466
Casos 795

-155

"2004 - Año de la Antártida Argentina"

245

Ministerio de Economía y Producción
Secretaría de Coordinación Técnica

BUENOS AIRES, 20 SET 2005

VISTO el Expediente N° S01:0185397/2002 del Registro del ex – MINISTERIO DE LA PRODUCCION, y

CONSIDERANDO:

Que el expediente citado en el Visto, se inició como consecuencia de la denuncia efectuada por los Doctores: Daniel ZUALET (M.I. N° 12.514.054), María Elena Angelino de GOYA (M.I. N° 5.209.620), Jorge Luis GOYA (M.I. N° 6.599.667), Jorge FROWEIN (M.I. N° 14.130.364), Ana María TORRES (M.I. N° 12.812.119), José Luis RIVERO (M.I. N° 16.294.207), Guillermo Raúl RODRIGUEZ (M.I. N° 12.690.763), Guillermo Roque IMBACH (M.I. N° 13.444.789), Eduardo Luis SCOLARI (M.I. N° 14.227.840), Andrés Alberto VILLALBA (M.I. N° 14.735.560), Miriam Elisa FISCHER (M.I. N° 22.646.037), Gabriel MUT (M.I. N° 12.495.235), José Gabriel EXPUCCI (M.I. N° 22.131.043), Fabio Alejandro VERA (M.I. N° 17.597.969), Liliana Beatriz CHUMEN (M.I. N° 11.610.294), Delia Berenice UZAL (M.I. N° 6.241.044), Juan Marcelo MALATESTA ALBANO (M.I. N° 18.802.939) y Cesar Walter CATTANEO (M.I. N° 13.245.127), ante la COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA organismo desconcentrado dependiente de la entonces SECRETARIA DE LA COMPETENCIA, LA DESREGULACION Y LA DEFENSA DEL CONSUMIDOR del ex – MINISTERIO DE LA PRODUCCION, contra la entidad INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, por presunta infracción a la Ley N° 25.156 de Defensa de la Competencia.

Que con fecha 11 de julio de 2002, los denunciantes presentaron su denuncia manifestando ser socios del CIRCULO MEDICO ALTO PARANA, no obstante que a los fines de las presentes actuaciones se han presentado con prescindencia de ésta, e invocaron la violación de la derogada Ley N° 22.262 de Defensa de la Competencia por parte del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, con motivo de la aprobación del Programa de Atención Médica Integral (fojas 2).

Que aseguraron que, este sistema fue inconsultamente dispuesto por Resolución N° 172 de fecha 16 de abril de 2002 del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, y que fuera implementado de manera discriminatoria, produciendo la exclusión absoluta de la inmensa mayoría de los médicos de la Provincia de MISIONES, con el consiguiente daño económico, profesional y moral de más del OCHENTA POR CIENTO (80%) de los trabajadores de la medicina (fojas 2 y 136).

Que agregaron que, este sistema restringe y limita el derecho del afiliado o del paciente a la elección de no más del DIEZ POR CIENTO (10%) o QUINCE POR CIENTO (15%) del padrón de médicos de la Provincia de MISIONES, tornando prácticamente nulo el derecho al libre ejercicio de la profesión respectiva, al extremo que la Obra Social del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL no autoriza las prácticas indicadas por quienes no son los elegidos por ella, aunque no se pretendan honorarios por la atención del paciente (fojas 2).

Que, finalmente expusieron el daño paralelo que les causa en su carácter de afiliados de la Obra Social del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, dada la condición de empleados públicos de la gran mayoría de los colegas, en tanto quedan

atrapados y cautivos de la misma, y sin posibilidad de contar con servicios de otra Obra Social (fojas 2).

Que la denuncia fue ratificada con fecha 8 de agosto de 2002, de conformidad con las disposiciones de los Artículos 175 y 176 del Código Procesal Penal de la Nación, de aplicación supletoria de acuerdo a lo establecido en el Artículo 56 de la Ley Nº 25.156 (fojas 25).

Que con fecha 6 de septiembre de 2002, se corrió traslado de la denuncia al INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL a fin de que brinde las explicaciones que estime corresponder, según lo dispuesto en el Artículo 29 de la Ley Nº 25.156 (fojas 65).

Que el día 4 de octubre de 2002 el INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL presentó sus explicaciones en tiempo y forma, descalificando la denuncia al asegurar que se aprecia en el Decreto Ley N° 568 de fecha 25 de septiembre de 1961 de creación y funcionamiento de la entidad, que no existe norma alguna dentro de su articulado que obligue al INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL a dar trabajo a todos los médicos de la Provincia de MISIONES, pues la obligación de su mandante no es para con los profesionales de la salud, sino para con sus afiliados (fojas 68 y 75).

Que señaló que, en ningún momento el INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL privilegió el valor económico sobre el valor salud, sino que administró sus recursos de tal manera que, haciendo un estudio exhaustivo, se evidenció la posibilidad de que con la misma erogación de capital que venía haciendo se diera mejor atención a sus afiliados, objetivo que en la actualidad se cumple ampliamente con el Programa de Asistencia Médico Integral (fojas 69).

Que agregó que, el Programa de Asistencia Médico Integral incluye en primer lugar a más de DOSCIENTOS (200) médicos de cabecera, y acompañó un modelo de contrato como prueba (fojas 69 y 104).

Que señaló que, el INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL suscribió convenios con la Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de MISIONES, para la prestación de especialidades médicas, y adjuntó copias de dichos ejemplares (fojas 69).

Que agregó que, el Programa de Atención Médica Primaria se desarrolla sobre la base de las estrategias de prevención, y que se encuentra alcanzado por lo establecido en la Ley N° 24.455 de fecha 8 de febrero de 1995 y en la Ley N° 24.901 de fecha 5 de noviembre de 1997, asegurando que conforme a dicha legislación, cada médico de cabecera tendrá una población asignada menor a MIL (1.000) beneficiarios (fojas 69 y 70).

Que señaló que, el Programa Médico Integral no produce la exclusión del padrón de prestadores de los denunciantes, sino que al cambiar el sistema por medio del cual se brinda asistencia médica a los afiliados de la Obra Social del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, la demanda se encuentra cubierta con la cantidad de prestadores seleccionados (fojas 72).

Que, aseguró que el cambio de sistema era necesario, teniendo en cuenta la crisis por la que atraviesa la salud no era posible seguir manteniendo el viejo sistema, ello en virtud de que los profesionales de la salud sólo brindaban asistencia médica a los afiliados del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL que abonaran un adicional, lo cual estaba expresamente prohibido en el convenio celebrado entre el

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL y la FEDERACION MEDICA DE MISIONES, a quien en forma mensual se le abonaban los servicios prestados, produciendo esto una doble erogación a los afiliados (fojas 72).

Que manifestó que, el INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL tiene todo el derecho de realizar las contrataciones con los profesionales que cumplan mejor con los fines creados por el Decreto Ley N° 568/1961, derecho éste, que no merece ser limitado, coartado, conculcado y ni siquiera perturbado por la presión de ciertas corporaciones como en el caso planteado (fojas 72).

Que con fecha 16 de octubre de 2002 la COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA efectuó una solicitud de informes al CIRCULO MEDICO ALTO PARANA, en uso de las facultades previstas por el Artículo 24 de la Ley N° 25.156 (fojas 209).

Que con fecha 19 de agosto de 2004, se requirió la remisión de cierta información a la Superintendencia de Servicios de Salud dependiente del ex - MINISTERIO DE SALUD, en uso de las facultades previstas por el Artículo 24 de la Ley N° 25.156 (fojas 224).

Que la COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA organismo desconcentrado en la órbita de la SECRETARIA DE COORDINACION TECNICA del MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION, a partir del minucioso análisis efectuado, ha entendido que no se advierten elementos que permitan vislumbrar que la conducta denunciada haya limitado o restringido la competencia en el sector de la salud en la Provincia de MISIONES, de modo que pueda haber resultado perjuicio al interés económico general, y que en consecuencia el

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL no ha incurrido en ninguna de las prácticas encuadradas en la Ley N° 25 156 de Defensa de la Competencia.

Que la COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA ha emitido su dictamen y aconseja al señor Secretario aceptar las explicaciones brindadas y ordenar el archivo de las presentes actuaciones, de conformidad con lo previsto en el Artículo 31 de la Ley Nº 25.156.

Que el suscripto comparte los términos del dictamen emitido por la COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA, al cual cabe remitirse en honor a la brevedad, y cuya copia autenticada se incluye como Anexo I y es parte integrante de la presente resolución.

Que el infrascripto es competente para el dictado del presente acto en virtud de lo establecido en el Artículo 58 de la Ley Nº 25.156.

Por ello,

EL SECRETARIO DE COORDINACION TECNICA

RESUELVE:

ARTICULO 1° - Acéptanse las explicaciones brindadas por la entidad INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL y ordénese el archivo de las presentes actuaciones, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 31 de la Ley Nº 25.156.

ARTICULO 2° - Considérese parte integrante de la presente resolución, al dictamen emitido por la COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA, organismo desconcentrado en la órbita de la SECRETARIA DE COORDINACION TECNICA del MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION, con fecha 29 de

octubre de 2004, que en VEINTIDOS (22) fojas autenticadas se agrega como Anexo I a la presente medida.

ARTICULO 3º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

RESOLUCION Nº 155

Dr. LEONARDO MADCUR
SECRETARIO DE COORDINACION TECNICA

Ministerio de Economía y Producción
Secretaría de Coordinación Técnica
Comisión Nacional de Defensa de la Competencia

COMISIÓN NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
FOL. 232

Expte. S01:0185397/2002 (C.795) MB/ern-jp
Dictamen N° 466 / 2004
BUENOS AIRES, 29 OCT 2004

SEÑOR SECRETARIO:

Elevamos a su consideración el presente dictamen referido a las actuaciones caratuladas: "INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA (I.P.S.) C.795 S/INFRACCIÓN LEY 25.156", que tramitan bajo Expediente N° S01:0185397/2002 del registro del ex Ministerio de la Producción, e iniciadas como consecuencia de la denuncia formalizada por médicos de la Ciudad de Eldorado, en la Provincia de Misiones, contra el INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL (I.P.S.) de la Provincia de Misiones, por presunta violación a la Ley 25.156 de Defensa de la Competencia.

I. SUJETOS INTERVINIENTES.

Los denunciantes.

1. Los médicos denunciantes, Dres. Daniel Zualet; María Elena A. de Goya; Dr. Jorge L. Goya; Jorge Frowein; Ana María Torres; José Luis Rivero; Guillermo Rodríguez; Guillermo Imbach; Eduardo Luis Scolari; Andrés A. Villalba; Mirian Elisa Fischer; Gabriel Mut; José Gabriel Expucci; Fabio A. Vera; Liliana B. Chumen; Delia Berenice Uzal; y Juan Marcelo Malatesta (en adelante LOS SOCIOS), resultan ser socios

Dra. MARTA A. [illegible]
[illegible]

ANE
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PRODUCCIÓN FOLIO 253

activos del Círculo Médico Alto Paraná[1]; no obstante que a los fines de la presente denuncia se han presentado con prescindencia de ésta.

2. Estos profesionales de la medicina integran el padrón de prestadores de la mencionada asociación gremial y contratan con obras sociales y prepagas a través de la misma. En ciertos casos, contratan también las prestaciones de sus servicios por intermedio del sanatorio donde se desempeñan. No suscriben contratos individualmente. Todos fueron prestadores del Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones y, a excepción de Jorge Frowein (cfr. fs. 31/32) y de Guillermo Roque Imbach (cfr. 40/41) -el primero de ellos renunció a continuar siendo prestador bajo la nueva modalidad contractual por solidaridad a sus colegas y, el segundo de los nombrados, se habría abstenido de postularse para el nuevo sistema por desconfiar del mecanismo de selección del mismo, quedaron fuera del padrón prestacional contra sus deseos a partir del 1° de mayo de 2002 al implementarse el controvertido "Programa de Atención Médica Integral" por cuya implementación denuncian al citado organismo.

La denunciada.

[1] Según su acta constitutiva, el CMAP es una asociación de médicos constituida en la Provincia de Misiones, con sede en la Ciudad de Eldorado, con el propósito de propender a la agremiación de todos los médicos de los departamentos de Eldorado, Monte Carlo, Iguazú, San Pedro y Manuel Belgrano, fomentando el espíritu de solidaridad y camaradería; b) velar por el fiel cumplimiento de la ética y deontología médica; c) propender al acercamiento espiritual, científico y social de sus miembros; d) combatir el charlatanismo, curanderismo y cesión de título; e) armonizar los intereses del gremio con los de salud pública; f) mantener relaciones con los grupos de profesionales similares y afines; g) defender los intereses morales y materiales de los médicos en el ejercicio de la profesión, gestionando ante las autoridades competentes todo asunto relacionado con la institución y sus miembros; y h) contribuir a una mayor y mejor educación sanitaria de la población. (cfr. fs. 213 de autos).
Gerencia además, contratos de prestación de servicios médicos con Obras Sociales y Prepagas.

3. El Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones (en adelante, IPS) es una institución de derecho público, con personería jurídica y capacidad para actuar privada y públicamente de acuerdo a lo que establecen las leyes especiales que afecten a su funcionamiento; ello, en virtud de lo normado por la ley provincial N°568, que trata de su creación y funcionamiento.

4. Brinda servicio de obra social destinado a cumplir con los fines del Estado, en materia de asistencia social a sus agentes en actividad, jubilados, pensionados, y familiares. Administra actualmente los recursos de los aportantes para la atención de su salud, a través de la contratación de doscientos médicos de cabecera y ha suscripto convenios con la Federación de Clínicas y Sanatorios para la prestación de especialidades médicas.

II. LOS HECHOS DENUNCIADOS.

5. Los afectados acudieron a esta Comisión Nacional mediante el envío de un despacho postal que fue recibido el día 11 de julio de 2002. Invocaron la violación de la derogada ley 22.262 por parte del IPS con motivo de la aprobación del "Programa de Atención Médica Integral".

6. Aseguraron que este sistema -inconsultamente dispuesto por la Obra Social por Resolución 0172 del mes de abril del año 2002 e implementado discriminatoriamente- produce la exclusión absoluta de la inmensa mayoría de los médicos de la Provincia de Misiones con el consiguiente daño económico, profesional y moral de mas del 80% de los trabajadores de la medicina; restringe y limita el derecho del afiliado

paciente a la elección de no mas del 10 o 15% del padrón de médicos de la provincia, tornando prácticamente nulo el derecho al libre ejercicio de la profesión respectiva, al extremo que la Obra Social no autoriza las prácticas indicadas por quienes no son los elegidos por ella y aunque no se pretendan honorarios por la atención del paciente.

7. Finalmente, expusieron el daño paralelo que les causa en su carácter de afiliados de esa misma obra social -dada la condición de empleados públicos de la gran mayoría de los colegas-, en tanto quedan atrapados y cautivos de la misma, sin posibilidad de contar con servicios de otra obra social.

III. EL PROCEDIMIENTO.

8. Como ya se anticipara, esta Comisión Nacional dio curso a las presentes actuaciones con la carta enviada y suscripta por un grupo de médicos de distintas especialidades, residentes en la ciudad de Eldorado en algunos casos, y en las ciudades de Colonia Wanda, Puerto Esperanza, y Monte Carlo, en otros, quienes denunciaron prácticas discriminatorias por parte del IPS contra el 80% de los profesionales médicos.

9. Han sido cumplidos por parte de los denunciantes, los requisitos de admisibilidad de la denuncia[2], previstos por los arts. 175 y 176 del CPPN y 28 de la Ley N° 25.156 .

El traslado del art. 29 de la Ley 25.156 a IPS y sus explicaciones.

[2] En tal sentido, véanse sus respectivas ratificaciones de denuncia y sus respuestas al interrogatorio ordenado a fs. 5/7 de autos (cfr. fs. 25/63)

Ministerio de Economía y Producción
Secretaría de Coordinación Técnica
Comisión Nacional de Defensa de la Competencia

10. Llevada a cabo la notificación prevista en el artículo 29 de la Ley N° 25.156, IPS hizo uso de su derecho brindando las explicaciones que lucen a fs. 68/208 de autos, mediante la intervención de su apoderado, Dr. Ricardo José Tarnowski.

11. Fijó su posición en la cuestión traída al análisis de esta Comisión Nacional, descalificando la denuncia al asegurar que se aprecia en la Ley N° 568 de creación y funcionamiento, que no existe norma alguna dentro de su articulado que obligue al Instituto de Previsión Social a dar trabajo a todos los médicos de la provincia, pues la obligación de su mandante no es para con los profesionales de la salud, sino para con sus afiliados.

12. Señaló que en ningún momento el IPS privilegió el valor económico sobre el valor salud, sino que administró sus recursos de tal manera que, haciendo un estudio exhaustivo se evidenció la posibilidad de que con la misma erogación de capital que venía haciendo, se diera mejor atención a sus afiliados; objetivo que hoy se cumple ampliamente con el Programa de Asistencia Médico Integral.

13. Resaltó que el Programa Médico Integral incluye en primer lugar a mas de doscientos médicos de cabecera, y acompañó un modelo de contrato como prueba (fs. 104/110).

14. También hizo notar que el IPS suscribió convenios con la Federación de Clínicas y Sanatorios para la prestación de especialidades médicas, acompañando copias de dichos ejemplares.

Ministerio de Economía y Producción
Secretaría de Coordinación Técnica
Comisión Nacional de Defensa de la Competencia

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PRODUCCIÓN FOLIO 257

15. Atacó la exposición de los denunciantes cuando manifestaron que "... el sistema ... produce la exclusión absoluta de la inmensa mayoría de los médicos de la provincia ...", respondiendo que el Programa de Atención Médica Primaria se desarrolla sobre la base de las estrategias de prevención. Se encuentra alcanzado por lo establecido en las leyes 24.455 y 24.901, en los decretos 1424/97 y 1193/98 y en las resoluciones MSyAS 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99, asegurando que por norma general en dicha legislación, cada médico de cabecera tendrá una población asignada menor a mil beneficiarios.

16. Luego de realizar una exposición sobre las bondades del sistema implementado en la provincia de Misiones, con cita, tanto de ciudades nacionales, como de otros países donde funcionan "programas de atención primaria de la salud" - a cuyo texto se remite esta CNDC a fin de evitar innecesarias repeticiones-, asestó que el programa médico integral no produce la exclusión del padrón de prestadores a los denunciantes, sino que al cambiar el sistema por medio del cual se brinda asistencia médica a los afiliados de la Obra Social, la demanda se encuentra cubierta con la cantidad de prestadores seleccionados. Siendo el cambio de sistema necesario toda vez que teniendo en cuenta la crisis por al que atraviesa la salud no era posible seguir manteniendo el viejo sistema; ello, en virtud de que los profesionales de la salud solo brindaban asistencia médica a los afiliados del IPS que abonaran un "plus" -el cual estaba expresamente prohibido en el convenio celebrado entre el IPS y la Federación Médica Misiones, a quien en forma mensual

se le abonaban los servicios prestados-, produciendo esto una doble erogación a los afiliados.

17. Por otra parte, y como ya se adelantara, luego de calificar que la denuncia planteada parece dar a entender que los médicos reclaman que el Estado, vía el IPS, está obligado a darle trabajo a todos ellos, acabó manifestando que el IPS Misiones tiene todo el derecho de realizar las contrataciones con los profesionales que, a su criterio, cumplirían mejor con los fines creados por la Ley N°568; derecho este, que no merece ser limitado, coartado, conculcado y ni siquiera perturbado por la presión de ciertas corporaciones como en el caso planteado, máxime teniendo en cuenta la facultad que el IPS tiene para contratar en forma directa a los profesionales de conformidad con el art. 85 de la ley de contabilidad de la Provincia de Misiones N° 2303.

Las solicitudes de informes.

18. Luce a fs. 209 de autos, una solicitud de informes cursada en uso de las facultades previstas por el art. 24 de la Ley N° 25.156 a la asociación Círculo Médico Alto Paraná -donde se encuentran afiliados los denunciantes-; ello, con la finalidad de que informara: i) breve descripción de su actividad; ii) área geográfica de la misma; iii) cantidad de profesionales de la medicina asociados, detallando su especialidad; iv) listado de obras sociales con las que contrata y sus direcciones; v) si mantiene convenio con el Instituto de Previsión Social; vi) caso afirmativo, remita copia del mismo; vii) listado de médicos asociados al Círculo Médico Alto Paraná que integran el padrón de prestadores del

IPS, detallándolo por especialidad; y viii) indique el criterio de selección adoptado para poder integrar dicho padrón de prestadores del IPS. (sic).

19. Dicho requerimiento de información fue evacuado conjuntamente a fs. 212/219 de autos, por los Dres. Daniel Eduardo Gargano y Mirta del Carmen Niveyro, presidente y secretaria, respectivamente, del Círculo Médico Alto Paraná; de él se desprende, entre otros datos, que dicha entidad posee un padrón de prestadores de ciento setenta y cinco profesionales de distintas especialidades, y que se despega de la denuncia materializada por sus agremiados al aclarar que no obstante constarle que varios profesionales asociados formularon denuncia contra el sistema implementado por el IPS, el Círculo como tal no denunció ni patrocinó denuncia alguna.

20. A fs. 221 se le solicitó a la denunciada mayor información referida al Programa de Atención Médica Integral.

21. Finalmente, a fs. 224 se le requirió a la Gerencia de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud, que informara la cantidad de obras sociales existentes en la Provincia de Misiones, con indicación del número de afiliados que posee cada una de ellas. Se respondió a fs. 226/228 de autos.

22. Para finalizar, el pase a estudio dispuesto a fs. 229 *in fine* de autos, da cuenta que las presentes actuaciones se encuentran en estado de emitir dictamen.

260

236

IV. ANÁLISIS ECONÓMICO Y LEGAL

Análisis de la situación procesal.

23. Sin perjuicio de la verosimilitud de los hechos denunciados y pretensiones esgrimidas en su presentación liminar por parte de los denunciantes, resulta adecuado analizar en este estadio procesal si corresponde la prosecución de las presentes actuaciones en base a los datos y elementos colectados.

24. El articulo 1° de la Ley 25.156 establece tres condiciones para que una práctica individual pueda ser considerada violatoria de la Ley: i) La empresa o entidad que lleva a cabo la conducta debe tener una posición dominante en el mercado afectado; ii) La conducta debe tener por objeto o efecto limitar, restringir, falsear o distorsionar la competencia o el acceso a dicho mercado; y iii) La conducta debe resultar actual o potencialmente en un perjuicio para el interés económico general.

25. En tal sentido, se adelanta, la suerte de la presente denuncia quedará sellada en esta instancia, pues no obran elementos que permitan entrever una violación al ordenamiento legal ni menoscabo al bien jurídico tutelado por el mismo, que posibiliten la ampliación del procedimiento efectuado hasta el momento.

La posición de la denunciada en el mercado.

26. El articulo 4° de la Ley 25.156 establece que: "una persona goza de posición dominante cuando para un determinado tipo de producto o

servicio es la única oferente o demandante dentro del mercado .... o, cuando sin ser única, no está expuesta a una competencia sustancial o, cuando por el grado de integración vertical u horizontal está en condiciones de determinar la viabilidad económica de un competidor participante en el mercado ...".

27. A fin de determinar la existencia de una posición dominante, en los considerandos siguientes se definirá el mercado relevante afectado por la conducta denunciada y se examinará la posición de la empresa denunciada en dicho mercado, respectivamente.

Mercado Relevante.

28. Como ya fuera adelantado, la denunciada ofrece sus servicios en el sector de la salud de la Provincia de Misiones. En este mercado es también donde se verifica la práctica presuntamente violatoria de la Ley de Defensa de la Competencia.

29. El sector de la salud presenta características funcionales y estructurales que afectan significativamente su funcionamiento competitivo. Un resumen de las investigaciones realizadas por esta Comisión al respecto, se encuentran publicadas en nuestra página "web" bajo el título "La Ley de Defensa de la Competencia y los Mercados de Prestaciones de Servicios para la Salud"[3]. A este trabajo cabe remitirse en honor a la brevedad.

[3] http://www.mecon.gov.ar/cndc/salud.htm

262

30. Baste afirmar que la aparición de entidades que intermedian entre los oferentes básicos del servicio (los prestadores) y los demandantes finales de los servicios médicos (los pacientes o afiliados) es un fenómeno ampliamente difundido en este sector. Estas entidades toman en general dos formas básicas: la de "asociaciones de prestadores" (colegios, agremiaciones y círculos de profesionales, federaciones de clínicas, etc.) y la de "administradores de fondos para la salud" (obras sociales, asociaciones mutuales, empresas de medicina prepaga, etc.),

31. Los prestadores son los médicos, las clínicas y los laboratorios; con frecuencia los prestadores se encuentran nucleados en asociaciones, delegando en ellas la negociación de los convenios con las administradoras de fondos para la provisión de sus servicios.

32. El IPS es una obra social y como tal opera en la etapa de administración de Fondos para la Salud.

33. Las obras sociales se diferencian de las empresas de medicina prepaga y de las mutuales por el hecho de que las dos últimas no están legalmente autorizadas para percibir los aportes y contribuciones de los empleados en relación de dependencia.

34. Las obras sociales comprendidas en el régimen de la Ley 23.660 están expuestas a la competencia, ya que este régimen contempla la libre elección de obra social por parte del afiliado. Las demás obras sociales, incluido el IPS, en la relación con sus afiliados constituyen monopolios legales.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PRODUCCIÓN
FOLIO Nº 263

35. En cambio, el IPS compite por los servicios de atención médica de los prestadores, con las otras obras sociales, las empresas de medicina prepaga, las mutuales y en menor medida con la medicina pública.

36. Hasta abril de 2002 la denunciada no tenía un vínculo directo con los prestadores. Operaba mediante convenios marco con la Federación de Colegios Médicos y la Federación de Clínica de la Provincia. Con el lanzamiento del PMI, el IPS inicia un vínculo directo con el grupo de médicos que realizan la atención primaria.

37. Dado que este cambio de modalidad es lo que motiva la denuncia, el mercado relevante del producto a los fines de la presente investigación se define como el de prestación de servicios de atención médica de Nivel I - ambulatorio a las obras sociales, mutuales y empresas de medicina prepaga.

38. En este mercado los médicos clínicos, ginecólogos y pediatras operan como oferentes y las obras sociales, empresas de medicina prepaga y mutuales actúan como demandantes.

39. Podría argumentarse que la definición debería incluir también a los médicos especialistas y las clínicas (quienes podrían brindar atención primaria a través de su personal médico). Este razonamiento es correcto, pero debe tenerse en cuenta que lo relevante en esta investigación es la posición del IPS, no la de los médicos.

40. Respecto de los demandantes, en la definición fueron incluidas todas aquellas entidades que previamente denominamos "administradoras de

fondos de salud" incluyendo a las obras sociales, las mutuales y la medicina prepaga.

41. La salud pública también demanda servicios médicos de Nivel I y de hecho los médicos podrían trasladar su oferta hacia los hospitales, sin embargo la salud pública tiene muchas rigideces y está fuertemente integrada, por ello esta Comisión considera más adecuada una definición estricta que solo contemple a las entidades que brindan seguro médico.

42. En lo que respecta al mercado geográfico, esta Comisión entiende que debe ser definido como la Provincia de Misiones, ya que la salud esta institucionalmente organizada por provincia y la atención médica es un servicio netamente local.

La posición del IPS en el Mercado Relevante.

43. La posición de un actor en el mercado esta en función de su participación, del nivel de concentración del mismo, de la fortaleza de los restantes competidores y de otros factores tales como las barreras a la entrada.

44. El Cuadro I muestra las participaciones de los distintos actores en el mercado de servicios de salud de la Provincia de Misiones. El parámetro utilizado, número de afiliados, resulta razonablemente representativo y además es el de fácil obtención.

Cuadro N° 1: Participación del IPS en el mercado

Entidad	Afiliados	Part. %
Instituto de Previsión Social de Misiones	**130.000**	**32**
O.S. del Personal Rural y Estibadores	50.584	12
O.S. de Empleados de Comercio	22.639	6
O.S. del Personal del Turf	21.065	5
O.S. del Personal de la Construcción	17.965	4
O.S. de Conductores Camioneros	14.982	4
O.S. de Ceramistas	12.320	3
Otras O.S. Régimen Res. 650/97 (100)	77.061	19
INSSJP y Medicina Prepaga	60.507	15
Total Población con Cobertura Medica	**407.123**	**100**
Sistema Publico de Salud	558.399	
Total Población de la Provincia	**965.522**	

Fuente: Superintendencia de Seguros de Salud e INDEC

45. Como se observa en el cuadro, el IPS tiene una participación muy importante en el sector salud de la provincia. Además del IPS, hay un centenar de obras sociales prestando servicios en ese mercado a unos 200 mil afiliados, algunas de estas obras sociales son muy grandes a nivel nacional, pero en la Provincia de Misiones son significativamente más pequeñas que el IPS.

46. Además existen algunas prepagas con cobertura en el área y también esta el PAMI. Todos los actores conjuntamente brindan cobertura a una población de 400 mil afiliados.

47. Finalmente, aunque no se ha considerado dentro del mismo mercado, la salud pública brinda atención a otros 500 mil afiliados.

48. Por todo ello esta Comisión entiende que, aún cuando en este caso no se puede hablar de una posición dominante en los términos del artículo 4° de la Ley, tampoco puede descartarse que el IPS tenga poder de mercado como demandante en el mercado de servicios de atención médica de primer nivel.

Análisis de la conducta.

49. Habiendo examinado la posición del IPS en el mercado, y aun cuando no puede afirmarse categóricamente que dicho instituto tenga una posición de domino en el mismo, esta CNDC entiende que el caso amerita un breve examen de la conducta denunciada. Véase.

50. El IPS es un organismo público de la Provincia de Misiones creado por una ley provincial con la finalidad de prestar el servicio de obra social a los agentes públicos en actividad, sus familiares y a los jubilados y pensionados de dicho territorio.

51. El IPS brinda cobertura a una población de aproximadamente 130.000 afiliados en todo el ámbito de la provincia. Esto lo convierte en la principal obra social de la región.

52. El 16 de abril de 2002, el IPS puso en marcha el PMI, un nuevo sistema de atención médica basado en un modelo conocido como "médicos de cabecera".

53. El PMI establece que la atención primaria debe recaer exclusivamente en un plantel de médicos de cabecera (clínicos, ginecólogos y pediatras), contratados individualmente por el instituto, y apoyados por una red de especialistas y clínicas para la atención de interconsultas, prácticas e internaciones.

54. El número de médicos de cabecera respeta una relación médico/pacientes mayor de 1 a 1000, de acuerdo con lo establecido por las normas que rigen el "Programa Medico Obligatorio" a nivel nacional[4].

55. El PMI otorga a los médicos de cabecera, las siguientes competencias exclusivas:

a) Atención programada en consultorios.
b) Visitas médicas domiciliarias e institucionales
c) Prescripción de medicamentos
d) Prescripción y evaluación de prácticas y estudios complementarios
e) Derivación de pacientes a otros niveles de complejidad
f) Desarrollo de acciones de prevención, protección y promoción de la salud

[4] Leyes 24.455 y 24.901, Decretos 1124/97 y 1193/98 y Resoluciones MSyAS 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99.

g) Confección mantenimiento de la historia clínica única de los pacientes.

56. Para la implementación del PMI, en abril de 2002 el IPS celebró los siguientes convenios con los prestadores:

a) Contratos individuales de locación de servicios médicos de Nivel I Ambulatorio, con 138 profesionales distribuidos en las distintas localidades de la provincia, para las funciones de médico de cabecera.

b) Un contrato de locación de servicios médicos asistenciales de Nivel II Ambulatorio con la Federación de Clínicas y Sanatorios de Misiones, para consultas y prácticas especializadas.

c) Un contrato de locación de servicios médicos asistenciales de Nivel II con la Federación de Clínicas y Sanatorios de Misiones para Internación.

d) Un contrato de locación de servicios médicos asistenciales de Nivel III alta complejidad con la Federación de Clínicas y Sanatorios de Misiones, para derivaciones, prácticas no nomencladas, hemodiálisis y otras.

57. Hasta el mes de abril de 2002, el IPS tenía un convenio global con la Federación Médica de Misiones, entidad madre del Circulo Médico de Alto Paraná, que agrupa alrededor de 2.000 profesionales. El mismo fue reemplazado por los contratos individuales del inc. a), constituyendo el acto concreto que produce la exclusión de los médicos.

ANEX
FOJ 26

58. De acuerdo a lo informado por la denunciada en sus explicaciones, la adopción del PMI estuvo motivada, entre otros, por los siguientes objetivos: i) mejorar la utilización de los recursos, mediante la reducción de la tasa de uso de los servicios, y ii) mejorar el acceso a la atención, mediante la eliminación del "Plus Médico".

59. Esta última medida implicó un beneficio directo para los afiliados, ya que se redujo el co-pago que estos oblaban por consulta de $13 ($3 de co-seguro y $10 de Plus Médico), a solo $3.

60. Como ya se ha advertido en los párrafos precedentes, el IPS decidió no renovar un convenio que mantenía con la Federación Medica de Misiones para la atención medica primaria de sus afiliados. De hecho, reemplazó este convenio por contratos directos con un plantel de médicos generalistas.

61. El plantel de médicos contratados constituye un grupo reducido dentro de la matricula de la Federación Medica de Misiones. En consecuencia muchos médicos quedaron excluidos de la cartilla de esta institución.

62. Cabe preguntarse entonces si la exclusión de estos médicos de la cartilla es una conducta anticompetitiva, o en otras palabras, si la conducta denunciada excluye a los médicos del mercado o restringe su acceso al mismo.

63. Medido en términos de cantidad de afiliados, el cierre de mercado en

este caso representa aproximadamente el 30% del mismo[5], una cifra que puede considerarse en principio como no preocupante, en particular si se tiene en cuenta que además está la salud pública. Por otra parte, los prestadores que no contratan con el IPS tienen diversas alternativas para ofrecer sus servicios, las otras obras sociales, el PAMI, la medicina pública, las prepagas, etc.

64. De hecho, en el caso de los denunciantes que no fueron seleccionados y que prestaron declaración testimonial, en general se verifica que el impacto del cierre del mercado precitado sobre sus ingresos fue del orden del 50%, y que todos tuvieron alternativas laborales (cfr. fs. 25/62).

65. En resumen, esta Comisión no encuentra evidencia suficiente de que se cumplan las condiciones mínimas para que encuadrar a esta conducta como una forma de integración contractual prohibida.

Efectos sobre el interés económico general.

66. Como es de rigor en el análisis por parte de esta autoridad de aplicación de la LDC, es importante considerar las eventuales eficiencias de la práctica investigada. A tal fin debe tenerse en cuenta, que en este caso no estamos ante una conducta realizada desde cero, sino ante el reemplazo de una forma concertada de negociación de prestaciones médicas (v.gr. el convenio con la Federación Medica de Misiones), por una forma de integración más estrecha, mediante contratos individuales

[5] El cierre de mercado se interpreta aquí como la porción de afiliados que, a partir de las medidas tomadas por el IPS, no van a recurrir al mercado de prestadores porque el IPS les prestará servicios con

con los profesionales.

67. El régimen anterior puede entenderse como un "sistema abierto"[6], o un sistema donde todos los médicos matriculados están habilitados por la obra social para brindar atención médica y prescribir medicamentos o practicas. De este régimen el IPS pasó a un sistema más cerrado como el de médicos de cabecera.

68. A favor del sistema anterior se ha argumentado que son los pacientes quienes deben elegir al médico, no la obra social. En teoría esto es correcto, sin embargo debe tenerse en cuenta que ni el sector de la salud, ni el sistema de seguro médico son mercados típicos. Precisamente a este respecto la Comisión tiene dicho que: "El uso alternativo de sistemas cerrados o abiertos por parte de los administradores de fondos para la salud presenta ventajas y desventajas. Por un lado, los sistemas abiertos otorgan una mayor variedad de elección al usuario final de las prestaciones de salud, pues le permiten utilizar los servicios de un número más grande de profesionales e instalaciones sanitarias. Tanto desde la óptica del paciente como por la calidad de las prestaciones, esta modalidad adquiere un valor innegable, influido por factores tales como la confianza y la continuidad en las relaciones prestador-paciente. Sin embargo, la misma trae también aparejado un costo de contratación necesariamente mayor, que los usuarios pagan a través de mecanismos

sus propios recursos. El porcentual citado surge del cuadro 1 del presente Dictamen.

[6] Es frecuente el uso de este término para describir a los sistemas en los que el afiliado tiene derecho a percibir un reintegro por los gastos médicos realizados con profesionales no incluidos en la cartilla. En el presente dictamen y en los trabajos publicados por esta Comisión el termino tiene un significado mas general, siendo mas abiertos aquellos sistemas que otorgan mayores posibilidades de elección de

directos o indirectos. Esa diferencia de costos es particularmente visible en los casos de las empresas de medicina prepaga que ofrecen planes de atención con diferentes "grados de apertura", y en los cuales se da que, invariablemente, los planes que contemplan la posibilidad de elegir entre un número más grande de profesionales y sanatorios tienen un costo mayor"[7].

69. Lo dicho precedentemente queda corroborado por el hecho de que en simultáneo con la implementación del PMI, el IPS eliminó el Plus Médico de $10 que debían pagar los afiliados por cada consulta.

70. Este es un beneficio explícito para los consumidores, que además de reducirles el costo de la atención médica, lógicamente debiera alentarlos a recurrir con mayor frecuencia y anticipación a la consulta médica, con el beneficio que ello implica para el sistema por la mayor prevención.

71. Finalmente, esta CNDC no puede descartar que el cambio de modelo prestacional pueda derivar en una más eficiente asignación de los recursos de la obra social y que esta redunde en un beneficio para los afiliados.

72. Para finalizar, se concluye que el cambio en la modalidad de contratación de servicios médicos carece de la entidad suficiente como para afectar la competencia en el mercado de los servicios de atención médica de Nivel I en la Provincia de Misiones; y, en cambio, tiene

---

prestadores y prestaciones a los afiliados, incluyendo eventualmente la posibilidad de consultar médicos no incluidos en la cartilla.

[7] Salud: La ley de Defensa de la Competencia y los mercados de prestaciones de servicios para la salud: http://www.mecon.gov.ar/cndc/salud.htm

beneficios explícitos para el afiliado, además de potenciales ganancias de eficiencia para la obra social.

V. CONCLUSIONES.

73. Por los motivos expuestos, esta Comisión Nacional entiende que en el caso concreto bajo análisis no se advierten elementos que permitan vislumbrar que la conducta denunciada haya limitado o restringido la competencia en el sector de la salud en nuestra Provincia de Misiones, de modo que pueda haber resultado perjuicio al interés económico general, y que en consecuencia amerite un mayor despliegue procedimental.

74. En base a las consideraciones precedentes es dable concluir que el INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL no ha incurrido en ninguna de las prácticas encuadradas en la Ley N° 25.156 de Defensa de la Competencia, motivo por el cual la COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA recomienda al SEÑOR SECRETARIO DE COORDINACIÓN TÉCNICA aceptar las explicaciones brindadas por su defensa y disponer el archivo de las presentes actuaciones (arts. 31 de la Ley N° 25.156 y 31 del Decr. Regl. 89/2001).

HUMBERTO GUARDIA MENDONCA
VOCAL
COMISION NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

HORACIO SALERNO
VOCAL

LIC. MAURICIO DUTERA
VOCAL