrato que los une. Al producirse el cese de la relación laboral, el vínculo contractual cesa en forma definitiva (Disposición N° 431/04, p.5-6).

**•En los 4 casos que se citan a continuación las EMP argumentaron en la defensa en que las prestaciones solicitadas por el afiliado en las respectivas denuncias no se encontraban en el PMO:**

...Que en esa oportunidad explica que la afiliada, es asistida desde hace varios años en concordancia con el mal que la aqueja, recibiendo contención, tratamiento, asistencia y medicamento que por tratarse de oncológicos siempre la cobertura fue integral de conformidad con los parámetros legales, convencionales y dentro de las resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud [...]Reconoce que los médicos tratantes le recetaron los medicamentos que menciona en su queja y explica que la droga reclamada (una de tres receptadas) no es nacional ni tampoco se encuentra en los protocolos nacionales. Entiende que la obligación de la entidad alcanza a lo que la legislación exige: la entrega y cobertura de la medicación que se encuentre incluida en el PMO y en los protocolos nacionales. Señala que la afiliada se encuentra bajo tratamiento médico y que no corre riesgos de vida toda vez que el tratamiento puede continuar con el mismo éxito con otras drogas que se producen en Argentina. Explica que no existe negativa de la cobertura de la enfermedad y que no existe obligación ni se encuentra previsto en el PMO la provisión de drogas importadas. Entiende que no puede obligar a su representada a exceder la órbita de su obligación legal y contractual. La asociación no se ha comprometido a la cobertura de drogas fabricadas en el extranjero ni tampoco eso es exigible desde el PMO. Describe el contrato de medicina prepaga como innominado, atípico y sin regulación específica no obstante la creación del PMO, el que no obliga a las empresas de medicina prepaga a incluir en la cobertura las drogas o medicamentos que deben importarse (Disposición N° 1123/03, p.3).

...Que en particular respecto de la imputación formulada señala que el Programa Médico Obligatorio establece que deberá darse 100% de cobertura en internación incluyendo todas las prestaciones y prácticas, extendiéndose dicha cobertura a la provisión de la totalidad de los medicamentos, Explica que si bien el médico indica Como conveniente suministrar al paciente leche LK y Ensure Plus, no corresponde deducir que se trata de medicamentos, en realidad aconseja suministrar el referido “alimento” sin que sugiera prescribir medicamentos, como sostiene erróneamente la denunciante y esta Dirección al formular la imputación (Disposición N° 429/04, p.3).

...Rechaza que hubiese incumplido el art. 19 de la Ley 24240 por la obligación que se le atribuye respecto a la Ley 24901, lo que —según su criterio- no se produciría por haber incluido en sus planes las prestaciones contempladas en las Resoluciones del P.M.O. Formula diversas consideraciones dirigidas a intentar demostrar que no son Agentes de Seguros obligados frente a la Ley 24901, con citas de los artículos 1° al 4° de ese texto legal, su decreto reglamentario 1193/98, art. 4°, reiterando no encontrarse comprendidos en la Ley de Obras Sociales N° 23660. Invoca también el veto a la Ley 25683 a través del Dto. 2684/02, como otro argumento que, en su criterio, revelaría que las prepagas no están incluidas en la Ley 24901. Asegura haber brindado mayor cobertura que la pactada y la exigida por la P.M.O., con entrega gratuita a través de la Farmacia del Hospital Italiano, gran parte de la medicación que manifiesta ser la específica para la patología renal, otras con los alcances contractuales y legales, y finaliza afirmando que otorgaría cobertura para un eventual trasplante, y que cuando se fije la fecha de su realización la cubriría en su totalidad. (Disposición N° 319/05).

...Manifiesta esencialmente que en las audiencias celebradas en el presente expediente, se le hizo saber a la denunciante que la reclamada ofrecía la realización de la referida prestación, y ante su aparente imposibilidad de realizarse el estudio en un resonador cenado, se le ofreció la realización del estudio en un resonador abierto”. Argumenta además que “las normas legales vigentes PMO y PMOE obligan solo a la provisión de esa prestación con las modalidades que la reclamada le está ofreciendo desde un primer momento (Disposición N° 307/05, p.2).

Se citó la Ley N° 24.240 por parte de las EMP para destacar que no han incumplido a la misma. Sobre la Leyes que definen a los Agentes de Seguro de Salud -23.660 y 23.661- aparecen en la mayoría de los casos junto con la Ley N° 24.754 (6 referencias):

**•En el descargo la EMP cuestionó la constitucionalidad de las normas por las cuales se dispone extender la aplicación del régimen de las obras sociales a las EMP a través de una Resolución del Ministerio de Acción Social y con relación al caso aquí tratado (1 referencia):**

...obra la defensa de la imputada indicando en primer lugar las diferencias existentes entre el sistema que regula la Ley 24754 y las empresas de medicina prepaga opinando que en las primeras rige el procedimiento de afiliación coercitivo y percepción de las cuotas uniformidad de planes y la subvención de la ANSSES, que considera como principal. Respecto a las segundas señala que se caracterizan por la captación de adherentes sobre la base de la libre elección del plan al que se adhieren, variedad de la cobertura según plan destacando el mejor funcionamiento de este sistema. Cuestiona la constitucionalidad de las normas por las cuales se dispone extender la aplicación del régimen de las obras sociales las empresas de medicina prepaga a través de una Resolución del Ministerio de Acción Social y con relación al caso aquí tratado, afirma que PROGRAMAS MÉDICOS SACM ha cubierto de acuerdo al plan escogido por la denunciante. más allá de lo que las normas del referido plan establecen (Disposición N° 269/05)

**•Descargos en los que se rechaza la imputación por ser asociaciones sin fines de lucro o mutuales (2 referencias):**



...Que la entidad imputada presenta su defensa mediante el escrito de fs. 1/3 del expediente N° S01: 0142799/2002, incorporado como folio 85, manifestando esencialmente que la trasgresión debería —en su criterio- serle formulada al HOSPITAL, aduciendo que en el rechazo a la intimación de la Sra. XXXX a la prestación requerida explicó ser una Asociación sin fines de y no un Agente del Seguro de Salud, conforme las Leyes 23660, 23661 y 24754, y por ello no tendría obligación para brindar la cobertura. Expresa que es una Asociación que agrupa a quiosqueros independientes, y por el pago, de “...una cuota social se les brinda prestaciones sociales , como ser ayuda financiera, turismo, asesoramiento comercial, pero no prestaciones médicas, las cuales son cubiertas por el HOSPITAL XXXX, conforme al con trato celebrado con esa entidad. Cita las cláusulas primera y segunda del referido contrato, que transcribe parcialmente, y dice que sus dichos serían fundamento suficiente, en su entender, para revelar que no cometió la infracción que se le atribuye (Disposición N° 432/05).

...Que mediante el escrito de fs. 1/10 del expte. incorporado como folio 29, obra la defensa de la imputada, refiriendo en la introducción los antecedentes sobre la creación de la MUTUAL, reconocida como AGENTE DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD y como fue desarrollando su actividad de prestación de servicios médicos (CAP. 1), todo lo cual se da por reproducido. Manifiesta ser una asociación mutual encuadrada en el régimen de la Ley 20321, sin fines de lucro, destacando que su sistema económico financiero se vio afectado con la implementación del PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO y las obligaciones derivadas de la LEY 24754, por tener que brindar coberturas no convenidas, de alto costo, como ser para drogadicción, alcoholismo, discapacidades, medicamentos oncológicos, estos sin límites y en forma gratuita (CAP. II). Agrega que por tales dificultades debió solicitar su concurso de acreedores, cuya apertura fue dispuesta el 19 de marzo de 2001, y es por ello que no negó el reintegro que se le imputa, sino que su actuar se ajustó al régimen previsto por el artículo 32 de la Ley 24522. Afirma haber cumplido la prestación de servicios sin apartarse de lo establecido por el artículo 19 de la LEY 24240. Sostiene que la denunciante, según sus dichos, gozaba de un régimen especial en virtud de un convenio preexistente con otra entidad, es decir no era afiliado directo de la Mutual (Disposición N° 364/05).

**•Descargo de la EMP en el que argumenta no haber incumplido a la normativa de defensa del consumidor y destaca que no son agentes de Seguro de Salud por lo tanto no están obligados a cumplir con el PMO pero a pesar de ello han dado prestaciones superadoras de las existentes en el PMO (1 referencia):**

...Rechaza que hubiese incumplido el art. 19 de la Ley 24240 por la obligación que se le atribuye respecto a la Ley 24901, lo que —según su criterio- no se produciría por haber incluido en sus planes las prestaciones contempladas en las Resoluciones del P.M.O. Formula diversas consideraciones dirigidas a intentar demostrar que no son Agentes de Seguros obligados frente a la Ley 24901, con citas de los artículos 1° al 4° de ese texto legal, su decreto reglamentario 1193/98, art. 4°, reiterando no encontrarse comprendidos en la Ley de Obras Sociales N° 23660. Invoca también el veto a la Ley 25683 a través del Dto. 2684/02, como otro argumento que, en su criterio, revelaría que las prepagas no están incluidas en la Ley 24901. Asegura haber brindado mayor cobertura que la pactada y la exigida por la P.M.O., con entrega gratuita a través de la Farmacia del Hospital Italiano, gran parte de la medicación que manifiesta ser la

específica para la patología renal, otras con los alcances contractuales y legales, y finaliza afirmando que otorgaría cobertura para un eventual trasplante, y que cuando se fije la fecha de su realización la cubriría en su totalidad. (Disposición N° 319/05).

**•La EMP cuestiona la falta de información alegada por afiliado ya que luego de siete años de afiliado no puede desconocer el reglamento y la cartilla de prestadores. Destaca que la Auditoria médica de la EMP ante el pedido de afiliación del denunciante no aconseja la afiliación (1 referencia):**

..Manifiesta que el denunciante desde el inicio de su relación contractual no adhirió al sistema de cobertura médica como asociado DIRECTO- particular — abonando en forma independiente su cuota de servicios sino que lo hizo a través de la elección que le fuera ofrecida por la obra social del personal de dirección, ASE. Señala que el desenvolvimiento de la obra social está regulado por la ley 23.660, por tratarse de un trabajador en relación de dependencia. El Sr. xxxx es socio INDIRECTO adherido a xxxx SA. dentro del marco del contrato celebrado entre ésta y ASE. Respecto de la falta de información adecuada, manifiesta que luego de siete años interrumpidos de adhesión indirecta a xxxx SA., el socio no puede alegar desconocimiento de las condiciones de prestación del mismo. Destaca que a cada nuevo socio le es entregada la cartilla con la nómina de prestadores y el respectivo reglamento de alcances y cobertura de servicio. Manifiesta que el cese de su asociación a xxxx SA. se produce por comunicación fehaciente del empleador de xxxx, en atención a la resolución de la relación laboral por acuerdo de las partes. Señala que finalizada la cobertura (tres meses después del distracto, de conformidad con el artículo 10 inc. a) de la ley 23.660) y ante la solicitud de asociación DIRECTA presentada por el denunciante, la Auditoria Médica de su mandante desaconseja su incorporación como socio particular (...). Entiende que las empresas comerciales de servicios de medicina prepaga no son beneficiarias de ayuda de programas especiales APE a pesar de dar cumplimiento de o normado en la ley 24654 y resoluciones 247/96, 939/2000 y 1/2001 respecto de sus asociados directos (Disposición N° 431/04).

**•La EMP en su descargo rechaza imputaciones destacando que en la cartilla esta explícitamente informado el alcance de prestaciones y los coseguros:**

...En esa oportunidad, el representante de la sumariada manifiesta que el denunciante está afiliada al PLAN ANIVERSARIO bajo N XXXX y que la cartilla incluye prestadores para los planes Universitario/ Aniversario, pero que son dos planes distintos. Señala que en la cartilla se distingue los alcances de las obligaciones comprometidas para cada plan. En particular, señala que [...]Respecto de a primera imputación señala que si bien la ley 24754 obliga a las empresas de medicina prepaga brindar como mínimo en sus planes de cobertura las prestaciones obligatorias que para las obras sociales establece las leyes 24.455, 23660 y 23661 Estas dos últimas remiten al PMOE. A su criterio, la norma no prohíbe a las empresas cobrar coseguros diferentes en el marco de los servicios médicos que ofrece a sus asociados. El PMOE no tiene porque ser brindado en las mismas condiciones en que se ofrecen los servicios médicos del plan. Ante la sanción de la ley 24.754 xxxx organizó un mecanismo de cobertura especial respecto de prestaciones que no estén incluidas en el cuadro de prestaciones o en el reglamento

general pero que estén incluidas en el PMOE brindándola en los centros y con los prestadores que a esos fines designe y sin posibilidad de reintegros. Para ej. caso particular del Sr. xxxx señala que se e cobraron bonos por acceder a los prestadores del plan en forma libre y sin respetar el procedimiento para cobertura de PMOE previsto en el capitulo XVI. Las prestaciones brindadas generaron su deber de abonar los coseguros de plan de afiliación, Si se hubiera atendido con los prestadores que expresamente se e indican por xxxx rara el PMOE los coseguros hubieran sido menores (Disposición N° 422/04)

**A continuación se citan los descargos restantes en donde no se citan la normativa 24.240, 26.661, 26.660 o 24.654**

**•Descargos basados en la naturaleza comercial de la EMP junto con el principio de autonomía o de la libertad para contratar y rescindir existente en los contratos (5 referencias):**

...donde en primer lugar describe algunas de las características del contrato de medicina prepaga y su diferencia con las obras sociales señalando, a su entender, que adhesión a ese sistema revelaría la presencia del principio de la autonomía de la voluntad, sosteniendo que ello sucedió con la afiliación de xxxx indicando luego los antecedentes que llegaron a excluir de la cobertura por la cirrosis hepática que padecía el nombrado y forma en que aceptan ampliar a esa patología la cobertura por esa enfermedad, que se dice haber realizado “por razones humanitarias”, como arguye también respecto al trasplante hepático...(Registro 15) (Disposición N° 360/05)

...Destaca la naturaleza comercial y con fines de lucro de la empresa de medicina prepaga, señalando que los distintos avances de la medicina, en todos sus aspectos, no pueden ser en su totalidad solventados por la sumariada por ser la reclamante quien goza de los beneficios médicos, y que por lo requerido se estaría considerando que el contrato debería mantenerse estático con eL transcurso del tiempo, y de ser así no debería haberse implementado el PMO. Continúa formulando apreciaciones subjetivas que critican el planteo inicial y la imputación realizada, pero que no contienen fundamentos fácticos ni jurídicos para sustentar su oposición (Disposición N° 870/04)

...La libertad de contratar implica, a su criterio, la libertad de celebrar o no el contrato y de elegir con quien. (Cfr. Artículo 1197 CC.)//Destaca que ni xxxx S.A. ni xxxx SA. han emitido facturas por cuota de asociación a nombre del denunciante, sino que las mismas fueron emitidas a nombre de la obra social ASE, incluyendo a todos los beneficiarios de ésta perteneciente a la empresa de la cual el denunciante era dependiente, por lo que no se ha acreditado un contrato con xxxx S.A. (Disposición N° 431/04).

...Respecto de a cuarta imputación informa que el denunciante abona la misma cuota que el resto de los afiliados al mismo plan La entidad tiene derecho a establecer el valor de las cuotas. las que se establecen en forma general y uniforme para cada plan. Explica que el vinculo entablado entre a empresa y el afiliado es contractual, celebrado en forma libre por las partes y que a adhesión es voluntaria.//Explica que el incremento de las cuotas depende de diversos

factores: costos de servicios médicos actualización tecnológica, incorporación de nuevas coberturas por disposición legal, por lo que establecer pautas para determinar como aumentara la cuotas es imposible. Mientras no se este haciendo un incremento discriminatorio y en perjuicio de una persona el sistema prepago tiene la posibilidad de establecer el precio de la cuota. Recuerda a inexistencia de precios máximos (Disposición N° 422/04).

...Argumenta finalmente que "...los socios poseen la facultad de rescindir el contrato sin aceptar las modificaciones que xxxx legítimamente introdujo, optando por la cobertura de otra empresa de medicina prepaga de considerárselo conveniente. En nada afecta esta facultad la forma en que se comunicó el aumento". Ofrece prueba documente Plantea reserva del caso federal. A fs 6/32 acompaña documentación (Disposición N° 407/04).

**•Descargos en los que las EMP que negaron la imputación debido a que afirmaban haber cumplido con el hecho que motivó la denuncia (4 referencias):**

...teniendo por presentada la defensa interpuesta, y rechazando un planteo que hace la sumariada en el punto II sobre un supuesto acuerdo conciliatorio, destacando que el acta acompañada por la sumariada, obrante a fs. 3 del expte. de fs. 30, "...fue celebrado en las actuaciones que tramitaron ante esta Dirección de Defensa del Consumidor (Disposición N° 133/08).

Que la sumariada presenta su descargo con fecha 24 de octubre de fs. 2005 a través del escrito de fs.1/2 del expte. incorporado como folio 37, reiterando lo ya dicho en su anterior presentación en el sentido de que al dar la cobertura que se le exigiera con la cautelar, la cuestión ha devenido abstracta. En respaldo de sus dichos, acompaña la documental (Registro 4) (Disposición N° 335/06).

...Que a fs. 23 se presenta el Sr. xxxx en su carácter de apoderado de la sumariada a fin de manifestar que no se le negó cobertura médica al denunciante y que la externación fue responsabilidad de la clínica xxxx. Que su representada le abonó a la clínica la suma pactada y que la misma le esta reclamando una diferencia en la facturación que todavía esta en discusión entre la clínica y xxxx. Que la diferencia es un problema que deben resolver los médicos auditores. Que acompaña copia de comprobantes de pago (Disposición N° 491/04).

...Se presenta la sumariada y adjunta testimonio ley 22.172 que da cuenta de la conciliación judicial arribada con el denunciante de estas actuaciones y con la cual se puso fin al conflicto entre las partes (Disposición N° 633/03).

En un caso el rechazo de la imputación por parte de las EMP se centra en la existencia de una acción judicial en trámite por la misma causa denunciada en la DDC por la cual se la imputa.

...En primer término denuncia existencia de acción judicial en trámite, en consecuencia. Invoca prejudicialidad en el claro sentido de que este procedimiento administrativo debe interrumpirse porque la reclamación del Sr. xxxx se está ventilando en sede judicial. Para el caso que r se hiciera lugar a la prejudicialidad invocada, y se procediera a la suspensión de este expediente a

las resultas de lo que se decidiera en sede judicial, deja planteado el Caso Federal. A efectos de acreditar la existencia de los autos caratulados “xxxx, Valentín c/Asociación de Médicos de San Martín y Tres de Febrero s/Daños y Perjuicios”, que tramitan por ante el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial N° 4 del Departamento Judicial de San Martín, solicita libramiento de un pedido de informes al Juez a cargo de dicho juzgado (Disposición N° 441/04).

**•Descargos de las EMP en los que responsabilizan al afiliado por negar que la información fuese dada por la EMP:**

Que a fs 1/2 la sumariada por intermedio de su apoderado, ejerce su derecho de defensa. En su escrito de descargo manifiesta esencialmente que “en diciembre de 2000 xxxx SA le comunicó a sus adherentes un aumento en el impone de las cuotas de la prepaga aduciendo que “esta decisión se fundó en la referida comunicación, debiendo destacarse fundamentalmente el aumento de los costos médicos originado en la cobertura de nuevas patologías anteriormente no cubiertas. (la incorporación de nueva tecnología y el advenimiento de nuevos fármacos entre otras razones”. Argumenta además que en el mercado de salud prácticamente todas las empresas de medicina prepaga han incrementado el valor de sus cuotas hacia fines del año 2000, por las mismas razones. Ofrece prueba Informativa. Plantea Reserva del Caso Federa A fs 3/4 acompaña documentación (Disposición N° 447/04).

Respecto de la falta de información adecuada, manifiesta que luego de siete años interrumpidos de adhesión indirecta a XXXX SA., el socio no puede alegar desconocimiento de las condiciones de prestación del mismo. Destaca que a cada nuevo socio le es entregada la cartilla con la nómina de prestadores y el respectivo reglamento de alcances y cobertura de servicio (Disposición N° 431/04).

De las constancias agregadas por XXXX, se sigue que a fs 13/15 lucen los informes de coseguro cobrados por prestadores de la cartilla que no brindan atención por el PMOE. Remite al asterisco de fs.2. Informa que a cobertura del PMOE las brinda en el centro medico xxxx. Respecto de la segunda imputación señala que se informan en el CD son iguales a las que se informan en la figura en el cuadro general de prestaciones. Respecto de a tercera imputación: la entidad como organizadora tiene la facultad de modificar los derechos y obligaciones que surgen del reglamento general. La reducción en la cobertura de los medicamentos fue aplicada por todas las empresas de salud debido a la crisis económica y fue informada a los afiliados Señala que Duer se queja por a reducción pero no manifiesta que no fue informado (Disposición N° 422/04).

Expresa además que “Ningún reproche cabe realizar a mi representada pues desde el momento mismo de la contratación puso en conocimiento de sus socios que las cuotas podrían ser aumentadas por los motivos que justificaron el incremento del mes de diciembre de 2000”, aduciendo que “ desde el inicio de la relación se les informó que poseían la expresa facultad de rescindir el contrato en caso de no aceptar las condiciones o modalidades modificadas” sosteniendo que “ hasta se habilitaron nuevos canales de información para aclarar las eventuales dudas de los socios”(Disposición N° 407/04).

A mayor abundamiento manifiesta que, los denunciante adhirieron al Plan de Salud del xxxx con anterioridad al mes de febrero de 1.993, fecha a partir de la cual entró en vigencia como beneficio del plan contratado el servicio de asistencia al viajero al que se podía acceder mediante al pago de un pequeño importe adicional [...]. El mecanismo de adhesión creado por la sumariada, preveía que quienes no se manifestaran por la negativa recibirían el beneficio; en la oportunidad los reclamantes manifestaron expresamente que no querían recibir este adicional. Que continúa el apoderado de la sumariada argumentado que, con posterioridad a febrero de 1.993 “el beneficio se hizo extensivo a TODOS los planes, motivo por el cual todos los socios recibían el servicio de asistencia al viajero, con la única excepción de aquellos que expresamente se habían negado a recibirlo (Disposición N° 68/02).

**•Descargos que aluden a un comportamiento del afiliado vinculado a que el mismo es gran consumidor o a que se “encaprichó” en ser atendido en determinada Clínica no cubierta por el plan contratado (2 referencias):**

...negando todos y cada uno de los hechos invocados, reconociendo la existencia de un descuento del 75% en medicamentos para los afiliados al Plan contratado por el denunciante y manifestando que, si en algún momento el descuento se redujo al 50% se debió a que los medicamentos prescritos no se encontraban incluidos en el vademécum o no fueron solicitados con las recetas correspondientes o en las farmacias adheridas. Que, según el apoderado de la sumariada el beneficio mencionado (75% de descuento en la compra de medicamentos), nunca fue limitado, restringido y/o cercenado pese a tratarse, el denunciante, de un “GRAN CONSUMIDOR DE MEDICAMENTOS” y prueba de ello lo constituye la ratificación agregada a fs. 10 por el propio denunciante (Disposición N° 741/01).

Manifestando substancial mente que rechaza lo dicho por la denunciante y el cargo formulado por considerarlos improcedentes, indicando que a la Sra. Murias le fue rechazada la internación, por cuanto de acuerdo a sus registros el 6-11-97 ingresa al Sanatorio de la xxxx con un diagnóstico de posible causa ginecológica ingresando por guardia, donde se autorizó la consulta para la verificación del posible diagnóstico peticionado solicitando el informe final y la terapia a seguir para el caso de internación, afirmando que no es el caso, atento a que se” descartó un embarazo el embarazo etc. y dado que se trataba de una patología de obstetricia, “y que el paciente no había comprado el módulo especial de obstetricia que le otorga cobertura en cualquier sanatorio que ella elija, se le manifestó —según sus dichos— lo referido y que conforme lo establece el PMO la cobertura obligatoria [...]. Continua diciendo que el plan de la Sra. .xxxx resulta ser un plan cerrado, sin reintegro y a fin de evitarle gastos innecesarios y erogaciones que se aclaró —siempre según sus dichos- no le iban a ser cubiertas por no estar contempladas en ese plan[...] Se encaprichó en quedarse en dicha clínica...y en forma arbitraria y unilateral a su voluntad y amplia libertad pretendió que xxxx cubriera el PMO y la patología”, insistiendo la sumariada que no se trataba de una emergencia (Disposición N° 507/01).

**•Descargos centrados en la mala fe por parte del afiliado por haber ocultado información sobre las denominadas enfermedades preexistentes al momento de realizar la declaración jurada para afiliarse a la EMP (3 referencias):**

...Que frente a la negativa de la empresa de medicina prepaga a brindar la cobertura, amparada en la cláusula del reglamento titulado CONDICIONES DE INGRESO- DURACIÓN DE LA ASOCIACIÓN, RENOVACIÓN Y DESVINCULACIÓN- (ver Pág.363/364, fs. 15 folio 27- con motivo de una enfermedad preexistente no denunciada en la declaración jurada de salud de la afiliada, y la obligación del futuro afiliado, en ocasión de completar la solicitud de ingreso, de denunciar todos los datos que hagan a enfermedades o tratamientos recibidos con anterioridad (Disposición N° 502/05).

...Que a fs. 24 se presenta la sumariada por intermedio de su apoderado, manifestando que “es cierto que se negó al Sr. Xxxx el servicio a fin de cubrir una Litotricia Ultrasónica. Ello por cuanto el afiliado ocultó la preexistencia de dicha dolencia, el ocultamiento produce la rescisión del contrato, “el afiliado era atendido por cólicos renales desde octubre de 1995 y en la solicitud de afiliación ocultó maliciosamente dicha pre-existencia “. Acompaña copia de la historia clínica del xxxx y ambas solicitudes de afiliación (Disposición N° 447/05)

...manifestando en su defensa que conforme surge de la declaración sobre el estado de salud aportado por la denunciante, al adherirse a la prepaga, la misma refirió padecer microcalcificaciones mamarias, acompañando en ésa oportunidad los estudios médicos realizados en el Centro de Investigaciones Mamarias, sin embargo contesto negativamente respecto a estar o haber estado sometida a algún tratamiento por cáncer o tumores. Asimismo también negó tener previsto someterse a intervención quirúrgica. Que lo cierto es que la paciente ingreso a la prepaga a sabiendas de la enfermedad que padecía y que la misma era imposible de ser detectada por los estudios solicitados para su ingreso. Que la denunciante ocultó información respecto de sus padecimientos habilitando a la prepaga a rescindir el contrato de pleno derecho. Que no hay incumplimiento alguno por parte de su representada (Disposición N° 273/05).

## **Variable 8: Argumentos expuestos por la DAI para la elaboración de las disposiciones**

### **Dimensión 8.2: Doctrina judicial citada por la DAI.**

...Que también debe tenerse presente que, aun en la hipótesis que la normativa que viene estudiándose pudiera generar algún tipo de dudas, ello tampoco le valdría a la sumariada para sustentar una excusa a su favor, por cuanto entonces cobraría valor lo establecido por el artículo 3° , segundo párrafo de la Ley 24240, que sienta como principio básico la regla” in dubio pro consumidor”, al disponer que “...en caso de duda, se estará siempre a la interpretación mas favorable al consumidor”, vale decir sin ningún tipo de excepción en virtud del adverbio “siempre” que utiliza la norma referida, debiendo destacarse que el referido art. 3° se refiere la interpretación de la Ley (o Leyes) (confr. FARINA, JUAN M. DEFENSA DEL CONSUMIDOR Y USUARIO, pags. 407/408)...

...Que para una correcta solución al caso de autos, resulta conveniente efectuar una descripción sucinta del contrato medicina de prepaga, y al respecto puede decirse que es de los llamados innominados (art. 1143 C.Civil), regulando una prestación de servicios asistenciales médicos,

de ejecución continuada, constituyendo una relación de consumo entre un prestador y un consumidor final o usuario quien adquiere esa prestación a título oneroso para beneficio propio y del grupo familiar, por lo cual se encuentra comprendido en el ámbito de aplicación de la Ley 24240, art. 1 (conf. LORENZETTI, Ricardo Luis “La empresa médica”, pag. 132; CNFCA SALA II, ED 171-199).

Se trata de los denominados contratos de adhesión, donde una de las partes adhiere sin negociar ya que quien predispone es un empresario, el cual concentra para sí el poder de negociación. Tal prestador agrega al servicio un valor que es la competencia específica en su área de conocimiento, y la doctrina es unánime en considerarlo como un experto en relación a la otra parte, profano en la materia. (fallo del 4-11-97, Sala II, Cámara Nacional en lo Contencioso Administrativo, causa “Diners c/ S.C. e. 1) y la autonomía de la voluntad para contratar que consagra el artículo 1197 del Código Civil, aparece modificada en esencia “cuando es parte el consumidor contratante, donde el orden público tiñe toda la regulación, tanto en su celebración, como en la ejecución, lo que implica la tendencia a regular la relación contractual” (conf. STRATTA, A.J. La teoría General del contrato y del consumidor contratante, p. 387)

Que, asimismo, resulta oportuno mencionar, que al respecto la doctrina tiene dicho que “Así como en defensa del consumidor se declara que la publicidad integra el contenido del contrato, también se busca que nada que obligue a las partes quede afuera del mismo, extraño al documento que los celebrantes otorgan... “(Cfr. MOSSET ITURRASPE Jorge, LORENZETTI Ricardo, Defensa del Consumidor, pág. 103).

Que cabe también resaltar que para una correcta decisión del tema objeto del presente “...no puede dejar de tenerse en cuenta la entidad del bien tutelado, en el caso el derecho a la salud como corolario del derecho a la vida. Por consiguiente, la libertad de contratar y el derecho de propiedad deben conjugarse con otros tan notoriamente prioritarios como el derecho a la vida, a la integridad física y a la salud (conf SAGUES, HECTOR, ELEMENTOS DE DERECHO CONSTITUCIONAL t. 2, Pág. 37 y ss.). .

## **ANEXO K- Resultados Objetivo 5**

**Variable 2: Tipo de enfermedad por la cual se restringió o negó la prestación al afiliado.**



**Variable 2:** Tipo de enfermedad por la cual se restringió o negó la prestación al afiliado.

<b>Descripción de la enfermedad en el laudo</b>	<b>Denominación de la enfermedad CIE-10</b>	<b>Grupo de enfermedades CIE 10</b>
Diabetes	Diabetes	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Accidente Cerebro Vascular	Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico	Enfermedades del sistema circulatorio
Apnea de sueño	Trastornos del sueño	Enfermedades del sistema nervioso
Hepatitis Autoinmune	Otras enfermedades inflamatorias del hígado	Enfermedades del sistema digestivo
Hepatitis C	Hepatitis crónica no clasificadas en otra parte	Enfermedades del sistema digestivo
Tumor benigno en el lóbulo izquierdo del hígado,	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	Tumores (neoplasias)
Hipermetropía	Trastornos de la acomodación y de la refracción	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Astigmatismo	Astigmatismo	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Isquemia cerebral	Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines	Enfermedades del sistema nervioso

**Sin poder clasificar en el CIE-10**

Precordialgia  
 Motoneurona progresiva  
 Tumoración inguinal

**Variable 3:** Relato de la situación que motivó el reclamo

**Dimensión 3.2:** Situaciones relatadas por los reclamantes registradas en los laudos sobre EMP.

**•Reclamos por falta de reintegro**

La reclamante, en su solicitud de arbitraje, solicita que la empresa reclamada proceda a restituirle las sumas que abonó oportunamente como así también peticona que el Tribunal fije una indemnización económica respecto del tema planeado [...] la reclamante en el relato de los hechos que cuestiona menciona que: El día 6 de Noviembre de 2003 llegó de urgencia a la Clínica y Maternidad Del Labrador, en el cual le informaron que debía permanecer internada. Que al no tener familiares en esta ciudad porque solamente estaba de paso por cuestiones de trabajo, llamó a una persona para que le alcanzara la suma de \$ 200 que le habían solicitada para que pudiera permanecer en ese lugar internada, como así también, firmó ella misma los papeles que le dieron y que no pudo leer. //Que al día siguiente el infectólogo ordena una serie de estudios informándole que posiblemente el diagnóstico posible sería Leptospirosis y que debía esperar los resultados. //Que del día 7 al 10 de Noviembre ninguna persona le avisó del estado de su cuenta, creyendo que cualquier gasto sería adicional sería retenido de la suma al momento de quedar internada (\$200), o le preguntarían ya que además posee otra cobertura que es (XXXX) y podría utilizarla segura de no tener que abonar suma alguna. //1/03 le informan que debía abonar los materiales descartables. [...] Que dicho monto estaba compuesto por los medicamentos que le introdujeron por suero, dejando claro que los estudios todavía no estaban concluidos y que si debía seguir internada cada vez mas gastos tendría que abonar.[...]Menciona que ningún compañero pudo subir a su habitación y que tampoco le daban el alta médico hasta tanto no abonara la suma pretendida, refiriendo asimismo la reclamante, una cantidad de situaciones lamentables suscitadas durante todo ese lapso de tiempo por las que tuvo que padecer, llegando así al extremo de ir personalmente con el suero colocado en el brazo a la administración de la Clínica a los efectos de dar por finalizada la situación planteada. Que posteriormente a lo expresado, le efectuaron el diagnóstico respecto a los efectos de otorgarle el alta médica. Que 15 días más tarde concurrió a la Clínica para que le restituyeran el importe abonado al comienzo de su internación de \$ xxxx, pero le informaron que como no se encontraba la contadora no podían entregarle ese importe. //Por último menciona que sus estudios finalizaron de manera distinta a la que le informaron en la Clínica del xxxx, ya que efectuó similares estudios en el Hospital Muñiz en el cual los mismos resultaron ser negativos a lo que originalmente le habían diagnosticado. (Laudo N° 27).

Que el mismo solicita se le abonen todos los gastos por la internación de urgencia en el Sanatorio San Camilo el día 6/1 0/03, atento que según lo informado por el promotor que lo inscribiera tenía derecho a la cobertura de urgencia desde ese momento. Que acompaña como documental un estado de cuenta emitido por la Congregación Hijas de San Camilo por la suma de \$980,26En dicho acto el Sr. Cabrera Dávila ratifica su reclamo y manifiesta que no sufría ni sufre problemas cardíacos por lo cual no se podría tratar de una preexistencia el motivo de su internación en el Sanatorio San Camilo, asimismo adjunta copia del reglamento, nota de xxxx otorgándole número de socio y propaganda de los planes otorgados por la empresa, oído lo cual el Tribunal lo intima para que acompañe copia de la historia clínica correspondiente a la internación motivo del reclamo y aporte la dirección de xxxx. Que con fecha 11/5/04 el Sr. Cabrera Dávila adjunta copia de su historia clínica, no denunciando domicilio de la reclamada (Laudo N° 36).

...manifestando 'que en el año 1991 los integrantes del grupo familiar ingresaron a la prepaga xxxx con el pasar de los años la prepaga comenzó a tener problemas con los prestadores, por ende teníamos que cambiar nuestros médicos de confianza por otros desconocidos, ya que de a

poco iban desapareciendo de la gran cartilla que teníamos... En una oportunidad sólo teníamos los servicios en el xxxx. En enero de 2004, Mariela tuvo una descompostura, vino el primer médico a nuestra casa y le diagnosticó una gastroenteritis por lo que le recetó el medicamento... y le ordenó dieta líquida. Con el paso de los días, Marie/a no solo sino que estaba peor... si no hubiese sido por la insistencia de Marie/a jamás se hubieran realizado estos estudios que determinaron que los malestares no se debían a un problema menor. De todas formas los síntomas no se correspondían con una infección urinaria (2° diagnóstico)... Por este motivo y ver que luego de tres días la situación seguía igual, recurrimos a nuestro médico de cabecera con el objetivo de resolver el problema que cada vez nos preocupaba más. Este médico le realizó a Marie/a una ecografía en donde rápidamente se detectó un tumor benigno alojado en el lóbulo izquierdo del hígado. Es evidente que el problema era mucho mayor de lo que habían diagnosticado anteriormente... Inmediatamente fuimos a la central de Acción Médica a ver si había algún especialista en hígado, la respuesta a este pedido fue que no había lo que buscábamos y que nos podían ofrecer la atención de un cirujano gastroenterólogo. Al no ser esto lo que nos habían sugerido concurrimos a una cita con el cirujano especialista en hígado quien atiende en el Sanatorio xxxx. Este al igual que nuestro médico de cabecera entendió que la operación debía hacerse lo antes posible. Nuevamente fuimos a Acción Médica... el único cirujano disponible era el doctor xxxx que no era especialista, sin la posibilidad de elegir otra alternativa. Nos negamos a aceptar la propuesta debido a que la necesidad de un cirujano hepatólogo... Mariela seguía con fuertes dolores abdominales y mal psicológicamente, situación que le impedía llevar a cabo una vida normal. Un par de días después volvimos a Acción Médica en busca de la respuesta prometida... pero la propuesta por parte de la prepaga era siempre la misma. La respuesta al pedido de que la operación la haga un especialista fue negativa. ... Desamparados por Acción Médica y ante el sufrimiento cada vez mayor de Mariela entendimos que no podíamos esperar un minuto más... nos vimos obligados a pedir ayuda a familiares y amigos para poder pagar los gastos que implicaba la operación..." (Laudo N° 42).

#### • Reclamos por falta o limitada cobertura de prestación de salud

Que a fs. 1/4 se presenta la Sra. xxxx solicitando arbitraje contra la firma xxxx, a fin de que su esposo xxxx reciba por parte de la empresa reclamada la atención médica correspondiente. Expresa que por los problemas de salud que sufre su marido, quien en los últimos tres meses tuvo tres internaciones, tenía la necesidad de ser asistido de forma continua por un médico a domicilio, y por un enfermero. Que debido a la falta de atención necesaria por parte de la reclamada, se vio obligada a trasladarlo a una Residencia Geriátrica, sin perjuicio de lo cual, y dado el delicado estado de salud debe ser atendido por los médicos en ese lugar, como asimismo allí deberían serle realizados los tratamientos quinesiológicos que le fueron prescriptos, lo cual no es cumplido por la reclamada. Agrega que desde que está en el establecimiento geriátrico, le sacaron todo, y que cada vez que necesita algo debe trasladarlo a un consultorio médico, lo cual es extremadamente riesgoso dado el delicado estado de salud que padece. (Laudo N° 56)

#### • Reclamos por baja compulsiva y rechazo de afiliación por parte de la EMP

Durante el curso de la vigencia del contrato su hija padeció una Hepatitis auto inmune que requería de tratamiento de por vida [...] En enero de 2000 el reclamante se atrasó en el pago de la cuota. Cuando a los 60 días pretendió efectuar el pagó, según los términos vertidos en la solicitud de arbitraje obrante a fs. 113, se negaron a recibírselo so pretexto de encontrarse dado de baja y que para poder realizar el pago debería efectuársele la auditoria. [...] En enero de 2000 el reclamante se atrasó en el pago de la cuota. Cuando a los 60 días pretendió efectuar el pagó, según los términos vertidos en la solicitud de arbitraje obrante a fs. 113, se negaron a recibírselo so pretexto de encontrarse dado de baja y que para poder realizar el pago debería efectuársele la auditoria. (Laudo N° 4)

Que han sido consentidas por la reclamada las afirmaciones del xxxx en cuanto sostuvo que la afiliación de su grupo familiar a xxxx., se originó como consecuencia de una propuesta que la empresa le formulara a su familia en razón de circunstancias particulares. Que a fs. 8 se encuentra agregada la carta documento enviada con fecha 28 de noviembre de 2.000 por la reclamada a la Sra. xxxx comunicando que se dejaba sin efecto la incorporación de su marido, el Sr. xxxx, en razón de haber tomado conocimiento de la preexistencia de patologías no declaradas en la solicitud de afiliación. Que en dicha carta documento se le informa que se ha comunicado a los prestadores de la empresa la baja del servicio del Sr. xxxx, solicitando por tanto la devolución de la credencial N° xxxx. Que en virtud de la mencionada carta documento, la reclamante contesta negando que tanto ella como su marido hayan tenido conocimiento de la existencia de enfermedad alguna previa a la afiliación. Que la reclamante manifiesta en la referida Carta documento, aparentemente sin tener conocimiento de las patologías invocadas por la empresa, que la enfermedad habría sido descubierta en el momento en que el médico especialista revisara al Sr. xxxx. Continúa diciendo que el especialista diagnosticó que el reclamante padecía una afección cardíaca perfectamente tratable que no se habría manifestado antes en la salud del Sr. Esposito, tornándose imposible su detección con anterioridad a la fecha en que la misma fue descubierta. (Laudo N° 5).

En este sentido manifiesta que...estoy adherido a XXXX, y en septiembre de 2002 sufrí un accidente cerebro vascular con la consecuencia inmediata de tener un cuadro

de hemiplegia del lado derecho. En dicho momento integrábamos mi grupo familiar compuesto por mi Sra. esposa, mi hijo y el que suscribe manteniendo mi compromiso contractual con la medicina hasta el mes de diciembre del año 2002, previa comunicación que por mi afección se produjo falta de trabajo viéndose con lo expuesto incrementados los gastos y atención que necesitaba mi persona previa comunicación a xxxx la rescisión de la cobertura médica a mi grupo familiar, no obstante debido al estado de mi salud opté por continuar con mi cobertura en forma individual informándole a Ud. que por mi grupo familiar yo abonaba la suma de \$ 350,75 pasándome a cobrar de enero del 2003 en adelante por mi persona \$ 177,01, pese a reiterados reclamos que aclaraban el origen de dicha cuota nunca me fue cumplimentado, hechas las averiguaciones pertinentes informole a Uds. que quien se quiera asociar en estos momentos con mi plan VM-60, sin coseguro individual de 60/65 anos su valor es de \$124,50, a no ser que a mayor antigüedad sea mayor el costo.... Tengo 60 años de edad... y se agregó una afección cardíaca determinando una cirugía (by pass) que se está programando para el mes próximo y encontrándome con la sorpresa que a cada lugar que concuro o estudio que me haga me cobran un coseguro de \$ 5 o \$ 10... .lamentablemente a este cuadro de situación se agrega que soy diabético y que en ningún momento - me fueron suministrados medicamentos e implementos que por: la Ley Nacional estoy amparado... "(Laudo N° 26).

### •Reclamo por negativa a autorizar práctica médica

Expresa que en el mes de Junio de 2005 consultó a la reclamada la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica en uno de sus ojos ya que padece —astigmatismo- y conforme el reglamento y condiciones de la empresa: “no habrá limitaciones por intervenciones quirúrgicas, incluyendo cirugía reparadora en caso de accidente, cuando sean efectuados por profesionales adheridos”. Que así las cosas, el reclamante procedió a realizar la consulta por el plan que aquel poseía si era factible realizar la técnica quirúrgica, derivándolo la representante a ver al Dr. Soriano ya que sería el galeno quien le extendería la autorización para efectuar la práctica atento ser un prestador adherido. El 30 de Agosto de 2005 el médico interviniente extiende la aprobación para realizar una cirugía láser en el ojo izquierdo del reclamante la cual se programó para el día 26 de Septiembre del mismo año, pero al enviar la autorización a la compañía se le informa que la misma la empresa no cubre dicha intervención quirúrgica en ninguno de sus planes debiendo abonar la suma de \$ 800. Más allá de los reclamos efectuados ante la empresa y a solo dos semanas de la fecha estipulada para realizar la práctica quirúrgica, el reclamante abona dicha suma y peticiona ante este Tribunal la devolución del dicho importe.(Laudo N° 50)

### **Variable 4. Relato de las acciones o inacciones de la EMP frente al hecho reclamado previa a la realización del mismo.**

...La reclamante adjunta una nota en la cual narra lo acontecido a los fines de la solicitud de arbitraje manifestando: que en el año 1991 los integrantes del grupo familiar ingresaron a la prepaga xxxx. Con el pasar de los años la prepaga comenzó a tener problemas con los prestadores, por ende teníamos que cambiar nuestros médicos de confianza por otros desconocidos, ya que de a poco iban desapareciendo de la gran cartilla que teníamos... En una oportunidad sólo teníamos los servicios en el xxxx. En enero de 2004, Mariela tuvo una descompostura, vino el primer médico a nuestra casa y le diagnosticó una gastroenteritis por lo que le recetó el medicamento y le ordenó dieta líquida. Con el paso de los días, Mariela no solo .no mejoraba sino que estaba peor...si no hubiese sido por la insistencia de Mariela jamás se hubieran realizado estos estudios que determinaron que los malestares no se debían a un problema menor. De todas formas los síntomas no se correspondían con una infección urinaria (2° diagnostico)...Por este motivo y al ver que luego de tres días la situación seguía igual, recurrimos a nuestro médico de cabecera con el objetivo de resolver el problema que cada vez nos preocupaba más. Este médico le realizó a Mariela una ecografía en donde rápidamente se detectó un tumor benigno alojado en el lóbulo izquierdo del hígado. Es evidente que el problema era mucho mayor de lo que habían diagnosticado anteriormente...Inmediatamente fuimos a la central de xxxx a ver si había algún especialista en hígado, la respuesta a este pedido fue que no había lo que buscábamos y que nos podían ofrecer la atención de un cirujano gastroenterólogo. Al no ser esto lo que nos habían sugerido concurrimos a una cita con el cirujano xxxx especialista en hígado quien atiende en el Sanatorio Fleni. Este al igual que nuestro médico de cabecera entendió que la operación debía hacerse lo antes posible. Nuevamente fuimos a xxxx. el único cirujano disponible era el doctor xxxx que no era especialista, sin la posibilidad de elegir otra alternativa. Obviamente nos negamos a aceptar la propuesta debido a que e a necesidad de un cirujano [...] La respuesta al pedido de que la operación la haga un especialista fue negativa.... Desamparados por Acción Medica y ante el sufrimiento cada vez mayor de Mariela entendimos que no podíamos esperar un minuto más...

nos vimos obligados a pedir ayuda a familiares y amigos para poder pagar los gastos que implicaba la operación (Laudo N° 42, p. 1-2).

**Variable 7: Acciones realizadas por las EMP una vez presentado el reclamo ante el SNAC.**

**Dimensión 7.2: Tipo de acuerdo alcanzado entre las partes sobre el tema reclamado.**

•La EMP se compromete a reintegrar de importes abonados por afiliados:

...El reclamante y su hija podrán percibir el importe. Honorarios médicos por realización de angioplastia y stent (Laudo N° 11, p.1).

La firma se obliga a pagar a la reclamante la suma total y definitiva de \$1200 dentro de los cinco días hábiles. Importes abonados por litotricia percutanea (Laudo N° 22, p. 1).

...La EMP reintegra la suma de \$1200 en concepto de honorario del profesional interviniente en la operación, en concepto de consultas, medicamentos y descartables (Laudo N° 24, p.1).

...La EMP se compromete a continuara restituirle la suma de pesos diez mil por operación de válvula mitral y aorta (Laudo N° 34, p.1).

...La EMP reintegrará a la reclamante la suma total y definitiva de \$1.150 por la prótesis (Laudo N° 44, p. 1).

•La EMP se compromete a dar cobertura en prestaciones médicas:

...La empresa reclamada procederá a cubrir la operación motivo de autos debiendo el reclamante abonar \$400 como suma total y definitiva en material descartable y conceptos. que pudieran surgir pago deberá realizarse por el reclamante en efectivo y como condición para la realización de la operación en cuestión, el día anterior a la fecha de la misma en xxxx c) La operación deberá efectuarse en un plazo no mayor de 30 días de la firma del presente acuerdo, salvo indicación en contrario de la médica interviniente, conviniendo las partes que la cirujana interviniente será la Dra. Mariana xxxx y se realizará en el Hospital Privado xxxx (Laudo N° 28, p1).

...La firma xxxx se obliga a proveerle el concentrador de oxígeno (...), indicado para el tratamiento de la Apnea del Sueño, a que padece la reclamante, no debiendo abonar la reclamante ninguna suma de dinero por este concepto. La obligación de la firma reclamada es asumida en tanto y en cuanto el médico tratante de la paciente que es de cartilla de la prepaga, continúe prescribiéndolo y por el tiempo en que dure esta prescripción. La empresa se obliga a cubrirle el 50% de los lentes bifocales recetados. Cobertura que se realizará únicamente en las ópticas que la reclamada indique (Laudo N° 29, p. 1).

La EMP se compromete a cubrirle el 100% del tratamiento. Tratamiento por Hepatitis C (Laudo N° 37, p.1).

- La EMP se compromete a no aumentar la cuota

...La parte reclamante Sr. XXXX, quien acredita su identidad con xxxx Y por la parte reclamada xxxx comparece su vicepresidente Sr. Rodolfo xxxx conforme surge de la copia del acta de asamblea que se encuentra glosado a fs. 16/18. 2. Sin reconocer hechos ni derechos y al solo efecto conciliatorio, la reclamada xxxx se compromete a no aumentar en \$ 60 la cuota actual; en lugar únicamente cobrará el 50 % de dicha suma; por lo que el reclamante pagará a partir de abril del corriente año la suma de \$ 2f;0 por el grupo matrimonio (plan 100). Dicho importe se mantendrá hasta diciembre de 2004 inclusive (Laudo N° 30, p. 1).

- La EMP se compromete a reincorporar al afiliado que le dio de baja:

...a) La firma xxxx decide reincorporar a la Sra. xxxx, bajo el Nro. antiguo de afiliación xxxx reconociendo por ende su antigüedad como afiliada desde el 1 ° de abril de 2002. Que se deja sin efecto el nro. de afiliada 33906/00 que a la fecha se encuentra dado de baja. B) Que la afiliada puede utilizar normalmente todos los servicios que le brinda la prepaga, sin carencia alguna. C) Que a la fecha la afiliada Sra. xxxx no registra deuda alguna por cuotas atrasadas, encontrándose al día con sus obligaciones de pago. D) Que xxxx se obliga a recibirle el pago de la cuota correspondiente al mes de mayo de 2004, la que deberá efectivizarse dentro de las 72 horas hábiles en las oficinas comerciales de xxxx e) Que al presentarse a abonar la cuota mencionada en xxxx se obliga a entregarle a la reclamante la credencial bajo el nro. de Afiliación 26617/00 que acredita su condición de afiliada (Laudo N° 35, p.1).

## **Variable 9: Argumentos expuestos por los árbitros institucionales y árbitros sectoriales.**

### **Dimensión 9.1: Tipo de resoluciones realizadas por el Árbitro o el Tribunal.**

- **Se obliga a la EMP a realizar reintegros:**

...Hacer lugar parcialmente al reclamo formulado por XXXX, ordenando a la firma reclamada XXXX. reintegrar a la reclamante Sra. María del Carmen Mendoza, la suma de \$ 32,48 (treinta y dos pesos con cuarenta y ocho centavos), importe correspondiente al incremento operado en las cuotas de los meses de diciembre de 2000, y enero 2001, lapso que el Tribunal estima como necesario para que hubiera operado una información que reuniera los requisitos que al efecto establece la norma mencionada en los considerandos 2) El reintegro por parte de la reclamada a

la reclamante deberá efectuarse en el período de quince días inmediato posterior a la fecha en que el presente laudo quede firme (Laudo N° 16, p.3).

...Ordenar a XXXX hacer efectivo el pago del total de los honorarios adeudados al Dr. XXXX por la cirugía realizada con fecha 15 de enero de 2.002 al Sr. XXXX, en el término de CINCO (5) días hábiles a partir de la notificación del presente. //2. Ordenar a XXXX. la restitución a la Sra. XXXX de la suma de PESOS DOSCIENTOS ONCE (\$211.=) que oportunamente abonara en concepto de media cuota por el mes de enero de 2.002, el término de CINCO (5) días hábiles contados a partir de la notificación del presente (Laudo N° 17, p. 7).

... Hacer lugar al reclamo, efectuado por la reclamante Sra. xxxx contra la empresa reclamada XXXX, por las razones expresadas oportunamente. //2) ordenar a la empresa reclamada, para que en término de 10 días hábiles, contados a partir de la notificación del presente laudo, reintegre a la reclamante suma de pesos: dos mil novecientos ochenta y siete con setenta y cuatro ctvs. (\$ 2.987.74) (Laudo 27).

...a) HACER LUGAR parcialmente al reclamo formulado por xxxx ordenando a xxxx. a reintegrar a la reclamante Sra. xxxx de xxxx la suma total de \$ 12.800 (pesos doce mil ochocientos ), en el plazo de 15 días hábiles a contar de la notificación del presente laudo arbitral, en el domicilio de la firma reclamada sito en la calle Santa Fe 1971 Capital Federal, por los motivos expuestos en los considerandos. b) Declarar Abstracto el pedido de efectivización de la baja, por los motivos expuestos en los considerandos.//c) ORDENAR a la Sra. xxxx a pagar a la reclamada la suma proporcional de la cuota correspondiente al mes de marzo de 2004, debiendo calcularse a tal fin la suma que corresponda liquidar hasta el día 9 de marzo de 2004, por los motivos expuestos en los considerandos. A tal fin deberá descontarse de la suma indicada en el punto a) la que aquí corresponda (Laudo N° 42, p. 4).

#### **•Se obliga a la EMP a cubrir prestaciones médicas**

...Con relación al punto a), el allanamiento total de la pretensión de la reclamante expresado en fs. 58, y firmado por la reclamada releva a este Tribunal DE REALIZAR cualquier tipo de análisis al respecto, restando solo su ordenación. En cuanto a la pretensión del reclamante respecto de ser intervenida en la Clínica San xxxx, punto b) este Tribunal debe realizar las siguientes consideraciones [...] p.4 El nosocomio figuraba en la cartilla pero luego dejo de figurar. Por lo tanto la reclamada no tiene obligación de cubrir internación en el mismo. //hace lugar parcialmente al reclamo de xxxx contra xxxx, condenando a esta ultima a -proveer a la reclamante los cartuchos de insulina con más insulina sin cargo y sin límite de tiempo, b) reintegrar a la reclamante todas las sumas de dinero abonadas en concepto de coseguros hasta la fecha [...] En cuanto a la pretensión de internación en la Clínica San Camilo no ha lugar por los motivos expuestos en los considerandos (Laudo N° 25, p.9).



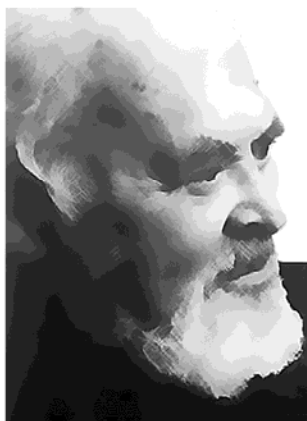
...Hacer lugar parcialmente al reclamo formulado por XXXX contra la firma xxxx, condenando a esta última a ) recibir el pago de la cuota correspondiente al mes de junio de 2004 por la suma de \$ 194,71 b) proveer a la reclamante la medicación comercializada bajo el nombre de AMARIL , con más lar tiras reactivas con una cobertura del 100 % c) brindar las sesiones de Kinesiología .sin límite y sin pago de co-seguro alguno hasta la efectiva recuperación del afiliado en los institutos de XXXX sitios en los institutos xxxx ambos de Capital Federal d) Otorgar la cobertura en un 100% de la intervención cardiovascular ( colocación de \_by pass)e) cumplir con las obligaciones contractuales asumidas respecto del lugar en que debe ser llevada a cabo la intervención, brindado la prestación de salud en el nivel y condiciones correspondientes al plan contratado, con los resguardos científicos que según los principios basados en la evidencia científica correspondan para atender a la patología que presenta el reclamante, conforme las evaluaciones que el Servicio de Auditoria Médica de la Prepaga estime corresponder, todo ello por los motivos expuestos en los consideran dos (Registro de laudo N° 26, p.4).

...Lauda por unanimidad hacer lugar al reclamo formulado por XXXX, y XXXX, contra la firma ordenando que proceda a autorizar en el término de 3 días hábiles contados a partir de la fecha de notificación del laudo arbitral la intervención quirúrgica con el médico tratante de la Sra. xxxx firman los miembros del tribunal arbitral, todo por ante mi que doy fé (Laudo 46, p.3).

**•Se obliga a la EMP a reincorporar al afiliado**

...Ordenar a xxxx S.A. la reincorporación del Sr. XXXX otorgándosele el mismo Plan que poseía .al momento que le fuera rescindido el contrato. Dicha reincorporación deberá hacerse efectiva dentro del plazo de cinco (5) días hábiles (Laudo N° 5, p. 10).

...Ordénese a xxxx la reincorporación inmediata, a partir de notificado el presente al Sr. xxxx y la Sra. xxxx, ordénese a xxxx, disponga coberturas de prácticas prescriptas consistentes en análisis citogenético y molecular, análisis cromosómico de cariotipo con bandas G y rearreglo molecular en el término de 72Hs desde la notificación de la presente (Laudo N° 13, p. 4).



Repositorio Digital Institucional  
**"José María Rosa"**

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental



[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)  
[www.repositoriojmr.unla.edu.ar](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar)  
[repositoriojmr@unla.edu.ar](mailto:repositoriojmr@unla.edu.ar)