

Dimensiones Económicas de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina¹

Federico Tobar

Introducción

Este documento aborda los cambios en el mercado de seguros de salud en Argentina originados por los avances en la desregulación de los seguros sociales (obras sociales) y en la regulación de los seguros privados (empresas de medicina prepaga).

El objetivo final es identificar las dimensiones en términos de recursos y beneficiarios del mercado involucrado por dichas reformas.

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

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

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

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

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

Parte I. Análisis de la demanda

1. Identificación de la población cubierta por el Sector

La soberanía del consumidor en los mercados de salud siempre es limitada por fallas tales como la información asimétrica, la inducción de la demanda y la alta diversificación de planes de cobertura. Sin embargo, al abrirse la libertad de elección del asegurador la población asegurada pasa de la categoría de "beneficiario" a la de "usuario"¹. Se puede, entonces, distinguir en Argentina, al menos dos grandes tipos de usuarios de seguros de salud: los beneficiarios individuales y los institucionales (las empresas).

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

1. Afiliados individuales que mediante pagos mensuales voluntarios acceden a planes de cobertura médica.
2. Afiliados corporativos, se trata de trabajadores (y sus grupos familiares) que trabajan en organizaciones que realizan contratos de cobertura colectiva con empresas de medicina

¹ Una versión anterior de este documento ha sido publicada en *Énfasis Salud*. Septiembre de 2000. Presentado en el Foro de Política Social de la Fundación Gobierno y Sociedad el 8 de noviembre de 2000.

prepaga, haciéndose cargo el empleador de la mayor parte del costo del plan de cobertura médica.

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

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

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

Cuadro 1.

Argentina. Cobertura del sistema de salud según subsector. 1997

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

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

La mayoría de la población argentina (22,2 millones o 62,3%) aún cuentan con cobertura de algún sistema de seguro de salud, sean estos obras sociales o

prepagas. Estudios anteriores demostraron que si bien el incremento de la tasa de desempleo repercute sobre la cobertura de los seguros de salud, existen determinados grados de elasticidad entre una y otra variable de modo que un incremento en el número de desocupados de, por ejemplo, cien mil trabajadores, involucra una exclusión de la cobertura de los seguros de salud bastante inferior a esa cifra².

De cualquier manera, los números hasta aquí observados involucran a las obras sociales provinciales y otras obras sociales que hasta el momento no se han visto afectadas directamente³ con la reforma del sistema de modo que la población que será afectada por ambas medidas es aún menor.

Las obras sociales nacionales bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud brindan cobertura a aproximadamente 11,6 millones de personas entre titulares y sus grupos familiares. Esto es un 32% de la población Argentina, un 65% del total de beneficiarios de obras sociales o un 52% del total de beneficiarios de seguros de salud (obras sociales + prepagas).

Las transformaciones en el marco regulatorio afectarían a un máximo de 19,8 millones de argentinos. Siempre considerando los datos de 1997, el decreto 446 afecta a 11,6 millones de Argentinos beneficiarios de obras sociales bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud. Simultáneamente, la regulación de las Empresas de medicina prepaga afectaría a 2,8 millones de habitantes. Esto equivaldría a 14,4 millones de argentinos.

Las transformaciones en el marco regulatorio afectarían a un mínimo de alrededor de 13 millones de argentinos. Sin embargo, hay 1,5 millones con doble cobertura (53% de los beneficiarios de prepagas) y la mayoría de quienes cuentan con doble cobertura aportan a OSNs.

2. Análisis del Poder Adquisitivo de la población potencialmente demandante

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

quintil registra ingresos medios de \$931 por grupo familiar y de \$355 per cápita.

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

El cuarto quintil tiene ingresos familiares medios equivalentes a \$1.210 e individuales a \$403, mientras que en el último quintil la media familiar es de \$2.536 y la individual de \$1.041. Se trata del 40% de la población

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

observar que el porcentaje de población sin seguros (37,6% de la población), surge de un promedio de situaciones muy heterogéneas que son demostrativas de la gravedad social del problema.

argentina que puede constituir un mercado atractivo para las empresas de medicina prepaga.

En conclusión, **hay 4,8 millones de personas del cuarto quintil de ingresos**

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

La población cuyos ingresos se encuentran dentro del primer quintil percibe una renta media familiar del orden de los \$355 por grupo familiar o de \$68 per cápita. El segundo quintil

que cuentan con Obra Social y podrían (en caso de estar habilitadas) optar por canalizar sus aportes hacia las empresas de medicina prepaga que se inscriban como

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

está integrado por aquellos cuyos ingresos mensuales equivalen en promedio a \$834 por grupo familiar y de \$153 per cápita. El tercer

agentes del seguro. De la misma forma **hay 4,3 millones de argentinos del último quintil de ingresos** (los de mayor poder adquisitivo) en las mismas condiciones.

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

Por otro lado, resta destacar que en la medicina prepaga la población demandante ha crecido a un ritmo superior al de la población general (algo más del 2% contra el 1.2% anual). Esta tendencia se viene sosteniendo en la última década con una caída en 1995. La dinámica de traspasos se ha agilizado en los últimos cuatro años, particularmente a partir de la desregulación de las Obras Sociales y el ingreso de socios por esta vía. Este factor parecería de un impacto positivo final superior a las deserciones hacia otros subsistemas provocadas por el aumento de precios derivado de la aplicación del PMO en primer lugar, y la aplicación del IVA al sector, evento reciente con impacto en la demanda aún no evaluable. Por estos motivos, en algunos casos la posibilidad de aplicar una ley de regulación específica a los prepagos, es evaluada por los directivos del sector como neutra en cuanto a su efecto sobre la demanda.

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

Si los beneficiarios de la seguridad social y eventualmente de la medicina prepaga, no tienen el mismo poder adquisitivo, algo similar ocurre con su localización geográfica. Una

visión desagregada de la demanda, se obtiene a partir de su distribución según provincias, cuadro que muestra el nivel de cobertura en las diversas regiones geográficas de nuestro territorio.

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

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

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

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

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

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

Fuente *INDEC CENSO 1991, ** SIEMPRO, 1997

Si se observa el nivel de cobertura en las diversas regiones geográficas de nuestro territorio surge que la más vulnerable es el NEA, con una cobertura promedio de 54,42% para la población total de las cuatro provincias que la integran, siguiéndole el NOA con un valor promedio de 58,22%, Cuyo con 62,1%, la Región Patagónica con 62,96%, en tanto

que la región del centro exhibe un promedio de 64,84%, con valores tan contrastantes como el 78,4% para los habitantes de la Cdad. de Bs. As. contra el 59 % para los del Gran Bs.As., hecho éste directamente relacionado con los bolsones de pobreza intraregionales.

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

Para profundizar el análisis de la distribución geográfica de la población afectada se discriminó la información correspondiente a los 11,6 millones de beneficiarios de obras sociales afectadas directamente por el decreto 446. Como la información disponible del INDEC utilizada en el cuadro 4 no permitía ese nivel de desagregación se procedió a elaborar el cuadro 5 sobre la base de la estructura de distribución registrada por la Superintendencia de Servicios de Salud. Cabe alertar que la calidad de la información no es equivalente y que, además, como ha sido observado en diversas oportunidades, los informantes de las Obras Sociales Nacionales tienden a exagerar en su declaraciones sobredimensionando el padrón de afiliados cubiertos.

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

PROVINCIA	POBLACION TOTAL		Beneficiarios OSN	
C. BUENOS AIRES	3.036.891	9%	1.254.976	11%
BUENOS AIRES	13.711.746	38%	5.319.084	46%
CATAMARCA	300.636	1%	71.229	1%
CORDOBA	2.994.848	8%	887.927	8%
CORRIENTES	883.567	2%	183.999	2%
CHACO	918.711	3%	182.474	2%
CHUBUT	418.579	1%	97.143	1%
ENTRE RIOS	1.087.274	3%	295.304	3%
FORMOSA	469.573	1%	67.053	1%
JUJUY	574.468	2%	133.085	1%
LA PAMPA	291.979	1%	82.844	1%
LA RIOJA	260.321	1%	62.097	1%
MENDOZA	1.548.729	4%	496.658	4%
MISIONES	928.076	3%	247.212	2%
NEUQUEN	500.886	1%	136.595	1%
RIO NEGRO	583.079	2%	219.459	2%
SALTA	1.000.983	3%	204.664	2%
SAN JUAN	564.898	2%	124.753	1%
SAN LUIS	338.269	1%	124.293	1%
SANTA CRUZ	191.292	1%	52.934	0%
SANTA FE	3.008.956	8%	974.602	8%
SANTIAGO DEL ESTERO	710.718	2%	119.064	1%
TIERRA DEL FUEGO	99.862	0%	38.196	0%
TUCUMAN	1.247.551	3%	312.821	3%
TOTAL	35.671.892	100%	11.688.466	100%

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

El cuadro 5 permite dimensionar claramente los altos niveles de concentración geográfica de los beneficiarios de la seguridad social afectados por el Decreto 446. La provincia de Buenos Aires con un 38% de la población tiene un 46% del total de beneficiarios de obras sociales incluidas en el decreto 446. A su vez, Capital federal con solo un 9% de la población representa el 11% de los beneficiarios. Aún cuando los datos provienen de fuentes diferentes, este cuadro

resulta naturalmente contrastable con el 4. Como puede observarse, cuando se excluye la cobertura de las obras sociales provinciales los niveles de cobertura caen drásticamente.

En conclusión, **los beneficiarios de las obras sociales involucradas por el Decreto 446 están altamente concentrados en las cuatro jurisdicciones con mayor desarrollo económico del país.** El 67% de los argentinos que cuentan con cobertura de seguros de salud habitan en la región centro (14,87 millones). Cuando se considera la concentración geográfica de los afectados por el Decreto 446 esta proporción asciende a 72% (8,4 millones)

En lo que respecta a la medicina prepaga, de acuerdo a los últimos datos de la encuesta SIEMPRO, se registra una fuerte concentración de la demanda en Capital y Conurbano Bonaerense. Los datos resultan coincidentes con la información recolectada por la encuesta anual de las cámaras sectoriales. Además, dada la importancia que tiene en la demanda el poder adquisitivo, menor en el interior, y la competencia que ejercen a nivel regional los servicios públicos de salud por la predominancia del hospital público con relación a la medicina privada respecto a la Capital y las grandes ciudades, las condiciones no son propicias para las grandes empresas, orientándose la población con capacidad de pago a seguros regionales, de cobertura generalmente parcial y a los prepagos de origen médico gremial que, en su conjunto, brinda cobertura a alrededor de 300.000 personas en todo el país. No obstante, algunas de las empresas líderes tienen como parte central de su estrategia su extensión al interior (Docthos).

II. Análisis de la oferta

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

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

El sistema del seguro social de salud en Argentina está altamente descentralizado, hay una gran cantidad de entidades aseguradoras (obras sociales). Sin embargo, ello no implica que existan altos niveles de concentración de la oferta. Sobre un total de 290 entidades, excluyendo el INSSJP, cuya población total a 1998 era de 11.608.854 beneficiarios, las primeras 20 obras sociales del ranking nuclean el 65.70 % de los beneficiarios totales, y entre ellas las 10 primeras entidades absorben el 51.52% de la población total como puede verse en el cuadro 6.

Cuadro 6. Total de Beneficiarios de las primeras diez obras sociales nacionales.

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

1998

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

El diseño de la reforma involucra una mayor concentración de la oferta a futuro. Según declaraciones del superintendente Rubén Cano «En el caso de las obras sociales aspiramos a una concentración de forma de pasar de las 260 actuales a 50 o 60 que, en muchos casos, van a ser consorcios que agrupen a varias de ellas. En 30 días liquidaremos unas 40 obras sociales. Van a aparecer otros actores que serán los nuevos adherentes al seguro de salud y obviamente tampoco en este caso nos interesa una atomización de los agentes, ya que traería aparejado problemas similares a los que hoy afectan a las obras sociales»⁴.

Es parte de los objetivos que el incremento de la competencia incorpore incentivos para reducir sus costos y alcanzar economía de escala. Se espera que las entidades constituyan "consorcios" y "fusiones" para garantizar su subsistencia. La Superintendencia de Servicios de Salud desarrolla un monitoreo de las entidades a partir del cual detecta las condenadas a desaparecer o fusionarse con otras, entre ellas se encuentran la obra social de televisión, la de Helados 9 de Julio, Witcell e Instalaciones Sanitarias⁵.

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

en su conjunto brindan cobertura a solo 490 mil ancianos⁶.

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

Cuadro 7.
Ingresos de las 10 mayores O.S.N.
1998 (en millones de \$)

OBRA SOCIAL	Recursos
O.S.D.E.	823,7
Empl. Comercio Y Activ. Civiles	429,4
Accion Social De Empresarios	208,3
Bancarios	152,8
Personal Rural	125,8
Pers. Civil De La Nacion	122,1
Actividad Docente	116,2
Pers. Ind. Metalurgica	113,5
Pers. De La Construccion	109,6
Pers. De La Sanidad	88,7
TOTAL	2.290.1

Fuente: Superintendencia Servicios de Salud.
Información General del Sistema

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

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

Dentro de las diez empresas líderes del mercado argentino, se concentra aproximadamente el 41% de la demanda en

cuanto a número de asociados. Además, las entidades más grandes tiene un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores.

En el cuadro 8 se han agrupado las empresas mayores y más representativas en cuanto a ofrecer una imagen de la demanda. Cuando se las considera según el número de afiliados, las posiciones van cambiando debido a la respuesta a los distintos precios y a la distinta evolución de las empresas, incorporaciones masivas por contratos corporativos, y fusiones.

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

En los últimos años se amplió la tendencia a contratar con la seguridad social. Esta modalidad que se inició con contratos con algunas obras sociales de personal superior, como OSDE y APS, se extendió a un espectro mucho más amplio de entidades a través del gerenciamiento de sus cápitas, verificándose la contratación de una obra social con más de una empresa de medicina prepaga a estos efectos.⁷ La existencia de estos convenios se convierte en una estrategia de competencia entre obras sociales, permitiendo a los afiliados acceder, indirectamente, a los servicios de las empresas de medicina prepaga.

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

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

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

Como ya se ha mencionado, la mayoría de las empresas de medicina prepaga incorporan diversas cláusulas⁸ en sus contratos que tienden a la selección de riesgos a fin de compensar la incertidumbre en los costos y garantizar la rentabilidad. Este comportamiento de las aseguradoras dificulta la comparabilidad de las empresas a los usuarios y la accesibilidad a los servicios.

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

Cuadro 8. Facturación de las diez primeras empresas del mercado prepago 1998

Empresas	Facturación anual (millones de pesos)	Participación Sobre el total
Medicus	200	9,6%
SPM	190	9,0%
Swiss medical (incluye Optar)	128	6,1%
Docthos	120	5,7%
Omint	114	5,4%
Amsa	100	4,8%
Cemic	34	1,6%
Qualitas	34	1,6%
Medicor	28	1,3%
Omaja	26	1,2%
Otras	1126	53,7%
Total	2.100	100%

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

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

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

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

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

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

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

Esta estructura del mercado está cambiando, en parte por la obligación de una cobertura básica y en parte por la contracción de la

demanda. Para disminuir el riesgo originado en los factores mencionados, las empresas requieren un mayor número de asociados.

4. Recursos involucrados por la desregulación de obras sociales

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

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

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

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

Los mecanismos de recaudación que se incorporaron para esta reforma de la financiación son: establecer alícuotas diferenciadas de contribución al FSR (del 10%, 15 y 20% según nivel salarial) e incorporar una parte de lo recaudado a través del IVA a las prepagas. En el cuadro 9 se realiza una simulación del potencial de recaudación a través de la primera de estas medidas. Como puede observarse, el ingreso potencial de recursos al FSR sería suficiente como para garantizar a todos los agentes del Seguro de Salud un ingreso per cápita mínimo equivalente a \$20 mensuales.

En el cuadro 10 se detallan la recaudación y el gasto necesario para garantizar un ingreso mínimo de \$20 a aquellos beneficiarios cuyos

aportes y contribuciones no resultarían suficientes. Como puede observarse, el gasto necesario sería del orden de los cincuenta millones mensuales o alrededor de 600 anuales.

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

Por otro lado, la segunda función del FSR, financiar un seguro de enfermedades catastróficas, resulta aún una incógnita, ya que no se cuenta con precisiones sobre qué patologías serán incluidas dentro de esta categoría. Sin embargo, según declaraciones del Superintendente, el costo estimado de dicho seguro oscilaría los \$2 per cápita⁹. Esto representaría un gasto total anual de este 240 y 280 millones, según la población beneficiaria que se considere en el cálculo. De ser así es muy probable que los recursos recaudados resulten insuficientes.

Cuadro 9. Recaudación potencial del Fondo Solidario de redistribución en función de la discriminación de alícuotas.1998

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

Fuente: Ventura & Mangiaterra (2000)

Cuadro 10. Gasto potencial en Compensación del FSR.

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

Fuente: Cuadro 11.

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

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es, sin duda, el mayor instrumento de regulación del seguro de salud. El mismo fue redefinido en noviembre de 2000. Aunque sus modificaciones no son significativas con respecto al anterior (1997) se prevé que podrá presionar una leve alza en los costos de la cobertura prestacional.

Hasta ahora el más exhaustivo costeo del PMO desarrollado es el estudio de José Bruni del PROS que ha sido citado por Rosales¹⁰, este trabajo realizado para el Programa de Reconversión de Obra Sociales (PROS) cuantificó el costo del PMO en base a una muestra poblacional amplia. El trabajo concluyó presentando un costo promedio de \$19,32 mensuales en población abierta. En función del mismo se pueden estimar los flujos de gastos que involucraría brindar cobertura al total de la población beneficiaria involucrada por el decreto 446 (cuadro 11).

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

La redefinición reciente del PMO encareció la cobertura médica y por lo tanto los requisitos de financiamiento del seguro de salud. Luego de la sanción del nuevo PMO el Dr Bruni actualizó sus cálculos arribando a valores totales superiores. Aunque en los dos cálculos fueron considerados

idénticos niveles de coseguros y límites a las coberturas prestacionales, el costo de la cobertura individual del nuevo PMO resulta casi un 25% superior al anterior, ascendiendo a \$24,06 en promedio (cuadro 12).

La redefinición del PMO incrementó el costo del seguro de salud en alrededor de \$58 millones mensuales o \$706 millones anuales. Al multiplicar la población beneficiaria de las OSN por el costo de la cobertura del PMO se arriba a un monto total mensual de alrededor de 300 millones. Esto equivale a un costo prestacional anual del orden de los \$3.358 millones.

Cuadro 11. Costo de la cobertura médica del seguro de salud según grupos de edad. En función del PMO definido en 1997.

Edad	Costo	Población		Gasto Mensual	
0 - 15	\$ 13	1.986.275	17%	25.821.574	10,8%
16 - 40	\$ 16	4.256.967	37%	68.111.468	28,4%
41 - 60	\$ 20	2.140.673	18%	42.813.454	17,8%
+ 60	\$ 32	3.224.940	28%	103.198.069	43,0%
Total	\$19,32	11.608.854		239.944.564	

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

Cuadro 12. Costo de la cobertura médica del seguro de salud según grupos de edad. En función del PMO definido en octubre de 2000.

Edad	Costo	Población		Gasto Mensual	
0 - 15	16.19	1.986.275	17%	32.156.682	11%
16 - 40	19.93	4.256.967	37%	84.822.051	28%
41 - 60	24.91	2.140.673	18%	53.317.383	18%
60 y más	39.85	3.224.940	28%	128.516.864	43%
Total	24.06	11.608.854		298,812,979	

Fuente: Elaboración propia en base a datos elaborados por José Bruni, 2000.

Conclusiones

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

Sin embargo, las medidas recientes de reforma del sistema de salud no afectan directamente a toda la población. En primer lugar, el decreto 446 afecta a 11,6 millones de Argentinos beneficiarios de obras sociales bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud, que representan el 33% de la población argentina y casi la mitad de quienes tiene cobertura de seguros de salud.

Simultáneamente, la regulación de las Empresas de medicina prepaga afectará a 2,8 millones de habitantes beneficiarios de seguros privados de salud. Pero ambas medidas no afectan a la suma de estas poblaciones (14,4 millones) puesto que hay 1,5 millones de argentinos (4,2% de los argentinos y 53% de los beneficiarios de prepagas) que cuentan con cobertura de obras sociales y prepagas a la vez.

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

económicos concentran al 72% del total de beneficiarios.

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

Las empresas de medicina prepaga pueden tener interés en ingresar como agentes del seguro de salud para captar las contribuciones y aportes sociales de los beneficiarios del sistema. Sin embargo, no todos los beneficiarios perciben ingresos atractivos para este mercado. De los 11,6 millones hay solo 4,3 millones de personas en el quintil de mayores ingresos (con un promedio de \$1.041 per capita) y hay 4,8 millones de personas de ingresos medios altos -cuarto quintil- que oscilan entre los \$400 y los \$1.000 per capita.

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

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

rasgos pueden ser caracterizados de la siguiente manera:

- a) **Los que no tienen seguro de salud.** En el extremo inferior se encuentran los argentinos que solo cuentan con cobertura del subsector público. Aquellos que -al menos hasta el momento- han quedado fuera de la reforma. Eran, en 1997 13,5 millones o 37,6% de la población.
- b) **Los que tienen seguro pero no pueden elegir.** El segundo grupo es el de beneficiarios de Obras Sociales que no tienen opción de cambio. Se trata de entre 6 y 6,5 millones de personas que cuentan con cobertura de obras sociales provinciales, de las Fuerzas Armadas, Poder legislativo y Judicial, Universidades y otras que no actúan bajo la esfera de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- c) **Los que pueden elegir entre una oferta restringida.** El tercer grupo es el de beneficiarios de obras sociales desreguladas que perciben bajos ingresos y, por lo tanto, sus aportes serán objeto de la redistribución del Fondo Solidario. Se trata de alrededor de 6 millones (que ascendería a 7,5 si se contemplan también aquellos cuyos aportes se adeudan) de argentinos con ingresos por titular interiores a \$900 mensuales y que representan para los agentes del seguro un eventual ingreso capitado del orden de los \$20. Lo más probable es que sean muy pocas las empresas de medicina prepaga que se interesen por ingresar como agentes del seguro para brindar cobertura a este grupo poblacional.
- d) **Los que podrán elegir entre una oferta amplia.** El cuarto grupo, está configurado por quienes cuentan con cobertura de obras sociales desreguladas y perciben ingresos altos (que representan aportes superiores a \$20 per capita). Se trata del "botín" de la desregulación. Son entre 4 y 4,5

millones de argentinos altamente concentrados en las regiones urbanas más ricas del país. De ellos 1,3 millones ya cuentan con cobertura de medicina prepaga, es decir tienen doble cobertura.

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

¿Cómo se va a configurar la demanda en



el nuevo mercado de seguros de salud?

Fuente: Elaboración propia en función de cuadros anteriores

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

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

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

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

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

La reforma que involucran ambas medidas -desregulación de obras sociales y regulación de medicina prepaga- no involucran, hasta el momento, redefiniciones de los modelos de gestión ni de atención de los seguros. Se

concentra en la financiación del sistema. Por lo tanto, las preguntas centrales sobre la factibilidad económica deberían apuntar a la suficiencia y sostenibilidad de los flujos financieros. Es en ese sentido que cabe concluir que aunque se han logrado significativos avances en los últimos meses, restan muchas definiciones como para poder afirmar la factibilidad del modelo.

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

Bibliografía Consultada

- AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto y PALMEYRO, Alejandro (1999), *Medicina Prepaga Historia y Futuro*. Buenos Aires. Ediciones Isalud
- AMBITO FINANCIERO (2000). "Argentina: reforma del sistema de salud". *Ambito Financiero*. Buenos Aires 1 de agosto.
- ARROW, Kenneth J. (1981) "la Incertidumbre y el análisis del bienestar en las prestaciones médicas". *Economía de la Salud*. ICE, junio. Pág: 47
- BRUNI, José María. "Costeo del Programa Médico Obligatorio". Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS). Documento inédito presentado en *Plenario de Membresía de Antiguos Alumnos*. Instituto Universitario Isalud. Buenos Aires. 15 de noviembre de 2000.
- FITOUSSI, Jean Paul (1999) "Un Estado más inteligente". *Diario Clarín*, 17 de noviembre. Pág. 15
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés y TOBAR, Federico (1999). *Más salud por el Mismo Dinero*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2da edición.
- MADIES, Claudia Viviana (2000) "Un análisis crítico de la propuesta de regulación de empresas de medicina prepaga". Trabajo científico presentado en *I Jornadas Americanas de Economía de la Salud, IX*

Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud, 12 al 15 de Abril - Misiones, Asociación de Economía de la Salud.

NACIÓN ARGENTINA: PODER EJECUTIVO NACIONAL. *DECRETO 446* (2000).

PROCOMPETENCIA (1999) Superintendencia para la promoción y Protección de la Libre Competencia. Informe de políticas públicas sobre la promoción de la eficiencia y equidad social en el sector salud de Venezuela. <http://www.procompetencia.gov.ve>

PROYECTO DE LEY DE EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA (1999) sancionado por la Cámara de Senadores de la Nación

SHURMAN, Diego (2000). "El suicidio de Favalaro también disparó el debate por las obras sociales". *Página 12*, 1 de agosto.

SIEMPRO-INDEC.(1999) *Encuesta de desarrollo social*. Secretaría de Desarrollo Social.

SELLANES, Matilde. "Demanda de seguros de salud en Argentina". informe de Avance del proyecto de investigación "El mercado de seguros de salud en Argentina" coordinado por Claudia Madies. Isalud. Programa de Investigación Aplicada. 2000

SURACE, Benjamín. Presentación en el seminario: *Nuevos Escenarios de las Obras Sociales*. Isalud. Buenos Aires. 8 de agosto de 2000.

VENTURA, Graciela & MANGIATERRA, Alberto. "Simulaciones sobre recaudación y gasto potencial de la Desregulación de Obras Sociales". Isalud. Programa de Investigación Aplicada. 2000.

⁶ Los beneficiarios del Pami no son sólo ancianos. Unos 748 mil beneficiarios -que equivalen al 23% del padrón- son menores de 60 años de edad. Alrededor de un millón y medio tiene 60 y 74 años, lo cual equivale a un 45%. El millón de beneficiarios restante, que equivale a un 32% es mayor de 75 años.

⁷Díaz Muñoz, A. y otras: "Los seguros voluntarios en la Argentina: los límites difusos de su desarrollo reciente". *Centros de Estudios Bonaerenses*. Año 1998.

⁸Carencias por tiempo limitado, exclusiones de prestaciones, listado de copagos con sus correspondientes valores, exigencia de autorizaciones previas y otras.

⁹ CANO, Rubén: Presentación en el seminario: *Nuevos Escenarios de las Obras Sociales*. Isalud. Buenos Aires. 8 de agosto de 2000.

¹⁰ ROSALES, Pablo ("Obligación de cobertura médica de las empresas de medicina Prepaga. Programa Médico Obligatorio". *Jurisprudencia Argentina* N° 6.169, 24 de noviembre de 1999, páginas 7-14)

NOTAS

¹ La clasificación de los clientes de servicios aquí mencionada no pretende hacer valoraciones, sino simplemente encuadrar la realidad argentina de acuerdo al modelo utilizado mundialmente y que ha sido difundido por la OCDE.

² Ver: GONZALEZ GARCIA,G & TOBAR, F (1999).

³ Decimos que no han sido afectadas "directamente" puesto que existen interrelaciones sistémicas por las cuales la mayoría de los actores del sistema se ven afectados por ambas medidas.

⁴ *Ambito Financiero* 31 de junio de 2000.

⁵ SHURMAN, Diego (2000)