



SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

INFORME TÉCNICO

Análisis de su composición y alcance del
sector privado



CONSTRUIMOS PARTICIPACIÓN CIUDADANA

SISTEMA DE SALUD Y MEDICINA PREPAGA EN ARGENTINA

INFORME TÉCNICO

Introducción

La prestación de servicios de salud en el país se organiza a través de tres sistemas distintos, cada uno dirigido a diferentes segmentos de la población, garantizando la cobertura universal.

El primer sistema es el **sector público**, que está disponible para todos los residentes del país. Aunque está abierto a toda la población, es utilizado principalmente por aquellos que no tienen otro tipo de cobertura de salud. Esto representa aproximadamente el 36% de la población (casi 17 millones de personas), según los datos del último censo poblacional.

El segundo sistema es el de la **seguridad social obligatoria**, también conocido como Obras Sociales. Este sistema cubre a todos los trabajadores formales del país y a sus familiares directos, lo que representa alrededor del 61% de la población (28,5 millones de personas).

El tercer sistema es el **sector privado**, al cual se accede mediante el pago directo de servicios de salud o a través de aportes y contribuciones a la seguridad social que permiten la contratación de planes de salud privados. Este sistema abarca al 13,6% de la población (6,3 millones de personas).

Como puede observarse, la suma de estos tres porcentajes supera el total de la población estimada por el INDEC. Es decir, la suma de estos porcentajes es superior al 100%. Esto se debe a que algunas personas pueden tener **coberturas de salud múltiples**, como la combinación de seguridad social provincial y nacional, o la cobertura de seguridad social junto con un plan de salud privado.

Población cubierta por tipo de cobertura

Cantidad y porcentaje. A julio de 2023.

Cobertura	Población cubierta	Participación % en población
Sistema Público	16.795.649	36,0%
Sistema de la Seguridad Social	28.459.294	61,0%
Sistema Privado	6.345.023	13,6%
Sumatoria de población cubierta	51.599.967	110,6%
Población Argentina (1/07/2023)	46.654.581	100,0%
Población con más de una cobertura	4.945.386	10,6%

FUENTE: elaboración propia.

La organización y operación de los distintos sistemas de atención de la salud muestran notables diferencias, tanto en términos de responsabilidades, estructura organizativa, coordinación y financiamiento. La Nación desempeña roles diversos en cada uno de ellos, con el objetivo de promover la homogeneización y proporcionar asistencia subsidiaria cuando sea necesario.

En el Sistema Público, donde la responsabilidad primaria recae en las provincias, la Nación interviene principalmente mediante esfuerzos de estandarización y asistencia subsidiaria. En el Sistema de la Seguridad Social, la Nación asume funciones de coordinación general, gestión de riesgos, habilitación y supervisión para garantizar su eficaz funcionamiento. Por último, en el Sistema Privado, la intervención de la Nación se centra en la fiscalización y control para asegurar el cumplimiento de regulaciones y estándares de calidad.

Recientemente, el Poder Ejecutivo ha emitido una serie de decretos con el propósito de desregular el sistema de obras sociales y medicina prepaga en Argentina. Estas medidas se dictaron con el objetivo de flexibilizar el marco normativo vigente, otorgando mayor autonomía y libertad a las instituciones sanitarias y a las empresas de medicina prepaga.

Entre los aspectos modificados por estos decretos se incluyen la eliminación de tarifas mínimas obligatorias para los servicios de salud prestados por las entidades de medicina prepaga, así como la no intervención en los acuerdos contractuales entre las empresas prestadoras y sus proveedores de servicios médicos.

El objetivo del presente informe es analizar la concentración del sistema de medicina privada en Argentina a partir del estudio detallado de la cantidad de prestadores y los afiliados declarados a la Superintendencia de Servicios de Salud, utilizando datos recabados de un informe de la Oficina de Presupuesto del Congreso. Este análisis tiene como propósito evaluar el impacto jurisdiccional de la reciente desregulación impulsada por el Poder Ejecutivo en términos de población afectada.

Desde una perspectiva teórica, si un mercado tiene una estructura oligopólica, la desregulación propiciada por el ejecutivo probablemente resulte en un aumento de precios y una reducción en las cantidades transadas. En este caso particular del sistema de medicina privada en Argentina, la desregulación podría conducir a un incremento desproporcionado en las primas de las empresas de medicina prepaga, lo que podría resultar en un deterioro financiero para aquellos que aún puedan costearlas. Además, es probable que aquellos que no puedan continuar pagando las primas se vean obligados a abandonar la cobertura de salud privada, lo que resultaría en una menor población con acceso a estos servicios. En última instancia, esto podría tener repercusiones significativas en el acceso a la atención médica y en la equidad del sistema de salud en general.

Características del Sistema Privado de Salud

¿Cómo funciona?

El sistema de seguro privado adopta un enfoque de seguro opcional, a diferencia del sistema de la Seguridad Social que es obligatorio.

Bajo este esquema, se ofrece cobertura para contingencias específicas establecidas en el contrato, **por las cuales se paga una prima** calculada según el riesgo actuarial. Este enfoque contrasta con el modelo de la Seguridad Social, donde las primas se determinan como un porcentaje de los ingresos del trabajador, y en caso de insuficiencia, interviene un fondo de redistribución solidaria.

Según la normativa vigente, todas las entidades que operan dentro del marco legal que las rige (ley 26.682) están obligadas a ofrecer como mínimo los servicios de salud estipulados en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (salvo las entidades con menos de 5.000 afiliados que operan en una única localidad debido a lo dificultoso de llevarlo a cabo). Las entidades de medicina prepaga tienen la opción de brindar servicios a través de sus propios centros de atención o mediante la contratación de terceros.

Como se sostuvo, el sistema de prestaciones de servicios en el ámbito privado se basa en la adhesión voluntaria entre partes privadas, sin una población objetivo definida. Sin embargo, ciertos criterios establecidos por la normativa evitan el rechazo de adhesiones por parte de las entidades prestadoras.

Estos criterios incluyen la edad del solicitante, donde se prohíbe el rechazo basado en este factor, aunque se permite cobrar una prima más alta para personas mayores de 65 años, sujeta a aprobación del órgano regulador. Además, las enfermedades preexistentes no pueden ser motivo de rechazo, aunque la entidad puede cobrar un diferencial por su cobertura. También se prohíbe el rechazo basado en enfermedades en curso al momento de la contratación, aunque se permite cobrar un diferencial temporal por su cobertura.

Diversas Obras Sociales ofrecen a sus afiliados lo que llaman "**planes superadores**", que van más allá del PMO al incluir prestaciones adicionales. Por otro lado, algunas Obras Sociales establecen acuerdos con entidades de medicina privada u otras obras sociales para ampliar la cobertura de servicios a sus afiliados.

Este tipo de cobertura "superadora" se encuentra dentro del ámbito privado y es gestionada por entidades reguladas por la mencionada Ley 26.682. Los afiliados que optan por esta cobertura usan sus aportes a la Seguridad Social para financiarla, cubriendo la diferencia entre el monto aportado y el precio del plan elegido.

Estas opciones afectan la equidad y el financiamiento del sistema de la Seguridad Social, ya que los afiliados con mayores ingresos tienden a ser quienes optan por estas

derivaciones, fenómeno conocido en el mundo de los gestores de salud como "descreme".

La oferta de planes superadores por parte de las Obras Sociales o la firma de convenios con entidades privadas fue bienvenida en su momento tanto por los Agentes del Seguro de Salud como por las entidades del Subsistema Privado. Los Agentes del Seguro de Salud recibían un porcentaje de los aportes del afiliado y transferían parte del riesgo al tercerizar la prestación de servicios, mientras que las entidades privadas vieron aumentar su número de afiliados pudiendo acceder a recursos del Fondo Solidario de Redistribución.

Estos arreglos llevaron a una concentración de la atención de la salud en unas pocas entidades como se verá en el siguiente apartado.

¿Cómo se conforma?

Las Entidades de Medicina Prepaga pueden ser de diversos tipos reconociendo la normativa que las regula: Sociedades Comerciales, Obras Sociales con planes superadores, Cooperativas, Mutuales, Asociaciones Civiles y Fundaciones.

La Oficina de Presupuesto del Congreso ha elaborado un detallado informe sobre el sistema de salud argentino, destacando especialmente la notable concentración que caracteriza al mercado de medicina prepaga. El mismo se basó en información provista por la Superintendencia de Servicios de Salud a mediados del año 2021.

Aunque el informe de la OPC que vamos a utilizar tiene unos años, se considera pertinente para el análisis actual, ya que las estadísticas relacionadas con la estructura del sistema son elementos que tienden a mantenerse estables a lo largo del tiempo. En otras palabras, las estructuras fundamentales y organizativas rara vez experimentan cambios significativos de un año a otro. Por lo tanto, el informe del año 2021 proporciona una base sólida y confiable para el análisis actual.

La siguiente tabla proporciona datos sobre la distribución de afiliados en el sistema de medicina prepaga según el tipo de entidad prestadora. Se aprecia un total de 159 entidades de medicina privada operando en el país, con un número dispar de afiliados dependiendo del tipo de entidad.

Las sociedades comerciales representan la mayor parte del mercado, con un 34,6% de las entidades y el 39,3% de los afiliados totales (entre titulares y adherentes). Les siguen los planes superadores de Obras Sociales, con un 18,9% de las entidades (30 Obras sociales) y el 36,2% de los afiliados.

Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones también tienen su participación en el mercado, aunque en menor medida. Finalmente, un pequeño porcentaje de los afiliados se encuentran bajo otros formatos de entidades.

Entidades y asociados a entidades de medicina privada

Cantidades y porcentajes. Mayo 2021.

Tipo	Entidades		Afiliados			% de participación
	Cantidad	% de participación	Titulares	Adherentes	Totales	
Sociedades comerciales	55	34,6%	1.317.807	1.126.134	2.443.941	39,3%
Planes superadores de Obras Sociales	30	18,9%	1.139.818	1.112.076	2.251.894	36,2%
Cooperativas	2	1,3%	93.986	77.029	171.015	2,8%
Mutuales	51	32,1%	437.181	285.859	723.040	11,6%
Asociaciones civiles	17	10,7%	332.955	262.116	595.071	9,6%
Fundaciones	3	1,9%	10.303	6.653	16.956	0,3%
Otros formatos (CPCE)	1	0,6%	8.347	7.768	16.115	0,3%
Total	159	100,0%	3.340.397	2.877.635	6.218.032	100,0%

FUENTE: OPC

Al analizar estos datos desde la perspectiva de la concentración del mercado, se puede observar que las sociedades comerciales y los planes superadores de Obras Sociales concentran la mayor cantidad de afiliados, lo que indica una marcada concentración en el mercado de la medicina prepaga en estos dos tipos de entidades. Estas dos categorías juntas representan más del 75% de los afiliados totales, lo que sugiere que un número reducido de entidades domina gran parte del mercado de salud privada en Argentina. Esto puede tener implicaciones significativas en términos de competencia, acceso a servicios de salud y calidad de atención para los usuarios del sistema.

Entre las **sociedades comerciales**, la de mayor cantidad de afiliados es Swiss Medical y contaba a la mencionada fecha con más de 800.000 afiliaciones, mientras que la segunda empresa con mayor cantidad de afiliados es Galeno, y contaba con más de 500.000. Entre ambas empresas se concentra el 60% de los afiliados en las sociedades comerciales y el 23% del total de afiliados de las entidades de medicina prepaga.

Sólo Swiss Medical, Galeno, Omint, Medicus y Paramedic poseen más de 100.000 afiliados y, entre estas cinco empresas, se concentra el 80% del total de afiliados en las sociedades comerciales.

Se evidencia una notable centralización de afiliados en un reducido número de sociedades, aspecto que se acentúa al tener en cuenta que alrededor del 23% de las empresas de medicina prepaga tienen menos de 1.000 afiliados cada una.

En relación con los **planes superadores**, de los 2.251.894 afiliados bajo este tipo de modalidad, el 86% pertenece a una única Obra Social, OSDE. El 10,5% siguiente lo tiene ACCORD. En otras palabras, entre las restantes 28 Obras Sociales con planes superadores, se concentra el 3,5% de los afiliados de esta tipología.

De las dos **cooperativas** vinculadas a la medicina privada, ACA Salud tiene el 96% de los afiliados del agrupamiento.

Si bien las **mutuales** son la segunda tipología societaria que mayor cantidad de entidades ofrecen servicios de salud (luego de las Sociedades Comerciales), con 51 entidades, una de ellas (SANCOR Salud) posee más del 50% de los afiliados de este tipo de agrupamiento. Entre las restantes 50, se distribuye el resto de los afiliados. Sólo SANCOR Salud y FEDERADA Salud superan los 100.000 afiliados.

De las 17 **Asociaciones Civiles** vinculadas a la medicina privada, dos poseen más de 100.000 afiliados: Medifé y Hospital Italiano. En conjunto poseen el 66,5% de los afiliados de la tipología.

La Fundación Médica Mar Del Plata concentra el 80% de los afiliados dentro de las **Fundaciones**.

Dentro de “**otros**”, el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el denominado “Consejo Salud”, es considerado dentro de los sujetos alcanzados por la Ley 26.682. Desde el año 2018, Consejo Salud canaliza su red de prestaciones a través de la cartilla de un prestador único, por intermedio de Swiss Medical Medicina Privada, manteniendo el vínculo entre el afiliado y el Consejo.

¿Qué implicancias tiene esta conformación?

A partir del análisis de la información proporcionada se aprecia una concentración significativa de afiliados en un pequeño número de entidades, situación que se replica en cada uno de los casos.

En un mercado donde unas pocas empresas controlan la mayoría de los afiliados, existe una mayor probabilidad de comportamiento oligopólico, donde las empresas pueden actuar de manera coordinada para aumentar los precios y limitar la competencia.

El hecho de que algunas empresas concentren hasta el 80% del total de afiliados sugiere que estas tienen un poder significativo para influir en los precios y las condiciones del mercado. Esto puede resultar en un mercado donde los consumidores tienen que pagar precios más altos por servicios de salud, lo que puede llevar a una mayor exclusión de aquellos que no puedan afrontar los incrementos.

En términos de los acontecimientos recientes, el aumento desproporcionado de las primas de las empresas de medicina prepaga (devenido después de la desregulación gubernamental) es consecuencia directa de la falta de competencia en el mercado. En este sentido, la ausencia de regulaciones que limiten el poder de mercado de estas empresas, habilita a que estas puedan aumentar los precios de sus primas sin temor a perder clientes ante la falta de alternativas viables y competitivas.

¿Quiénes son los más afectados?

Evaluar los impactos de los posibles acuerdos de fijación de las primas de la medicina prepaga sobre la población argentina requiere considerar la cantidad de personas afiliadas a la medicina prepaga en relación con la población total de cada jurisdicción.

Este análisis permite, además de identificar posibles disparidades en el acceso a la atención médica entre diferentes regiones del país (lo que es crucial para garantizar la equidad en el sistema de salud), incorporar el hecho de que las necesidades y demandas de atención médica puedan variar significativamente dependiendo del tamaño y la composición demográfica de la población en cada jurisdicción.

Así se podrá tener noción del impacto de los acuerdos de fijación de primas en términos de acceso a la atención médica en diferentes contextos geográficos.

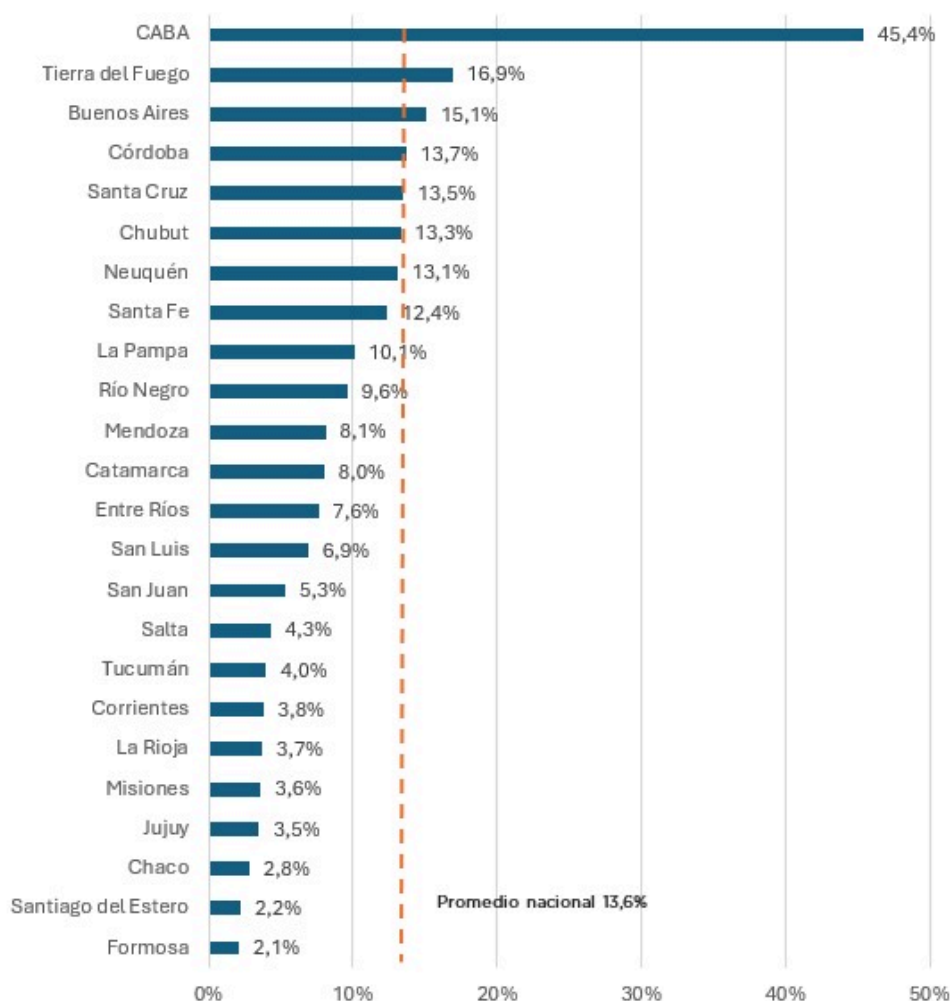
En términos generales, se aprecia una mayor concentración de afiliados a la medicina prepaga en jurisdicciones densamente pobladas y con los niveles de ingresos más altos que en otras jurisdicciones del país.

Así, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) tiene el mayor porcentaje de su población afiliada a la medicina prepaga, con un impresionante 45,4%. Dado este alto porcentaje, cualquier modificación en el precio del servicio tendría un impacto significativo en un gran número de personas en la CABA.

En las provincias de Tierra del Fuego, Buenos Aires, Córdoba, Santa Cruz, Chubut, Neuquén y Santa Fe, los impactos también serían considerables.

Porcentaje de población con acceso a medicina prepaga por provincia y promedio nacional

Mayo 2021.



FUENTE: OPC, en base a Superintendencia de Servicios de Salud.

¿Qué puede hacer el gobierno?

Desde un punto de vista teórico existen varias opciones que un gobierno puede considerar para evitar el comportamiento oligopólico en un mercado. En el caso particular de la medicina privada el gobierno podría:

- Establecer regulaciones sobre los precios máximos que las empresas de medicina prepaga pueden cobrar por sus servicios. Estos límites pueden basarse en análisis de costos y márgenes razonables para garantizar que los precios sean justos y accesibles para los afiliados.
- Fomentar la competencia en el mercado de medicina prepaga puede ayudar a reducir la concentración del mercado y evitar comportamientos oligopólicos.

Esto podría lograrse facilitando la entrada de nuevos competidores al mercado y eliminando barreras regulatorias que limitan la competencia.

- Exigir a las empresas de medicina prepaga que divulguen información detallada sobre sus costos, tarifas y prácticas comerciales puede aumentar la transparencia en el mercado y permitir una mejor supervisión por parte de los reguladores y los consumidores.
- Establecer incentivos y mecanismos de evaluación de la calidad del servicio prestado por las empresas de medicina prepaga. Esto puede ayudar a garantizar que las empresas compiten no solo en precio, sino también en la calidad de la atención médica y los servicios ofrecidos a los afiliados.
- Supervisar el mercado de medicina privada para detectar y prevenir prácticas anticompetitivas y, de ser necesario, aplicar sanciones proporcionales en casos de comportamiento oligopólico.

Las soluciones propuestas para evitar el comportamiento oligopólico en la fijación de las primas en el sector de medicina privada y la desregulación propiciada por el gobierno nacional se presentan como un desafío complejo. Por un lado, las medidas regulatorias, la promoción de la competencia y la supervisión estatal son fundamentales para garantizar un mercado equitativo y accesible para los ciudadanos. Sin embargo, la postura económica del gobierno, que aboga por la no intervención estatal en los mercados, puede generar tensiones con estas soluciones al promover una mayor autonomía y libertad para las instituciones sanitarias y las empresas de medicina prepaga. Esta paradoja plantea interrogantes sobre cómo reconciliar los principios de libre mercado con la necesidad de proteger los intereses y derechos de los consumidores en el sector de la salud.



CONSTRUIMOS PARTICIPACIÓN CIUDADANA



eforo.org.ar

info@eforo.org.ar

Rodríguez Peña 243 (C1020ADE)

CABA - Argentina