



Observatorio de Políticas Públicas



Coordinación General del Cuerpo de
ADMINISTRADORES GUBERNAMENTALES
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

REGULACION DE LA MEDICINA PREPAGA

CAT. OPP/CAG/2005-18

CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR DE LA MEDICINA PREPAGA
EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

LA REGULACIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS
DE ATENCIÓN MÉDICA

DICIEMBRE DE 2005

Autores:

AG Beatriz Castro

AG Ana Casal

AG Mariano Priluka

Este documento fue producido por los responsables del Area Temática “Regulación de la Medicina Prepaga” del Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales de la Jefatura de Gabinete de Ministros en el mes de diciembre del año 2005.

El Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales inició sus actividades en el año 2002 en jurisdicción de la Coordinación General del C.A.G., sus documentos son publicados en el sitio oficial de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

Sitio Oficial: www.cag.jgm.gov.ar

*AG V. Daniel Piemonte
Coordinador General
Cuerpo de Administradores Gubernamentales*

*AG Guillermo J. Alabés
Coordinador Ejecutivo
Observatorio de Políticas Públicas*

INDICE

Introducción.....	3
1. Caracterización del Sector de la Medicina Prepaga en la República Argentina.	
1.1. Componentes del Sistema de Salud.....	4
1.2. Surgimiento y desarrollo de las Entidades de Medicina Prepaga.....	9
1.2.1. Origen y expansión	
1.2.2. Los años '80 y '90: el crecimiento acelerado	
1.2.3. La crisis económico-financiera y la emergencia sanitaria	
1.3. Caracterización de la actividad	18
1.4. Composición del mercado	21
1.5. Opinión y participación de los usuarios	27
2. La regulación de los seguros privados de atención médica.....	30
2.1. El concepto de regulación.....	31
2.2. Antecedentes regulatorios.....	33
2.3. Dimensiones de la regulación.....	43
Referencias bibliográficas.....	48

INTRODUCCION

La *medicina prepaga*, o *seguros privados de afiliación voluntaria* según la terminología de los organismos internacionales en la materia, es parte integrante del subsistema privado de la salud, y su forma más actual de manifestación. Dado su crecimiento y expansión, desde los ámbitos de generación de las políticas de salud ha surgido la necesidad de actuar sobre un subsector cuya existencia tiene hoy una amplia repercusión sobre la salud de la población, así como también sobre los restantes subsectores del sistema de atención.

Estas políticas, en proceso de gestación, están orientadas fundamentalmente hacia la implementación de mecanismos de tipo regulatorios. Atendiendo a que se trata de un subsector privado pero cuyo accionar tiene efectos sobre un bien público como la salud de la población cada vez resulta más clara la necesidad de una intervención estatal. No solamente los clientes reclaman al Estado la protección de sus derechos en tanto consumidores y/o usuarios, también el erario público debe ocuparse de emplear recursos destinados a pacientes sin cobertura de ningún tipo para atender patologías y daños a la salud de pacientes cubiertos por un seguro, en la medida en que éste le niega dichas prestaciones.

La regulación hoy sigue siendo una política pendiente. Por ello resulta pertinente analizar tanto el impacto de algunas medidas legislativas al respecto como los esfuerzos incordinados de diversos organismos del sector salud en los últimos años. En un trabajo previo se analizó el contenido y los alcances de los esfuerzos legislativos orientados a promover una medida regulatoria de carácter integral durante la década de los '90, así como los avances del Poder Ejecutivo Nacional en relación con la reforma del sistema de salud orientada básicamente por la desregulación de las obras sociales. Asimismo la reforma de los sistemas de salud a nivel mundial propició el desarrollo de este tipo de seguros en América Latina en aquellos países donde no se registraba un movimiento importante al respecto. Esta experiencia puede aportar importantes conclusiones que permitirían enriquecer las propuestas para nuestra realidad local.

En el presente informe de situación efectuaremos una caracterización de las entidades de medicina prepaga y analizaremos el mercado en términos de su distribución regional, cantidad de entidades, relación con las restantes entidades de la Seguridad Social, cobertura poblacional, entre otros indicadores. Cabe destacar que la información disponible en pocos casos proviene del propio Estado, con lo cual no es posible garantizar totalmente la calidad de los datos. Una de las más importantes conclusiones al respecto es que todo proceso regulatorio debiera comenzar por disponer de información sobre la realidad en cuestión, de aquí que ameritaría disponer los mecanismos necesarios para realizar un adecuado diagnóstico del sector. Analizaremos luego el concepto de regulación, en tanto herramienta de política pública, y en particular la noción de "regulación sanitaria". Finalmente, se presentará un relevamiento de los principales antecedentes regulatorios que se registran hasta el año 2000, en tanto los años subsiguientes serán materia de un estudio más pormenorizado a futuro.

1. CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR DE LA MEDICINA PREPAGA EN LA REPUBLICA ARGENTINA

1.1. Componentes del sistema de salud

El sistema de servicios de salud en Argentina se ha organizado sobre la base de su financiamiento. Tres son los subsectores cuya dinámica, relativamente independiente, han sido reconocidos históricamente como los más importantes:

a) El subsector público, que provee los servicios financiados por el presupuesto estatal a través de la red pública de establecimientos de salud destinados a la población excluida del sistema de seguridad social. La mayoría de establecimientos que componen esta red está a cargo fundamentalmente de cada uno de los Estados provinciales (aproximadamente dos tercios); mientras que algo más del 30% restante está a cargo de los Municipios, contándose una muy exigua proporción de los mismos que continúan a cargo del nivel nacional.

El nivel nacional concentra parte de su actividad en desarrollar programas de salud focalizados en poblaciones de alto riesgo, a través de sus programas con financiamiento externo, mientras que los estados provinciales y municipales se abocan fundamentalmente al financiamiento y a la prestación a través de sus redes de hospitales públicos.

Por otra parte el subsector público ha sido el principal sostén de las acciones destinadas a la promoción y prevención de la salud, con alguna colaboración del subsector de la seguridad social y casi ninguna del sector privado.

El ajuste de los presupuestos públicos también ha incidido tanto sobre la calidad como sobre la cantidad de servicios prestados, con una oferta que no ha acompañado el crecimiento de la demanda experimentado en las últimas décadas. Asimismo el Estado, como garante de la salud de la población, a través de sus organismos correspondiente en cada uno de los niveles jurisdiccionales, parece haber resignado su rol de rectoría, incapaz de conducir eficazmente el sistema, que comprende actores públicos y privados.

b) El Sistema de Seguridad Social que, calificado sobre la base de los aportes obligatorios de empleados y empleadores, financia los servicios de salud de los trabajadores en relación de dependencia y de sus grupos familiares inmediatos. Como consecuencia de la caída del poder adquisitivo de la población empleada, la alta tasa de desempleo y la disminución del aporte patronal, la capacidad de esta fuente de financiamiento ha decrecido, resultando afectadas la calidad y cantidad de los servicios ofrecidos a la misma.

c) El subsector privado, compuesto por los profesionales y/o instituciones que prestan servicios independientes a personas particulares con capacidad de pago o a los afiliados a las Empresas de Medicina Prepaga, cuyos planes de cobertura son definidos según esquemas de riesgo actuarial. Este sistema agrupa actualmente a alrededor de 3. 200.000 de personas, y esta orientado hacia la captación de la población de ingresos medios y altos, lo cual ha atraído a capitales internacionales cuyo incentivo es la maximización del lucro

en un segmento de negocio con altas perspectivas de rentabilidad. Sin embargo, dada la crisis que ha vivido el sector en el último lustro, dichos capitales han migrado hacia otros mercados más rentísticos. Las perspectivas de rentabilidad disminuyeron con la obligatoriedad de cumplimiento del Programa Médico Obligatorio el cual, por las prácticas que obliga a cubrir, no garantiza los márgenes de ganancias que dichos capitales esperaban obtener (Banco Mundial. 2002)

El funcionamiento de los tres subsectores refleja un alto grado de fragmentación, que atenta contra el uso eficiente de los recursos y el logro de aceptables niveles de equidad en su cobertura, problema que ha sido un tema recurrente en los análisis acerca de la políticas sanitarias en Argentina (Vassallo; Báscolo. 2001).

Asimismo, cada uno de tales subsectores presenta elevados niveles de fragmentación hacia el interior de los mismos. El subsector público presenta una división según jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) entre los cuales no existe el suficiente grado de coordinación y articulación. El subsector de la seguridad social está compuesto por un alto número de instituciones heterogéneas en término de la población que agrupan, el monto de la contribución financiera por afiliado y la cobertura prestacional que brindan, incluyéndose Obras Sociales sindicales, Obras Sociales provinciales, Obras Sociales del Personal de Dirección, Obras Sociales de las Fuerzas Armadas, del personal de Seguridad o bien del Poder Judicial. El subsector de aseguramiento privado, como veremos más adelante, está conformado por un conjunto de organizaciones prestadoras y aseguradoras cuyas características se presentan como altamente heterogéneas, razón por la cual resulta tan difícil efectuar una acción regulatoria sobre los mismos.

La creación y expansión de las Obras Sociales no eliminó el hecho de que la población asegurada continuara asistiendo al Hospital público por diversas razones: prestigio institucional, costumbre, atención de patologías no cubiertas por la seguridad social, en especial crónicos, ancianos, infecciosos o de salud mental y en general la atención de emergencias y, en los últimos años, como resultado del pago de bolsillo (copagos, bonos) que se impuso como un mecanismo adicional de financiamiento de la Seguridad Social, así como para desincentivar la demanda de servicios.

Estas prestaciones significaron erogaciones para el presupuesto hospitalario hacia pacientes teóricamente cubiertos por la seguridad social o privada. Ya por entonces resultaba una necesidad el recupero de honorarios por las prestaciones brindadas a población accidentada y cubierta por los seguros clásicos como los laborales o de tránsito; a los que se añaden luego los provenientes de la seguridad social y, más recientemente, los de entidades de medicina prepaga con fines lucrativos. Esta situación generó un flujo real de recursos desde la población más desprotegida hacia las instituciones del seguro y los efectores privados, consolidando lo que se dio en llamar *"inversión de la Solidaridad"* (Bello. 1975).

Se planteó desde entonces un conflicto de intereses con repercusiones en el plano legal, dado que los fondos del hospital público provienen principalmente de rentas generales y, en tal sentido, a todos los ciudadanos les asiste un derecho de atención sin pago directo, estén o no cubiertos por un sistema alternativo. En este marco, la utilización de esta cobertura en forma

voluntaria estaría dentro de sus opciones, sin obligaciones para terceros pagadores.

Asimismo, la constatación de que el Estado efectuaba un subsidio indirecto a los restantes subsectores, que cobraban a sus afiliados por prestaciones no cubiertas cuya demanda impactaba finalmente en el Hospital público, condujo a distintas alternativas¹ para lograr el recupero económico de las mismas mediante su cobro a las distintas entidades aseguradoras.

Concurren a este campo otros actores de indudable importancia, tales como las instituciones del gremio profesional que han actuado como intermediarios en la contratación ante las entidades sanatorias cuyo rasgo predominante ha sido su comportamiento como proveedores de servicios a las Obras Sociales. Una de sus principales banderas gremiales es la reivindicación de la libre elección del paciente y la defensa del Hospital Público como ámbito de investigación, docencia y asistencia para los profesionales del gremio.

La representación corporativa frente a los financiadores ha tenido una larga evolución. Ubicados hacia la década del 50 como empleados de las Obras Sociales, pasaron luego a constituirse en socios que compartían con las mismas el riesgo financiero de la atención a los afiliados hasta que se organizaron más recientemente como financiadores y prestadores directos de salud a través de la creación de entidades prepagas de tipo gremial. Las recientes medidas adoptadas en el plano legislativo hacia principio de los '90 han debilitado la posición de este grupo, dado que se le ha restado el rol de intermediario para la contratación de la fuerza de trabajo profesional ante las organizaciones responsables del aseguramiento.

Las organizaciones que representan los intereses empresariales de las empresas de seguro privado. Las prepagas pertenecientes a establecimientos asistenciales privados y los hospitales de comunidades extranjeras o confesionales están nucleadas en ACAMI, las EMP con fines de lucro (alrededor de 800) están nucleadas en ADECRA y los pequeños sanatorios de menos de 30 camas y las EMP formadas por pequeños sanatorios que se nuclean en CAES y suman alrededor de 1200 establecimientos, la mayoría de ellos cooperativas de médicos. Sus reivindicaciones fundamentales se centran en la defensa de la libre elección de sus beneficiarios, el incremento de la tecnología médica y la búsqueda de mayor eficiencia administrativa y el crecimiento del sector a partir de la captación de afiliados de las Obras Sociales.

Una mención aparte cabe hacer para las empresas internacionales que han ingresado en la década anterior para competir en el nuevo escenario abierto con el proceso de desregulación. La ventaja comparativa de este grupo está representada por su mayor potencia económica, su experiencia en el desarrollo de negocios concebidos según economías de escala, pero su mayor debilidad relativa ha quedado demostrada por su escaso conocimiento del mercado local y la dificultad para operar con coberturas amplias pero con aportes reducidos.

¹ Uno de ellas ha sido la creación del Hospital Público de Autogestión (en la actualidad denominado Hospital Público de Gestión Descentralizada) consistió básicamente en otorgar la plataforma normativa que permitiera la recuperación de los costos generados por la atención de pacientes provenientes de la seguridad social.

Las entidades de la sociedad civil (ONGs, mutuales, Cooperadoras Hospitalarias, Ligas para la acción sobre ciertas patologías) han tenido históricamente una presencia protagónica en asegurar la atención de la salud de la población con mayores dificultades para el acceso, afirmando con su presencia el valor inalienable del derecho a la salud. Agrupadas más recientemente en los foros que nuclean a las instituciones del Tercer Sector o el Sector Social y organizadas a su vez en Asociaciones o Federaciones con mayor cobertura territorial y complejidad organizativa, se han convertido en interlocutores insoslayables para la formulación e implementación de políticas públicas en salud.

Entre los proveedores de insumos o tecnología con creciente influencia sobre la orientación del modelo de atención se halla la industria farmacéutica, que participa con la mayor proporción del gasto sanitario. Los Organismos Multilaterales de Crédito (Banco Mundial, BID) y los Organismos Sanitarios Internacionales (OPS; OMS) conforman otro actor de indudable importancia, por la influencia que han tenido en la formulación y orientación de las políticas sanitarias en la última década. Otro destacado actor dentro del sector está constituido por las agencias reguladoras y entes de rectoría, entre los cuales cabe reconocer, además de los Organismos Públicos, a los colegios profesionales que se ocupan de la autorregulación de sus prácticas y las agencias privadas que ejercen auditoría y acreditación de instituciones proveedoras de servicios.

Dos aspectos fundamentales permiten evaluar el diferente rol que juegan los distintos subsectores y/o jurisdicciones: la composición del gasto y el nivel de cobertura.

En relación con el gasto, se advierte cómo el gasto recae de manera importante en el subsector privado de atención, advirtiéndose a la vez que aproximadamente el 30% del mismo es gasto privado de bolsillo, aún cuando no contribuye de idéntica forma en el aseguramiento de la población.

Si se observa en el cuadro 1, el gasto sanitario de la administración pública nacional se ha ido reduciendo hasta conformar aproximadamente un 13 % del gasto público total. Este reducido monto puede ilustrarnos acerca del débil vínculo de apoyo a las provincias, que se completa con la ausencia de mecanismos formulados e implementados desde el nivel nacional tendientes a garantizar la equidad en un proceso tan complejo como es la propia descentralización de las áreas sociales.

Cuadro Nro. 1: Gasto público en atención pública de salud según distintos niveles de gobierno. Años 1980 a 1997 (en millones de pesos) y % del Gasto público total del sector social.

Año	Nación		Provincias		Municipios		Total
	\$	%	\$	%	\$	%	
1980	649	20,86	2.143	68,9	319	10,3	3.111
1981	543	15,38	2.445	73,8	327	9,9	3.315
1982	356	16,14	1.647	74,7	203	9,2	2.206
1983	476	18,83	1.795	71,0	257	10,2	2.528
1984	470	15,16	2.358	76,1	272	8,8	3.100

1985	332	11,49	2.169	74,9	393	13,6	2.889
1986	552	15,74	2.509	71,6	447	12,7	3.508
1987	750	20,31	2.450	66,8	493	13,3	3.693
1988	637	19,89	2.168	67,7	397	12,4	3.202
1989	573	20,99	1.826	66,8	331	12,1	2.730
1990	507	17,50	1.978	68,3	412	14,2	2.897
1991	500	14,30	2.763	70,5	533	15,2	3.496
1992	388	9,03	3.301	76,8	608	14,1	4.297
1993	504	10,39	3.653	75,3	693	14,3	4.850
1994	729	13,55	3.841	71,4	809	15,8	5.381
1995	629	12,56	3.591	71,7	788	15,7	5.008
1996	649	12,88	3.555	70,5	689	16,7	5.037
1997	720	13,68	3.700	70,0	742	16,3	5.263

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social. Secretaría de Programación Económica y Regional.

En términos de cobertura, se observa cómo más de la mitad de la población está cubierta por un sistema de seguro de índole semipúblico o privado (ver Cuadro 2), pero dichos niveles de cobertura no se corresponden con el porcentaje de gasto público en salud correspondiente a cada uno de los subsectores (ver Cuadro 3), y en donde se advierte asimismo el importante peso que tiene el gasto privado de bolsillo.

Cuadro Nº 2 : Estimación de la cobertura del Sistema de Salud según Subsector.
Año 1999 (%)

Condición	Millones de habitantes	(%)
Con cobertura de seguro de salud (OS o prepaga)	22.8	62.3
Con cobertura de Hospital Público	13.7	37.6
TOTAL	36.6	100
Obra Social	18.4	50.2
Mutual o Prepaga	2.9	7.9
Obra Social y Prepaga	1.5	4.2
Sólo Hospital Público	13.7	37.6

Fuente: Tobar, F. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y Sociedad. 2000.

Cuadro Nº 3 : Gasto en Salud por subsector. República Argentina. Año 2000.

Sector	Gasto En millones de \$	Porcentaje	Población	Gasto Per Capita
Público	5.043	22,8	14.000.000	\$ 420
OOSS (ANSSAL y otras)	3.686	16,7	9.150.000	\$ 402
OOSS provinciales	1.809	8,0	5.500.000	\$ 330
INSSJyP	2.100	9,5	3.500.000	\$ 600
Seguros Privados	2.600	11,7	3.500.000	\$ 866
Gasto de Bolsillo	6.800	30,8	35.400.000	\$ 194
Total	22.038	100	35.400.000	\$ 631

Fuente: Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana. Universidad de San Andrés. 2002.

Finalmente, cabe señalar dos tendencias que se han ido planteando en el transcurso de los años '90 al calor de la crisis económico-financiera: a) Disminución de la pertenencia de la población a prepagos privados de salud, ya sea por pérdida del empleo o por no mantener las cuotas de afiliación al día; b) El incremento de individuos y/o familias que al perder su relación de dependencia pierden la cobertura de las Obras Sociales. Podría esperarse que el incremento en la actividad económica registrada en el último bienio haya conllevado una tendencia paralela hacia mayor cobertura de obras sociales, mutuales y prepagos, aunque el carácter estructural del desempleo en Argentina y la influencia del trabajo en negro hace presuponer que esta influencia no sea tan directa ni tan significativa.

Tal como se observa en el cuadro 4, las pautas de utilización de servicios en el área metropolitana según condición y tipo de afiliación a alguno de los subsectores del sistema de atención indica que la utilización de servicios resulta bastante semejante, independientemente que se trate de afiliados a Obras Sociales o a prepagos, mientras que la no afiliación se vincula mayormente a consultas al médico en menores proporciones, así como refleja un mayor porcentaje de consumidores de medicamentos.

Cuadro Nº 4 : Utilización de servicios de salud según condición y tipo de afiliación al sistema de atención de la salud. Área Metropolitana. Año 2001.

Utilización	Condición y tipo de afiliación				
	Afiliada a				No afiliada
	Sólo Obra Social	Sólo Prepago	Otros sistemas y combinaciones		
	Nº %	Nº %	Nº	%	
Consultantes al médico	1447821 22,5	447962 23,2	151291	21,3	564511 16,4
Consultantes al dentista	564832 8,8	171768 8,9	103491	14,6	284322 8,3
Consultantes a otros profesionales	384240 6,0	172951 8,9	50203	7,1	162156 4,7
Consumidores de medicamentos	2679997 41,6	801324 41,4	316409	44,6	1948000 56,7
Usuarios de estudios y tratamientos	995630 15,4	253458 13,1	68132	9,6	345521 10,1
Internados en el último año	374878 5,8	86886 4,5	19316	2,7	130988 3,8
Total	6447339 100%	1934349	708842	100	3435497 100

Fuente: Ministerio de Salud. Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria. Encuesta sobre utilización y gasto de servicios de salud. Área Metropolitana. Año 2001.

1.2. Surgimiento y desarrollo de las entidades de medicina prepaga

1.2.1. Origen y expansión

Los seguros privados de afiliación voluntaria surgieron en Argentina a principios del siglo XX, y sus antecedentes pueden situarse en las mutuales de comunidad de base solidaria o en las mutualidades agrupadas por oficio o rama laboral que atravesaron el período colonial y los albores de la constitución de la República. Tales seguros captaban aquella franja de la población representada por los sectores no asegurados formalmente o bien aquellos de mayores ingresos, instrumentando un sistema de abonos voluntarios que originalmente cubrían atención médica, atención fúnebre y consumo de medicamentos.

Los profundos cambios sociales, epidemiológicos, demográficos y tecnológicos que atravesaron la posguerra produjeron un fuerte impacto sobre las formas de aseguramiento, que trajo como consecuencia el aumento de la cobertura por la Seguridad Social y el avance de formas de aseguramiento propiciadas desde el sector privado.

La financiación de las necesidades de un grupo poblacional a partir del pago de una cuota anticipada, periódica y uniforme representa la primera etapa en el desarrollo de las organizaciones aseguradoras que hoy se reconocen bajo el término de prepagas. Entre otros aspectos, estos sectores deseaban mantener la relación médico-paciente bajo el estilo del subsector privado, pero financiando el costo de los servicios a través de un pago periódico, fijo y conocido. Ante el avance tecnológico, también resultaba necesario acotar los riesgos de gastos en cirugías o enfermedades prolongadas que hasta entonces no se conocían, recibiendo los servicios de distintos efectores en forma coordinada. La medicina prepaga funcionaba básicamente como un sistema de cobertura de internación en sanatorios de alto nivel por tiempo limitado, y el acceso a consulta médica con un grupo de médicos consultores, la mayoría profesores universitarios a valores accesibles. En dicha época, para un paciente el costo de una cuota de cobertura médica equivalía aproximadamente al costo de una consulta privada.

En su génesis se advierte la iniciativa de grupos profesionales y hospitales privados, quienes advirtieron la necesidad de mantener su cartera de pacientes frente a transformaciones que la ponían en riesgo, tales como la plétora profesional, la extensión de cobertura semipública y/o el incremento de los costos por la incorporación de tecnología más sofisticada y compleja. Al mismo tiempo surge la iniciativa de parte de la conducción de sanatorios privados, que ante la capacidad ociosa de sus instalaciones promueven la creación de prepagos sanatoriales, tales como el Centro Médico Pueyrredón, el Sanatorio Metropolitano o la Policlínica Privada (Ahuad, A. et al. 1999)

Las primeras empresas de medicina prepaga propiamente dicha inician sus actividades en la década del 60, hallando un hito importante con la creación de AMSA (Asistencia Médica Social Argentina), que implementa un sistema cerrado en el que se oferta una cartilla de profesionales con atención en sus consultorios particulares, estudios de diagnóstico y/o tratamiento en distintos institutos especializados o bien en sanatorios ubicados en un área geográfica próxima a la residencia del afiliado.

El área geográfica abarcó inicialmente la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, luego se fue extendiendo a ciudades como Rosario, Córdoba y Tucumán, tendiendo a la conformación de redes prestacionales. La constitución de un aseguramiento que rigiera para la totalidad del país se dio con dificultades dada la oposición de los Colegios Médicos, Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, acostumbradas a fijar por sí mismas los aranceles, pero se consolida finalmente hacia mitad de la década del 60, con la creación del Centro Médico del Sur (CEMES).

Aunque seguirán siendo un sector marginal continúan su expansión por los resquicios del sistema: *“Las empresas de pre-pago, tanto gremiales como privadas, se afirman en los límites del sistema y en las múltiples lagunas que progresivamente se van ampliando en su mismo interior. La población de mayores ingresos, los sectores medios insatisfechos con los servicios ofrecidos por las instituciones de afiliación obligatoria, proporcionan un cierto caudal financiero que permite a las empresas afirmar algunas bases de sustentación en el mercado”* (Belmartino y Bloch, 1993).

La amenaza que representaba el sector de la medicina prepaga para el gremialismo médico hacia los años sesenta se ve reflejado en la posición adoptada por uno de los dirigentes médicos más destacados de la época, el Dr. Bernardo Kandel, quien durante las Jornadas Médico Gremiales realizadas en la ciudad de Paraná a mediados de 1960 expresaba: *“Muchos peligros nos amenazan. Los que se ciernen en el frente externo distraen la atención de otros inmediatos que surgen a diario en el frente interno médico. Por estos últimos tiempos, aprovechando el interés del público por la mutualización o pago adelantado de asistencia médica, llámese Seguro, están surgiendo una cantidad de pseudo organizaciones médicas que se dedican a hacer abonos, contratos con sindicatos, se introducen en las industrias, desarrollan impresionantes campañas de promoción, reparten comisiones suculentas, todo ello destinado a conquistar afiliados. Hojeando los prospectos, leyendo los anuncios, o escuchándolos por radio o televisión, asombra todo lo que se brinda. Nada queda fuera de las posibilidades. Las tres medicinas: preventiva, curativa, reparadora, la atención esmerada de los accidentados de trabajo, el control del ausentismo, en fin, las llaves del paraíso”* (Belmartino y Bloch, 1993).

La referencia al frente interno da cuenta de la puja entre los profesionales agremiados (práctica liberal de la profesión) y los no agremiados (organizando grupos médicos) por el control del mercado de servicios de salud. La defensa de formas más tradicionales de ejercicio profesional (el médico en su consultorio, estableciendo relaciones personales con sus pacientes, libre de trabas burocráticas y de regulaciones) fue motorizada por las mismas amenazas que el gremio médico percibía durante los años 30: la mercantilización de la medicina, el *industrialismo médico*², el riesgo de

² Algunos autores (Belmartino/Bloch) utilizan esta expresión para designar el fenómeno por el cual cambian las condiciones de trabajo para los profesionales de la medicina, pasando algunos de ellos a ser gerentes y/o propietarios de empresas de salud y, en su contracara, aquellos que no pudiendo realizar este salto conservan su práctica profesional pero ya no en las condiciones tradicionales conocidas como el ejercicio liberal de la profesión, sino sometidos a un entramado de normativas y estandarizaciones institucionales.

proletarización y, fundamentalmente, la necesidad de mantener el oligopolio de la oferta de servicios que tan costosamente el gremio fue consolidando.

Durante esta década continúa la expansión del sistema de Obras Sociales como fruto de las políticas de pleno empleo y el fortalecimiento del aparato sindical que administra los cuantiosos fondos que provienen de aportes de trabajadores y empleadores. Se produce la creación, durante la década del 70, de las primeras obras sociales para el personal de dirección, que compiten sobre un segmento poblacional similar al que se dirigían las primeras entidades de medicina prepaga, razón por la cual estas comienzan a focalizarse sobre las capas medias no cubiertas o insatisfechas por los servicios brindados a través de la Obra Social.

Hacia mediados de la década del 60 se forma la Cámara de Instituciones de Medicina Prepaga (CIMAP). La mayoría de las instituciones que allí se nuclearon estaban organizadas por profesionales que incorporaron a su práctica específica los métodos y procedimientos administrativos y organizativos de la actividad empresarial con la finalidad de lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos atento al impacto en los costos del desarrollo de la tecnología médica. La eficiencia en la administración permitiría dar cobertura a vastos sectores de la población que no tenían acceso a la medicina privada, con la ventaja de la libre elección del profesional y centro de salud.

Como resultado de su dinámica de funcionamiento, caracterizada por la diferenciación de producto, la segmentación de nichos de mercado no cubiertos por los restantes sistemas de atención, este subsector fue ampliando progresivamente su dotación tecnológica y su capacidad operativa desde fines de los años 70 e inicios de la década del 80.

Hacia comienzos de la década del 70 dicha Cámara se transforma en CIMARA, con la inclusión de sanatorios, clínicas e institutos de diagnóstico y en 1981 se constituye ADEMP (Asociación de Entidades de Medicina Prepaga) quién reúne a las empresas que carecen de capacidad instalada propia (recursos humanos, edificios y tecnológicos) y, más recientemente se forma la Cámara de Pequeñas y Medianas Empresas de Medicina Prepaga (CAPYMEP), que nuclea a un sector no representado en las anteriores agrupaciones.

Actualmente tanto CIMARA, (integrada por empresas con capacidad instalada), como ADEMP fueron integrando su representación del sector diluyéndose la diferencia marcada al punto de que algunas empresas reconocen una doble afiliación a ambas cámaras. Del total de empresas 57 están afiliadas a ADEMP, 16 a CIMARA, 8 a ambas cámaras y 188 no tienen afiliación.

Con el tiempo fueron cobrando una mayor presencia pública y actuando como grupo de presión, lo cual queda reflejado a través de la intensiva presencia en los medios masivos de sus referentes³.

³ En un artículo periodístico de 1996 publicado por el Diario Clarín se señala que representantes de las cámaras estuvieron reunidos en el Ministerio de Salud para tratar la regulación de las

La competencia creciente y la reducción del mercado potencial llevaron a las empresas a trabajar fuertemente en la reducción de costos a fin de lograr coberturas de menor precio para acceder a una mayor franja de población. Muchas de las empresas del sector que inicialmente realizaban servicios de aseguramiento, con el correr del tiempo desarrollaron capacidad instalada propia, tales como centros médicos, laboratorios y sanatorios.

Todo ello sumado a las mayores exigencias de los asociados, la mayor capacidad de negociación de las compañías que otorga el capital financiero frente a los prestadores y la caída del nivel de calidad de los servicios en los Hospitales Públicos y Obras Sociales hicieron que las empresas de medicina prepaga fueran incorporando nuevos servicios a sus planes de cobertura, entre los cuales cabe citar los descuentos en la compra de medicamentos, los servicios de urgencias domiciliarias y la cobertura de salud bucodental y mental.

Con el tiempo también fue creciendo el tamaño de las cartillas de prestadores y disminuyendo los tiempos de espera para acceder a los servicios, así como las limitaciones y exclusiones de cobertura. Finalmente, en los últimos años, fue la competencia entre las propias empresas la que desencadenó una explosión en la oferta de servicios, que incluían desde cobertura de asistencia al viajero hasta servicios de sepelio, acceso a clubes deportivos o asistencia legal.

1.2.2. Los años `80 y `90: el crecimiento acelerado

Hasta la década de los 80 la tendencia predominante en el funcionamiento de estas entidades era brindar cobertura paralelamente al sistema de Obras Sociales a través de planes complementarios. Así, por ejemplo, creció una gran cantidad de pequeñas empresas dedicadas exclusivamente a brindar servicios de ambulancias, atención de emergencias a domicilio y traslado a los centros de salud.

En los últimos años, el sector ha adquirido singular trascendencia y expansión en relación con los cambios en las formas de organización y financiación de la atención de la salud. La tendencia de crecimiento lento en cuanto a cobertura poblacional sufrió una reversión en los últimos 10 años, como resultado de un conjunto de fenómenos que impactan sobre la situación social: precarización laboral y disminución de los niveles de cobertura provistos por el sistema de seguridad social, reducción en los aportes de empleadores y trabajadores formales, envejecimiento poblacional, aumento del desempleo, desfinanciamiento del sector público.

Ante este escenario, las EMP se constituyen entonces como alternativa de cobertura prestacional para quienes no disponen de ella, o bien en directa competencia con la población asegurada en el sistema de Obras Sociales.

prepagas. Uno de los objetivos del sector es coincidente con los lineamientos del Banco Mundial con relación a manejar en un futuro fondos públicos al poder ofrecer cobertura a los afiliados a la Seguridad Social.

El perfil de las organizaciones dedicadas a brindar aseguramiento en atención de la salud varía notoriamente en los últimos años, e incorpora una filosofía de corte empresarial, con altas demandas de calificación en los niveles gerenciales, un fuerte impulso a las áreas financieras o de aquellas vinculadas con la comercialización o el marketing.

La cantidad de usuarios y los recursos movilizadas por los sistemas de prepagos con administración privada aumenta abruptamente posicionándose como una competencia para las obras sociales del personal de dirección de empresas y los prepagos gremiales, ya que tal ampliación se produjo por los esfuerzos de captación de los sectores con mayores ingresos.

Además, las empresas también acusan el impacto del proceso de globalización y desregulación económica, favorecida por las tendencias económicas planteadas a nivel internacional e ingresan a un proceso creciente de transnacionalización de la economía.

1.2.3. Los años 90 : crisis económico-financiera y emergencia sanitaria

Hasta entrada la década del '70 y, posteriormente con la rentabilidad financiera producto de la inflación de los años '80, estas entidades pudieron ser gerenciadas sin mayores problemas.

La expansión de las empresas en las últimas dos décadas queda claramente de manifiesto al analizar su evolución histórica:

Cuadro N° 4:Evolución de Empresas por Décadas. Datos Generales. Período 1907-1997.

Nº Empresas	Década	(%)
13	1907/1960	6.13%
18	1961/1970	8.49%
29	1971/1980	13.58%
58	1981/1990	27.36%
94	1991/1997	44.34%
212		100.00%

Fuente: ADEMP. En base a 212 empresas en las que se notificó fehacientemente la fecha de su creación.

Asimismo, en plena explosión tecnológica, la incorporación de prácticas y medicamentos así como la detección de nuevas enfermedades, complejizaron el gerenciamiento. Es necesario destacar que a medida que el sector fue incorporando tecnologías de reciente aparición, la inflación manifestaba un crecimiento progresivo que permitía financiar el

encarecimiento que año tras año se producía en las prestaciones médicas como producto de esas innovaciones. Se le cobraba por adelantado al paciente y se pagaba las prestaciones a plazo, de modo que la inflación licuaba en parte las deudas de las entidades prepagas. La referida rentabilidad financiera, como actividad marginal de los fondos acumulados para asistencia de la salud, volcaba recursos adicionales que minimizaban los errores de gerenciamiento.

A partir de 1991, el Gobierno implementó un Plan de Convertibilidad Monetaria para terminar con la inflación. Con ello se acabó con la rentabilidad financiera extraordinaria obligando a las EMP a trabajar sobre los costos de la atención médica a fin de maximizar la rentabilidad operativa *genuina* de la actividad. Hubo entidades que se adelantaron a los tiempos y modificaron su operatoria, y son las que hoy se encuentran mejor posicionadas.

Las condiciones económicas de excesiva fragmentación, atomización y operatividad en reducida escala llevaron a que se comenzaran a recrear en el escenario local formas institucionales que, generando su propia superación, permitieran establecer condiciones adecuadas a su posterior asociación con capitales extranjeros (Tafari. 2001). En la determinación de esta inviabilidad económica concurren diversos factores, entre los cuales cabe citar también la lentitud para adaptarse a las nuevas reglas del mercado globalizado, las escasas innovaciones planteadas en el gerenciamiento o, más claro aún, la ausencia de un adecuado cálculo y evaluación de los costos que insumía el proceso de atención.

Otro error sustancial fue la falta de visión de las EMP argentinas en cuanto a tratar de crecer a través de alianzas estratégicas, fusiones o adquisiciones, tal como el fenómeno se venía manifestando a nivel internacional. De esta forma podrían afrontar más exitosamente el nuevo contexto de competitividad que estaban creando los grandes operadores, tanto nacionales como extranjeros.

Por entonces, diversos operadores internacionales adquieren empresas del sector y empresas extranjeras con probada trayectoria en la actividad ingresan directamente al mercado de la medicina prepaga en nuestro país.

La mayoría de los bancos que participaban del negocio de las Administradoras de Fondos de Jubilación y Pensión y las compañías de seguros pronosticaban que con el nuevo esquema la Argentina no tardaría en acoplarse a la tendencia mundial de asociación de bancos, compañías de seguros y empresas de medicina prepaga, y es por ello que ingresan grupos previsionales o compañías de seguros que diversifican sus servicios y se incorporan al área salud.

Todos estos grupos financieros pusieron sus expectativas en un futuro mercado de seguros de salud a partir de la desregulación total de las obras sociales. Existieron entonces inversiones volcadas hacia la generación de nuevas empresas, pero sin resultados halagüeños. En su mayoría, se optó por la adquisición de entidades ya existentes, pero sus resultados resultaron muy dispares de acuerdo al saneamiento financiero y al prestigio con que contaban las empresas transferidas.

Sin embargo finalizada la década de los 90 la experiencia de estos grupos no se reflejaba como muy alentadora, tal es el caso por ejemplo de empresas como el Excel Group o The Principal Group, lo que produjo como resultado un retiro gradual de los capitales invertidos. Asimismo, la fusión con bancos y compañías de seguro no terminó de cristalizarse como una tendencia predominante.

De todas formas, en los últimos seis años las fusiones y adquisiciones de empresas modificaron el mosaico existente en el sector privado de la salud (Ver Cuadro 5), consolidando así grandes grupos oligopólicos.

Cuadro N° 5 : Fusiones y adquisiciones de entidades de medicina prepaga. República Argentina. 1994-2003.

Comprador	Año	País	Entidad	Nombre actual
Interclínicas	1994	Chile	Ceprimed-Mediplan	Ceprimed
Grupo Exxel	1995	Fondo de Inversión	Galeno-Life-TIM	SPM
Omaja	1996	Argentina	Top Family	Omaja
Swiss Medical	1997	Argentina	CIM-Salud-Diagnos-Optar	Swiss Medial
Colmena Golden Cross Vida 3	1997	Chile	Clínica Olivos-Clio	Cl.Olivos-Clio
HSBC	1997	Inglaterra	Docthos	Doctos
Acción Médica Internacional	1997	Argentina	C.M. Buenos Ayres; AMPRI	Acción Médica Internacional
Grupo Colombiano	1997	Colombia	Club Sanitas	Club Sanitas
Club Sanitas	1997	Colombia	Nubial	Sanitas – Nubial
Adeslas	1998	España	C.M.Sta Fe- CMS Isabel-Omaja- Top Family	Adeslas
Medical's	1999	Argentina	Minerva – Programas de Salud	
Aetna	1999	E.E.U.U.	AMSA	AMSA
BBV	1999	España	Adeslas	Adeslas
Samed	1999	Argentina	Ceprimed-Mediplan	Ceprimed
ING	2000	Holanda	AMSA – AETNA	AMSA
Swiss Medical Group	2000	Argentina	Sanitas Nubial	Swiss Medical Group
Swiss Medical Group	2000	Argentina	Medicien	Swiss Medical Group
Medical's	2000	Argentina	Amil	Medical's
SIS (Servicios Integrales de Salud)	2001	Argentina	SPM	SPM
SPM (Servicios Integrales de Salud)	2001	Argentina	AMSA	AMSA
Swiss Medical Group	2001	Argentina	Qualitas	Qualitas

Swiss Group	Medical	2003	Argentina	Docthos	Doctos
-------------	---------	------	-----------	---------	--------

FUENTE: Giordano, P. (1999) Seguros privados de atención médica. En: *Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud*. Medicina y Sociedad-CEMIC. Buenos Aires.

La alta conflictividad y fragmentación del campo de la salud se ha puesto de manifiesto recientemente, en la medida que la escasez de recursos ha agudizado la puja distributiva sectorial y se han hecho más evidentes los problemas de inequidad que afectan la respuesta sectorial.

El desencadenamiento de la crisis ha agudizado los problemas financieros de los aseguradores privados, amenazados a su vez por el aumento abrupto del costo de las prestaciones, que condujo a un atraso en el pago de servicios a su red de prestadores y una reducción en sus tasas de afiliación por deserción o migración de los usuarios hacia planes más económicos o bien hacia otros subsectores (Seguridad Social). De acuerdo a datos recientes informados por organismos internacionales como el Banco Mundial o las propias cámaras de medicina prepaga (Bello, J; Mera, J. 2003), entre Octubre de 2001 y junio de 2002 la cobertura de la población cayó entre un 8 y un 12%, y las deudas acumuladas con prestadores privados previamente a la caída de la convertibilidad superaban los U\$S 2.000 millones. Esta situación tuvo como una de sus mayores consecuencias el aumento de la demanda al Hospital público de la población cubierta por este sistema.

En síntesis, la crisis económico-financiera del sector ha conducido hacia la concentración y oligopolización de la oferta de servicios. Esta tendencia, sumada al ingreso de capitales extranjeros y a la incorporación de agentes financieros (Bancos, AFJPs) cuya racionalidad está más centrada en la obtención de una rentabilidad económica con economías de escala, puede profundizar la tendencia hacia la segmentación de las coberturas y así profundizar aún más la inequidad del sistema de atención.

He aquí el pronóstico descrito hacia el final de la década por un analista del sector: *"Al subsector le esperan fuertes regulaciones (exigencias de capital mínimo, reservas técnico-siniestralas, límites de endeudamiento y coberturas mínimas) razón por la cual cabe esperar una fuerte concentración, fusiones, ventas de paquetes accionarios, etc.. Exceptuando a AMSA, Medicus, el Grupo Exxel, Swiss Medical Group, Mediplan, Qualitas y Amil, el resto tiene escasas probabilidades de sobrevivir en forma solitaria ante el nuevo contexto"* (Montes.1998).

1.3. CARACTERIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

En líneas generales puede caracterizarse a las entidades de medicina prepaga (en adelante EMP) como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. Su nombre se deriva de que los asociados contratan voluntariamente y sin barreras de salida un plan de cobertura médica con una

gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica fija. Como contrapartida, la compañía debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada paciente de acuerdo con el tipo de plan contratado. En general no realizan actividades de medicina preventiva, tales como vacunación masiva o controles periódicos a sus usuarios.

Para brindar los servicios ofrecidos las EMP deben contar con una red de prestadores eficientemente seleccionados y administrados. Solamente un 10% de ellas son financiadoras y prestadoras al mismo tiempo, es decir, que cuentan parcial o totalmente con infraestructura hospitalaria y profesional propia. En términos generales, la calidad médica de las prestaciones contratadas es semejante a las que obtienen de los mismos prestadores las obras sociales, diferenciándose fundamentalmente por el confort y las amenidades brindadas.

Cada empresa establece su propio contrato de aseguramiento que define las condiciones de la cobertura, la cuota y los requisitos exigidos. Se caracterizan, en general, por establecer un *período de carencia* inmediatamente posterior a la afiliación en el cual el usuario paga la cuota pero hay ciertos beneficios que no recibe (ej: restricción de atención para mujeres embarazadas).

De acuerdo a estimaciones hechas por la Superintendencia de Servicios de Salud, alrededor de la tercera parte de los afiliados a la Medicina Prepaga está en situación de poseer doble cobertura: es decir que a la cobertura de la prepaga se le superpone la brindada por una obra social.

Hasta el dictado de la Ley 24.754, que obligó a las entidades del seguro a cubrir las prestaciones consignadas en el Programa Médico Obligatorio⁴, éstas brindaban servicios de cobertura que incluían mayor o menor cantidad de prácticas según la dinámica de un conjunto de factores que se detallan a continuación:

- a) La necesidad de los prestadores de incrementar sus montos de facturación.
- b) La necesidad de los usuarios de pagar el precio más bajo por la mayor cantidad de servicios posibles.
- c) La necesidad de las compañías de incrementar sus beneficios aumentando la cantidad de usuarios.
- d) La evolución de los juicios de mala praxis médica.

⁴ El Programa Médico Obligatorio (PMO), aprobado por Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, establece un conjunto de prácticas y servicios de cobertura obligatoria para las Obras Sociales. Y, a partir del dictado de la Ley 24754, también lo son para las prepagas. Los antecedentes se pueden encontrar en los lineamientos de los organismos internacionales respecto de la necesidad de definir paquetes de prestaciones básicas. Muchos opinan que el PMO argentino ya no son prestaciones básicas sino que incluye prácticamente todas las prestaciones posibles. En la actualidad este paquete básico está siendo redefinido por la autoridad competente. Como aspectos específicos este programa contempla el otorgamiento de subsidios a las obras sociales por parte de la ANSSAL para las patologías de baja incidencia y alto costo. Un consecuencia implícita de este programa fue la concentración del subsector de las obras sociales, en tanto que todas aquellas que no estaban (o están) en condiciones de brindarlo a sus beneficiarios debían (o deben) presentar un plan de fusión con otras obras sociales. Este mismo efecto se podría cumplir con las prepagas, dada la proliferación en los últimos tiempos de pequeños emprendimientos.

- e) El desarrollo de la tecnología en salud y de la comunicación y difusión de temas de salud.
- f) La relación con el Estado.
- g) La ampliación del concepto de salud (hábitos de vida sana).
- h) Los cambios en el concepto de enfermedad (su no aceptación y el rechazo a la muerte).
- i) La globalización, que ha llegado al campo de los servicios de salud, manifestado por el ingreso de empresas extranjeras que deciden invertir en el negocio de la salud.

La cuota dineraria mensual es elevada y varía según el grado de cobertura elegido siendo la cuota mínima tres o cuatro veces superior al promedio per cápita que reciben las obras sociales.

Los servicios de salud se brindan a través de planes basados en dos modalidades. La **modalidad abierta** permite la libre elección del profesional o centro de atención asegurando la cobertura a través de un sistema de reintegros de los montos pagados por el usuario hasta un determinado tope. En tanto que la **modalidad cerrada** se basa en la contratación por parte de las empresas de un número limitado de prestadores. Dentro de una nómina, llamada cartilla, el asociado puede elegir libremente su profesional o centro de atención.

Por otra parte, excluyen un gran conjunto de prestaciones: no se otorga protección a las patologías preexistentes y las entidades que sí admiten cobran planes con primas de mayor valor que el resto de los usuarios. Hasta hace pocos años atrás, si un usuario cambiaba de EMP debía cumplir nuevamente los periodos de carencia. En la actualidad ello se fue modificando en la práctica y de hecho la mayoría de las EMP contemplan la antigüedad del usuario en el sistema.

En general existen diversas formas a través de las cuales todas las EMP realizan selección de usuarios al momento de su ingreso –procedimiento que puede originar problemas de selección adversa- con el objetivo de minimizar los riesgos económico-financieros.

El modelo de compra de servicios es semejante al de las obras sociales basándose en el pago por prestación. En los últimos años ha variado el mecanismo de pago a raíz del elevado aumento del gasto en salud. Y se ha tendido a transferir parte del riesgo al prestador, acotando así la sobreprestación, a través de otras modalidades de pago como los mecanismos por módulos, capitación, consultas vestidas o integradas, grupos relacionados con diagnósticos, etc.

Las principales características que diferencian al universo de las prepagas son las siguientes:

- a) Según las prestaciones comprendidas en la oferta de servicios, se diferencian en prepagas especializadas e integrales. Las EMP *integrales* ofrecen planes con servicios de salud para todo tipo de problemas y/o

patologías. No obstante es necesario aclarar que siempre podrán encontrarse exclusiones o limitaciones aún a expensas de lo que establece el PMO. Las prepagas *especializadas* son aquellas que brindan servicios de una sola especialidad médica, tales como emergencias médicas, odontología, etc., que en general se hallan excluidos por las prepagas integrales.

- b) Se diferencian también por el nivel socio-económico de la población que contrata los servicios cuyos niveles de ingresos van del medio bajo al alto.
- c) En relación con su status jurídico, se incluye a entidades de muy diversa naturaleza jurídica. Por ejemplo, estas organizaciones pueden ser de carácter público o privado, con o sin fines de lucro, pudiéndose mencionar sociedades comerciales de diversa naturaleza (anónimas, de responsabilidad limitada, etc.), Sociedades Cooperativas y Mutuales, Hospitales Privados, Fundaciones legalmente reconocidas, Asociaciones y Colegios de Profesionales e incluso Obras Sociales a través de sus planes de adhesión voluntaria. Algunas son servicios adicionales brindados por las obras sociales a la población general y otras son emprendimientos comerciales autónomos.
- d) En el último período, y en el marco del proceso desregulatorio, diversas prepagas han comenzado a actuar como redes gerenciadoras y prestadoras que intermedian entre las Obras Sociales y los beneficiarios. Las Obras Sociales delegan a las prepagas la responsabilidad de la asistencia médica del total o una parte de sus beneficiarios bajo una forma capitada.
- e) Finalmente en lo que hace a los objetivos de inversión se pueden encontrar tres grandes grupos de entidades:
 - Las empresas de medicina prepaga de larga trayectoria en el sector, que operan en las grandes capitales del país, cuyos usuarios se ubican en el segmento de nivel económico medio-alto y alto. El encarecimiento de los costos de la atención médica por la utilización de tecnología de última generación hizo que esos segmentos de población ya no pudieran acceder a la medicina privada bajo la forma de pago de bolsillo. De allí que estas entidades ocuparan, en su momento un importante nicho de mercado;
 - Los grandes grupos económicos, con capitales internacionales, están comenzando a invertir en el sector a partir de la promesa de desregulación total del sistema de obras sociales. Es el caso paradigmático del EXCELL Group que compró empresas de medicina prepaga en funcionamiento (Tim, Galeno-Life, y Vesalio) logrando el segundo puesto en cuanto a la cantidad de afiliados.
 - El tercer grupo lo constituyen empresas de medicina prepaga que, en general, no responden a intereses de inversión en el sector sino que dan respuesta a la sobreoferta de mano obra profesional en el campo de la salud (médicos, bioquímicos, odontólogos, etc.). Trabajan con sectores de bajos ingresos de la población y comenzaron a aparecer en el interior del país aunque actualmente también se pueden encontrar en los grandes centros urbanos.

1.4. COMPOSICION DEL MERCADO

De acuerdo con las fuentes consultadas, no existe información confiable acerca de la cantidad exacta de empresas de medicina prepaga en la actualidad, lo cual expresa claramente la necesidad de efectuar diagnósticos oficiales sobre el sector. Los datos actualmente disponibles han sido aportados por las cámaras empresarias que las agrupan (CIMARA, ADEMP) o bien por consultoras privadas (Towers, Perrin, Marcú, 2001); (Daccordi&Siritto. 2004).

Según estimaciones del Banco Mundial (1995) los seguros privados de afiliación voluntaria ofrecidos por más de 200 empresas que se inscriben en esta actividad cubrirían a unos 2.3 millones de personas, con un gasto de 1500 millones de pesos. Este informe también afirmaba que el mercado se hallaba para entonces altamente concentrado: las 72 empresas con fines de lucro más importantes absorbían un 70% del mercado, cubrían a 1.740.000 usuarios y declaraban ingresos por 1130 millones de pesos. Además de dichas organizaciones que estaban orientadas a captar sus usuarios entre la población de mayores recursos, existían alrededor de tres mil sociedades de ayuda mutua que cubrían a un millón de usuarios, y cuyo gasto estimado era aproximadamente un tercio del resto de las empresas.

Por su parte, consultores especializados afirmaban que, como consecuencia de fusiones, liquidaciones o cambios de rubros, de las 230 empresas que había en 1992 quedaban alrededor de 138 hacia 1996⁵.

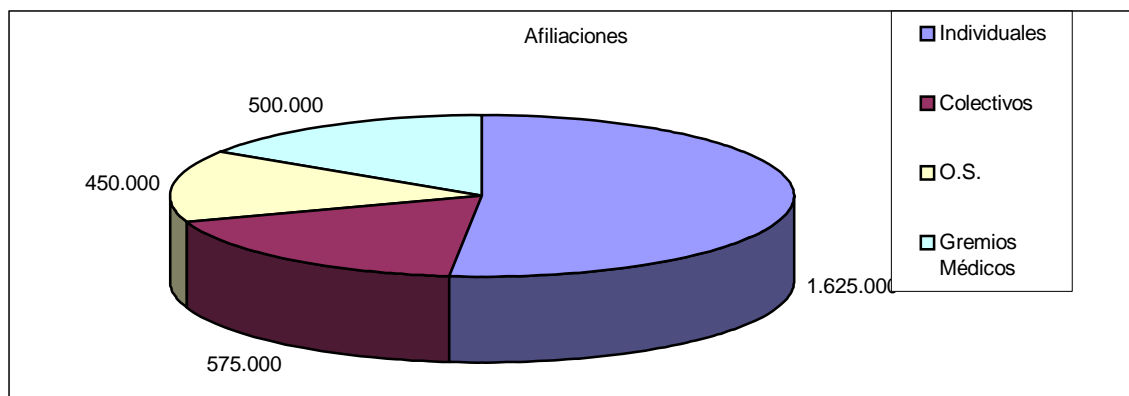
Según datos más recientes, proporcionados por empresas consultadas y por las Cámaras que agrupan a las mismas el sector está conformado⁶ por 272 empresas, mientras que el número de usuarios cubiertos ascendería aproximadamente a 3,2 millones distribuidos de la siguiente forma:

1. Prepagos propiamente dichos: 2.230.000 usuarios de los cuales 1.625.000 corresponden a afiliaciones individuales y 575.000 a planes colectivos.
2. Obras sociales de personal de dirección con sistemas de adherentes: 450.000 usuarios.
3. Prepagos de gremios médicos: 500.000 usuarios.

⁵ Según Informe Asegurador, en 1997 se estimaba en unas 200 las entidades del sector con 3.000.000 de usuarios, de los cuales el 60% estaba afiliado en forma individual y el resto a través de acuerdos corporativos. Estos datos se refieren asimismo a prepagas de tipo integral, pero excluye los denominados sistemas de emergencias médicas u otras modalidades parciales. Towers, Perrin, Marcú y Asoc. Datos más actualizados indican que existirían alrededor de 200 entidades que cubren aproximadamente a 2.000.000 de personas en nuestro país.

⁶ Y no disponen los autores de datos sobre los prepagos de hospitales de comunidad y planes sanatoriales.

Gráfico N° 1: Distribución de cobertura según tipo de Entidad.



Fuente: ADEMP. 2003

El diagnóstico, compartido por la mayoría de los expertos consultados, se transcribe textualmente en la siguiente expresión: *"El mercado financiador privado se compone, particularmente en CF y Gran Buenos Aires, por cuotas altísimas, planes rígidos, ausencia de un marco regulatorio, carteras envejecidas, escaso capital propio, precaria gestión, En el interior del país los precios son menores y las prepagas son básicamente institucionales, es decir, fueron creadas por los propios sanatorios privados u hospitales de colectividad; y comparten el diagnóstico descrito"* Montes (1998)

De acuerdo a datos suministrados por ADEMP, la distribución geográfica de las empresas, como se puede observar en el Cuadro 6 no es homogénea. Existe una gran concentración en la ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, con 84 y 74 empresas respectivamente, y sólo algo más de la tercera parte (111) en el resto del país.

Cuadro Nro. 6. Distribución geográfica de las Empresas de Medicina Prepaga. República Argentina. Año 2001.

Jurisdicción	Número	%
Capital Federal	84	29,31%
Provincia de Buenos Aires	74	30,69%
Catamarca	1	0,34%
Chaco	1	0,34%
Córdoba	22	7,59%
Formosa	1	0,34%
Jujuy	1	0,34%

La Pampa	1	0,34%
La Rioja	1	0,34%
San Luis	2	0,68%
Santa Cruz	1	0,34%
Santa Fe	31	10,69%
Córdoba	22	7,59%
Mendoza	14	4,83%
Tucumán	11	3,79%
Santiago del Estero	5	1,72%
Chubut	5	1,72%
Salta	5	1,72%
Entre Ríos	3	1,03%
Río Negro	3	1,03%
Corrientes	2	0,68%
Misiones	2	0,68%
Neuquén	2	0,68%
Tierra del Fuego	1	0,34%

FUENTE: ADEMP. 2001

Al analizar la distribución regional del nivel de cobertura de la población a través del sistema de aseguramiento por prepagas, se advierte una mayor concentración en la región pampeana; la zona que exhibe los mayores índices de bienestar económico y concentración poblacional y en la cual se halla comprendida la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires.

Si efectuamos una estratificación de los prepagos según su nivel de facturación, hallamos el siguiente ranking de entidades:

Cuadro N° 7: Facturación de las diez primeras empresas del mercado de prepagas. Argentina. 2000.

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%
Doctos	120	5.7%

Omint	114	5.4%
Amsa	100	4.8%
CEDIC	34	1.6%
Qualitas	34	1.6%
Medicor	28	1.3%
Omaja	26	1.2%
Otras	1126	53.7%
TOTAL	2100	100%

Fuente: Tobar, F. Economía de la reforma de los seguros de salud. Fundación ISALUD. 2001.

Otro de los aspectos habitualmente apuntados es que las EMP cubren a una población cuyo nivel socioeconómico comprende a los segmentos alto, medio y bajo; y que se distribuyen específicamente entre las principales entidades:

Cuadro 8. Nivel socioeconómico de los usuarios de las principales Empresas de Medicina Prepaga. Año 2000.

PREPAGA	PRECIO/CUOTA	ALTO	MEDIO	BAJO
AMSA	Bajo		X	X
Medicus	Alto	X	X	
Galeno Life	Medio	X	X	
Swiss Medical	Medio	X	X	
Tím	Alto	X	X	
Omint	Alto	X	X	
Doctos	Medio	X	X	
Qualitas	Alto	X		
Diagnos	Medio		X	

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de ADEMP y CIMARA

De acuerdo a una evaluación de las tendencias que plantean los indicadores relativos al mercado de las prepagas, las tendencias más recientes pueden sintetizarse en los siguientes aspectos:

Cuadro Nro.9 : Cantidad de contratos establecidos por las empresas líderes de medicina prepaga con Obras Sociales. Año 1999.

Ranking de Facturación Total	Cantidad de contratos con OS
1. Medicus	13
2. SPM	6
3. Swiss Medical	4
4. Docthos	11
5. Omint	5
6. Amsa	18
7. Cemic	5
8. Qualitas	5
9. Medicor	-
10. Omaja	3
11. Otras	75
TOTAL	145

Fuente: Tobar, F. Economía de la reforma de los seguros de salud. Fundación ISALUD. 2001.

Como resultado de las tendencias observadas en las últimas décadas, en la actualidad se observan dos fenómenos:

- a) Una mayor oligopolización del mercado, dadas las recientes fusiones y adquisiciones experimentadas en el sector con la compra de importantes prepagos (Qualitas, Medicien, Docthos y AMSA) a cargo de dos empresas (SPM y Swiss Medical) que hoy concentran aproximadamente el 20 % del total de afiliaciones.
- b) El retiro del mercado de importantes capitales rentísticos extranjeros cuyo objetivo fue la inversión en el sector de la medicina prepaga, dado el escenario planteado luego de la caída de la convertibilidad y la disminución de los valores de las compañías.

Tras la salida de la convertibilidad se produjo una caída pronunciada de las afiliaciones, experimentando un retroceso del orden del 17% en el período que media entre junio de 2001 y junio de 2003. Este fenómeno se complementó con el denominado efecto "cascada", en el cual asociados de las empresas cuyas cuotas eran más elevadas fueron desplazándose hacia las empresas con cuotas resultaban más accesibles.

1.5. OPINIÓN Y PARTICIPACION DE LOS USUARIOS

En los últimos años se han multiplicado las quejas de los usuarios y se han iniciado miles de procedimientos judiciales. No existen mecanismos efectivos para proteger a los usuarios, que deberán soportar las consecuencias de un endurecimiento de la competencia. Aunque su estructura flexible permitió al sistema funcionar de manera dinámica en las etapas iniciales de creación de los mercados (como entidades marginales en el interior del sistema de

atención médica) podría ahora representar un obstáculo para conservar y desarrollar un mercado más integrado, transparente, competitivo y universal.

Dos son las modalidades más habituales de contratación y relación entre los usuarios y las empresas de medicina prepaga:

- a) De carácter individual, en la cual el afiliado decide contratar una cobertura para sí mismo y su núcleo familiar;
- b) De carácter corporativo, en el cual el aseguramiento lo realizan las empresas o compañías para quienes se encuentren bajo dependencia laboral a la misma.

Estas dos modalidades están asimismo segmentadas en el mercado de las prepagas, hallándose aquellas que tradicionalmente se han volcado hacia el aseguramiento individual (ej: Medicus, Qualitas) o bien aquellas entidades que se han fortalecido en el tipo de aseguramiento corporativo (ej: Docthos).

Tal como se adelantó, en los últimos años los sectores alto y medio-alto han optado casi masivamente por la medicina prepaga en detrimento del pago directo de bolsillo, identificándose esta modalidad tradicional como una de las necesidades *básicas* cuya privación resulta más difícil de aceptar, tal como surge de un estudio realizado sobre utilización y satisfacción acerca de esta clase de servicios (Adamo, G. Schuffer, M y Prece, G. 1994)

Otros aspectos de interés que surgen de dicho estudio son los siguientes:

- a) La elección de la institución aseguradora en el ámbito familiar es decidida por la mujer, luego de consultar a referentes y amigos;
- b) El casamiento suele ser la instancia en la que generalmente se elige el prepago, o bien se decide la continuidad con el régimen de aseguramiento previo, y sólo se adopta el del cónyuge en los casos en que éste estuviera asociado a uno de mejor calidad.
- c) Habitualmente, son las mujeres quienes están más en contacto con el sistema de atención médica, y se muestran más renuentes al cambio cuando ello implica la pérdida de una relación satisfactoria con los equipos profesionales o el médico de confianza.

Existe cada vez más una mayor racionalidad y análisis crítico en relación con la elección del prepago. Los potenciales usuarios toman en cuenta cuestiones puntuales que no fueron satisfechas en el servicio anterior o bien seleccionan planes que permitan un balance entre posibilidades económicas y las necesidades de utilización de servicios.

Los aspectos más frecuentemente evaluados como positivos son: a) Simplicidad en los trámites; b) Disponer de un lugar de referencia para las urgencias; c) Existencia de variados centros de internación de calidad; y d) Orientación adecuada para la utilización de los recursos de atención.

La gran mayoría de las personas entrevistadas aspira estar cubierta en las urgencias y en la internación, sectores considerados críticos para evaluar la oferta de servicios. En las urgencias se prioriza la disponibilidad de un centro donde acudir, con servicios centralizados y una atención rápida y eficiente. En todos los casos la confianza con el médico es fundamental, pero existe un gradiente actitudinal que conduce desde el establecimiento de la confianza exclusivamente en el médico hasta quienes lo hacen en el sistema, siendo los

jóvenes quienes confían más en este último. Pese a todo, la interconsulta privada por fuera del sistema es una práctica habitual entre los asegurados del sector, quienes no encuentran fácilmente habilitados canales institucionales para la recepción de quejas.

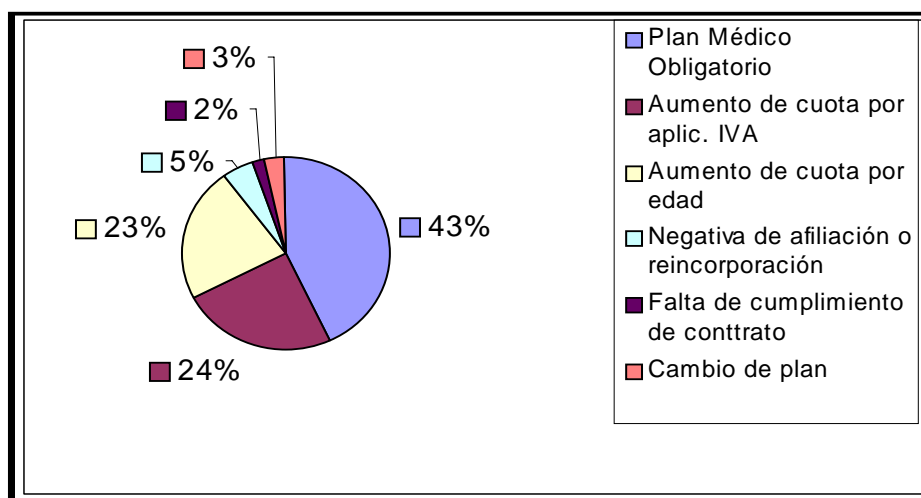
Por último, si bien las EMP no son diferenciadas por los entrevistados según la atención médica, sí lo son en cuanto a una cuestión de imagen. El sector tiene una imagen absolutamente heterogénea que incluye desde empresas de prestigio (cuyas prestaciones no son objeto de cuestionamientos), hasta entidades objetadas frecuentemente por los usuarios, por incumplimiento de sus prestaciones. Todo esto, producto de la falta de regulaciones por parte del Estado sumado a un desarrollo de servicios que se dio por adición de beneficios y no por diseño global, genera múltiples conflictos entre EMP y usuarios.

Esta apreciación coincide a la vez con informes producidos por la Dirección Nacional de Comercio e Interior de la Secretaría de Industria, Comercio y Minería, que " *detectó cláusulas abusivas como las que contemplaban diferencias en el valor de las cuotas para asociados de 65 o más años sin informar parámetros de cálculo, las que eximían de toda obligación a las EMP ante conductas de los prestadores en los planes cerrados, las que imponían intereses por mora en el pago sin información previa acerca de la tasa a aplicar; la imposición de carencias y/o preexistencias y las cláusulas que permitían la rescisión unilateral de contratos...*" (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. 2002). Según la Asociación de Defensa del Consumidor las quejas centrales son por incumplimiento del PMO, por incumplimiento contractual, por falta de cobertura del HIV, de los tratamientos por adicciones, de medicamentos oncológicos, y por el aumento de la cuota a cierta edad.

Recién a partir del año 1981 la Dirección de Análisis de Precios y la Dirección Nacional de Lealtad Comercial controlan y reciben las denuncias o reclamos a las empresas del sector (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. 2002).

Actualmente, la tendencia mundial posiciona a las organizaciones de defensa del consumidor en un lugar cada vez más importante en relación con la defensa de los derechos del consumidor en general. Prueba de ello es la proliferación de entidades así como la creación, a partir de la reforma constitucional de 1994, de la figura del Ombudsman, entidad que dentro del aparato estatal recibe y viabiliza las denuncias de consumidores, incluidos los usuarios de entidades de medicina prepaga. Todas estas organizaciones vienen reclamando desde hace tiempo algún tipo de regulación sobre la medicina prepaga basándose en las permanentes denuncias que reciben de los usuarios.

Una somera caracterización del porcentaje de los motivos de quejas de los usuarios ante los organismos de defensa del consumidor indica las siguientes razones:



FUENTE: ADELCO, 2003

En el transcurso del año 2004, y de acuerdo a los reclamos recibidos por Defensa del Consumidor de la Ciudad, se han registrado 449 denuncias por aumento de cuotas, tiempos de espera para acceder a ciertos servicios y restricciones en la atención de enfermedades preexistentes e incumplimiento del PMO. Entre los problemas más comunes que han sido denunciados en relación al incumplimiento del PMO fueron por falta de cobertura de material descartable y de medicamentos durante las internaciones o por falta de cobertura en determinadas prestaciones para bebés que nacen con problemas al momento del parto cuando por ley debería regir una cobertura integral para el recién nacido durante el primer año de vida.

2. LA REGULACION DE SEGUROS PRIVADOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Desde la teoría sanitaria, la existencia de *fallas de mercado* representa una de las condiciones que justifican en mayor medida la regulación estatal, cuyos principales aspectos se exponen sintéticamente a continuación:

- a) La atención de la salud es un *bien público*, en el cual el consumo por una persona no excluye la posibilidad de consumo por los demás, y en el cual se produce el fenómeno caracterizado como "*free rider*", según el cual nadie tiene incentivos para pagar si, aun cuando sin pagar, logra acceso al consumo o provecho del bien público.
- b) Se trata de *bienes meritorios o con altas externalidades* (de signo positivo o negativo), en los cuales su consumo no se agota en quien lo recibe individualmente, por lo cual se justifica su distribución masiva aún cuando no exista una demanda espontánea de parte de los potenciales beneficiarios.
- c) Existen *asimetrías de información* sobre los efectos de las decisiones a adoptar, por lo cual se plantea una relación de agencia entre consumidor y prestador del servicio. El paciente necesita el consejo e intervención del médico pero se halla ante dificultades insalvables para evaluar lo apropiado de la oportunidad y calidad de las acciones realizadas. La posibilidad de conducta oportunista asociada con el rol de agente respalda, en el campo de la atención médica, la hipótesis de que la demanda está inducida por la oferta o, para expresarlo en otros términos, *quien gasta no decide y quien decide no gasta* (Katz.1998).
- d) Es inherente a la problemática de la atención sanitaria la dificultad para adscribir una mejoría o un empeoramiento en la condición del paciente a la intervención asistencial, separándola de otros factores influyentes en el curso de la enfermedad. Esta situación se halla hoy agudizada por la creciente complejidad técnica de las prestaciones de salud, la imposibilidad de que el usuario pueda reconocer la pertinencia de la atención que el profesional le indica como necesaria y la extraordinaria complejidad contractual de los seguros de salud. Más precisamente, la situación de debilidad estructural en que se halla ubicado el consumidor lleva a la necesidad de potenciar aquellas instancias organizativas que representen y defiendan sus intereses ante el resto de las corporaciones que se posicionan en el campo de la salud.
- e) Es necesario limitar los efectos adversos de las fallas de mercado, fundamentalmente en lo relacionado con una inequitativa distribución de los bienes sociales y la tendencia hacia una *oligopolización o cartelización* en la oferta de bienes o servicios. Al existir una relación habitualmente inversa entre las necesidades de salud y la capacidad de pago, (Tudor Hart. 1990), la política pública no puede aspirar a garantizar la igualdad de acceso, sino también definir medidas diferentes para actuar sobre necesidades diferenciales, tales que permitan revertir la inequidad.

- f) La teoría del aseguramiento sanitario se apoya en el principio de la incertidumbre e impredecibilidad de la enfermedad, y de que la oportunidad de desplazar tales riesgos a una población implica un costo que la mayor parte de las personas estarían dispuestos a pagar. Dicho costo, que resultaría excesivamente oneroso para el individuo, resulta financiable para grandes grupos de población.
- g) La composición de grupos de asegurados no puede ser dejada sólo en poder de los aseguradores, o a movimientos de consumidores no suficientemente informados, pues esto puede provocar como resultado una *selección adversa* de los grupos (quienes menos necesidad demuestran de ser asistidos, mayores posibilidades tienen de ser cubiertos. Se trata de un tipo de comportamiento oportunista referido a aquellas circunstancias en las que se produce, de parte de los aseguradores o proveedores privados, la no admisión o el rechazo a asegurar individuos con alto nivel de riesgo (o superior al nivel medio) en sistemas de cobertura sanitaria, dado que las pérdidas esperadas por su causa serán previsiblemente superiores a las primas que deberían pagar los individuos. El problema de la selección adversa tiende a agudizarse en un escenario desregulatorio que alienta la competencia de las empresas al interior del sistema sin adecuados controles que restrinjan su comportamiento (Tafari. 1997)
- h) Desde la óptica del asegurador, es factible que los asegurados, adopten comportamientos de riesgo moral, que lo obliguen a protegerse de los mismos mediante los términos en que se establece la contratación de un servicio.

Así como es habitual hablar de las fallas de mercado, es común también aludir a las fallas existentes en el proceso regulatorio, que se plantean cuando se establecen las siguientes situaciones:

- a) Captura Regulatoria: Cuando el contenido u objetivos de la regulación afectan los intereses políticos o económicos de determinados grupos (expresado o canalizado a través de determinadas organizaciones) estos pueden tratar de obtener del regulador decisiones que los favorezcan. Cuando a ello se le añade la alta discrecionalidad de los agentes regulatorios y la opacidad de las decisiones, se establece un campo fértil para la corrupción de quienes ejercen la regulación.
- b) Excesiva regulación: Cuando los costos que la regulación impone a los regulados son superiores a los beneficios que se desprenden de ella, ya sea porque sus efectos pueden observarse a muy largo plazo, o bien porque se impongan gravámenes muy altos a la actividad regulada, tal que operen como disuasorios para la iniciativa privada.
- c) Información asimétrica: Cuando el regulado conoce más acerca de la materia objeto de regulación que la propia agencia regulatoria, lo cual puede generar decisiones ineficientes y contraproducentes de parte del regulador.

2.1. El concepto de Regulación

El primer obstáculo que aparece al intentar abordar esta temática es la carencia de un alto grado de consenso sobre el concepto de regulación, dado que habitualmente se reflejan las perspectivas disciplinarias que les dieron origen, las diferentes agendas políticas de las que surgieron, y/o los valores que subyacen a las mismas.

Si bien no existe una teoría sistemática de la regulación que permita inferir hipótesis para su corroboración empírica, se constata la existencia de un conjunto muy diverso de prácticas reguladoras que, aplicadas sobre diferentes contextos y situaciones, permiten extraer lecciones y tomar decisiones. Esto es resultado, en parte, del amplio número de experiencias de regulación pública que han sido objeto de análisis y evaluación de analistas y expertos, lo cuales permite ir constituyendo una rica fuente de información.

Una primera definición general que nos permite avanzar en este campo concibe a la regulación como *"el ejercicio de ajustar el funcionamiento de un sistema a unos fines determinados"* (Tobar. 1999).

Esta actividad compete a los tres poderes del Estado, ya que la regulación puede ejercerse mediante la aprobación y sanción de una ley, la ejecución de actividades fiscalizadoras o bien mediante la represión penal de los comportamientos inaceptables.

Si nos atenemos a la dimensión fundamentalmente económica de la regulación, señalaremos que se trata de un conjunto de normas y leyes dictadas por el Estado (independientes de las propias reglas de juego del mercado) que constituyen el marco en que se inscribe la actividad de los sujetos económicos. En tal sentido, la regulación incluye aspectos tales como la defensa de la competencia, la evitación de prácticas monopólicas, o el aseguramiento de mecanismos de transparencia de la información para paliar la asimetría entre el oferente de bienes y/o servicios y el consumidor/usuario de los mismos.

Visto a través del lente de la teoría económica clásica, la regulación es entendida como una restricción gubernamental artificial sobre actividades económicas naturalmente libres. Se diferencian entonces : a) Un enfoque menos intervencionista (de cuño liberal) que propone a la regulación como una actividad destinada a corregir las fallas de mercado; b) Un enfoque más directivo en el cual el Estado emplea su poder como regulador para estimular cierto tipo de servicios; c) Un enfoque más intervencionista o prescriptivo en el cual el estado por sí mismo regula lo que debe o no ser ofrecido en el mercado.

En un enfoque completamente opuesto la regulación se define en los términos de bienes sociales o valores normativos que influyen sobre ciertos tipos de actividad económica. En este enfoque, los valores normativos son el punto de partida y el principal interés mientras que la eficiencia económica ocupa un segundo lugar de importancia. Selznick fue un precursor durante los años '50 del nuevo enfoque predominante de la regulación definiéndola como *"el control focalizado y sostenido, ejercido por una agencia del estado sobre actividades que son socialmente valiosas"* (Ferreiro Yazigui. 2001).

Dado que el problema de la regulación y desregulación de los procesos económicos y sociales ha sido colocado en la agenda de discusión para

considerar el rol que debe cumplir el sector estatal y el privado, recientes enfoques (Stark, 2001) han concebido a la regulación *“como un conjunto de prácticas y reglamentaciones mediante las cuales el gobierno modifica u orienta la conducta y/o la estructura de una industria o servicio público o privado, con el objetivo de: a) minimizar costos de transacción asociados a factores institucionales; b) aumentar la eficiencia y la equidad de los mercados, alineándolos con el interés social”*.

En similar línea de análisis, Chang (1992) define a la regulación como *“la actividad del gobierno que afecta directamente el comportamiento de los actores del sector privado, con el fin de alinearlos con el interés público”*. Esta definición, no obstante, omite aspectos importantes tales como aquel tipo de regulación que ejercen sectores privados o bien aquella generada desde y hacia agencias del Estado.

Desde esta perspectiva, la regulación es concebida, entonces, como un hecho eminentemente político, en la cual se expresan ideas y valores que sustentan quienes ejercen y/o legitiman dicha actividad.

En síntesis, para el caso de las EMP, dos visiones netamente diferenciadas pueden ser identificadas:

- a) El modelo de regulación puede consistir en ajustar el funcionamiento del subsistema de la medicina prepaga a los objetivos de salud pública del país, y se considerarán “fallas” a todo aquello que constituya un impedimento para la consecución de tales objetivos sanitarios.
- b) El modelo de regulación puede responder a criterios exclusivamente económicos, tales como la apertura del mercado de capitales, la defensa de la libre competencia, la garantía de solvencia financiera y patrimonial de las empresas prestadoras.

Por todo lo expuesto y en función de los fines del presente trabajo, adoptaremos la siguiente definición del concepto de la regulación sanitaria: *Intervención pública por la que se establecen las condiciones del mercado de las prestaciones sanitarias, con el objeto de medir y controlar la entrada a dicho mercado, o controlar el comportamiento de las entidades, mediante el establecimiento de disposiciones adecuadas y la vigilancia de su cumplimiento (reglas de juego ciertas estables y garantizadas). Se pretende, además de garantizar la solvencia financiera y estándares de calidad asistencial y administrativa, el cumplimiento de objetivos de eficiencia y equidad, tratando de influir sobre el proceso de asignación, organización y distribución de los recursos y productos, compensando así las ineficiencias e inequidades del mercado (Rubio Cebrián. 2000).*

2.2. Antecedentes regulatorios

Señalaremos a continuación una sucinta revisión de los principales antecedentes que permiten contextualizar el proceso regulatorio que hoy sometemos a análisis y observación.

Hasta el año 1980 se hallaban bajo la órbita regulatoria de aquellas instituciones que regulaban cualquier otro tipo de emprendimiento comercial, tales como la Inspección General de Personas Jurídicas, la Dirección Nacional

de Recaudación Previsional, la Dirección General Impositiva. El Ministerio de Salud o la Municipalidad local regulaban específicamente la habilitación y control de instalaciones en caso de que el prepago tuviera efectores propios.

Año 1980 :

- En su Resolución 2181, la ex Secretaría de Comercio y Negociaciones Económicas establece las condiciones que deben registrarse en los contratos, referidas a: a) carácter individual y colectivo de los convenios, b) forma de pago de las primas y reintegros, c) porcentaje de descuentos sobre medicamentos y requisitos para mantenerlos, d) formas de recibir las prestaciones (credencial identificatoria, detalle de coseguros), e) documentación administrativa para acceder a los servicios y normas para solicitar la atención de urgencia, ambulancia o incubadora); f) Formas de pago y reintegros (cuotas mensuales, pérdida de la condición de afiliado, montos y topes de los reintegros).

Año 1984 :

- La Secretaría de Comercio congela los precios para ciertos bienes y servicios entre los cuales figuraba la medicina prepaga.

Año 1986 :

- Se crea en el ámbito de la Secretaría de Comercio una comisión mixta con representantes del sector, y se firma el Acta Acuerdo Nro 6 (Anexo A y B) iniciando el período de precios administrados para el sector. Se trataba de un enfoque econométrico que actualizaba periódicamente y de acuerdo a una fórmula polinómica los precios de cuotas y beneficios.

Año 1989 :

- Se promulga la Ley 23.661 del Seguro Nacional de Salud, que excluye a la medicina prepaga de efectuar contratos de servicios con la Seguridad Social (art. 29 inc. e).

Año 1993 :

- El Estado Nacional propone incluir la medicina prepaga bajo el control de la Superintendencia de Seguros de la Nación. Este proyecto fue fuertemente cuestionado por las Cámaras de medicina prepaga, abandonándose finalmente la propuesta.
- Se sanciona la Ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor que consagra varios derechos que son innovadores o no estaban previstos con anterioridad, tales como el deber de información, obligaciones relativas a la publicidad de los servicios, obligaciones relativas al cumplimiento de los servicios y consideraciones acerca de las cláusulas abusivas que no deben figurar en los contratos.

Año 1996 :

- El Poder Legislativo sanciona la Ley 24.754 que obliga a las EMP a cumplir con las Prestaciones Médicas Obligatorias (PMO). La medicina prepaga objeta la ley argumentando que, a diferencia de las obras sociales, dicha medicina es un contrato individual que no incluye el principio de solidaridad, no está exenta de impuestos y no tiene financiación estatal, en alusión al Fondo de Redistribución de la ANSSal. Se trata el tema en sede judicial, presentándose recursos de amparo para dejar sin efecto la aplicación de la ley.

Año 1997:

- El Ministerio de Salud y Acción Social instituye una Comisión Intersectorial cuyo objetivo era la elaboración de un proyecto de ley de regulación de Medicina Prepaga. Esta Comisión definió cuáles debían ser los tres componentes básicos en la regulación de la medicina prepaga:
 1. Compromisos de riesgo médico que asumen las empresas.
 2. Calidad de la infraestructura material y técnica de los prestadores.
 3. Transparencia de los planes de salud, sin cláusulas contractuales abusivas para el consumidor.

Finalmente, el Poder Ejecutivo Nacional elevó a la Honorable Cámara de Senadores un proyecto de Regulación de la Medicina Prepaga, junto a un proyecto de Desregulación de las Obras Sociales de Personal de Dirección.

Año 1998 :

- La Secretaría de Comercio Interior, recomendó a las empresas modificar los reglamentos de cobertura médica, eliminando cláusulas que para la Ley de defensa del consumidor podían considerarse abusivas. En diciembre de ese año, el Congreso Nacional sancionó la Ley 25.063 incluyendo a la Medicina Prepaga dentro del Impuesto al Valor Agregado (IVA), con una alícuota del 10.5%. El PEN dispuso la promulgación parcial de la Ley 25.063, mediante el Decreto 1.517/98 vetando parcialmente el proyecto de ley sancionado por entendió así que la medicina prepaga quedaba de esta forma con una alícuota del IVA del 21%. Numerosas presentaciones en la Justicia de las empresas del sector y la Asociación de Consumidores y Usuarios solicitaron acciones de amparo argumentando la inconstitucionalidad del veto parcial. Más de 160 fallos judiciales otorgaron medidas cautelares a los usuarios y empresas del sector privado de salud. Las EMP consideran que se ven muy perjudicados porque este sector nunca ha gozado de subsidios del Estado sino por el contrario debe tributar impuestos a los ingresos brutos, impuesto a las ganancias, impuesto a los activos y desde 1999 el impuesto al valor agregado.

Año 2000 :

- Se establece el PMO mediante la Resolución 939 del Ministerio de Salud.
- Si bien no se trata de normativa sectorial específica, debe citarse también la Ley 19550 de Sociedades Comerciales y la Ley de Defensa del Consumidor

Nro. 24240, así como la Resolución 9/2004 que promulgada por la Secretaría de Defensa del Consumidor trata sobre la protección del usuario ante las cláusulas abusivas.

Año 2002:

- Se establece, como medida prioritaria a cumplir mientras subsista la situación de emergencia sanitaria establecida por el Decreto 496 /2001, la definición de las prestaciones básicas esenciales comprendidas en la emergencia sanitaria.

De acuerdo a la revisión efectuada, se advierte que son diversas los organismos de regulación que tienen ingerencia sobre la actividad de las EMP: Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Economía, Superintendencia de Servicios de Salud, Subsecretaría de Defensa de los Derechos del Consumidor, Dirección de Defensa del Consumidor de las municipalidades, Inspección General de Personas Jurídicas, entre otros.

En lo que hace al poder legislativo nacional entre 1994 y 2000 se presentaron en el parlamento un total de 35 (treinta y cinco) proyectos: veintiséis tuvieron origen en la Cámara de Diputados, y nueve en la Cámara de Senadores, uno de los cuales correspondía al Poder Ejecutivo. Sus elementos esenciales se exponen a continuación:

REGULACION DE ENTIDADES Y/O ACTIVIDADES DE MEDICINA PREPAGA
Proyectos de Ley

CAT.OPP/CAG/2005-18

Expte	Cámara de Inicio	FECHA	Título	Síntesis	Firmantes	Distrito	Bloque	Publicación
1522-S-94	Senado	1994	Reglamentación de los Sistemas de Medicina Prepaga	Creación de la Superintendencia de Prestaciones Prepagas; atribuciones; contratos con los asociados; requisitos, cláusulas prohibidas; duración; infracción, sanciones y multas	Molina	Santa Cruz	PJ	DAE 124
S/D	Diputados	1995	Creación de la Comisión Nacional de Control y Regulación de Medicina Prepaga.	Objetivos y funciones; integración y funciones del Directorio; incompatibilidad de cargos; control de la Comisión por parte de la Sindicatura General de la Nación; registro para las entidades de Medicina Prepaga y análogas; sanciones.	Aremendáriz, Peralta	Buenos Aires Chubut	UCR	TP 91
2024-D-95	Diputados	1995	Autoridad regulatoria de las Entidades de Medicina Prepaga	Creación en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social; autarquía; objetivos; funciones, deberes y atribuciones; canon de fiscalización y control; directorio; recursos; jurisdicción; resoluciones.	Bullrich	Capital Federal	PJ	TP 63
4982-D-95	Diputados	1995	Sindicatura de Entidades de Medicina prepaga (SINENMEPA)	Creación en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social; integración ; atribuciones.	Gazia	La Pampa	PJ	TP 16
S/D	Diputados	1995	Régimen para la regulación de entidades de Medicina Prepaga	Creación del Ente de Regulación de entidades de Medicina Prepaga (ERMEP); funciones, integración, funcionamiento; Plan Mínimo de Cobertura; Presupuesto;Control	Pellín	Neuquén	M. Pop. Neuquino	TP 135

3 ó 5856- D-95	Diput ados	1 9 9 5	Creación de la Comisión de Control de Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de Aseguradoras de Salud, de Administradoras de la Seguridad Social y Sistemas Análogos (COCEMEP) en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social	Creación del Registro Unico Nacional de la COCEMEP; objetivos; competencia; financiamiento; sanciones; autoridades.	Corchuel o Blasco	Chubut	PJ	TP 131
2761- D-95	Diput ados	1 9 9 5	Creación del sistema básico de regulación del funcionamiento de las empresas y entidades que se dediquen a la prestación de salud prepaga	Autoridad de control y aplicación: Ministerio de Salud y Acción Social; creación de la Dirección Nacional de Fiscalización y control de prestaciones prepagas de salud: facultades sancionatorias, asuntos de su competencia, recursos; contratos entre prestadores y consumidor; obligación de cubrir tratamientos de enfermos de SIDA por parte de los planes de servicio de cobertura integral; caducidad del contrato; adecuación de las actuales prestadoras de salud al nuevo sistema.	Ortiz Maldona do	Buenos Aires	UCR	TP 88
5297- D-96	Diput ados	1 9 9 6	Régimen para las operaciones de medicina prepaga o de seguros de medicina prepaga, derechos y obligaciones	Registro nacional de prestadores de medicina prepaga (EMP); contrato de medicina prepaga; organismo de control y aplicación; creación en el ámbito de la Secretaría de Comercio dependiente del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos de la Nación de la Superintendencia Nacional de Prestaciones Prepagas de Servicios Médicos (SUNAPRE), integración, funciones; órgano asesor: integración, funciones; sanciones; financiamiento; disposición transitoria.	Melogno	Chubut	PJ	TP 144
825- D-96	Diput ados	1 9 9 6	Registro Nacional de Afiliados	Características del registro. Obligaciones de las Empresas. Financiamiento. Incumplimiento. Sanciones.	González Gaviola	Mendoz a	PJ	18

S/D	Diputados	1996	Creación del Sistema Nacional de Salud con los alcances de un Seguro Social	Ambito de aplicación; beneficiarios; autoridad de aplicación; Ministerio de Salud a través de la ANSSAL; administración; agentes; Hospital público de autogestión (HPA); medicina privada, creación de la Superintendencia Nacional de Medicina Prepaga; financiación; Sistema Unico de Seguridad Social (SUSS); prestadores; estructuras prestacionales integrales (EPI); programa de prestaciones básicas obligatorias (PBO); Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; jurisdicción; infracciones y penalidades; participación de las provincias y la Capital Federal; derogación de la ley 23.661	Alarcia Casari de Alarcia Bizzotto Martinez Escalante Veramendi Domínguez Aban de Abalos Gazia Rubini Herrera Arias Rivadera	Córdoba Córdoba Santa Fe Buenos Aires Corrientes Buenos Aires Capital Federal Salta La Pampa Buenos Aires S. del Estero La Rioja	PJ	TP 84
2440-S-96	Sena do	1996	Régimen de Prestadores de Servicios de Medicina Prepaga	Ambito de aplicación; objeto; Creación de la Superintendencia de Prepagos Médicos; funciones y atribuciones; integración; contratos con los consumidores	Martinez Almudev ar	La Pampa	PJ	DA E 159

1312-D-97	Diputados	1997	Creación de la Comisión de Control de Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de Aseguradoras de Salud, de Administradoras de la Seguridad Social y Sistemas Análogos (COCEMEP) en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social	Creación y objetivos de la Comisión. Registro de entidades de medicina prepaga. Financiamiento de la Comisión. Autoridades de la Comisión. Sanciones.	Corchuelo Blasco	Chubut	PJ	TP
0383-PE-97	Senado	1997	Régimen para la empresas de medicina prepaga	Definiciones, actividades comprendidas, contratos, prestación de servicios, patrimonio neto, infracción y sanciones	Menem Rodriguez Mazza	La Rioja	PJ	DAE 76
1190-D-98	Diputados	1998	Creación del Sistema Nacional de Salud con los alcances de un Seguro Social	Reproducción del Expte 1190-D-98	Alarcia	Córdoba	PJ	TP 84
0007-D-98	Diputados	1998	Régimen para las operaciones de medicina prepaga o de seguros de medicina prepaga, derechos y obligaciones	Reproducción del Expte 5297-D-96	Melogno	Chubut	PJ	TP 1
3045-D-96	Diputados	1998	Creación de la Comisión Nacional de Regulación de las Prestaciones Privadas de Servicios de Salud	Objetivos; autarquía; funciones; integración; auditoría; órbita de aplicación.	Guevara Storani	Capital Federal Buenos Aires	UCR	TP 64
0112-S-98	Senado	1998	Régimen de Prestadores de Servicios de Medicina Prepaga	Reproducción del Expediente 2440-D-96	Martinez Almudevar	La Pampa	PJ	DAE 7

7171-D-98	Diputados	1998	Regimen para el contralor de calidad y eficiencia de los servicios médicos que brindan las empresas de medicina prepaga	Régimen de asistencia mínima obligatoria (PMO); medicina prepaga; efectores; usuarios; funciones de la superintendencia de servicios de salud; sanciones; publicidad.	Santander	La Rioja	PJ	TP 171
4648-D-99	Diputados	1999	Régimen para las organizaciones de medicina prepaga		Godoy	Misiones	PJ	S/D
1495-S-99	Senado	1999	S/D	Determinación de entidades. Cláusulas contractuales. Derechos y obligaciones de usuarios y prestadores. Régimen de carencias. Reserva técnica. Patrimonio neto. Financiamiento de la autoridad de aplicación. Fondo de Garantía de las Prestaciones de Salud	Salum	Jujuy	PJ	DAE 89/99
1732-S-99	Senado	1999	S/D	Entidades de medicina prepaga. Exclusividad del objeto social. Patrimonio neto. Autoridad de aplicación. Cláusulas contractuales. Listado de prestadores. Régimen de carencias. Reintegro de prestaciones al Hospital Público.	Cafiero	Buenos Aires	PJ	DAE 106/99
3391-D-00	Diputados	2000	Creación de la Comisión de Control de Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de Aseguradoras de Salud, de Administradoras de la Seguridad Social y Sistemas Análogos (COCEMEP) en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social	Reproducción del Expte 1312-D-97	Corchuelo Blasco	Chubut	PJ	S/D

4429-D-00	Diputados	2 0 0 0	Regulación y fiscalización del sistema solidario de salud y de las actividades de las entidades de medicina prepaga	Entidades de Medicina Prepaga. Derechos y obligaciones. Contrato de Medicina Prepaga. Organismo de control y aplicación. Organo asesor. Sanciones. Financiamiento.	Guevara	Capital Federal	UCR	S/D
5685-D-00	Diputados	2 0 0 0	S/D	Derechos y obligaciones de las entidades de medicina prepaga. Autoridad de aplicación. Tipos de planes. Solvencia económico-financiera. Cláusulas contractuales. Precio de los contratos. Requisitos de prestadores. Cumplimiento de requisitos ante la autoridad de aplicación. Registro de entidades prepagas. Infracciones y sanciones. Procedimientos a seguir en caso de quiebras,	Camaño Valdovinos Corchuelo Blasco Pampuro	S/D	S/D	S/D
3185-D-00	Diputados	2 0 0 0	Ley de libre contratación entre los prestadores y las Obras Sociales	S/D	Soñez	Entre Ríos	FREP ASO	183
4429-D-00	Diputados	2 0 0 0	Regulación y fiscalización del sistema solidario de salud y de las actividades de las entidades de medicina prepaga	Objeto social de las entidades de medicina prepaga. Tipo de Plan. Cumplimiento del PMO. Cláusulas contractuales. Listado de prestadores. Obligaciones ante la autoridad de aplicación. Solvencia económico-financiera. Registro de entidades. Infracciones. Financiamiento de la autoridad de aplicación. Fondo de Garantía de las Prestaciones.	Guevara Farizano Espínola Pernasetti Cambour Cafiero	S/D	S/D	S/D

S/D: En algunos casos refiere a la carencia de información. En otros, como título y síntesis, no implica que no se dispone del proyecto para el análisis correspondiente, sino que no se dispone de la información oficial al respecto (Los proyectos se titulan y se sintetizan a los fines de la publicación en los órganos oficiales de difusión de las Cámaras, pero en si mismos no contienen ninguno de los dos elementos)

En lo que hace a leyes provinciales hasta el momento sólo la Provincia de Chaco cuenta con una Ley aprobada de Regulación de la Medicina Prepaga.

La Ley 4.606, sancionada el día 2 de junio de 1999 y publicada el 14 de julio del mismo año en el Boletín Oficial bajo la denominación **Entidades de Medicina Prepaga**, consta de 18 (dieciocho) artículos cuyo contenido es el siguiente: a) Determinación de entidades; b) Registro; c) Régimen jurídico; d) Tipos de planes; e) Cláusulas contractuales; f) Régimen de carencias; g) Listado de prestadores; h) Reintegro de prestaciones brindadas a establecimientos del sector público; i) Listado de prestadores; j) Autoridad de aplicación; k) Infracciones y sanciones.

La Ley se asemeja, en la estructura y el contenido de los artículos que lo componen, al Proyecto elevado oportunamente por el Poder Ejecutivo a la Cámara de Senadores de la Nación, orientado a resguardar los derechos de los usuarios a través del establecimiento de normas que definan las cláusulas contractuales que vinculen a los mismos con las empresas prestadoras.

Varios aspectos son dignos de remarcar en esta ley:

- Las entidades de medicina prepaga se definen de acuerdo con el modelo de seguro tradicional de tipo indemnizatorio, ya que se las definen como “aquellas que se obligan, aún en forma accesorio, al reembolso de las sumas abonadas por el usuario en su atención médica”.
- No se establece la fijación de ningún paquete de prestaciones básicas a ser incluido en el Plan.
- Las EMP estarán obligadas a abonar las prestaciones comprendidas en el Plan brindadas a los usuarios por cualquiera de los establecimientos sanitarios que integran la red de servicios asistenciales dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco.
- La autoridad de aplicación de la ley es el Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco, en cuyo ámbito se establecerá el registro de entidades de medicina prepaga.
- Dicha autoridad de aplicación está facultada para arancelar los servicios brindados a las EMP y fijar el destino de los fondos que por tal concepto se recauden, así como para delegar la fiscalización del cumplimiento de la ley.

Dimensiones de la regulación

La revisión completa de todos los Anteproyectos de ley presentados en ambas Cámaras permitió identificar las principales dimensiones y contenidos bajo regulación. Asimismo, plantear elementos para una caracterización de los mismos según el énfasis diferencial que se le otorga a alguna de las dimensiones y contenidos identificados.

La concepción regulatoria encarada sobre las EMP puede ser ordenada de acuerdo a las siguientes preguntas fundamentales: Qué regular?; A quién/es se regula?; Por qué regular?; Quién regula?; Dónde regular?

Un repaso a las relaciones posibles que surgen de tales preguntas permitirá inferir cuál es la orientación ideológica que le imprime identidad a cada uno de los proyectos analizados.

a) Qué regular?

Uno de los principales escollos que se encuentran a la hora de redactar el contenido de los proyectos regulatorios es la carencia casi absoluta de un marco conceptual que permita orientar la toma de decisiones acerca de la regulación, tanto en sus características como a las condiciones y requisitos que impone.

Probablemente dicha situación se haya generado en la falta de interés que han tenido los sectores académicos por este subsector sanitario, pues los esfuerzos se han abocado casi con exclusividad al sector público y, en parte, al de la seguridad social.

Tal grado de profundidad adquiere este vacío conceptual que no se cuenta con una definición específica de la actividad. Por otra parte se pueden ensayar múltiples definiciones pero todas ellas presentan numerosos problemas, tal como se expone en el punto 4.4.3.1.

Además de los reseñados, en una serie de proyectos se resolvió la cuestión apelando al recurso de dejar sin definir el punto, tal como en los casos de los proyectos presentados por los diputados Corchuelo Blasco y Bullrich.

Las categorías fundamentales para evaluar la orientación del proyecto regulatorio son: ***Entes sujetos a regulación, Exclusividad del objeto social; Definición del Plan.***

b) A quién/es se regula?

Se incluyen aquí aquellos contenidos regulatorios vinculados con la determinación de los derechos y las obligaciones de dos términos en la relación : a) Los usuarios o consumidores de servicios de salud; b) Las entidades de medicina prepaga.

Uno de los aspectos más importantes que deben ser tomados en cuenta aquí es el contenido de las cláusulas contractuales que se focalizan principalmente en asegurar la transparencia de las normas contractuales, o bien se proponen más explícitamente la protección del usuario, entendiendo la misma como establecer normas que explícitamente lo defiendan, ya sea por su edad avanzada, por tener una patología preexistente, por ser un neonato con patología congénita, etc.

En relación con el rol que se le asigna a los usuarios, los anteproyectos se diferencian de acuerdo a la orientación ideológica en:

- Aquellas que se centran en los aspectos formales y de procedimiento que garantizarían la transparencia de la relación contractual, pero no avanzando en la legislación sobre los contenidos que deben ser incluidos en el mismo para proteger los derechos del usuario;

- Aquellos otros que, dado el mayor desvalimiento en que se encuentra el usuario, establecen como objetivo principal la definición de normas protectoras para evitar cláusulas abusivas que lesionen los fundamentos básicos que deben regir la relación entre las partes contratantes.

Pero gran parte de los proyectos consultados se refieren casi con exclusividad a la regulación de la actividad empresarial, sin consideración alguna a la perspectiva del consumidor en el mercado, y por consecuencia sin previsiones en materia de cláusulas abusivas y control de contenido.

Las categorías fundamentales de este punto, útiles para evaluar la orientación del proyecto regulatorio son: ***Entes sujetos a regulación, Obligaciones ante la autoridad de aplicación.***

c) Por qué regular?

Todos los proyectos analizados incorporan los fundamentos que justificarían la sanción de una ley que regule el ejercicio de la medicina prepaga. Pueden tomarse dichos fundamentos como base para caracterizar el marco ideológico de cada iniciativa, aún cuando ello deba complementarse con la lectura de los artículos que componen cada proyecto. En el proyecto de Bullrich (2024-D-95) se establecen incluso cuáles son las opciones regulatorias y se adopta posición por una de las descriptas.

La regulación estatal de la actividad de las EMP puede ser diferenciada según imperen alguna de las dos concepciones principales que han sido identificadas:

- *El sector de las prepagas se concibe como parte integrante del subsistema de salud y, en tanto tal, el proyecto de regulación es la materialización de una política de salud.*

Se trata de aquellos proyectos que reflejan una visión más global, en la cual el Estado debe supervisar el ejercicio de las EMPs porque integran de manera importante el sistema de servicios de salud. Sus acciones, sus resultados y su relación con los restantes subsectores son temas que deben caer entonces necesariamente bajo la órbita regulatoria del Estado. En tal sentido, resulta importante especificar cuál será la actuación de la autoridad de aplicación, y cuáles serán las obligaciones de las empresas ante la misma: por ejemplo, presentación de planes para su aprobación, contribuciones al sostenimiento de la agencia regulatoria, obligación de inscribirse en el registro habilitado oficialmente por la misma, cumplimiento de las leyes y normativas generales que vinculan al subsector de la medicina prepaga con los restantes subsectores del sistema de salud.

Aquí aparece la necesidad de mitigar algunas externalidades negativas tales como subsidios indirectos del sector público al privado al atender en el Hospital público a población cubierta por este subsector.

Desde este enfoque, la ley debería centrarse en el establecimiento de un marco regulatorio que especifique cuáles deben ser las obligaciones de las empresas ante la autoridad de aplicación, habida cuenta del rol que cumplen como parte integrante del sistema de salud. No solamente se concibe la necesidad de intervenir sobre el sector específico sujeto a regulación sino también por los efectos deseados o indeseados que el mismo podría generar sobre los otros subsectores: el público y el de la Seguridad Social. Son proyectos que hacen de la regulación sanitaria el

centro de la cuestión Son proyectos que hacen de la regulación sanitaria el centro de la cuestión (Ver Proyecto de Ley de Alarcia y otros. TP 84/1996).

- *Se concibe a las EMP como sumatoria de entidades, en la cual no aparecen explicitadas las relaciones con los restantes subsectores del Sistema de Salud y tampoco se indica cómo actuar en las interrelaciones más comunes entre los mismos.*

Se incluyen aquí aquellos proyectos que regulan el sector en tanto que es parte de la economía formal y conciben a las entidades como un conjunto de emprendimientos privados dirigidos a brindar servicios de salud a personas con capacidad de pago. Se trata de una regulación cuyo sesgo es fundamentalmente de naturaleza económica, y en la cual se destacan los beneficios en términos de una disminución en los niveles de litigiosidad actualmente existentes. (Proyecto de Ley del Diputado Melogno –Expte.007/1998).

Esta relación, si bien involucra una prestación asistencial o de salud, está mediatizada por una relación contractual que la sitúa en la órbita del Derecho comercial. La asimetría ínsita en la relación entre prestadores y usuarios justifica la intervención del Estado para establecer un control en defensa de la parte más débil, promover la mayor transparencia en el mercado y estimular la competencia entre los oferentes de servicios. En la mayoría de estos proyectos de ley se señala la necesidad de no coartar las pautas de libertad económica en las cuales se ha desarrollado el subsector (ver Proyecto Galland, D-236-01) e incluso se señala en algunos proyectos que no es intención del mismo regular el subsistema, pues, citando al entonces Secretario de Salud, se menciona que *“la competencia evita que las empresas se abusen del afiliado”* (ver Proyecto Corchuelo Blasco- 3856-D-95).

Las categorías fundamentales para evaluar la orientación del proyecto regulatorio son: ***Definición del Plan, Cláusulas contractuales, Obligaciones ante la autoridad de aplicación.***

d) Quién regula?

Asimismo, en la medida que para operar las entidades prestadoras deben ser habilitadas, supervisadas y/o fiscalizadas por los organismos competentes del Sector Salud, otro aspecto importante a considerar son las obligaciones ante la autoridad de aplicación y los requisitos de solvencia económico-financiera de las compañías.

Se trata de identificar aquí cuál es el organismo que se desempeñará como autoridad de aplicación y cuáles deben ser sus competencias, su composición y el área de influencia de su accionar.

En este caso, no caben dudas de que la principal responsabilidad regulatoria recae en el Estado.

Los artículos que lo conforman hacen fundamentalmente hincapié en el diseño del ente gubernamental que se ocupará de controlar y fiscalizar la gestión de las EMP. En general, no regulan directamente sino que apuntan a perfeccionar la burocracia con el fin de hacer de ella una maquinaria adecuada para generar una futura regulación del sector. La transparencia en la elección de la autoridad, la equitativa representación de todos los sectores involucrados en el tema, la reglamentación de los mecanismos de toma de decisión, etc. supuestamente asegurarían que el

accionar de la institución fuera justo y equitativo. En este punto debe resaltarse la insistencia con la que en varios proyectos se estipula que en los entes reguladores debe haber representación de las EMP, formando parte de su Directorio, por ejemplo, lo que daría lugar a que sean los propios regulados los que regulen.

Aquí es posible diferenciar dos subtipos, de acuerdo a si esta función de contralor sea ejercida directamente por un organismo gubernamental (Proyectos de Ley del diputado Gazia - Expte. 4982/1995 y de los diputados Storani/Guevara - Expte. 3045/96) o si el ejercicio de dicha función es tercerizado (Proyecto de Ley de Martínez Almudevar - Expte. 2440-S-96).

Deben incluirse también aquí toda especificación acerca de los canales institucionales mediante los cuales puede hacerse efectiva la participación de los usuarios en el control y/o evaluación de los servicios de salud, y que exceden el contenido expreso que debería figurar en las cláusulas contractuales.

Podrían quedar comprendidos aspectos tales como la representación de los mismos en los órganos consultivos de la autoridad de aplicación, la regulación de la publicidad o el tratamiento que puede otorgársele a las quejas y demandas de los usuarios, temas que no aparecen descritos en ninguno de los anteproyectos revisados.

Las categorías fundamentales son: ***Autoridad de aplicación, Solvencia económico-financiera de las entidades.***

- **Dónde regular?**

Todos los proyectos analizados, al ser elevados para su sanción en el orden nacional, no dispondrían de un ámbito territorial específico para su aplicación, dado que la atención de la salud no es una facultad delegada por los Estados Provinciales al Estado Nacional. Sin embargo, son escasísimos los proyectos que, en sus fundamentos o bien en su articulado, incluyan alguna consideración relativa a este aspecto.

Una excepción a esto puede señalarse en el proyecto de creación de la Comisión de Control de la Calidad y Eficiencia de la Medicina Prepaga, de aseguradoras de salud, de administradoras de la Seguridad Social y sistemas análogos (COCEMEP) que, en su artículo 14º invita a las jurisdicciones *"para que adhieran a dicha ley o sancionen a través de sus propias legislaturas leyes similares a la presente"* (ver Proyecto Corchuelo Blasco 5856-D-95). Asimismo, en los fundamentos del Proyecto Oviedo (S-112-04) se indica expresamente que *"las cuestiones de procedimiento y ejecución quedan en la competencia de cada provincia y la ciudad de Buenos Aires, pero que los beneficios que otorga la adhesión a la presente hará que prácticamente no exista entidad de medicina privada que no adhiera a la misma"*.

Referencias bibliográficas

- Adamo, M.T.; Schuffer, M.; Prece, G. (1994) Servicios de Salud: elección, uso y satisfacción. Centro de Investigación Social Aplicada. Medicina y Sociedad. Buenos Aires.
- Ahuad, A.; Paganelli, A.; Palmeyro, A. (1999) *Medicina Prepaga. Historia y futuro.....* Ediciones ISALUD. Buenos Aires
- Banco Mundial (2002). El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento Nro. 77.
- Belmartino, S.; Bloch, C. (1993) El Sector Salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985. OPS/OMS. Nro. 40. 1994.
- Belmartino, S.; Bloch, C. (1993) La Medicina Pre-Paga en Argentina; su desarrollo desde los sesenta. *Cuadernos Medico Sociales* N° 64 . Rosario. Santa Fe.
- Chang, Ha Joon. (1992) Public enterprises in developing countries and economic efficiency. UNCTAD. Ginebra.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. (2002). Sin compasión y sin ley. Boletín virtual. Website. 2002.
- Ferreiro Yazigui. (2001). Marco conceptual para la regulación de las ISAPRES y el Sector Salud. Informe Nro. 74. Asuntos Públicos.
- Katz, Jorge; Muñoz, Alberto. (1998). Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. CEAL-CEPAL. Buenos Aires.
- Mera, Jorge; Bello, Julio. (2003). Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción. OPS.
- Montes, M. (1998) *El Mercado de la Salud en Argentina antes de la Gran Reforma*. Fundación J.R. Villavicencio. Mimeo
- Rubio Cebrián, Santiago. (2000) Glosario de planificación y economía sanitaria. Edit. Díaz de Santos. Madrid..
- Stark, Carlos. (2001). Regulación, agencias reguladoras e innovación de la gestión pública en América Latina. En: Spink, P; et al. Nueva gestión pública y regulación en América Latina. Balances y desafíos. CLAD. Caracas.
- Tafari, Roberto. (1997). Los riesgos de la desregulación sin apertura. En: Medicina y Sociedad. Año XX. Vol. 20. N° 1.
- Tobar, Federico. (1999). Tendencias en la regulación de planes de medicina prepaga. Jurisprudencia Argentina. Buenos Aires.
- Towers, Perrins, Marcú y asociados. (1999) Informe sobre el proyecto de encuadramiento de las prepagas en el régimen normativo específico. Buenos Aires. Mimeo.
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. Lancet. I. 1179-90.
- Vassallo, C. (2002). La relación fiscal Nación-provincias y su impacto en salud. En: AES. El federalismo fiscal y sanitario: avances y tendencias. Buenos Aires.

Vassallo, C. y Báscolo, E. (2001). De la fragmentación institucional a la integración del sector salud. SIEMPRO. Serie Documentos de Trabajo Nro 8.