

## **EL SUBSECTOR PRIVADO, LAS EMPRESAS DE PREPAGO Y LA ATENCIÓN MÉDICA**

*Horacio Luis Barragán  
Oscar Alfredo Ojea*

### **1.- El subsector privado tiene una gran dinámica**

*Horacio Luis Barragán*

El subsector privado de AM tiene alrededor del 31% de las camas de internación y produce más del 44% de los egresos. Para la asistencia ambulatoria dispone de una amplia estructura que se inicia en los consultorios individuales de médicos, odontólogos, laboratorios bioquímicos, centros de diagnóstico por imagen y gabinetes técnicos. En las visitas domiciliarias, que tienden a disminuir y en las emergencias y traslados, que aumentan, prevalece lo privado. El subsector estatal sólo atiende a domicilio las emergencias.

La dependencia de los efectores privados está atomizada por su propiedad individual o grupal. Las empresas de AM en las grandes ciudades tienden a configurar redes con varios establecimientos.

Según su objetivo el subsector privado tiene efectores: a) **sin fines de lucro**, de fundaciones, sociedades de beneficencia u hospitales comunitarios; b) **basados en el trabajo profesional** que se centran en los honorarios volcando el producido de aranceles sanatoriales a la reinversión; c) **con fines lucrativos** que sin perjuicio de honorarios y reinversiones buscan ganancia empresaria.

Pueden clasificarse también, según su complejidad. Los efectores privados de alta complejidad que tienden a incorporar docencia de postgrado y residencias, sin perjuicio de la consulta externa dentro de sus propias paredes tienden a descentralizarse. Las de mediana y baja complejidad dependen más de los consultorios privados que son su puerta de entrada.

Se clasifican según asistan pacientes agudos o crónicos, y den prestaciones generales o especializadas. En la década de 1980, en que las OOSS cubrían prestaciones para crónicos, se expandieron centros psiquiátricos y para discapacitados. En las grandes ciudades proliferaron los establecimientos geriátricos, gerontopsiquiátricos, hospitales de día y centros de atención ambulatorios para pacientes psiquiátricos, y los centros para cobertura de discapacitados mentales. En este último rubro una obra meritoria es de las instituciones privadas sin fines de lucro, incluyendo asociaciones de padres, que tienden al cuidado y a la rehabilitación de los pacientes.

Una clasificación final es la relacionada con la calidad de las prestaciones. La buena y la mala calidad no se distribuyen por subsectores sino dentro de los subsectores mismos. Así hay buenos y malos prestadores en el ámbito estatal y en el privado, toda vez que dependen de la formación y actitud profesional que actúa en ambos.

La financiación del subsector privado se basa en la cobertura de las OOSS, los distintos seguros y en el pago directo de los pacientes.

Las OOSS, por casi medio siglo, financiaron al subsector privado en base a pagos “por prestación”. A partir de la Ley 19.710 se admitió el pago por capitación y por cartera fija, es decir por número de beneficiarios inscriptos en un listado sin considerar las prestaciones que demandan. En la capitación o cartera fija se excluían las prestaciones de “alta complejidad”. Esta modalidad, resistida por el subsector, prevaleció con el desarrollo del PAMI que contrata la mayoría de sus prestaciones por este mecanismo, ya sea en forma directa con los prestadores (Capital Federal y Conurbano) o con las instituciones que los agrupan (resto de jurisdicciones y áreas aisladas).

## 2.- El subsector privado, en general, no se adaptó a los cambios en el modelo de pago

El pago por prestación se prestó a que algunos profesionales e instituciones generaran sobreprestaciones o sobrefacturaciones, muy difíciles de auditar por la multiplicidad de rubros que se computaban. El pago por cápita o cartera fija, a la inversa, tiende a que los mismos grupos, desviados por cierto, subpresten.

Si bien algunas OOSS y EPP siguen pagando por prestación, las mayores han adoptado los nomencladores modulares. Sobre estas modalidades se hará referencia en un próximo capítulo.

Tanto los modelos capitados como los modulares trasladan el peso del riesgo económico, por lo menos parte de él, de los financiadores a los prestadores. Más aún cuando las cápititas o las carteras fijas no son de pago anticipado como originalmente lo fueron y cuando los módulos tienen un techo y son sometidos a debitaciones con criterios de auditoría otrora aplicados al pago por prestación.

Si a estos modelos se le suma la crisis financiera de las OOSS, de origen multicausal, los pagos comienzan a sufrir demoras, fraccionamientos y quitas.

Debe agregarse a estos dos factores principales, modelo de facturación y crisis financiera, un sobredimensionamiento en la oferta de AM privada, en número de profesionales y de instituciones, la mayoría de éstas de un tamaño que les dificulta amortizar inversiones. Se ha hecho referencia al crecimiento anárquico del subsector en épocas de bonanza, que a la hora de las dificultades, lleva a la incapacidad de pago y aún a la quiebra de muchas de ellas.

La falta de una regulación racional por parte del Estado, generó el sobredimensionamiento, cuando la regulación se hizo se cometieron algunos errores, además de la falta de evaluación. Por ejemplo en la provincia de Buenos Aires el Decreto 3.280/90 consolidó las normas dispersas de requerimientos para habilitación y categorización de efectores, lo que fue un acierto. Sin embargo algunos requerimientos para categorizarlos como el número de camas, la diversidad de servicios y la exigencia de ciertos equipamientos complejos, obligó a una inversión desmedida en capital para lograr las categorías mayores y con ella un importante endeudamiento de numerosos efectores.

A todo ello hay que agregar las cargas impositivas y, en especial tratándose de servicios mano de obra-intensivos, las cargas sociales de los sueldos, rubro en el cual gran parte de los efectores fueron acumulando obligaciones impagas.

En ese marco el valor de las prestaciones quedó congelado durante muchos años, desde 1993, no así el costo de los insumos ni de las cargas impositivas y sociales.

El crédito o descubierto bancario fue siendo progresivamente negado y, la litigiosidad indebida, obligó a tomar seguros de responsabilidad a profesionales e instituciones, seguros que por otra parte comenzaron a ser exigidos por OOSS y EPP.

Es así como, desde mediados de la década de 1990, la crisis se manifestó en el subsector privado con incumplimiento de obligaciones, cierres, concursos de acreedores y quiebras<sup>1</sup>.

### Noticias de los diarios desde la segunda mitad de la década de 1990 insisten en la crisis financiera del Subsector privado

En **1998** se cerraron tres clínicas importantes en La Plata, otra quedó en estado de quiebra y cuatro de las mayores en convocatoria de acreedores (El Día, 21/07/99:11).

En **2001** se agregaban cuatro efectores más concursados, al tiempo que los hospitales recibían mayor demanda e igual presupuesto. A mediados de mayo de ese año la obra social principal adeudaba febrero y marzo (el pago vence a los dos meses del de prestación). La mayoría de los establecimientos, según la Asociación de Trabajadores de Sanidad Argentina (ATSA), no habían pagado a su personal los sueldos de abril y en algunos casos de marzo, de febrero y aguinaldo. Se estimaba que, para entonces, las OOSS debían al subsector alrededor de U\$A 1000 millones (El Día, 11/05/01:11).

En julio de **2003** los grandes y complejos establecimientos privados sin fines de lucro de la Ciudad de Buenos Aires sufrieron el efecto de la devaluación en concomitancia con el virtual congelamiento de aranceles y la demora en los pagos de parte de los financiadores. Manifestaban sus directivos que los

<sup>1</sup> En agosto de 1992, el Sanatorio Güemes fundado en 1954, con alta complejidad, con 840 camas y un plantel de 2000 personas, pidió judicialmente convocatoria de acreedores con una deuda previsional, por préstamos y a proveedores, del orden de los U\$A 60 millones, y dejó de funcionar (García Lastra y Caputo, 1993).

insumos importados habían aumentado un 280%, los medicamentos 90%, y las prestaciones sólo entre 5 y 10%. Las EPP pagaban a los 45 días, las OOSS a los 90 días y el PAMI se atrasaba, a veces, hasta 6 meses (La Nación, 3 de julio de 2003, secc. 2:5).

En **2005** la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la R. Argentina (CONFELISA) computa que el Subsector privado produce casi 2,6 millones de egresos, 71 millones de consultas y algo menos de 110 millones de prácticas por año.

Sin embargo, sólo en la provincia de Buenos Aires, habían cerrado, en los últimos años, 164 efectores que sumaban 4500 camas. Esta reducción se produjo por las moras en el pago de las OOSS y otros factores concurrentes. A pesar de las normas de emergencia sanitaria, promovidas por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, respondiendo al razonable pedido de las instituciones de prestadores, no todos los organismos involucrados han cumplido sus prescripciones. El impacto del aumento de salarios al personal de sanidad, que aquellas instituciones reconocen justos pero imposibles de pagar en estas circunstancias, es muy fuerte ya que el subsector privado de AM ocupa más de 600.000 trabajadores en el país según un estudio de Nosick y Galén (OPS, 2000) (Consultor de Salud 357:2). Este número es alto a pesar de que entre 1994 y 1998 la participación del empleo en servicios de Salud privados, dentro de los servicios en su conjunto, bajó del 4,2 al 3,6% (Marchetti, 1999).

#### *Recuadro 1*

La facturación es una función compleja que reúne facturaciones parciales de los diversos componentes y servicios concurrentes a la asistencia de un paciente determinado. Por otra parte debe ser coherente con los registros clínicos.

La complejidad varía según la facturación sea por prestación, por módulo día o por módulo de diagnóstico al alta, en forma decreciente. Si se trata de sistemas capitados o de cartera fija es más simple, excepto cuando se aplican bonificaciones o sanciones económicas.

El facturista es un técnico que requiere formación y experiencia. Los establecimientos mayores tienen equipos de facturistas propios, algunos menores en tamaño y complejidad contratan equipos externos.

Toda vez que la mayoría de las OOSS es Argentina requieren la facturación acompañada de resúmenes de historias clínicas o de ellas completas hasta incluyendo informes de servicios centrales, la tarea es complicada. Debe apurarse sobre la base de las "carpetas" por paciente que todo establecimiento organizado abre al ingreso y en la que se va acumulando la certificación de la totalidad y diversidad de gastos. Se cierra en fechas precisas de acuerdo a los plazos de presentación de cada convenio.

Por otra parte el número de obras sociales, la diversidad de convenios, formas de pago y valores obligan a trabajar en distintos modelos.

Tanto los establecimientos asistenciales como los profesionales en su ejercicio privado, en su mayoría y en todas las provincias del país están agrupados en cámaras o gremios (o círculos) respectivamente.

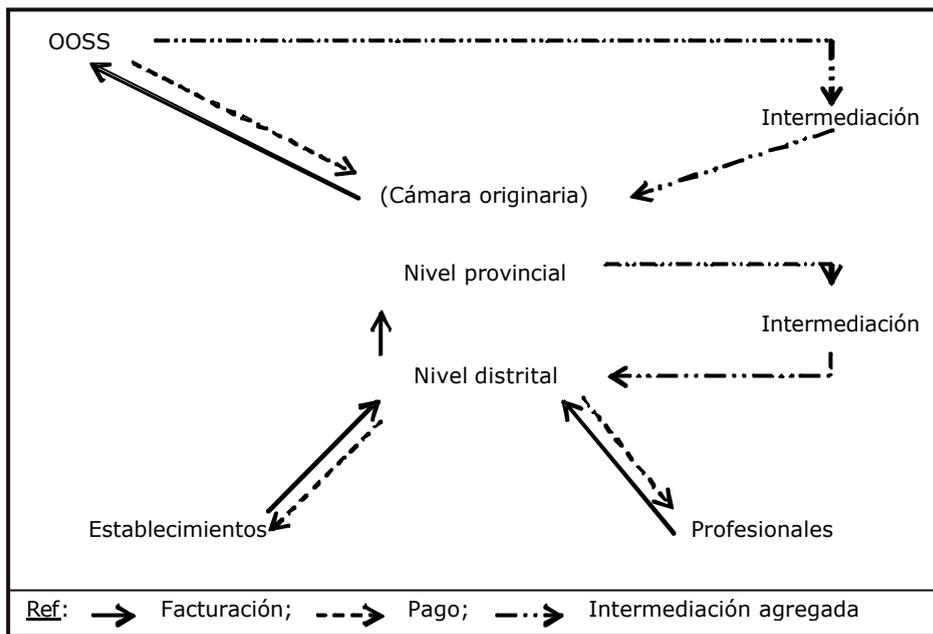
Estas instituciones a su vez se organizan en niveles provinciales (federaciones) que se dividen en distintas agrupaciones-círculos, por distrito, por un lado. Por otra parte las mismas instituciones se agrupan en confederaciones a nivel nacional.

Ahora bien las facturaciones que preparan cada establecimiento o cada profesional se reúnen en los distritos o agremiaciones-círculos que ya sea a través del nivel provincial o en forma directa se distribuyen o presentan a las diversas obras sociales de acuerdo a las normas y plazos que establece cada convenio.

Esta intermediación natural tiene ventajas tanto para los efectores como para las obras sociales: su ordenamiento, su control general, su agrupamiento por financiados y presentación en tiempo y forma. Por otra parte ese nivel local o distrital de asociaciones de efectores hace un asesoramiento y una auditoría médica concurrente, que en los sistemas modulados convalida o corrige los módulos y hace un permanente asesoramiento y control administrativo.

De esta manera el efector tiene una supervisión oportuna y el financiador en vez de recibir una facturación fragmentada debiendo asumir su ordenamiento, recepta una documentación ya ordenada. El agregado de otras intermediaciones, que responden a intereses espúreos, contribuye en cualquier caso a la desfinanciación de las OOSS y va en detrimento de los pacientes y de los prestadores [Cuadro 2].

### Niveles de facturación y pago habitual en el subsector privado

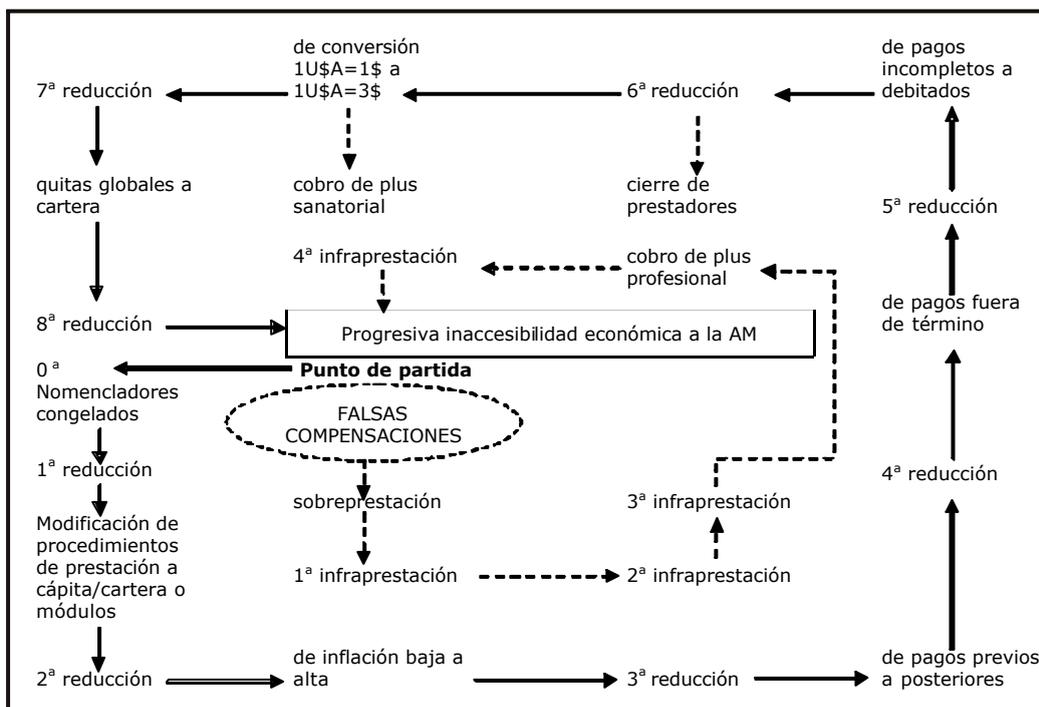


Cuadro 2

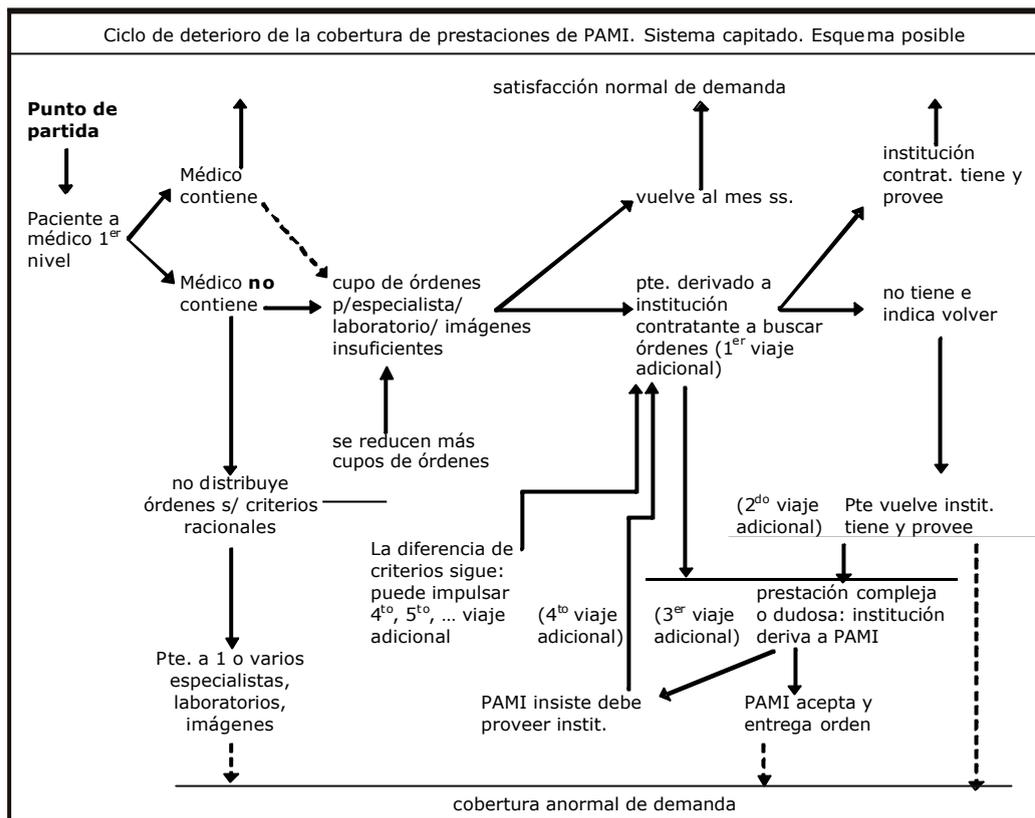
### 3.- Deficiencias económicas del subsector privado

Sucesivos fenómenos en el contexto de la evolución de las OOSS generaron limitaciones o cortes en las cadenas de pago que, además de lo expuesto en el acápite anterior, llevaron a la crisis del subsector privado. Esos fenómenos en general se resumen en el cuadro 3.a y para el caso del INSSJP (PAMI) en el cuadro 3.b.

#### Ciclo de deterioro del valor de prestaciones de OOSS y de quiebra de los prestadores privados. Esquema posible



Cuadro 3.a



Cuadro 3.b

#### 4.- El inicio de los seguros privados<sup>2</sup>

Los seguros de cobertura por ahorro –a los que se hizo referencia en mutuales– se iniciaron en Argentina, a lo largo del siglo XX como asociaciones pequeñas y locales<sup>3</sup>.

A fines de la década de 1960 fueron percibidas como una amenaza por los dirigentes gremiales médicos en el momento en que se enfrentaban al proyecto que, desde la Secretaría de Salud, impulsaban Holmberg y Mondet.

Así, las instituciones médicas organizaron sus propias mutuales. El Centro Médico Mar del Plata fue local, pero FEMEBA extendió a la provincia de Buenos Aires un Sistema de Atención Médica Integral (SAMI). Este tenía como base las instituciones gremiales primarias de cada partido, aseguraba la libre elección dentro del área, pagaba por prestación según el Libro Verde (precursor de los subsiguientes nomencladores). No tenía servicios propios sino que trabajaba con médicos de incorporación libre y voluntaria y con sanatorios privados abiertos. La población podía asociarse libremente, excepto los beneficiarios de OOSS y personas de altos ingresos. Había diversos planes individuales –con tiempos de carencia– y colectivos –sin tiempos de carencia–. Se pagaban coseguros de entre 10 y 30%. No cubría riesgos laborales, enfermedades infecciosas e internaciones psiquiátricas. Con este sistema FEMEBA promovió la historia clínica única, las estadísticas y la auditoría.

Entre 1948 y 1960 se registraban ocho empresas de medicina prepaga. A fines de la década de 1960 eran 26 y de la de 1980 124 [Cuadro 4.a].

<sup>2</sup> Véase el exhaustivo análisis de Belmartino y Bloch, y –en él– la cita del dirigente médico Bernardo Kandel (Belmartino, 1993:5-29).

<sup>3</sup> Entre los primeros cuentan: La Cosmopolita (Chivilcoy, 1992), la sociedad de Asistencia Médica (Tandil, 1993), similares en San Pedro y Zárate, cooperativas en Necochea, La Matanza y Morón. Estas instituciones hicieron congresos nacionales en 1966 y 1968 (Revista de Salud Pública, 1970).

## R. Argentina. Empresas de Medicina Prepaga. Número. 1948-2001

Período	Prepagas registradas
1948-1960	8
1960s	26
1970s	68
1980s	124
2001*	364

(Ámbito Financiero, 1996; \*www.amiralmed.com)

Cuadro 4.a

En 1994 había 200 empresas de medicina prepaga con alrededor de 2.400.000 beneficiarios. Con una prima promedio individual de \$74, facturaban entre \$1.700 y \$2.000 millones al año (Clarín, 8 de agosto de 1994:35).

Su proliferación se produjo en un período de fuerte inflación, alentadas por el beneficio financiero de cobrar primas con anticipación y pagar prestaciones a 30 días de facturadas.

Las EPP argentinas se agruparon en dos cámaras CIMARA (Cámara de Instituciones Médico Asistenciales R. A.) y Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP).

Las EPP latinoamericanas se habían asociado en la ALAMI (Asociación Latinoamericana de Medicina Integral) en 1980, en cuya inauguración se dijo "la salud no tiene precio, la medicina tiene costo"<sup>4</sup>.

Los problemas financieros y prestacionales de las OOSS que se fueron acumulando desde la década de 1980 y la promoción del mercado, dio pie al crecimiento de las prepagas como seguros de enfermedad orientados por objetivos comerciales, excepto las de las instituciones médicas y mutuales.

Fue determinante el creciente costo de la AM que impactó en los grupos que afrontaban su pago en forma directa, de su propio bolsillo. Estos grupos de buena posición económica, cuyos miembros activos no trabajaban en relación de dependencia –con lo que no tenían OOSS– comenzaron a tener dificultades crecientes para pagar en forma directa prestaciones médicas cada vez más costosas.

Esa fue la población a la que se dirigieron las prepagas de la década de 1980, haciendo gala de la libertad de prestaciones, la atención personalizada y la eficiencia en su gestión, en contrapartida con las dificultades de las OOSS.

Desde los hospitales de mutualidades extranjeras nacieron también planes abiertos, como prepagas sin fines de lucro y estrategias para disponer de una base poblacional segura. Entre ellos se destacaron: el Hospital Italiano, el Alemán y el Francés de la ciudad de Buenos Aires con progresivas extensiones al Gran Buenos Aires y al interior.

Las EPP tuvieron notables variaciones en el número de beneficiarios cambiando de posición en el ranking pertinente. Algunas compraron sanatorios como efectores propios, y se diferenciaron según el nivel social al que se dirigían. Así también su propiedad fue modificándose por compras y fusiones [Cuadros 4.b, 4.c y 4.d].

4 Alderete Victor. Jornada Latinoamericana de Medicina Integral y II. Encuentro Nacional de Medicina Prepaga (1983:4-6).

**Argentina. Sector de AM. Subsector de Seguros Privados (Prepagas). Diez primeros por población beneficiaria. 1994**

Empresa	Fundación (año)	Afiliados (miles)	Facturación (mill.\$/año) *	Cuota promedio (\$ mes) **
AMSA	1963	240	96	40
MEDICUS	1972	150	200	111
GALENO	1971	90	85	79
TIM	1967	80	60	63
DOCTHOS	1972	65	50	64
OMINT	1967	60	44	55
DIAGNOS	1977	60	35	73
LIFE	1979	40	18	56
SALUD	s/d	20	s/d	55 (a)
QUALITAS	1987	15	44	183
OTRAS (N:190)	-	1580	-	-
TOTAL		2400***		

Ftes: Clarín (7); (a) Clarín (8).

\* Facturación anual \$ 2.100 millones; los ingresos del conjunto se estimaron en \$ 3.000 millones en 1993;

\*\* Estimado a tarifa oficial y precios pactados c/ empresas por paquete de trabajadores. Valor promedio (5/ Behroozky / Lezzi Consult.). Promedio: \$ 72/mes; \*\*\* Representa el 18 % de la población.

Cuadro 4.b

**Argentina. Sector de AM. Subsector de Seguros Privados (Prepagas). Doce primeros por población beneficiaria. 1997**

Empresa	Afiliados (miles)	Cuota p/ nivel socio-econom.	Sanatorios propios
AMSA	240	Medio/Medio bajo	Mitre / Agote
SPM*	(152)		
TIM	80	Medio alto/Medio	Clínica del Sol
Galeno Life	72	Medio alto/Medio	Trinidad / J. Club
MEDICUS	150	Alto/Medio alto	Otamendi / Sanat. Lomas
DOCTOS	100	Medio alto/Medio	No
TIM	80	Medio alto/Medio	Clínica del Sol
CIM	50	Medio alto/Medio	Mat. Suizo-Argentina
OMINT/SKILL	45	Medio alto/Medio	Trinidad
DIAGNOS	45	Medio alto/Medio	Finocchietto
ACCIÓN MÉDICA	40	Medio	No
MEDICORP	30	Medio/Medio bajo	No
QUALITAS	23	Alto	No
SALUD	20	Medio alto/Medio	No
OTRAS (200 compañías)	1272	Medio alto/Medio	No
TOTAL	2160		

\* SPM en 2002 agrupaba TIM, Galeno Life y AMSA con 443.000 beneficiarios. (Clarín, 1983:20).

Cuadro 4.c

**Argentina. Sector de AM. Subsector de Seguros Privados (Prepagas). Diez primeros por facturación. 1996**

Empresa	Facturación anual (millones de \$)	Participación sobre el total
MEDICUS	200	9,6%
SPM	190	9,0%
SWISS MEDICAL	128	6,1%
DOCTHOS	120	5,7%
OMINT	114	5,4%
AMSA	100	4,8%
CEMIC	34	1,6%
QUALITAS	34	1,6%
MEDICORP	28	1,3%
OMAJA	26	1,2%
OTRAS	1.126	53,7%
TOTAL	2.100	100%

(Clarín 2000:3)

Cuadro 4.d

## 5.- Acuerdo del gobierno argentino y el Banco Mundial sobre la reforma de los seguros y coberturas médicas

El proyecto de Banco Mundial preveía una normativa reguladora común para OOSS y EPP para favorecer la competencia entre ellas, juntamente con la desregulación de las primeras y el arancelamiento de los hospitales estatales.

Los intentos de regular las prepagas, que hasta entonces se encuadraban como sociedades comerciales (excepto las mutuales y gremiales médicas), fueron dificultosos<sup>5</sup>.

La inclusión de prestaciones para pacientes de HIV-SIDA<sup>6</sup>, drogadicción y alcoholismo, para el Ministerio de Salud debía ser voluntaria y explicitada en los contratos.

La Ley 24.754 (marzo de 1997) obligaba a las prepagas a cubrir prestaciones costosas incluidas en el PMO tales como Terapia Radiante, Fisioterapia y Rehabilitación, medicamentos oncológicos y también la asistencia de la drogadicción, del alcoholismo y de los medicamentos para HIV-SIDA<sup>7</sup>. Téngase en cuenta que el valor capitarario para cubrir el PMO se estimaba de \$20, para las OOSS.

Después de diversas resistencias las EPP aceptaron los términos principales de regulación impulsadas por el acuerdo del gobierno y el BM. Ellos fueron:

- a) Control a través de la Superintendencia de Seguros de Salud.
- b) Capital mínimo de \$250.000 y de \$500.000 los que se constituyeran con posterioridad a la norma<sup>8</sup>.
- c) Reservas equivalentes a un mes de facturación.
- d) Incorporación de beneficiarios de OOSS de dirección (eran 24 con alrededor de 400.000 beneficiarios obligatorios).
- e) Contratos mínimos de 12 meses con renovación automática.
- f) Precio igualitario por plan, registrado en el contrato.
- g) Listado de prestadores y especificación de prestaciones excluidas.
- h) Obligación de pagos a los hospitales estatales por prestaciones a sus beneficiarios, frecuentes en accidentes (Clarín, 1997).

Salían así beneficiadas con un capital social bajo y una amplia posibilidad de captar beneficiarios de las OOSS con mayor poder adquisitivo.

Se difería la obligatoriedad de tener reaseguro para prestaciones de alta complejidad y costo, pero ante la prohibición de rechazar asociados por enfermedades preexistentes se les abría la posibilidad de rechazarlos antes de los 120 días de su inscripción.

## 6.- El control de la inflación puso en crisis a las Prepagas

No obstante, la ventaja financiera de los tiempos de inflación, cesó con la convertibilidad, de abril de 1991, y la incorporación de beneficiarios de OOSS de Dirección llegó a su límite.

Por otra parte había EPP con 30 años de antigüedad cuya población envejecía y su cobertura impactaba en los costos. Las EPP, en general, no habían generado reservas significativas sino que habían ido distribuyendo las ganancias (La Nación, 1997).

---

5 CIMARA parece haber presionado para impedir que fueran puestas bajo control de la Superintendencia de Seguros de la Nación (Clarín, 1994).

6 El costo del tratamiento de SIDA para un paciente durante 10 años se había calculado en U\$S 150.000 por el Ministerio de Salud (Ámbito Financiero, 1997). Habría reaseguros por U\$S 2 para conjuntos capitararios.

7 La Cámara Civil (sala V) sentenció a Nubial S.A. al cumplimiento. El juez federal O. Guglielmino en vez excusó a SEMESA (Servicios Médicos Sarmiento) aduciendo inconstitucionalidad de la Ley 24.754. Adujo SEMESA que la relación con sus beneficiarios era diferente a la de las OOSS. El juez falló a su favor admitiendo su carácter elitista, aunque a favor de la salud, pero fundándose en que el Estado, responsable de la salud de las personas sin cobertura o con cobertura parcial, no puede transferir a otro su responsabilidad.

8 En mayo de 1997 se discutía el monto de capital mínimo de trabajo: a) \$3.000.000 (como las AFJP y las ART), por el que podían responder no más de 12 EPP; b) \$300.000 y \$150.000 (como en el encaje bancario) que proponía el Ministerio de Acción Social (Ámbito Financiero, 1997:17).

Una estrategia de las EPP fue la fusión ya sea en la convicción de que ella aumenta la eficiencia, o –para las más pequeñas y de más difícil situación financiera– en la de que es mejor vender o fusionarse antes de cerrar o quebrar. En realidad, para 1995, sólo una EPP había cerrado dejando sin cobertura a sus afiliados. Por otra parte se estimaba entonces que las EPP facturaban \$600 mientras que las OOSS facturaban \$231 por beneficiario y año (Noticias, Clarín, El Día, 1999).

Los directivos de las EPP, haciendo pie en la eficiencia, no dejaba de decir -con razón- que no se podía dar cobertura de AM con el PMO por \$15 /p/mes (promedio real de las OOSS) cuando sus primas menores individuales eran de \$50 /p/mes. Las fusiones fueron precedidas por las ventas. La participación de grandes empresas extranjeras se multiplicaron [Cuadro 6.a].

### R. Argentina. Prepagas Médicas. Fusiones y Compras principales

Empresa	Fecha	Empr. compradas y fusionadas	Pago estim. en u\$s (mill)	Observaciones
Exxel Grup <sup>9</sup>	Jul 1994	Compra: Galeno* Vesalio Clín. La Trinidad Clín. Jockey Club	25 s/d s/d s/d	* Uno de los propietarios de Galeno habría sido Alberto Mazza, Ministro de Salud bajo la presidencia Menem
	Mzo 1995 Ago 1996**	Life Compra: TIM	40	** Se posicionó como la 1º EPP con 170.000 adherentes y U\$A 240 millones/año
Grupo Intersalud (Provida- Chile)	Jul 1994	Compra: Ceprimed	3	
	Feb 1995	Compra: Mediplan***	s/d	*** Compra el 90%
AETna US Healthcare	Ene 1999	Compra: AMSA	120	Tratativa con la Blue Cross (EEUU), con la que Omega hizo acuerdo en 1995
		Sanat. Mitre Qualitas Sanat. Agote****	s/d 6 10	**** Compra el 18%
Swiss Medical Group (80% Suizo, 20% del propietario del Banco Rio)	1994	Compra: CIM Magna Salud Clín. Bazterrica Sanat. Sta. Isabel	30 s/d s/d 8 14	
	2000	Qualitas		
AMSA (de mayor población y menores primas)	Ago 1994	UTE San Jorge y Staff	s/d	Convenio con IOS (UPCN)
SPM (Sistema de Protección Médica) propiedad de Exxel Group	May 1997	Fusiones: Tim y Galeno-Life Clín. La Trinidad- Jockey Club- del Sol		"Hospital sin paredes... y contratos sin letras chicas"
Banco Provincia	Julio 1995	Negociación con: Mark Tabac <sup>10</sup> de Insurance Partners (EEUU)		Inició "Provincia Salud" con 70.000 beneficiarios de la mutual del banco con fondo de inversión del Chase Manhattan y grupo Zurich.
	Mayo 1997			

(Clarín, 1994; Noticias, 1995; Ámbito Financiero, 1997)

Cuadro 6.a

9 Exxel Group es un fondo de inversión en el que participan empresas estadounidenses como Rockefeller, Oppenheimer y universidades de ese país. Su presidente Juan Navarro, ex Citibank, compró papeleras, Pizza Hurt, Ciabasa (detergente Camello), Aerosoles hogareños de YPF, Esminesa (área médica laboral). También compró Galeno al ministro Mazza, fusionando en dumping Vesalio, Life, Sanatorio de la Trinidad y Jockey Club de San Isidro (Noticias, 1995). Trató de comprar TIM y Sanatorio Anchorena (Ambito Financiero, 1990).

10 Mark Tabac fue uno de los ideólogos del Plan Clinton (Ámbito Financiero, 1997).

Las alianzas con empresas extranjeras ponían a las EPP locales en posición de competencia, por las reservas financieras, para darles plazos de posicionamiento.

Otra estrategia fue empeñarse en la desregulación general de las OOSS con lo que tendrían acceso a un mercado de U\$A 4000 millones/año, lo que fue impedido por la presión de la CGT.

Ya desde la década de 1980 había OOSS que tenían convenios por cartera fija con EPP y con sanatorios mutuales o privados.

Pero las EPP buscaban beneficiarios jóvenes con familia reducida y buenos ingresos (\$1.500 por mes o más). En los primeros convenios se hacían simples transferencias de valores o acuerdos de gerenciamiento por los que las EPP administraban la OOSS lo que les facilitaba ofrecer planes diferenciados con valores complementarios (Clarín, 1998).

Como la desregulación general de las OOSS no llegaba y sólo los beneficiarios de OOSS de dirección podían pasarse a una EPP, entre 1997 y 1999 multiplicaron sus alianzas con estas últimas que a su vez captaban beneficiarios de las restantes OOSS [Cuadro 6.b].

### **Alianzas entre OOSS (Personal de Dirección) y Prepagas. 1997**

OOSS	Prepagas	Funciones
OSDO* (Duperial – Orbea)	c/ Docthos – AMSA	Gerencia y prestac.
Pers. Organismos Control Externo (OSPOCE)	c/ 14 instituciones: Salud, Clin. Suizo Argentina, Acción Médica, Qualitas, otras.	
Witcef*	Galeno-Life-TIM (gr. Exxel)	Gerencia y prestac.
Seguros	Omint, Medicus, OSDE (OOSS), Docthos, Galeno-Life, TIM	
Capitanes de ultramar (CAOMAR)	AMSA, CEFRAM	
Supervisores Industria Metalúrgica (OSSIMRA)	Medicus, Optar, OMINT, ASE	
(Clarín, 1997; *La Nación, 1997)		

Cuadro 6.b

La de mayor población y primas más baratas era AMSSA que, en UTE con San Jorge y Staff, convinieron cubrir beneficiarios del IOS, la obra social de UPCN, por \$20 por afiliado por mes cuando sus primas eran de U\$A 45-50 mensuales. Así sumaron 130.000 beneficiarios a los 250.000 que ya tenían.

La CIMARA, presidida por Víctor Alderete, lanzó el lema “ser eficientes” (Ámbito Financiero, 1994) que, con la publicidad, fue instrumento de captación de primas.

En el 2000 las primas mínimas eran de \$50 por persona y había diversidad de planes de cobertura en función del monto de las diversas primas.

Algunos hospitales mutuales y sanatorios privados hicieron más amplios acuerdos con el objetivo, ya indicado, de aumentar su clientela básica [Cuadro 6.c].

## R. Argentina. Acuerdos e/ prepagas y clínicas privadas c/ OOSS. 1994-1998

PREPAGA –CLÍNICA	OOSS
Quilias	OSDIC (construcción) UPCN (personal civ)
Staff Médico	UPCN
Medicus	OSSEG (Seguros) OSSIMARA (Supervisores metalúrgicos) OSADRA (Árbitros deportivos)
SPM (Tim. Galeno)	OSSEG (Seguros)
DOCTHOS	OSPADEP (Personal aeronavegación)
Swiss medical	OSPOCE (Organismos control externos)
SALUD	OSPOCE
OPTAR	OSPOCE
OMINT	OSSEG OSSIMARA OSPOCE
AMSA (AETNA)	14 OOSS
CEPRIMED- Mediplan	OSEIV (Sind vicio)
Provincia Salud	OSJERA (Jerárquicos) OSPEDYM (Dircc de Empresas) OSPERYH (Porteros) OSPOCE OSSIMARA
CLÍNICA–HOSPITALES	
Htal. Alemán	UPCN
CEMTC (Clarín, 1998)	OSDIC–UPCN

Cuadro 6.c

### 7.- La imposición del IVA a las EPP tuvo complejo trámite

En la ley impositiva de 1999 el Congreso de la Nación **impuso un IVA de 10,5 % a las EPP**. Hasta entonces estaban excluidas de pago de este tributo la educación, los libros, revistas y diarios, los seguros de vida y de retiro privados y los ART. Estos rubros siguieron excluidos salvo las EPP a las que se les aplicó un 10,5% como a diversos productos considerados de primera necesidad y servicios como la TV por cable y las señales privadas de TV (Ámbito Financiero, ).

El Ministerio de Economía (Roque Fernández) logró el veto parcial en éste y otros aspectos. Al vetar la alícuota del 10,5% estimaba que podía aplicar a las EPP la de 21%, en la expectativa de una recaudación mayor (Clarín, 12/1998).

A principios de 1999 un amparo judicial mandó suspender el pago del IVA a parte de las EPP hasta determinar la constitucionalidad del procedimiento con que se modificó la alícuota. La asociación de consumidores y usuarios (ADECUA) reclamó judicialmente la prohibición para todas (Clarín, 02/1999).

En julio de 1999 Diputados insistió en alícuota reducida pero **Senadores aceptó el 21% del PEN**, con lo que éste valor quedó firme en el Congreso.

Finalmente el problema llegó a la Corte Suprema de Justicia, que hizo lugar al amparo a fines de 1999 (Clarín, 06/1999).

### 8.- Las EPP quedaron obligadas al PMO y a un inicio de regulación

La Resolución 310/04 aprobó el **Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)** y estableció que OOSS y EPP debían cubrir el 70% de los medicamentos para enfermedades crónicas (vg. hipertensión arterial, asma y epilepsia). Representantes de EPP estimaron que esta cobertura, de no encontrar otra financiación, obligaría a aumentar las primas en al menos 3% (Consultor de Salud, 339).

El decreto 476/04 creó un **Gabinete de Coordinación de Regulación y Supervisión Financiera**, en el ámbito del Ministerio de Economía de la Nación, del que forman parte diez organismos de contralor incluyendo las Superintendencias de Servicios de Salud, de Seguros y de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). Entre sus funciones se destacan la promoción de políticas de regulación y supervisión de conglomerados financieros y la cobertura de vacíos legales. Este gabinete debe ejercer sus funciones, entre otras muchas, en el campo de las empresas de prepago médico.

Los valores actuales promedio de las primas de las EPP se exponen en el cuadro 8.a.

**Argentina. Primas de empresas de Medicina Prepaga (en \$ por mes). Agosto 2005.**

Grupo	Planes	Costo (\$/mes)
Individual masculino, menores de 30 años	Menor precio	101
	Precio medio	172
	Precios altos (reintegros)	237
Matrimonio de 53 a 40 años, con dos hijos	Menor precio	256
	Precio medio	466
	Precios altos (reintegros)	661
Clarín, 2005.		

Cuadro 8.a

**9.- El desarrollo de las prepagas gremiales configuran un nuevo fenómeno**

**Oscar Alfredo Ojea**

A fines de la década de 1980 y principios de la década de 1990, irrumpieron en el ámbito de la salud nuevas organizaciones prestadoras de acciones de salud de adhesión voluntaria. Las mismas pertenecían a entidades gremiales, principalmente del sector profesional. Muchas de ellas fueron creadas con la finalidad de generar mercados laborales para los agremiados de las mismas entidades. Tales los casos de círculos y asociaciones médicas con objetivos de cooperación y solidaridad.

Estas **prepagas de origen gremial (PG)**, no persiguen fines de lucro y si consolidarse en el mercado de la salud mediante planes prestacionales accesibles a sectores medios de la población. Muchas de estas PG han captado afiliados provenientes del régimen de la desregulación, mediante el accionar de Obras Sociales contratantes.

El menú prestacional de las PG se basa en el Plan Médico Obligatorio (PMO), siendo reguladas por normativas de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

No existe, en la actualidad, una diferenciación taxativa entre estas organizaciones de seguro privado de salud sin fines de lucro y las pertenecientes a sectores empresariales que focalizan sus inversiones en el mercado de la salud, algunas de estas últimas con importante inserción en el escenario nacional e internacional (Swiss Medical, Docthos, Medicus). Al respecto se encuentran en trámite parlamentario diversos proyectos de ley con el fin de **regular la actividad de la medicina prepaga**. Dichos proyectos fundamentan la necesidad de establecer normas para el funcionamiento de los “proveedores de servicios de medicina prepaga”, asimismo de los derechos y obligaciones de los “adherentes” al rubricar los denominados **“contratos de medicina prepaga”**. Es interesante destacar que estos instrumentos legales son considerados, desde el punto de vista conceptual y genérico, como “contratos de consumo”, por lo cual sus principios son tutelados por la **Ley 24.240 de “Defensa del Consumidor”**.

Por su parte desde la Superintendencia de Servicios de Salud, su actual titular –Héctor Adrián Capaccioli– plantea la necesidad de contar con dicho instrumento normativo a fin de pautar que “el sector Estado, que tiene que ser el **Estado garante**, y el sector de las empresas de medicina prepaga, que tiene un servicio muy importante que dar”, confluyan en la **responsabilidad compartida** (Consultor de Salud, 382).

En este análisis de regulación empresarial, las entidades de origen gremial (PG) plantean una diferenciación, dada la naturaleza de su creación y sus fines no lucrativos.

## 10.- Las prepagas gremiales constituyeron una Red Argentina de Salud

Las instituciones médicas y sus prepagas gremiales, enunciadas en el punto anterior, confluyeron en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y desde allí se fomentó la creación de la **Red Argentina de Salud (RAS)**. Dicha asociación de colaboración empresarial, que nuclea a las PG de todo el país, se puso en marcha el 27 de Junio de 1991.

En la actualidad la RAS cuenta con **540 filiales y delegaciones**, brindando cobertura a **más de 460.000 afiliados**. La penetración de la Red alcanza entre 10 y 55 % del mercado de la medicina prepaga en el interior del país, dependiendo de las ciudades analizadas. Esta organización adscribe a lo que se conoce como Tercer Sector, esto es el de las entidades no gubernamentales sin fines de lucro (ONG'S) en el campo de la salud.

Dentro de los logros de la RAS se encuentra el **Fondo Solidario de alto costo** creado en 1999, instancia esta que permite dar respuesta y contención a todas las PG involucradas en prestaciones que implican un eventual riesgo financiero. Ante estos casos, por medio de un aporte solidario, el Fondo cubre dichas prestaciones, por ejemplo los trasplantes o cobertura de patologías que impliquen determinados costos [Cuadros 10.a, 10.b y 10.c].

### **RAS - Fortalezas**

- Extensa distribución geográfica.
- Universalidad de su padrón de prestadores.
- Experiencia adquirida en 12 años de funcionamiento efectivo en Red.
- Capacitación adquirida en la administración de cápitales reducidos.
- Estrecha ligazón con el gremio médico de todo el país.

*Cuadro 10.a*

### **RAS - Ventajas comparativas**

- 12 años de experiencia organizacional.
- Cobertura geográfica en todo el territorio de la República Argentina.
- 48 cabeceras y 540 filiales.
- 460.000 beneficiarios.
- 120 bocas de expendio conectadas a través de la WEB.
- Fondo solidario de alta complejidad y alto costo.
- Amplia experiencia en la administración de convenios capitales y de riesgo.
- Liderazgo en el mercado de la medicina Prepaga en el 70 % del territorio nacional.
- Más de 70.000 prestadores en consultorios particulares y sanatorios y 3.500 bioquímicos prestadores en todo el país.

*Cuadro 10.b*

## Citas bibliográficas

- García Lastre P. y Caputo S. La caída del Sanatorio Güemes. La Prensa, 1993 -s/ fecha precisa.
  - Belmartino S. y Bloch C. La Medicina Pre-Paga en Argentina: su desarrollo desde los años sesenta. Cuad. Med. Soc. (Rosario) 64, 1993.
  - Revista de salud pública MBS PBA, 1970, 15/16:104-110.
  - Pedró F. La reconversión de las OOSS. Amb. Fin. 26/12/96:sup. Econ.
  - Clarín 08/08/94:20.
  - Alderete V. Discurso Inaugural. En: Med y Soc. (Bs.As.) 1983, 6 (1-2).
  - Clarín 07/02/93:3.
  - Clarín 08/08/94 (s/ datos de mercado CIMARA y Bobrovsky / Lezzi Consult.):20-21.
  - Clarín 08/06/97 (elaborado según datos de Towers Perrin/Marcu y Asoc.):20.
  - Clarín 08/10/00:Econ. 3.
  - Clarín 08/08/94:21.
  - Ámbito Financiero 05/05/97:17.
  - Clarín 27/05/97.
  - La Nación 23/03/97.
  - Noticias 28/05/95: 63-64. Cfr. El Día 17/01/99: 3; Clarín 28/08/96:4.
  - Ámbito Financiero 06/11/90:8.
  - Ámbito Financiero 18/10/95
  - Clarín 13/07/98: 34; Ámbito Financiero 06/10/00:14.
  - Ámbito Financiero 15/06/97:9.
  - Clarín 11/05/95: 27; La Nación 14/12/97, Secc. 2:11.
  - Clarín 10/05/98:23.
  - Clarín 08/06/97:Econ. 23.
  - Ámbito Financiero: 6/12/94:35.
  - Ámbito Financiero 21/04/98:20.
  - Clarín 28/12/98:18.
  - Clarín 04/02/99:8.
  - Clarín 02/06/99: 22 y 01/09/99:8.
  - Consultor de Salud nº 339:7.
  - Clarín 28/08/05: 16 (Subsecretaría Defensa del Consumidor).
  - Consultor de Salud. N° 382. Febrero 2006:28.
- www.rascomra.com.ar - 2006.