

DESREGULACIÓN DE OBRAS SOCIALES Y REGULACIÓN DE LA MEDICINA PREPAGA

DRA. CLAUDIA MADIES

MARCO REGULATORIO, ANTECEDENTES Y PROYECTOS

INTRODUCCIÓN

Definir el marco regulatorio de las obras sociales y empresas de medicina prepaga, es uno de los puntos de partida para la identificación de los escenarios alternativos futuros del actual proceso de reforma del sector salud en la Argentina, así como de las estrategias sectoriales pasibles de emprender en cada uno de ellos.

El presente trabajo busca identificar las tendencias de regulación que surgen del proyecto de ley con media sanción del Senado de la Nación, que de aprobarse regulará a las empresas de medicina prepaga y del Decreto 446, que da origen a la "competencia regulada" entre obras sociales nacionales y empresas privadas, dentro del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Se parte de una conceptualización general, que busca coincidir sobre los alcances que pretende dársele al término "regulación" y luego, se profundiza en las causas que justifican tal intervención del estado en el mercado de la salud. A continuación, se identifican los aspectos más relevantes de cada uno de los textos normativos mencionados y en base a ello, se señalan las cuestiones pendientes de definición, que están condicionando el posicionamiento de los actores sectoriales y políticos afectados por las reformas.

Regulación

Para introducirnos en el marco regulatorio de las obras sociales o empresas de medicina prepaga, hace falta en primer lugar coincidir sobre que alcances tiene el concepto "regulación". Su acepción más conocida es la que corresponde a la dimensión económica, respecto de la cual algunos autores como Artana y Soto, lo definen a partir de su opuesto "desregulación", entendiéndolo que es la supresión de una serie de normas que impiden la provisión de determinados bienes y servicios por agentes económicos públicos o privados distintos a quienes hoy detentan el monopolio de hecho y básicamente la libertad de tarifas.

Tal regulación económica, puede recaer sobre la oferta, la demanda y los precios, u otras variables que condicionan al mercado.

También encontramos otras dimensiones de la regulación entre ellas la social, que generalmente acompaña a la económica para moderar los efectos adversos que la misma puede generar en la comunidad y la jurídico legal, que el actual derecho administrativo

identifica como la herramienta normativa destinada a tutelar a los individuos frente a la Administración, en el consumo de servicios públicos.

El materia de salud, el Estado al regular el mercado específico, en la Argentina ha tendido en la última década a priorizar la eficiencia y competitividadⁱ. En el subsector público se implementó la descentralización de los servicios y la posibilidad de la autogestión, que permitió a sus establecimientos ser más competitivos e incluso el recupero de parte de los gastos de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de la seguridad social. El subsector de la seguridad social atravesó el proceso de desregulación, que favoreció la libertad de elección de los afiliados de las obras sociales sindicales y del personal de dirección. Respecto al subsector privado, si bien no se llegó a regular a las empresas de medicina prepaga, como producto de los mecanismos de negociación con las entidades de la seguridad social, aquellas empezaron a funcionar como gerencadoras de este subsector.

La tendencia de los cambios observados es alcanzar mayor competitividad y eficiencia hacia el interior de los subsectores, al incorporarles mecanismos del mercado, así como una mayor articulación e interacción e incluso complementación entre ellos. Una de las pruebas más concluyentes en este sentido es la obligación que tienen las obras sociales y empresas de medicina prepaga de brindar el Programa Médico Obligatorio.

En menor medida, la regulación lentamente está incorporando mecanismos de protección a los usuarios de los mercados de salud, para corregir las asimetrías de información y poder que lo caracterizan. Así, el surgimiento de los Comités de Bioética en los Establecimientos Públicos, la reglamentación de la gestión de reclamos de beneficiarios de las obras sociales nacionales y la creación de una oficina para ello, bajo la dirección de la Superintendencia de Servicios de Salud, o la regulación de la publicidad de tales entidades, constituyen avances importantes en la materia.

Fallas del Mercado Seguros de Saludⁱⁱ

El mercado de la salud, no puede por sí sólo, asegurar que todos los agentes en el involucrados actúen con libertad. Tratándose de la salud, en el cual fundamentalmente los usuarios persiguen certidumbre frente al riesgo de la enfermedad o accidente, resulta claro que este mercado padece deⁱⁱⁱ:

- a) **Incertidumbre:** este riesgo no siempre es predecible
- b) **Asimetría de la información:** La información de la que disponen los agentes involucrados no es simétrica
- c) **Ineficiencia en la organización:** La producción no está siempre organizada en forma eficiente
- d) **Demanda inducida por la oferta:** Existe tendencia al sobreconsumo y a la expansión de costos
- e) **Falta de competencia entre los proveedores, con posibilidad de concertación**
- f) **Las propias características de la salud,** como bien meritario, con externalidades negativas.

Como alternativa de solución a estas fallas, aparecen los seguros de salud, que administran la enfermedad como riesgo y difunden el costo de las prestaciones. Frente al riesgo de la enfermedad las personas procuran prevenirlo por distintos medios, que exceden la contratación directa de servicios médicos. Así, estos demandantes recurren a formas de contratación voluntarias o compulsivas, entre ellas el pago anticipado de la prestación, a través de la contratación de un seguro de salud, que en Argentina se

denomina medicina prepaga, o el descuento obligatorio de aportes para un determinado sistema de salud, conocido como subsector de obras sociales. Ello, permite difundir el costo de las prestaciones, entre los distintos cotizantes del seguro, para lograr mayor difusión del riesgo a mayor número de cotizantes.

La teoría del seguro asienta sus bases en la idea de que la enfermedad es, en medida considerable impredecible y que la oportunidad de desplazar esos riesgos derivados de la enfermedad a terceros vale un precio que muchos están dispuestos a pagar^{iv}. Además de la propia aversión al riesgo que pueden presentar los aseguradores y que los inducen a aumentar las primas, también pueden presentarse los costos administrativos, o bien recargos que dependerán del grado de incertidumbre asociado al riesgo asegurado y que incorporen elementos del coseguro.

Es el Estado, a través de su regulación, quién con políticas públicas adecuadas puede corregir dichas fallas. En este campo, el principio de la regulación debe tender a que la magnitud de un agente no adquiera un poder asimétrico sobre los demás. Entonces, la reglamentación debe así limitar el poder de los agentes más fuertes y acrecentar el de los más débiles.^v

En la República Argentina, los sistemas de aseguramiento integran dos de los subsectores del sistema de salud, que es mixto y fragmentado. Cada uno de los subsectores aludidos, e incluso el público, tienen diferente historia, composición, estructura y desarrollo. Este último, está integrado por los establecimientos hospitalarios nacionales, provinciales y municipales, en tanto el de la seguridad social lo integran las obras sociales estatales, sindicales, de personal de dirección y las provinciales. Finalmente, el subsector privado está conformado por empresas de medicina prepaga, sanatorios, clínicas, empresas de seguros de salud, los profesionales independientes o las entidades gremiales que los representan.

El mercado de aseguramiento de la salud, como hemos mencionado también presenta fallas, a saber:

- Abuso moral
- Selección Adversa
- Entrada selectiva
- Economías de escala

Los seguros médicos, tanto públicos como privados, constituyen formas de reducción del riesgo asociado a la imposibilidad de disponer de los recursos financieros para sufragar los costos médicos cuando exista la necesidad. Estos fondos además reducen la incertidumbre ya que si bien es posible que no se conozca la oportunidad en que una persona en particular necesitará recurrir a un servicio médico, es posible predecir la ocurrencia de este tipo de eventos para un grupo mayor de personas. No obstante, en el mercado de los seguros médicos también se presentan distorsiones^{vi}.

A continuación se describen las fallas del mercado:

Abuso Moral

Se caracterizan los seguros por generar en los usuarios la sensación de que al tener garantizada una cobertura de atención médica, pueden consumir indiscriminadamente o incluso puede el profesional, para satisfacer al paciente autorizar prácticas que no resultan costo-efectivas.

Puede verificarse este abuso, cuando el asociado gasta más en su atención curativa, que preventiva, justificándose en la existencia del seguro. A este uso excesivo de los servicios de atención médica, suele seguir una expansión de los costos y por ende, un incremento en los precios.

La implementación de copagos y coseguros son herramientas que se utilizan para disuadir estos incentivos al sobreconsumo, pero pueden también constituir barreras de acceso a la atención, ya que reflejan la aversión al riesgo de las propias compañías aseguradoras-.

También las compañías de seguros han tratado de solucionar este problema, suministrando una cobertura limitada dirigida a servicios hospitalarios. Otra manera de impedir este tipo de comportamiento es a través de un monitoreo permanente a los asegurados para que no realicen gastos médicos innecesarios, lo cual podría resultar excesivamente costoso.

Para protegerse del riesgo moral, las aseguradoras han aumentado las primas que cobran a los particulares, lo cual ha contribuido a que una porción mayor de personas no se aseguren, ya sea porque no tienen los recursos suficientes o porque no están dispuestas a pagar una prima que consideran demasiado alta de acuerdo a su aversión al riesgo. Este factor ha contribuido a que el Estado establezca sistemas de seguridad social obligatorios, subsidiados y basados en criterios de solidaridad, en los cuales el beneficiario logra su cobertura con primas menores a las del mercado.

Selección adversa

El problema de selección adversa es otro factor que dificulta la formación de un mercado eficiente en este sector^{vii}. Esto surge por problemas de asimetría de información entre la aseguradora y los asegurados, que conlleva a que solamente una categoría de individuos se aseguren. Supongamos que existen tres tipos de individuos que enfrentan grados de riesgo distinto y que la aseguradora no conoce con exactitud el nivel de riesgo de cada individuo. Bajo un sistema contable sencillo, la aseguradora cobrará la misma prima a las tres personas, calculada de acuerdo al valor promedio ponderado del riesgo de los tres individuos. Si cada uno de estos individuos conoce su nivel de riesgo, los individuos de menor riesgo considerarán que dicha prima es muy elevada por lo cual se negarán a comprar la póliza. Dado que sólo quedan los individuos de riesgo medio y alto, la aseguradora tendrá que recalcular la prima de acuerdo al valor promedio ponderado de estas dos grupos de personas, lo cual conllevaría a que nuevamente el individuo de riesgo medio considere que la prima es muy elevada y también desista de comprar la póliza. De esta manera, al final, quedaría únicamente cubierto aquel grupo de individuos con el más alto nivel de riesgo.

La fijación de las primas de acuerdo al riesgo particular de cada individuo es una manera de solucionar este problema. A pesar de que este método se realiza, es un proceso muy costoso e impreciso, pues la información necesaria para definir el riesgo de una persona generalmente no está disponible en su totalidad. Otra manera de solucionar el problema de selección adversa consiste en establecer sistemas de seguro colectivos, bajo los cuales los individuos deben asegurarse independientemente de su nivel de riesgo respectivo. La cobertura total de una población puede también lograrse a través de un seguro público obligatorio de todos los residentes de una jurisdicción.

Entrada selectiva

La asimetría de información también puede manifestarse de manera inversa. Si la compañía de seguros conoce mejor que el usuario su nivel de riesgo, esta podría seleccionar únicamente a individuos con un bajo nivel de riesgo, cuyos costos esperados se encuentran por debajo de la prima impuesta. Este tipo de falla se conoce como entrada selectiva. La tendencia de los seguros es a cubrir a los grupos de menor riesgo: los sanos, los jóvenes y los fuertes, generando un incremento en los precios de los seguros o exclusiones para los más pobres, ancianos o débiles.

En definitiva, son los grupos más vulnerables los más desatendidos por los mecanismos de aseguramiento, tanto en volúmenes de gasto y de asignación de recursos, como en porcentaje de población cubierta.

El seguro tiene tanto más valor cuanto mayor es la incertidumbre del riesgo contra el que uno se asegura, por ejemplo tiene sentido ante la probabilidad de enfermedades crónicas, por que son sumamente impredecibles y costosas, pero relacionado con personas que ya tienen una enfermedad crónica es probablemente irrelevante.^{viii}

Ante esta posibilidad, muchos Estados han incluido cláusulas en sus sistemas regulatorios en las cuales se obliga a las compañías aseguradoras cubrir, bajo ciertas condiciones, a cualquier persona que lo requiera.

Economía de escala

Además, los costos de funcionamiento de las propias compañías aseguradoras, en especial, las comisiones y costos de adquisición de las pólizas o bien costos de venta, generan que al menos en el sector privado las mismas se vendan a precios superiores al valor actuarial de los riesgos, lo que está suponiendo la necesidad de economías de escala importantes en la provisión de seguros.

La existencia de economías de escala, fenómeno por medio de cual los costos promedios declinan en la medida que la producción aumenta, es otro factor que afecta la eficiencia del mercado de seguros médicos. La formación de oligopolios o la creación de un ente público único que se financie a través de impuestos y que cubra a toda la población, resultarían preferibles en términos de costos a pequeñas compañías aseguradoras. Sin embargo, es necesario que se establezcan las regulaciones necesarias para que el poder oligopólico o monopólico no se traduzca en precios que atenten contra los intereses de los asegurados.

LA RESPUESTA DEL ESTADO

Para enfrentar estas fallas del mercado de aseguramiento de la salud el Estado Argentino ha propuesto las regulaciones proyectadas o aprobadas, que dan origen a este estudio y a cuyos contenidos referimos a continuación.

Vale destacar que ambas propuestas o textos normativos (proyecto de ley de empresas de medicina prepaga y decreto 446), se han presentado en el seminario organizado por la Red Argentina de Salud en simultáneo a los fines de facilitar la comprensión, sobre los alcances de la reforma y poder comparar la exigencias jurídico- legales, económico-financieras y prestacionales que se tendrá con las Empresas de Medicina Prepaga tanto en el mercado de aseguramiento de la Salud, privado como el de la seguridad social. Ello, a

los efectos de brindar la posibilidad de identificar alternativas de posicionamiento en tales mercados a las entidades integrantes de dicha red, en el corto y mediano plazo.

No obstante ello, en esta versión escrita, con la intención de despejar toda duda sobre las importantes diferencias que existen entre la libre competencia de las empresas de medicina prepaga entre sí, en el mercado de aseguramiento privado de la salud, por un lado y la posibilidad de las mismas de competir con las obras sociales nacionales en el mercado de la seguridad social, por el otro, se efectúa el análisis del Decreto 446 y del proyecto de ley de empresas de medicina prepaga por separado.

PROYECTO DE LEY DE REGULACION DE LA MEDICINA PREPAGA

Este Proyecto de Ley fue sancionado por el Senado el 9 de diciembre de 1999; y entrará en vigencia a los noventa días de promulgado, si cuenta con la aprobación de Diputados y no es vetado por el PEN.

El propósito de ésta ley es la adecuada defensa del consumidor.

Las entidades comprendidas son: las sociedades comerciales, cooperativas y mutuales, las fundaciones y asociaciones civiles sin fines de lucro, hospitales públicos y privados, asociaciones y colegios profesionales con personería jurídica que no ejerzan el gobierno de la matrícula y las obras sociales nacionales (adherente), provinciales y municipales.

El objeto de las entidades deber ser : exclusivo^k, brindar servicios médico asistenciales (protección, recuperación y rehabilitación). Tales entidades se caracterizan por el pago voluntario de sus cotizantes (a diferencia del decreto 446 que regula a los aportantes obligatorios y su grupo familiar), la obligación de cumplir el plan aprobado, asumir el riesgo económico y la obligación asistencial, estar inscriptas en el registro de la Superintendencia de Servicios de Salud el derecho de recibir un pago fijo periódico.

Las entidades que quedarían excluidas de ésta ley son las asociaciones y colegios profesionales que ejercen el gobierno de la matrícula, las entidades no enunciadas expresamente de 1º o 2º grado y las que carecen del patrimonio mínimo.

La autoridad de aplicación de la ley es el Ministerio de Salud.

Las condiciones jurídico legales de la ley expresan la necesidad de inscribirse y adherirse ante Superintendencia de Servicios de Salud, acreditar personería jurídica y situación impositiva, tener objeto exclusivo, realizar un contrato anual, tener aprobados los planes de cobertura por la Superintendencia de Servicios de Salud y la cartillas respectivas.

Las condiciones prestacionales son: brindar "el plan" que contenga el PMO (conjunto de condiciones médicas, odontológicas y demás prestaciones y servicios) - un solo plan sería suficiente- . También pueden brindar planes alternativos con servicios globales o parciales por sí o a requerimiento del beneficiario.

Se requieren las siguientes condiciones económicas: registraciones contables separadas, admitir variaciones de precios por cantidad de beneficiarios o edad, presentar cada seis meses por ante Superintendencia de Servicios de Salud, estados contables y estadísticas de salud.

Las condiciones financieras deben ser las siguientes: reservas técnicas (promedio de facturación mensual de 12 meses anteriores) de inmediata realización, patrimonio neto (\$ 250.000 para las entidades ya creadas y \$500.000 para las a crearse), matrícula anual de

\$1000, tasa del 3% de facturación anual y multas de \$1000 hasta 20% de facturación promedio mensual.

La propuesta de ley prevé un fondo de garantía de prestaciones de salud que administra el 70% de lo recaudado (matrícula anual, tasa, multa, aporte del tesoro), a cargo de un consejo tripartito integrado por representantes de las empresas, los usuarios y los prestadores. Cubre prestaciones por insolvencia, quiebra u otras circunstancias que impidan coberturas, así como las prestaciones de alto costo a baja incidencia.

DECRETO 446: DESREGULACION DE OBRAS SOCIALES

Dictado el 6 de junio de 2000 (de necesidad y urgencia), debió ser reglamentado por la Superintendencia de Servicios de Salud los 30 días de publicado y entrará en vigencia el 1 de enero del 2001.

Su propósito es la libre opción de beneficiarios de los Sistemas Nacionales de Obras Sociales y del Seguro de Salud (leyes 23660 y 23661).

Conforme el Decreto cualquier entidad, que cumplimente la reglamentación de la Superintendencia de Servicios de Salud, que adicione a su denominación " Agente Adherido al S. Nac. del Seguro de Salud", incluyendo Obras sociales nacionales (OSN) del artículo 1º de ley 23660, y entidades adheridas al sistema de la ley 23661, pueden formar parte, de la libre competencia con las obras sociales nacionales, en tanto tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud.

Están excluidas - según lo manifestado públicamente por las autoridades nacionales- las entidades como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), las obras sociales de las fuerzas armadas, policía y seguridad; las Obras sociales Provinciales (OSP) y OSN que no adhieran y no estén dentro del Sistema del Seguro de Salud. Es dable esperar, que se mantenga la restricción de participar para las entidades que tienen directa o indirectamente el gobierno de la matrícula o limiten el derecho a contratar directamente de los profesionales de la salud, por imperio de las normas de defensa de la competencia nacionales y conf. lo previsto por el Decreto 9/93 .

La autoridad de aplicación del decreto es Superintendencia de Servicios de Salud.

Las condiciones jurídico legales del decreto son fundamentalmente la inscripción en el registro de la Superintendencia de Servicios de Salud, acreditar su personería y situación impositiva, el objeto específico, la cartilla y el plan prestacional.

Como condiciones prestacionales se exige brindar el Programa Médico Obligatorio (PMO) en todos los planes, aunque pueden convenirse planes que provean mayor cobertura, previa aprobación de Superintendencia de Servicios de Salud, desde el inicio de la relación laboral, sin derecho a opción para los que tienen extinguida la relación laboral. Además deben prolongar la prestación luego de cesada la relación laboral, por tres meses más. Se reafirmado en medios masivos de comunicación que la posibilidad de brindar planes superadores del PMO, se limita exclusivamente a amenidades y hotelería.

Entre las condiciones económicas se admiten pagos adicionales sobre los que debe aportarse al Fondo Solidario de Redistribución (FSR), no se precisa la forma en que deben efectuarse los mismos, pero sí que debe realizarse el pago proporcional al Fondo, cumpliendo los requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Según el Decreto el Fondo Solidario de Redistribución subsidiará automáticamente a beneficiarios de menores ingresos, que según las versiones oficiales se estiman en (\$20), pero cuyo importe aún no se precisa expresamente, así como también cubrirá la

contratación de un seguro para patologías de alto costo y baja incidencia, en lugar de la Administración de Prestaciones Especiales (APE). Se modifican las contribuciones para el FSR, que pasan a fijarse en un 10% de remuneraciones brutas mensuales de hasta \$700; 15% de las que van de \$700 a \$1500 y en un 20% en los casos de más de \$1500.

CONCLUSIONES:

El análisis jurídico- legal del marco regulatorio en comentario permite relevar algunas de las tendencias de la reforma del sistema de salud y más precisamente del mercado de aseguramiento, así como las cuestiones pendientes de definición, por parte de las autoridades nacionales, respecto a la libre competencia de las empresas de medicina prepaga con las obras sociales.

1- TENDENCIAS IDENTIFICADAS

Subsidio a la Demanda

La reforma propuesta con el Decreto 446, o con el proyecto de ley de reglamentación de empresas de medicina prepaga, se propone transitar de un modelo de subsidio a la oferta; a otro de subsidio a la demanda, donde "el dinero sigue a la gente", como modo de garantizar la mayor competitividad y eficiencia.

Concentración

Ambas propuestas de regulación tienden a acentuar las economías de escala, fundamentalmente a través de los requisitos económico- financieros exigibles a la entidades, lo cual afecta seriamente la viabilidad de los agentes más pequeños, que por el momento son absorbidos por los nuevos emergentes o se fusionan entre sí.

Competencia

A ambas propuestas las inspira la libre competencia por precio y calidad. Sobre el precio, no se ha planteado su regulación, asegurándose sólo la base sobre la cual deben efectuarse aportes y contribuciones para la seguridad social y la garantía del FSR sobre la cotización a subsidiar por cápita aún no fijada por el decreto 446, respecto de las entidades que competirán con las obras sociales nacionales. Distinto es el caso de la calidad prestacional, donde la disponibilidad de recursos económico- financieros, en especial en el subsector de la seguridad social y las profundas diferencias que existen entre las distintas entidades oferentes involucradas, requerirían por parte de la autoridad de aplicación una fuerte regulación, control y fiscalización sobre los estándares a alcanzar.

Control y Fiscalización

Las responsabilidades que recaerán sobre la Superintendencia de Servicios de Salud, requieren de su redimensionamiento a nivel nacional y la definición clara de mecanismos de control y fiscalización, así como sanciones y penalidades que efectivamente resulten de aplicación para garantizar la competencia que se propicia.

Canasta de Servicios

La redefinición del PMO, la discusión sobre su reglamentación o su readecuación con un sesgo más preventivo que curativo, tienen incidencia en ambas propuestas de regulación y guardan estrecha relación con la estimación de su costo y la viabilidad del sistema. Sobre este punto, no existen coincidencias o estudios oficiales actuariales publicados, que justifiquen o anticipen la decisión oficial sobre el particular.

Defensa al Usuario y Libertad de Elección

El *leit motiv* de las reformas en estudio es la defensa de los intereses de los usuarios y/o beneficiarios, pero los textos normativos analizados no profundizan en mecanismos que pongan a su disposición información sobre los resultados del funcionamiento del sistema, para favorecer su posibilidad de elección, o instancias y procesos que garanticen la tutela de sus derechos.

2- CUESTIONES PENDIENTES

En atención a las consideraciones precedentes, puede concluirse que la propuesta de Ley de regulación de empresas de medicina prepaga respecto de sus cotizantes voluntarios, es comparativamente más completa que el Decreto 446, el cual requiere tal como lo han reconocido las autoridades nacionales de un decreto modificatorio y de reglamentación.

En base a ello, y considerando que el posicionamiento de los actores sectoriales depende en gran parte de tal normativa, vale identificar como cuestiones pendientes de definición, en el corto plazo y en especial para la libre competencia entre las empresas de medicina prepaga con las obras sociales nacionales, las siguientes :

➤ CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTIDADES:

Deberían precisarse objeto de tales entidades y si se requieren antecedentes y bajo que condiciones

También los requisitos jurídico- legales, económico- financieros y prestacionales así como sanciones y penalidades

Atenderse a la organización federal de nuestro país y la importancia que sobre el tema guardan las competencias nacionales y provinciales, con especial énfasis en que la salud y el poder de policía no fueron delegadas por las Provincias a la Nación.

Aclarar las condiciones o vínculos asociativos con los que pueden continuar operando las Empresas de medicina prepaga con las Obras sociales nacionales

Precisar la situación en la que quedarán los concesionarios, gerenciantes, intermediarios y redes prestadoras

Aclarar cuales son las entidades excluidas, por ejemplo que sucederá con los colegios médicos

➤ GARANTÍA DEL TESORO:

Precisar quién cubrirá el presupuesto de la Superintendencia de Servicios de Salud (que oscila entre U\$S19 y 23 millones anuales), que actualmente está a cargo del FSR y que se propone quede a cargo del tesoro nacional

- 3 Prever que será el tesoro quien garantizará un total de \$20 por cápita, como lo señalan las fuentes oficiales.
- PMO
La redefinición del PMO y su costeo constituyen cuestiones que hace tiempo vienen discutiéndose con los distintos operadores del sistema, resta una definición oficial al respecto
La garantía del tesoro nacional para brindar dicho menú prestacional es también una cuestión a definir
 - FSR
La contratación de un seguro nacional o regional, un reaseguro, o la alternativa del autoseguro, para las patologías de alto costo y baja incidencia constituyen una cuestión aún sin definir claramente.
 - VIABILIDAD DEL SISTEMA
La posibilidad de establecer copagos y cupos para los traspasos constituyen una fuerte exigencia de las empresas de medicina prepaga para ingresar al sistema. Si bien el Decreto no admite preexistencias, las empresas de medicina prepaga demandan que como sucede actualmente respecto a las enfermedades crónicas, en caso de traspaso, continúe la cobertura durante 9 meses a cargo del Agente del Seguro anterior.
La morosidad del sistema y la ejecución de los aportes y contribuciones son cuestiones aún pendientes de solución a efectos de garantizar a los aseguradores la sustentabilidad económica de sus servicios.

La reglamentación del Decreto 446, conforme el mismo lo prevé, y se indicó precedentemente deberá ser dictada por la Superintendencia de Servicios de Salud a la brevedad y seguramente resolverá algunas de las cuestiones que aquí se enuncian.

DIMENSIONES ECONÓMICAS DE LA REFORMA DE LOS SEGUROS DE SALUD EN ARGENTINA

LIC. FEDERICO TOBAR

Para el análisis de las transformaciones en curso en el sistema de seguros de salud en Argentina desde una perspectiva económica es necesario distinguir los dos componentes básicos de todo mercado: su oferta y su demanda. En ambos casos surgen interrogantes a ser considerados. Esta sección tiene por objetivo plantear y analizar este conjunto de interrogantes centrales desde la perspectiva económica y avanzar en su respuesta.

Desde el punto de vista de la **demanda** se pueden distinguir las siguientes preguntas claves:

1. ¿Cuántos son los involucrados?
2. ¿Cuál es su poder adquisitivo?
3. ¿Dónde están?

Desde el punto de vista de la **oferta** se pueden distinguir las siguientes preguntas claves:

4. ¿Quiénes son los oferentes?
5. ¿Cuánto dinero involucra la transformación en curso?
6. ¿Cuánto costará la atención médica dentro del seguro?

PARTE I. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

1. Identificación de la población cubierta por el Sector

La soberanía del consumidor en los mercados de salud siempre es limitada por fallas tales como la información asimétrica, la inducción de la demanda y la alta diversificación de planes de cobertura. Sin embargo, al abrirse la libertad de elección del asegurador la población asegurada pasa de la categoría de "beneficiario" a la de "usuario". Se puede, entonces, distinguir en Argentina, al menos dos grandes tipos de usuarios de seguros de salud: los beneficiarios individuales y los institucionales (las empresas).

De esta manera, los usuarios de las obras sociales son aquellos trabajadores (titulares) en actividad y sus grupos familiares (dependientes) cuyos aportes y contribuciones son asignados a algunas de las instituciones bajo la esfera de influencia de la Superintendencia de Servicios de Salud. Mientras que se pueden distinguir tres categorías de usuarios de la medicina prepaga:

1. Afiliados individuales que mediante pagos mensuales voluntarios acceden a planes de cobertura médica.
2. Afiliados corporativos, se trata de trabajadores (y sus grupos familiares) que trabajan en organizaciones que realizan contratos de cobertura colectiva con las empresas de medicina prepaga, haciéndose cargo el empleador de la mayor parte del costo del plan de cobertura médica.

3. Afiliados a obras sociales que realizaron contratos de prestación con empresas de medicina prepaga.

Aunque se partirá del análisis de la población total, en el presente estudio, se considerará como demanda la población que posee la cobertura de un seguro de salud, abarcando en consecuencia a los subsectores privado y de la seguridad social. Este recorte obedece a que se trata de los grupos poblacionales afectados por las dos instancias de reforma del sistema de salud en Argentina que son objeto de este análisis: Proyecto de Ley de regulación de Medicina Prepaga y Decreto 446.

El cuadro 1. Presenta la población Argentina en 1997 según su tipo de cobertura médica. Aunque los datos resultan algo antiguos se consideró preferible basar el trabajo sobre informaciones de fuentes primarias y de alta confiabilidad.

Cuadro 1. Cobertura del sistema de salud según subsector. Argentina 1997

Condición	Millones de habitantes	
Con cobertura de seguros de salud (privados o de Obra Social)	22.2	62.3%
Con cobertura de Hospital Público	13.5	37.6%
TOTAL	35.7	100%
Obra Social	17.9	50.2%
Mutual o Prepago	2.8	7.9%
Obra Social y Prepago	1.5	4.2%
Sólo Plan de Emergencia	0.5	1.3%
Sólo Hospital Público	12.9	36.3%

Fuente: SIEMPRO-INDEC. Encuesta de desarrollo social.1999.Pág.33

La mayoría de la población argentina (22,2 millones o 62,3%) aún cuentan con cobertura de algún sistema de seguro de salud, sean estos obras sociales o prepagas. Estudios anteriores demostraron que si bien el incremento de la tasa de desempleo repercute sobre la cobertura de los seguros de salud, existen determinados grados de elasticidad entre una y otra variable de modo que un incremento en el número de desocupados de, por ejemplo, cien mil trabajadores, involucra una exclusión de la cobertura de los seguros de salud bastante inferior a esa cifra^{xi}.

De cualquier manera, los número hasta aquí observados involucran a las obras sociales provinciales y otras obras sociales que hasta el momento no se han visto afectadas directamente^{xiii} con la reforma del sistema de modo que la población que será afectada por ambas medidas es aún menor.

Las obras sociales nacionales bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud brindan cobertura a aproximadamente 11,6 millones de personas entre titulares y sus grupos familiares. Esto es un 32% de la población Argentina, un 65% del total de beneficiarios de obras sociales o un 52% del total de beneficiarios de seguros de salud (obras sociales + prepagas). Pero si a esto le sumamos los 3,8 millones de beneficiarios del INSSJP ambos representan el 42% de la población Argentina.

En conclusión, el decreto 446 afecta a 15,5 millones de Argentinos beneficiarios de obras sociales bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud, que representan el 43% de la población argentina. Simultáneamente, la regulación de las Empresas de medicina prepaga afectará a 4,3 millones de habitantes.

2. Análisis del Poder Adquisitivo de la población potencialmente demandante

Entre quienes cuentan con los diferentes tipos de cobertura se encuentran grupos poblacionales de diferentes niveles de ingreso. En el cuadro 2 se presentan los niveles porcentuales de cobertura de cada subsistema -tal como fueron presentados en el cuadro 1- discriminándolos según el quintil de ingresos. En él se puede observar la mayor participación de los quintiles de mayores ingresos en la composición de la demanda de seguros de salud, la cual aumenta progresivamente del primer quintil (el 20% de la población argentina con menores ingresos) al quinto quintil (20% de la población argentina con mayores ingresos) donde prácticamente se triplica. Como contrapartida, se puede observar que el porcentaje de población sin seguros (37,6% de la población), surge de un promedio de situaciones muy heterogéneas que son demostrativas de la gravedad social del problema.

La población cuyos ingresos se encuentran dentro del primer quintil percibe una renta media familiar del orden de los \$355 por grupo familiar o de \$68 per cápita. El segundo quintil está integrado por aquellos cuyos ingresos mensuales equivalen en promedio a \$834 por grupo familiar y de \$153 per cápita. El tercer quintil registra ingresos medios de \$931 por grupo familiar y de \$355 per cápita.

Estos datos son significativos para el análisis de la elasticidad ingreso del gasto en salud y de la demanda por cobertura médica. **El 60% de los argentinos de menores ingresos tiene una muy baja capacidad de autofinanciar su acceso a la medicina prepaga** y en los pocos casos en que consigue hacerlo solo puede acceder a planes muy económicos. Por otro lado, **cuando cuentan con cobertura de obras sociales nacionales son favorecidos por la compensación económica del fondo de redistribución.**

El cuarto quintil tiene ingresos familiares medios equivalentes a \$1.210 e individuales a \$403, mientras que en el último quintil la media familiar es de \$2.536 y la individual de \$

1.041. Se trata del 40% de la población argentina que puede constituir un mercado atractivo para las empresas de medicina prepaga.

Cuadro 2. Población por tipo de cobertura según quintiles de ingreso per cápita del hogar. Total país 1997.

Condición	Primer quintil	Segundo quintil	Tercer quintil	Cuarto quintil	Quinto quintil
Con cobertura privada u Obra Social	35.1%	62%	74%	83.7%	91%
Con cobertura de Hospital Público	64.9%	37.9%	26%	16.3%	9%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%
Obra Social	30.8%	54.1%	62.2%	67.95	61.3%
Mutual o Prepago	29%	5.5%	6.9%	10%	16.4%
Obra Social y Prepago	14%	2.3%	4.9%	5.7%	13.3%
Sólo Emergencia	13%	1.2%	1.6%	1.7%	1%
Sólo Hospital Público	63.6%	36.7%	24.4%	14.6%	8%

Fuente: SIEMPRO-INDEC. Encuesta de desarrollo social.1999.Pág.33

En conclusión, **hay 4,8 millones de personas del cuarto quintil de ingresos que cuentan con Obra Social y pueden optar por canalizar sus aportes hacia las empresas de medicina prepaga** que se inscriban como agentes del seguro. De la misma forma **hay 4,3 millones Argentino del último quintil de ingresos** (los de mayor poder adquisitivo) en las mismas condiciones.

En el cuadro 3 se detallan los pases de titulares de Obras Sociales en 1999 discriminados en dos categorías de ingresos, aquellos que perciben salarios superiores a \$1.000 y aquellos que perciben salarios inferiores a ese valor. Como se puede apreciar, **los pases de obra social se duplican entre los de mayores ingresos**. Estos datos parecen verificar la hipótesis del desceme que supone que el decreto 446 generaría la migración de los beneficiarios de altos ingresos (y por tanto, altas contribuciones) hacia las empresas de medicina prepaga.

Cuadro 3. Pases por titulares de OSN según nivel salarial. 1999

Salarios	(a) Titulares		(b) Pases		(b) / (a) %
	Cantidad	%	Cantidad		Pases / Titulares
> \$1.000	1.001.413	22%	116.968	34%	12%
< \$1.000	3.592.227	78%	228.073	66%	6%
Total	4.593.640	100%	345.041	100%	8%

Fuente: SURACE, 2000 en base a Superintendencia de Servicios de Salud

Por otro lado, resta destacar que en la medicina prepaga la población demandante ha crecido a un ritmo superior al de la población general (algo más del 2% contra el 1.2% anual). Esta tendencia se viene sosteniendo en la última década con una caída en 1995. La dinámica de traspasos se ha agilizado en los últimos cuatro años, particularmente a

partir de la desregulación de las Obras Sociales y el ingreso de socios por esta vía. Este factor parecería de un impacto positivo final superior a las deserciones hacia otros subsistemas provocadas por el aumento de precios derivado de la aplicación del PMO en primer lugar, y la aplicación del IVA al sector, evento reciente con impacto en la demanda aún no evaluable. Por estos motivos, en algunos casos la posibilidad de aplicar una ley de regulación específica a los prepagos, es evaluada por los directivos del sector como neutra en cuanto a su efecto sobre la demanda.

3. Concentración geográfica de la población cubierta por la Seguridad Social y la medicina prepaga

Si los beneficiarios de la seguridad social y eventualmente de la medicina prepaga, no tienen el mismo poder adquisitivo, algo similar ocurre con su localización geográfica. Una visión desagregada de la demanda, se obtiene a partir de su distribución según provincias, cuadro que muestra el nivel de cobertura en las diversas regiones geográficas de nuestro territorio.

El cuadro 4 presenta el porcentaje de población que cuenta con obras sociales en cada provincia. Este cuadro permite comparar la información disponible en 1991 con la de 1997.

Cuadro 4. Porcentaje de Población cubierta por Seguros Sociales según jurisdicción. Comparación 1991 – 1997

	Jurisdicción	Total	
		1991*	1997**
CENTRO	C.DE BS.AS.	67.6	78.4
	GRAN BS. AS.	55.7	59.0
	RESTO BS.AS.	61.5	64.3
	CORDOBA	56.5	61.2
	ENTRE RIOS	58.1	61.3
	SANTA FE	63.3	69.6
NOA	CATAMARCA	61.5	64.8
	JUJUY	53.8	55.8
	SALTA	49.2	53.2
	SGO.ESTERO	41.8	55.8
	TUCUMAN	57.8	69.3
NEA	CHACO	45.8	50.8
	CORRIENTES	49.8	51.5
	FORMOSA	41.8	52.3
	MISIONES	48.8	63.1
CUYO	LA RIOJA	64.3	71.5
	MENDOZA	53.3	64.0
	SAN JUAN	58.0	56.9
	SAN LUIS	58.1	56.0
PATAGONIA	CHUBUT	65.2	63.7
	LA PAMPA	59.4	57.5
	NEUQUEN	57.4	54.0
	RIO NEGRO	58.2	59.1
	SANTA CRUZ	76	71.9
	T. DEL FUEGO	...	71.6

Fuente *INDEC CENSO 1991, ** SIEMPRO, 1997

Si se observa el nivel de cobertura en las diversas regiones geográficas de nuestro territorio surge que la más vulnerable es el NEA, con una cobertura promedio de 54,42% para la población total de las cuatro provincias que la integran, siguiéndole el NOA con un valor promedio de 58,22%, Cuyo con 62,1%, la Región Patagónica con 62,96%, en tanto que la región del centro exhibe un promedio de 64,84%, con valores tan contrastantes como el 78,4% para los habitantes de la Cdad. de Bs. As contra el 59 % para los del Gran Bs.As., hecho éste directamente relacionado con los bolsones de pobreza intraregionales.

En general, se ve que a nivel país, no se operó una reducción en la población cubierta por Obras sociales, lo cual aparecía como un dato especulativo fuerte como consecuencia del aumento de las tasas de desempleo. Si bien en las mediciones efectuadas por el INDEC en 1991 y el SIEMPRO en 1997 las metodologías difieren, la tendencia general a aumentar la población cubierta aparece como una realidad a tener en cuenta para ulteriores investigaciones. Esta situación es inversa en San Juan y San Luis en la región de Cuyo y más llamativamente en la Región Patagónica: en Chubut, La Pampa, Neuquén y Santa Cruz.

Para profundizar el análisis de la distribución geográfica de la población afectada se discriminó la información correspondiente a los 15,5 millones de beneficiarios de obras sociales afectadas directamente por el decreto 446. Como la información disponible del INDEC utilizada en el cuadro 4 no permitía ese nivel de desagregación se procedió a elaborar los cuadros (5, 6 y 7) sobre la base de la estructura de distribución registrada por la Superintendencia de Servicios de Salud. Cabe alertar que la calidad de ella información no es equivalente puesto que no se trata de fuentes primarias y que, además, como ha sido observado en diversas oportunidades, los informantes de las Obras Sociales Nacionales tienden a exagerar en sus declaraciones sobredimensionando el padrón de afiliados cubiertos.

Cuadro 5. Porcentaje de Población cubierta por obras sociales afectadas por el Decreto 446. según jurisdicción. 1997

PROVINCIA	Total beneficiarios	Beneficiarios del INSSJP	Beneficiarios OSN	POBLACION TOTAL
C. DE BUENOS AIRES	2.685.062	1.430.086	1.254.976	3.036.891
BUENOS AIRES	5.951.597	632.513	5.319.084	13.711.746
CATAMARCA	97.376	26.147	71.229	300.636
CORDOBA	1.247.836	359.909	887.927	2.994.848
CORRIENTES	246.346	62.347	183.999	883.567
CHACO	251.662	69.188	182.474	918.711
CHUBUT	126.125	28.982	97.143	418.579
ENTRE RIOS	424.899	129.595	295.304	1.087.274
FORMOSA	88.124	21.071	67.053	469.573
JUJUY	175.578	42.493	133.085	574.468
LA PAMPA	117.482	34.638	82.844	291.979
LA RIOJA	84.768	22.671	62.097	260.321
MENDOZA	641.072	144.414	496.658	1.548.729
MISIONES	308.044	60.832	247.212	928.076
NEUQUEN	160.598	24.003	136.595	500.886
RIO NEGRO	256.557	37.098	219.459	583.079
SALTA	272.595	67.931	204.664	1.000.983
SAN JUAN	179.680	54.927	124.753	564.898
SAN LUIS	151.858	27.565	124.293	338.269
SANTA CRUZ	64.368	11.434	52.934	191.292
SANTA FE	1.360.183	385.581	974.602	3.008.956
SANTIAGO DEL ESTERO	197.968	78.904	119.064	710.718
TIERRA DEL FUEGO	39.967	1.771	38.196	99.862
TUCUMAN	423.832	111.011	312.821	1.247.551
TOTAL	15.553.577	3.865.111	11.688.466	35.671.892

Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Servicios de Salud

El cuadro 6 permite dimensionar claramente los altos niveles de concentración geográfica de los beneficiarios de la seguridad social afectados por el Decreto 446. La Ciudad de Buenos Aires sola tiene el 37% de los beneficiarios del INSSJP. Al mismo tiempo, la provincia de Buenos Aires con un 38% de la población tiene un 38% del total de beneficiarios de obras sociales incluidas en el decreto 446. Sin embargo, Capital federal con solo un 9% de la población representa el 17% (casi el doble) de los beneficiarios.

Cuadro 6. Distribución geográfica de la Población cubierta por obras sociales involucradas por el decreto 446. 1997

PROVINCIA	Total beneficiarios	Beneficiarios del INSSJP	Beneficiarios OSN	POBLACION TOTAL
C. DE BUENOS AIRES	17%	37%	11%	9%
BUENOS AIRES	38%	16%	46%	38%
CATAMARCA	1%	1%	1%	1%
CORDOBA	8%	9%	8%	8%
CORRIENTES	2%	2%	2%	2%
CHACO	2%	2%	2%	3%
CHUBUT	1%	1%	1%	1%
ENTRE RIOS	3%	3%	3%	3%
FORMOSA	1%	1%	1%	1%
JUJUY	1%	1%	1%	2%
LA PAMPA	1%	1%	1%	1%
LA RIOJA	1%	1%	1%	1%
MENDOZA	4%	4%	4%	4%
MISIONES	2%	2%	2%	3%
NEUQUEN	1%	1%	1%	1%
RIO NEGRO	2%	1%	2%	2%
SALTA	2%	2%	2%	3%
SAN JUAN	1%	1%	1%	2%
SAN LUIS	1%	1%	1%	1%
SANTA CRUZ	0%	0%	0%	1%
SANTA FE	9%	10%	8%	8%
SANTIAGO DEL ESTERO	1%	2%	1%	2%
TIERRA DEL FUEGO	0%	0%	0%	0%
TUCUMAN	3%	3%	3%	3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Servicios de Salud

Aún cuando los datos provienen de fuentes diferentes, el cuadro 7 resulta naturalmente contrastable con el 4. Como puede observarse, cuando se excluye la cobertura de las obras sociales provinciales los niveles de cobertura caen drásticamente. La única excepción es la capital Federal, sin embargo, la alta discrepancia de los datos en esta jurisdicción hace sospechar de su confiabilidad.

Cuadro 7. Porcentaje de Población cubierta por obras sociales involucradas en el decreto 446, según jurisdicción. 1997

PROVINCIA	Total beneficiarios	Beneficiarios del INSSJP	Beneficiarios OSN	POBLACION TOTAL
C. DE BUENOS AIRES	88%	47%	41%	100%
BUENOS AIRES	43%	5%	39%	100%
CATAMARCA	32%	9%	24%	100%
CORDOBA	42%	12%	30%	100%
CORRIENTES	28%	7%	21%	100%
CHACO	27%	8%	20%	100%
CHUBUT	30%	7%	23%	100%
ENTRE RIOS	39%	12%	27%	100%
FORMOSA	19%	4%	14%	100%
JUJUY	31%	7%	23%	100%
LA PAMPA	40%	12%	28%	100%
LA RIOJA	33%	9%	24%	100%
MENDOZA	41%	9%	32%	100%
MISIONES	33%	7%	27%	100%
NEUQUEN	32%	5%	27%	100%
RIO NEGRO	44%	6%	38%	100%
SALTA	27%	7%	20%	100%
SAN JUAN	32%	10%	22%	100%
SAN LUIS	45%	8%	37%	100%
SANTA CRUZ	34%	6%	28%	100%
SANTA FE	45%	13%	32%	100%
SANTIAGO DEL ESTERO	28%	11%	17%	100%
TIERRA DEL FUEGO	40%	2%	38%	100%
TUCUMAN	34%	9%	25%	100%
TOTAL	44%	11%	33%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Superintendencia de Servicios de Salud

En conclusión, los beneficiarios de las obras sociales involucradas por el Decreto 446 están altamente concentrados en las cuatro jurisdicciones con mayor desarrollo económico del país. De hecho, consideradas en su conjunto, la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fé involucran 11,2 millones de beneficiarios (dentro de un total de 2,2 millones de habitantes) lo cual representa el 74% del total.

En lo que respecta a la medicina prepaga, de acuerdo a los últimos datos de la encuesta SIEMPRO, se registra una fuerte concentración de la demanda en Capital y Conurbano Bonaerense. Además, dada la importancia que tiene en la demanda el poder adquisitivo, menor en el interior, y la competencia que ejercen a nivel regional los servicios públicos de salud por la predominancia del hospital público con relación a la medicina privada respecto a la Capital y las grandes ciudades, las condiciones no son propicias para las grandes empresas, orientándose la población con capacidad de pago a seguros regionales, de cobertura generalmente parcial y a los prepagos de origen médico gremial que, en su conjunto, brinda cobertura a alrededor de 300.000 personas en todo el

país. No obstante, algunas de las empresas líderes tienen como parte central de su estrategia su extensión al interior (Docthos).

II. ANÁLISIS DE LA OFERTA

Al analizar la oferta de aseguradores corresponde examinar el nivel de concentración actual del mercado. Su posible evolución en un futuro cercano. Los flujos de recursos que actualmente maneja el sector y, por último, los flujos de recursos que podrían captar las entidades luego de implementada la reforma.

1. Oferta de las obras sociales involucradas por el decreto 446

El sistema del seguro social de salud en Argentina está altamente descentralizado, hay una gran cantidad de entidades aseguradoras (obras sociales). Sin embargo, ello no implica que existan altos niveles de concentración de la oferta. Sobre un total de 290 entidades, excluyendo el INSSJP, cuya población total a 1998 era de 11.608.854 beneficiarios, las primeras 20 obras sociales del ranking nuclean el 65.70 % de los beneficiarios totales, y entre ellas las 10 primeras entidades absorben el 51.52% de la población total como puede verse en el cuadro 8.

Cuadro 8. Total de Beneficiarios de las primeras diez obras sociales nacionales. 1998

OBRA SOCIAL	BENEFICIARIOS
Empleados de Comercio y Activ. Civiles(OSECAC)	1.401.235
Personal Rural (OSPRERA)	890.811
Dirección de Empresas (O.S.D.E.)	831.869
Pers. De La Construcción	601.938
Pers. Ind. Metalúrgica	514.355
Actividad Docente	493.084
Bancarios	368.573
Pers. De La Sanidad	334.222
Acción Social De Empresarios	288.373
Cond. Transp. Colectivo De Pasaj.	256.096
TOTAL	5.980.556

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. Información General del Sistema

El diseño de la reforma involucra una mayor concentración de la oferta a futuro. Según declaraciones del superintendente Rubén Cano «En el caso de las obras sociales aspiramos a una concentración de forma de pasar de las 260 actuales a 50 o 60 que, en muchos casos, van a ser consorcios que agrupen a varias de ellas. En 30 días liquidaremos unas 40 obras sociales. Van a aparecer otros actores que serán los nuevos adherentes al seguro de salud y obviamente tampoco en este caso nos interesa una atomización de los agentes, ya que traería aparejado problemas similares a los que hoy afectan a las obras sociales»^{xiii}.

Es parte de los objetivos que el incremento de la competencia incorpore incentivos para reducir sus costos y alcanzar economía de escala. Se espera que las entidades constituyan "consorcios" y "fusiones" para garantizar su subsistencia. La Superintendencia de Servicios de Salud desarrolla un monitoreo de las entidades a partir del cual detecta las condenadas a desaparecer o fusionarse con otras, entre ellas se encuentran la obra social de televisión, la de Helados 9 de Julio, Witcell e Instalaciones Sanitarias^{xiv}.

En lo que respecta al INSSJP, cabe observar que a pesar de ser la mayor obra social del país difícilmente esto se traduzca en ventajas competitivas a la hora de la desregulación. Mas allá de las severas restricciones financieras y limitaciones administrativas que sistemáticamente viene atravesando la institución, se podría argumentar que su principal función es viabilizar un mercado de *managed competition* del cual quedará excluido. Con la libre elección lo más probable es que la institución se torne más expulsora que captadora de nuevos afiliados. Pero además, al absorber la mayor parte de los beneficiarios de la tercera edad contribuye a reducir los costos medios de la cápita de atención médica de la población asegurada. De hecho, el INSSJP brinda cobertura a 2,7 millones de ancianos mientras el resto de las obras sociales afectadas por el Decreto 446 en su conjunto brindan cobertura a solo 490 mil ancianos^{xv}.

Si la concentración es alta en lo que respecta a la cantidad de beneficiarios cubiertos, resulta mucho mayor en lo que se refiere al manejo de recursos. El Sistema muestra una alta concentración del recurso total (\$3.979.3 millones), ya que apenas 10 Obras Sociales (ver cuadro siguiente) recaudan el 57% (2.290.1 millones), en tanto solo queda para las 280 restante una participación del 43%.

Cuadro 9. Ingresos de las 10 mayores O.S.N. 1998 (en millones de \$)

OBRA SOCIAL	Recursos
O.S.D.E.	823,7
EMPL. COMERCIO Y ACTIV. CIVILES	429,4
ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS	208,3
BANCARIOS	152,8
PERSONAL RURAL	125,8
PERS. CIVIL DE LA NACION	122,1
ACTIVIDAD DOCENTE	116,2
PERS. IND. METALURGICA	113,5
PERS. DE LA CONSTRUCCION	109,6
PERS. DE LA SANIDAD	88,7
TOTAL	2.290.1

Fuente: Superintendencia Servicios de Salud. Información General del Sistema

2. Oferta de las empresas de medicina prepaga involucradas por el Proyecto de Ley

Operan en Argentina en total unas 196 empresas de medicina prepaga (de las cuales el 58% tiene base en Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior). Del volumen total de asociados en el 65% de los casos se trata de adherentes individuales, y el resto, 35%, constituyen afiliaciones corporativas.

Dentro de las diez empresas líderes del mercado argentino, se concentra aproximadamente el 41% de la demanda en cuanto a número de asociados. Además, las entidades más grandes tienen un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores.

En el cuadro 9 se han agrupado las empresas mayores y más representativas en cuanto a ofrecer una imagen de la demanda. Cuando se las considera según el número de afiliados, las posiciones van cambiando debido a la respuesta a los distintos precios y a la distinta evolución de las empresas, incorporaciones masivas por contratos corporativos, y fusiones.

Por otro lado, las empresas denominadas pequeñas, es decir con carteras menores a 20.000 afiliados, tienen una mayor presencia en el interior, donde la demanda se atomiza entre las variadas ofertas del mercado.

En los últimos años se amplió la tendencia a contratar con la seguridad social. Esta modalidad que se inició con contratos con algunas obras sociales de personal superior, como OSDE y APS, se extendió a un espectro mucho más amplio de entidades a través del gerenciamiento de sus cápitales, verificándose la contratación de una obra social con más de una empresa de medicina prepaga a estos efectos.^{xvi} La existencia de estos convenios se convierte en una estrategia de competencia entre obras sociales, permitiendo a los afiliados acceder, indirectamente, a los servicios de las empresas de medicina prepaga.

La mayoría de las empresas de medicina prepaga incorporan en los contratos con sus asociados un listado de carencias por tiempo limitado, exclusiones de prestaciones o se explicitan circunstancias en las cuales las prestaciones no serán brindadas además de determinar los casos en los que rigen copagos, con sus correspondientes valores.

Es frecuente también la exigencia de autorizaciones previas y del pago de la cuota para la concesión de los beneficios. Por lo tanto, los ingresos de las empresas de medicina prepaga se originan en la compra voluntaria de planes de salud y de los acuerdos realizados con entidades del seguro obligatorio.

Las empresas de medicina prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médico - Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Las Cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en Capital y Conurbano estimándose en 46 empresas las radicadas en el Interior.

Como ya se ha mencionado, la mayoría de las empresas de medicina prepaga incorporan diversas cláusulas^{xvii} en sus contratos que tienden a la selección de riesgos a fin de compensar la incertidumbre en los costos y garantizar la rentabilidad. Este comportamiento de las aseguradoras dificulta la comparabilidad de las empresas a los usuarios y la accesibilidad a los servicios.

Por lo tanto, mientras el seguro voluntario no se encuentre sometido a una regulación específica, el cumplimiento de los contratos resultará incierto, podrá gastarse excesivamente en seleccionar riesgos y las personas con mayores probabilidades de consumo de asistencia no tendrán un seguro adecuado.

Cuadro 10. Facturación de las diez primeras empresas del mercado prepago 1998

Empresas	Facturación anual (millones de pesos)	Participación Sobre el total
Medicus	200	9,6%
SPM	190	9,0%
Swiss medical (incluye Optar)	128	6.1%
Docthos	120	5.7%
Omint	114	5.4%
Amsa	100	4,8%
Cemic	34	1,6%
Qualitas	34	1,6%
Medicopr	28	1,3%
Omaja	26	1,2%
Otras	1126	53,7%
Total	2.100	100%

Fuente: Sellanes (2000) en base a Claves (1998) e información propia

El financiamiento de las empresas de medicina prepaga se constituye básicamente por las cuotas pagadas por los individuos y corporaciones que adhieren de manera voluntaria al sistema. Estas son las fuentes previstas en el esquema puro donde las organizaciones prepagas sirven a los fines de nuclear demanda dispersa.

Nuevas modalidades de comercialización ubican a las empresas de medicina prepaga como administradoras de fondos para la atención de grupos de consumidores.

La afiliación, como el desarrollo del sistema en su conjunto, se concentra fundamentalmente en la Capital Federal, en menor medida en el Gran Buenos Aires, existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

Al tratarse de un mercado de altos niveles de saturación la tendencia ha sido preservar la competencia a través de la diversificación de planes. Para las instituciones privadas con fines de lucro es importante contar con una cartera creciente de asociados y para ello compiten diferenciando su producto. Es decir que la competencia por captar un mayor número de asociados impacta en una permanente expansión de cobertura (y su correspondiente incremento de precios).

Esta expansión se logra con la rápida incorporación de las innovaciones tecnológicas, tanto aquellas que facilitan o amplían los tratamientos (trasplante de órganos, ingeniería genética, entre otros) como otras de efectividad más relativa.

El conjunto de prestaciones ofrecidas en cada tipo de plan y el perfil de los asociados a quienes se dirigen determinan el precio de cada uno de ellos. En términos generales puede afirmarse que ha sido, hasta el momento, muy débil la competencia por el mismo segmento de población, existiendo entidades con distintas opciones para un mismo nivel socioeconómico.

Esta estructura del mercado está cambiando, en parte por la obligación de una cobertura básica y en parte por la contracción de la demanda. Para disminuir el riesgo originado en los factores mencionados, las empresas requieren un mayor número de asociados.

4. Recursos involucrados por la desregulación de obras sociales

Tal vez la modificación más importante en términos de financiación corresponda a las nuevas funciones del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). En principio el mismo se ocuparía exclusivamente de financiar:

- a) La complementación de ingresos per capita de aquellas obras sociales cuyo ingreso por beneficiario resulte inferior a \$20.
- b) El seguro de enfermedades de baja incidencia y alto costo.

En otros términos, dejaría de ser utilizado para financiar la operación de la propia Superintendencia de Servicios de Salud (cuyo costo operativo pasaría a integrar el Presupuesto Nacional), los subsidios financieros a las obras sociales y las acciones de la Administración de Programas Especiales.

Las preguntas que resta hacerse para indagar acerca del impacto y factibilidad de esta reforma son las clásicas de la evaluación de cualquier modelo de financiación. Es decir, si los recursos resultarían suficientes y estables.

Los mecanismos de recaudación que se incorporaron para esta reforma de la financiación son: establecer alícuotas diferenciadas de contribución al FSR (del 10%, 15 y 20% según nivel salarial) e incorporar una parte de lo recaudado a través del IVA a las prepagas. En el cuadro 11 se realiza una simulación del potencial de recaudación a través de la primera de estas medidas. Como puede observarse, el ingreso potencial de recursos al FSR sería suficiente como para garantizar a todos los agentes del Seguro de Salud un ingreso per cápita mínimo equivalente a \$20 mensuales.

Cuadro 11. Recaudación potencial del Fondo Solidario de redistribución en función de la discriminación de alícuotas.

Nivel salarial	8% de aportes	Cuota al FR 10% - 15% - 20%	Beneficiarios	Total de Ingresos
hasta 300	7,908,801	878,756	1,218,022	24,360,430
301 a 500	21,874,323	2,430,480	2,273,959	45,479,186
501 a 700	20,681,280	2,297,920	1,433,290	28,665,810
701 a 900	19,160,821	3,381,321	1,054,522	21,090,446
901 a 1100	18,196,739	3,211,189	801,171	18,196,739
1101 a 1300	15,359,800	2,710,553	563,555	15,359,800
1301 a 1500	12,826,656	2,263,528	403,383	12,826,656
1501 a 1700	10,468,633	2,617,158	306,077	10,468,633
1701 a 1900	9,356,130	2,339,033	243,156	9,356,130
1901 a 2100	8,798,818	2,199,705	205,805	8,798,818
2101 a 2400	11,543,801	2,885,950	240,009	11,543,801
2401 a 2700	10,387,683	2,596,921	190,563	10,387,683
2701 a 3000	8,838,268	2,209,567	145,072	8,838,268
3001 a 3300	7,417,245	1,854,311	110,152	7,417,245
más de 3300	49,254,554	12,313,639	592,321	49,254,554
TOTAL	232,073,554	46,190,030	9,781,056	282,044,200

Fuente: Ventura & Mangiaterra (2000)

En el cuadro 12 se detallan la recaudación y el gasto necesario para garantizar un ingreso mínimo de \$20 a aquellos beneficiarios cuyos aportes y contribuciones no resultarían suficientes. Como puede observarse, el gasto necesario sería de l orden de los cincuenta millones mensuales o alrededor de 600 anuales.

Cuadro 12. Gasto potencial en Compensación del FSR.

Nivel Salarial	Beneficiarios Subsidiados	Aporte a la Obra Social	Aporte al FSR	Gasto para alcanzar \$20 por beneficiario	Gasto en Compensación
hasta 300	1.218.022	7.908.801	878.756	24.360.430	16.451.629
301 a 500	2.273.959	21.874.323	2.430.480	45.479.186	23.604.863
501 a 700	1.433.290	20.681.280	2.297.920	28.665.810	7.984.530
701 a 900	1.054.522	19.160.821	3.381.321	21.090.446	1.929.625
Total	5.979.794	69.625.225	8.988.477	119.595.872	49.970.647

Fuente: Cuadro 11.

Con respecto a la recaudación del IVA a la medicina prepaga se debe considerar que la propia reforma afecta el potencial de recaudación. Si el millón y medio de beneficiarios que cuentan con doble cobertura optara por canalizar sus aportes y contribuciones hacia una prepaga inscrita como agente del seguro de salud se registraría un efecto de sustitución de fuentes. En ese caso, aunque los ingresos de las empresas de medicina prepaga no se modificarían tanto, la base de tributación se reduciría. Sin embargo, no todos los que tiene doble cobertura podrán optar ni todos los que podrán desearán hacerlo. Se estima que la cantidad de personas que contando con doble cobertura optarán por una sola (presumiblemente de prepagas) oscila entre 0,5 y 1 millón de beneficiarios.

Por otro lado, la segunda función del FSR, financiar un seguro de enfermedades catastróficas, resulta aún una incógnita, ya que no se cuenta con precisiones sobre qué patologías serán incluidas dentro de esta categoría. Sin embargo, según declaraciones del Superintendente, el costo estimado de dicho seguro oscilaría los \$2 per cápita^{xviii}. Esto representaría un gasto total anual de este 240 y 280 millones, según la población beneficiaria que se considere en el cálculo. De ser así es muy probable que los recursos recaudados resulten insuficientes.

4. Costo promedio de la cobertura médica establecida por la normativa vigente

Aunque se trata sin duda del mayor instrumento de regulación del seguro de salud, el PMO que regirá a partir de enero del 2001 no ha sido definido. Esto dificulta cualquier examen profundo sobre la factibilidad del sistema.

Hasta ahora el más exhaustivo costeo del PMO desarrollado es el estudio desarrollado por José Bruni del PROS que ha sido citado por Rosales^{xix}, este trabajo realizado para el Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS) cuantifica el costo del PMO en base a una muestra poblacional amplia. El trabajo concluye presentando un costo promedio de \$19,32 mensuales en población abierta. En función del mismo se pueden cuantificar los flujos de gastos que involucraría brindar cobertura al total de la población beneficiaria involucrada por el decreto 446 (cuadro 13).

Cuadro 13. Costo del PMO según grupos de edad.

Edad	Costo	Población		Gasto Mensual	
0 - 15	\$ 13	1.986.275	17%	25.821.574	10,8%
16 - 40	\$ 16	4.256.967	37%	68.111.468	28,4%
41 - 60	\$ 20	2.140.673	18%	42.813.454	17,8%
+ 60	\$ 32	3.224.940	28%	103.198.069	43,0%
Total		11.608.854		239.944.564	

Fuente: Elaboración propia en base a datos elaborados por José Bruni y publicados en Rosales, 1999.

Según estas cifras la única franja etaria que representa un riesgo significativo es la de los mayores de 60 años. Sin embargo, si se considera los ingresos del INSSJP, como las contribuciones de los pasivos son complementadas con un aporte de los activos, el ingreso capitado medio de los beneficiarios del Pami supera los \$25 mensuales. Esto reduciría el riesgo de selección adversa dentro del sistema.

La factibilidad de la reforma en lo que respecta al costo del PMO es función de las eventuales modificaciones del mismo y de aquello que será cubierto por el seguro de Enfermedades de baja incidencia y alto costo (catastróficas). La hecho, aunque a primera vista el mínimo de \$20 per capita podría resultar suficiente su adecuación crecería a medida que se ampliara la integralidad de la cobertura del seguro de catastróficas.

CONCLUSIONES

La mayoría de la población argentina (22,2 millones o 62,3%) aún cuentan con cobertura de algún sistema de seguro de salud, sean estos obras sociales o prepagas. A primera vista, las altas tasas de desempleo registradas desde la década del noventa no parecen haber impactado en la misma proporción sobre los niveles de cobertura de los seguros de salud (sociales y privados). Cuando se comparan los niveles de cobertura entre 1991 y 1997 se constata que los niveles relativos de población cubierta se incrementaron, con la excepción de las provincias patagónicas.

Sin embargo, las medidas recientes de reforma del sistema de salud no afectan directamente a toda la población. En primer lugar, el decreto 446 afecta a 15,5 millones de Argentinos beneficiarios de obras sociales bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud, que representan el 43% de la población argentina. Si se excluye al INSSJP esta cifra se reduciría sensiblemente a 11,6 millones o 33%.

Simultáneamente, la regulación de las Empresas de medicina prepaga afectará a 4,3 millones de habitantes beneficiarios de seguros privados de salud. Pero ambas medidas no afectan a la suma de estas poblaciones (19,8 millones) puesto que hay 1,5 millones de argentinos (4,2%) que cuentan con cobertura de obras sociales y prepagas a la vez.

En segundo lugar, esta población está altamente concentrada en las jurisdicciones más desarrolladas. El 67% de quienes cuentan con cobertura habitan en la región central del país. Por otro lado, estas cifras se ven compensadas por la alta cobertura de las obras sociales provinciales. Cuando se considera la distribución geográfica exclusivamente de la población con cobertura de obras sociales nacionales y del INSSJP -aquellas instituciones directamente afectadas por el Decreto 446- se verifica que las 4 jurisdicciones más desarrolladas en términos económicos concentran al 74% del total de beneficiarios.

En tercer lugar, si la reconversión económica repercutió de forma atenuada sobre los niveles de exclusión en salud, ocurrió lo contrario con la distribución de los ingresos. La concentración de la renta en el país se incrementó de manera notable y esto condiciona la posible conformación de un mercado de competición regulada en la protección de la salud.

Las empresas de medicina prepaga pueden tener interés en ingresar como agentes del seguro de salud para captar las contribuciones y aportes sociales de los beneficiarios del sistema. Sin embargo, no todos los beneficiarios perciben ingresos atractivos para este mercado. De los 15,5 millones hay solo 4,3 millones de personas en el quintil de mayores ingresos (con un promedio de \$1.041 per capita) y hay 4,8 millones de personas de ingresos medios altos -cuarto quintil- que oscilan entre los \$400 y los \$1.000 per capita.

La demanda potencial para las empresas de medicina prepaga que se inscriban como agentes del seguro de salud es mucho más reducida. Si bien hay casi doce millones y medio de argentinos que perciben ingresos familiares superiores a 1.000, de ellos solo 9,2 millones declararon tener cobertura de obra social. Pero cuando se consideran los datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, se verifica que el total de beneficiarios de las obras sociales involucradas por el decreto 446 que realizan aportes regulares se limita a poco más de tres millones incluyendo titulares y sus grupos familiares. El panorama se completa si se vuelven a cruzar estos datos con los de la encuesta SIEMPRO y se considera que entre los de mayores ingresos el 13,3% tiene doble cobertura (obra social y prepaga) y entre los del cuarto quintil de ingresos 5,3% se hallan en esa condición. Esto significa que de los 3 millones aproximadamente 1,3 millones tendrían doble cobertura.

En conclusión, desde el punto de vista de la demanda el escenario que -a la luz de estos datos- se configura como más factible involucra cinco segmentos de población configurando un continuo, que a grandes rasgos pueden ser caracterizados de la siguiente manera:

- a) **Los que no tienen seguro de salud.** En el extremo inferior se encuentran los argentinos que solo cuentan con cobertura del subsector público. Aquellos que -al menos hasta el momento- han quedado fuera de la reforma. Eran, en 1997 23,5 millones o 37,6% de la población.
- b) **Los que tienen seguro pero no pueden elegir.** El segundo grupo es el de beneficiarios de Obras Sociales que no tienen opción de cambio. Se trata de entre 6 y 6,5 millones de personas que cuentan con cobertura de obras sociales provinciales, de las Fuerzas Armadas, Poder legislativo y Judicial, Universidades y otras que no actúan bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- c) **Los que pueden elegir entre una oferta restringida.** El tercer grupo es el de beneficiarios de obras sociales desreguladas que perciben bajos ingresos y, por lo tanto, sus aportes serán objeto de la redistribución del Fondo Solidario. Se trata de alrededor de 6 millones (que ascendería a 7,5 si se contemplan también aquellos cuyos aportes se adeudan) de argentinos con ingresos por titular interiores a \$900 mensuales y que representan para los agentes del seguro un eventual ingreso capitado del orden de los \$20. Lo más probable es que sean muy pocas las empresas de medicina prepaga que se interesen por ingresar como agentes del seguro para brindar cobertura a este grupo poblacional.
- d) **Los que podrán elegir entre una oferta amplia.** El cuarto grupo, está configurado por quienes cuentan con cobertura de obras sociales desreguladas y perciben ingresos altos (que representan aportes superiores a \$20 per capita). Se trata del "botín" de la desregulación. Son entre 3 y 3,5 millones de argentinos altamente concentrados en las regiones urbanas más ricas del país. De ellos 1,3

millones ya cuentan con cobertura de medicina prepaga, es decir tienen doble cobertura.

- e) **Los que no les interesa elegir.** El último grupo está conformado por aquellos argentinos que perciben altos ingresos y cuentan con cobertura de empresas de medicina prepaga pero no de obras sociales. Se trata de aproximadamente 1,9 millones de personas, aunque esta cifra aumentaría si se consideran aquellos que aún contando con cobertura de obras sociales no se interesarán por la desregulación y por aquellos que, aún percibiendo ingresos inferiores, definen a la cobertura de salud como una prioridad y realizan grandes esfuerzos para contratar planes privados.

Desde el punto de vista de la oferta se puede realizar un análisis similar. La oferta de aseguradores de salud en Argentina se mantiene aún atomizada, puesto que se registran 290 obras sociales -involucradas por el Decreto 446- y 169 Empresas de medicina prepaga con fines de lucro. Sin embargo, tanto la cobertura como la captación de recursos están bastante concentradas en unas pocas instituciones de cada categoría.

Las diez mayores obras sociales brindan cobertura al 51,52% del total de beneficiarios y recaudan el 57% de los recursos. Las diez primeras empresas de medicina prepaga brindan cobertura a la mitad de los beneficiarios y recaudan el 46% de los recursos del subsector.

En este panorama es muy probable que se produzcan múltiples alianzas:

- a) **Alianzas de líderes.** En primer lugar, alianzas entre prepagas y obras sociales para afianzar sus ventajas competitivas obteniendo fuertes economías de escala. Se trata de alianzas entre algunas de las diez primeras obras sociales con algunas de ellas diez primeras prepagas.
- b) **Alianzas para consolidarse.** Se trata de alianzas entre empresas y obras sociales de menor porte para consolidar su posición y ampliar su capacidad de competir.
- c) **Alianzas para sobrevivir.** Se trata de alianzas entre obras sociales. Donde lo más probable es que se produzcan absorciones de las menores por parte de las mayores o de mejor imagen ante la sociedad.

En esta panorama y como principal motor de las alianzas se destaca el nivel de endeudamiento de las obras sociales en cuestión que alcanza en total unos 1.800 millones de los cuales 900 corresponden a pasivos prestacionales.

La reforma que involucran ambas medidas –desregulación de obras sociales y regulación de medicina prepaga- no involucran, hasta el momento, redefiniciones de los modelos de gestión ni de atención de los seguros. Se concentra en la financiación del sistema. Por lo tanto, las preguntas centrales sobre la factibilidad económica deberían apuntar a la suficiencia y sostenibilidad de los flujos financieros. Es en ese sentido que cabe concluir que aunque se han logrado significativos avances en los últimos meses, restan muchas definiciones como para poder afirmar la factibilidad del modelo.

El FSR podría recaudar entre \$600 y \$700 millones anuales. Sin embargo, el gasto necesario para garantizar un ingreso capitado mínimo de \$20 involucraría un total de aproximadamente \$600, mientras el seguro para enfermedades de baja incidencia y alto costo podría requerir de entre 240 y 280 millones. En otros términos, la reforma requeriría de un volumen de ingresos un 50% superior para poder considerarse que la financiación es suficiente.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto y PALMEYRO, Alejandro (1999), *Medicina Prepaga Historia y Futuro*. Buenos Aires. Ediciones Isalud
- AMBITO FINANCIERO (2000). "Argentina: reforma del sistema de salud". *Ambito Financiero*. Buenos Aires 1 de agosto.
- ARROW, Kenneth J. (1981) "la Incertidumbre y el análisis del bienestar en las prestaciones médicas". *Economía de la Salud*. ICE, junio. Pág: 47
- DECRETO 446 (2000).
- FITOUSSI, Jean Paul (1999) "Un Estado más inteligente". *Diario Clarín*, 17 de noviembre. Pág. 15
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés y TOBAR, Federico (1999). *Más salud por el Mismo Dinero*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2da edición.
- MADIES, Claudia Viviana (2000) "Un análisis crítico de la propuesta de regulación de empresas de medicina prepaga". Trabajo científico presentado en *I Jornadas Americanas de Economía de la Salud, IX Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud*, 12 al 15 de Abril - Misiones, Asociación de Economía de la Salud.
- PROCOMPETENCIA (1999) Superintendencia para la promoción y Protección de la Libre Competencia. Informe de políticas públicas sobre la promoción de la eficiencia y equidad social en el sector salud de Venezuela. <http://www.procompetencia.gov.ve>
- PROYECTO DE LEY DE EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA (1999) sancionado por la Cámara de Senadores de la Nación
- SHURMAN, Diego (2000). "El suicidio de Favaloro también disparó el debate por las obras sociales". *Página 12*, 1 de agosto.
- SIEMPRO-INDEC.(1999) *Encuesta de desarrollo social*. Secretaría de Desarrollo Social.
- SELLANES, Matilde. "Demanda de seguros de salud en Argentina". informe de Avance del proyecto de investigación "El mercado de seguros de salud en Argentina" coordinado por Claudia Madies. Isalud. Programa de Investigación Aplicada. 2000
- SURACE, Benjamín. Presentación en el seminario: *Nuevos Escenarios de las Obras Sociales*. Isalud. Buenos Aires. 8 de agosto de 2000.
- VENTURA, Graciela & MANGIATERRA, Alberto. "Simulaciones sobre recaudación y gasto potencial de la Desregulación de Obras Sociales". Isalud. Programa de Investigación Aplicada. 2000.

NOTAS

ⁱ AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto y PALMEYRO, Alejandro (1999).

ⁱⁱ MADIES, Claudia Viviana (2000).

ⁱⁱⁱ AHUAD, et al (1999) *Op. Cit.*

- ^{iv} ARROW, Kenneth J. (1981)
- ^v FITOUSSI, Jean Paul (1999)
- ^{vi} Procompetencia Superintendencia para la promoción y Protección de la Libre Competencia. Venezuela (1999)
- ^{vii} Procompetencia (1999) *Op. Cit.*
- ^{viii} ARROW (1981) *Op. Cit.*
- ^{ix} Entendido como objeto distinto e individualizado, que obliga a llevar a las entidades con más de un objeto distintas contabilidades y separadas.
- ^x La clasificación de los clientes de servicios aquí mencionada no pretende hacer valoraciones, sino simplemente encuadrar la realidad argentina de acuerdo al modelo utilizado mundialmente y que ha sido difundido por la OCDE.
- ^{xi} Ver: GONZALEZ GARCIA, G & TOBAR, F (1999).
- ^{xii} Decimos que no han sido afectadas "directamente" puesto que existen interrelaciones sistémicas por las cuales la mayoría de los actores del sistema se ven afectados por ambas medidas.
- ^{xiii} *Ambito Financiero* 31 de junio de 2000.
- ^{xiv} SHURMAN, Diego (2000)
- ^{xv} Los beneficiarios del Pami no son sólo ancianos. Unos 748 mil beneficiarios -que equivalen al 23% del padrón- son menores de 60 años de edad. Alrededor de un millón y medio tiene 60 y 74 años, lo cual equivale a un 45%. El millón de beneficiarios restante, que equivale a un 32% es mayor de 75 años.
- ^{xvi} Díaz Muñoz, A. y otras: "Los seguros voluntarios en la Argentina: los límites difusos de su desarrollo reciente". *Centros de Estudios Bonaerenses*. Año 1998.
- ^{xvii} Carencias por tiempo limitado, exclusiones de prestaciones, listado de copagos con sus correspondientes valores, exigencia de autorizaciones previas y otras.
- ^{xviii} CANO, Rubén: Presentación en el seminario: *Nuevos Escenarios de las Obras Sociales*. Isalud. Buenos Aires. 8 de agosto de 2000.
- ^{xix} ROSALES, Pablo ("Obligación de cobertura médica de las empresas de medicina Prepaga. Programa Médico Obligatorio". *Jurisprudencia Argentina* N° 6.169, 24 de noviembre de 1999, páginas 7-14)