

## **HMOs (HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS) Y FONDOS DE SALUD**

MARÍA CRISTINA MERCADO DE SALA

*En dedicación y como humilde homenaje al Dr. René Favalaro*

### **RESUMEN:**

Se relaciona la esencia del negocio de las organizaciones denominadas en la realidad del mercado de capitales norteamericano : "HMO", (HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS - ORGANIZACIONES DE MANTENIMIENTO DE SALUD), con conceptos de Mercado de Capitales, de los recursos asignados en el derecho argentino al Sistema de Seguro de Salud, normativa aplicable y la realidad del sector en que se desarrolla la actividad.

### **OBJETIVO:**

1. Ordenar conceptos.
2. Advertir efectos por falta de regulación.
3. Instar al control y seguimiento del origen y destino final de fondos de salud.
4. Instar regulación del Mercado imperfecto a efectos de asegurar transparencia.
5. Advertir utilidad de los fondos de seguros de salud para el fortalecimiento del Mercado de Capitales.
6. Advertir sobre la importancia de regular las sociedades adminis-

tradoras de los fondos, las que deberán fiscalizarse y sancionarse de forma similar a las sociedades abiertas y empresas de seguros.

7. Advertir posible exportación de recursos provenientes del Sistema Nacional de Seguro de Salud y préstamos de organismos internacionales.

## JUSTIFICACIÓN

La Bibliografía consultada indica que la Argentina es uno de los países que más recursos destina a la salud de sus habitantes en el mundo, "gastando" el 9,7% de su PBI, en tanto otros países con mejores recursos o resultados finales, parecen asignar de manera más eficiente y eficaz los recursos, garantizando a la población una mejor accesibilidad. Ej: EEUU (14%), Uruguay (13,4%), Alemania (10,5%), Croacia (10,1%) Suiza (9,8%) y Canadá (9,5%) conforme datos de la OMS 1999.

Se considera que el "sistema demanda anualmente alrededor de 23.000 millones de pesos, sin embargo las obras sociales nacionales y provinciales y el PAMI adeudan al sistema alrededor de 2600 millones cuya incierta cobrabilidad compromete el financiamiento de los hospitales estatales y coloca al borde de colapso a clínicas, sanatorios, farmacias y entidades sin fines de lucro"<sup>1</sup>. De las 296 Obras Sociales registradas en el país, el 50 por ciento afronta dificultades económicas<sup>2</sup>, más de once se presentaron en concurso y otras registran atrasos en los pagos que tornan previsible una próxima presentación, lo que implica el corte en la cadena de pagos, y fuentes de trabajo que desaparecerán, en un país con tasa de desempleo declarada superior al 16%.<sup>3</sup>

Los fondos imputables a salud deben reinvertirse eficaz y eficientemente en el propio sistema, y de existir excedentes de recursos gastables pueden movilizar el mercado siempre que se controle que no sean apropiados por insolventes e inversiones oportunistas, que pretenden ganancias fáciles favorecidos por la conflictividad del tema, y la falta de transparencia, de un mercado imperfecto que a la fecha permite la competencia sin regulación.

<sup>1</sup> Diario La Nación, Bs.As., lunes 11 de septiembre de 2000.

<sup>2</sup> Diario La Nación, ídem.

<sup>3</sup> "El mayor desempleo desde el año 1997-La tasa supera el 16 % de la población económicamente activa". Comercio y Justicia. 29 junio 2001.

## CONCEPTUALIZACIÓN

### I. HMOS: ¿qué son? : "they are businesses". (Son negocios).

Cuando se trata de establecer la naturaleza jurídica de una determinada institución, entidad u organismo, deberán apreciarse los elementos que lo constituyen.

#### I.1. ORIGEN

En E.E.U.U. el sector de atención médica gerenciada admite la distinción entre: a) HMOs, b) práctica médica gerenciada y c) gerenciamiento de la información médica.

Cerca de 60 millones de norteamericanos están afiliados a lo largo y ancho del país en alrededor de 630 HMOs. Se define a las mismas como entidades de negocios "proveedoras médicas y como una forma de seguro de salud", y constituyen una forma entre las varias de administrar planes de salud o "MANAGED CARE HEALTH PLANS".

Conforme al sistema norteamericano de salud los empleadores y consumidores eligen y pagan voluntariamente a una HMO una suma fija por mes a cambio de que se les provea cuidado de salud. Algunas de estas **organizaciones** emplean médicos en relación de dependencia, pero la mayoría contratan con médicos, hospitales y otros proveedores la **provisión globalizada de servicios a una "población"** determinada a cambio de **precios de descuento**. Los afiliados a este sistema eligen un médico de atención primaria (de cabecera, generalista, de familia) encargado de aprobar la referencia a los especialistas. La HMO puede denegar la atención si la considera innecesaria.

Desde el punto de vista del **Mercado de capitales**, se considera que: "Históricamente volátiles, **las HMOs son grupos de inversores privados** con tendencia a comprar bienes negociables y no a deshacerse de ellos en momento de baja.....un factor influyente dentro del mercado es la selectividad, sobretodo si se tiene en cuenta que algunos emprendimientos han sumado riesgo a las proyecciones de 1995, en especial para aquellas compañías con atención médica gerenciada pobre o inmersas en mercados sumamente competitivos".<sup>4</sup>

Los títulos de 24 HMOs del sector de atención médica gerenciada poseían en 1995 un Mercado de Capitales de U\$34 billones; la práctica gerenciada y el gerenciamiento de la informa-

<sup>4</sup> Ficha técnica N°2. "The right place, the right time, the right idea".

## **ción médica un billón de dólares.**

### **I. 2. RIESGO FINANCIERO:**

Es obvio que “prometer” salud a una población a cambio de un aporte mensual, implica en sí mismo un negocio financiero de alto riesgo, en el que inciden diferentes variables tales composición etaria y actividades que desarrollan los grupos poblacionales, volúmen poblacional, epidemiología etc, lo que requiere conocimientos técnicos variados desde administración de riesgos en general, hasta la salud considerada como un intangible con protección de raigambre constitucional: **derecho a la salud**. (arts 7 y 19 inc. 1 Constitución Pcia. de Cba.).

Es por ello que en la práctica americana existen organizaciones de servicios de salud que administran el riesgo financiero de otras compañías propietarias de la HMO recibiendo a cambio un pago por administrar y hacer crecer a las HMO. Por lo expuesto el concepto amplio de la HMO como su nombre indica, necesariamente se integra con el concepto de organización, que no es unívoco ni en sí mismo sinónimo de sujeto de derecho. Ej. Un grupo empresario propietario de la HMO asume el riesgo financiero, pero otra **organización administradora** de servicios de salud, se encarga del aspecto técnico sistémico sanitario, administrativo y de información del negocio originariamente de riesgo financiero. Estamos en presencia entonces de riesgos diferentes: cumplir la promesa de mantener sana a la población, obtener y relacionar información, administrar fondos y mantener y **hacer crecer el fondo empresario HMO**.

El grupo empresario paga al administrador para que le administre el riesgo y le genere ganancia por el funcionamiento de la HMO como organización de recursos excedentes. Ello lleva a distinguir la organización de los recursos “organizada” bajo la forma de un patrimonio de afectación, centro imputativo diferenciado, fideicomiso, de una organización personificada diferente de los titulares inicialmente aportantes de los recursos.

Las organizaciones de servicios propietarias de la HMO, asumen el riesgo financiero total, pero también obtienen la totalidad de la ganancia potencial.

Se considera que **administrar el riesgo financiero** para un grupo de inversionistas es una estrategia financiera positiva, pues aminora los obstáculos presentes al inicio del emprendimiento, ya que reduce el costo inicial necesario para la empresa y le permite a la misma ingresar en el mercado de manera rápida y económicamente

ventajosa. Sin embargo en esta circunstancia, es obvio que se introduce una intermediación que “deberá pagar intereses por el uso de fondos, cubrir costos fijos y variables y obtener algún beneficio”, con lo que estamos frente a **otro riesgo: administrar eficientemente. Todo ello agudizado por la obligación de cumplir la promesa de indemnizar la adversidad=enfermedad, o promover el beneficio=salud, otros riesgos en sí mismos considerados.**

Se produce una cadena de riesgos de distinta naturaleza, lo que hace dudar sobre la eficiencia en el manejo y administración de todos los riesgos, y se multiplica el margen de error.

Se dice que “Ser propietario de una HMO y asumir el riesgo total le otorga a dicha empresa un valor mayor, a largo plazo, como accionista y mayor autonomía operativa”, ya que **se diversifica el riesgo entre muchos grupos gerenciados**, en lugar de depender de un solo contrato importante para **obtener la rentabilidad de la compañía.**

Cabe preguntarse si ¿desde la óptica del fondo administrado originariamente, no estamos ante similitudes con los Fondos Comunes de Inversión, y en cuanto al destino “de los grupos de planes gerenciados” no estamos en presencia de una analogía con los fondos de jubilaciones y pensiones y los de riesgo del trabajo y/o los fideicomisos de administración?.

Queda entonces en claro que cuando en el mercado se refieren a una HMO no siempre debe entenderse que se trata de un concepto unívoco, ya que en un caso podrá ser en sí mismo un ente corporativo distinto, pero en otros casos será un fondo de inversión administrado y gerenciado por otro ente empresario. Se trataría en nuestro derecho de fondos de riesgo útil al Mercado, como son los Fondos Comunes de Inversión (Ley 24.083 modif. 24.441); los Fondos de Jubilaciones y Pensiones (Ley 24.241), Fideicomisos (Leyes 24.441-25248), en el supuesto que nos ocupa, con origen y destino a la prevención de contingencias o adversidades=enfermedades, y a la promoción de la salud.

En los casos de los mercados inmaduros de atención gerenciada de la salud, se obtienen elevados márgenes de ganancia, y al mismo tiempo si se cometen errores en la administración en sí misma en cuanto al destino de los fondos, se advierte que no poseen capital suficiente para cubrir las pérdidas, con el consiguiente perjuicio a terceros y el incumplimiento del fin al cual primaria y principalmente debe asignarse el fondo.

**Resumiendo: podría decirse que las HMOS son universalidades económicas o jurídico económicas con un valor de conjunto**

y calidad propias, que admiten diversa forma jurídica estructural, que reúnen fondos aportados por inversionistas y pueden cotizar en Wall Street.

## II. FONDOS

Llamamos así en el contexto de nuestro país, a los recursos públicos o privados y los caudales del Estado que como capacidad excedente de fondos líquidos son volcados por los empresarios y sujetos del sector privado, sujetos financieros autorizados, agentes de bolsa, agentes del mercado abierto, unidades familiares, BCRA, inversores institucionales, inversores cuasi institucionales e inversores extranjeros, al **MERCADO DE CAPITAL**.<sup>5</sup>

**II. 1.** A los efectos de esta colaboración, dentro de nuestro derecho, cabe ampliar el concepto de:

**a. Inversores institucionales:** bajo esta denominación se agrupan en nuestro país los actores más activos del Mercado de Capitales entre ellos: Compañías de Seguros, Compañías de Seguros de Retiro, Fondos Comunes de Inversión, Fondos de Jubilaciones y Pensiones y dealers. Los cuatro primeros se caracterizan por administrar cartera de papeles de deuda de mediano y largo plazo y reciben la adhesión de beneficiarios mediante aportes periódicos con los cuales se compran papeles para las carteras o por medio de cuotas-parte que permiten el acceso a una proporción de cierta cartera (FCI). El negocio de prevención de contingencias y adversidades lo asumen los AFJyP, las Cías. de Seguros y de Seguros de Retiro. No se han diferenciado los llamados Seguros de Salud, pero obviamente entrarían en esta categoría, y serían de aplicación a ellos las leyes 17.418 y 20.091.

**b. Inversores cuasi-institucionales:** denominamos así a las organizaciones empresariales que sin perjuicio de su objeto, actúan en el Mercado como inversor institucional e intermediario financiero, ejemplo de ellas son: Supermercados, Empresas de Tarjetas de Crédito, Círculos de Afinidad, Medicina Prepaga y algunas instituciones educativas importantes. Se distinguen por recibir aportes periódicos mensuales a cambio de un servicio. En épocas de estabilidad económica la gerencia financiera actúa como administradora de un fondo y en las de inestabilidad actúan como prestamistas o mesas de dinero.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Ver Apreda Rodolfo, Administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones, Ediciones Macchi. Bs.As. 1993.

<sup>6</sup> Apreda Rodolfo, ídem.

La medicina prepaga actúa como seguro de salud voluntario no regulado y actúa por fuera de ambos Sistemas, el de Seguros: Leyes 17418-20091 y el Sistema Nacional de Seguro Social de Salud regulado por la Ley 23.661.

**c. Inversores extranjeros:** se colocan fondos del exterior a través de bancos, empresas o inversores institucionales locales o representantes en el país. A los efectos de esta colaboración consideramos que las **HMO** están actuando en nuestro país sin regulación alguna más que las de inversiones extranjeras y lavados de dinero, con las limitaciones que las mismas implican en una cuestión tan importante como es la salud de la población.<sup>7</sup>

## II. 2. FONDOS DE SALUD

**Naturaleza:** Por fondos de salud entendemos los recursos que en su origen y destino están relacionados con la prevención de la contingencia enfermedad y la promoción del bien tutelable salud, no constituyen sujetos ni sociedades. En nuestro país considero comprendidos en esta designación los fondos que administran las, y los provenientes de :

a). **Medicina prepaga:** toma anticipadamente fondos bajo la promesa de cubrir las contingencias de salud y/o adversidades de la enfermedad a cambio de aportaciones mensuales contractualmente asumidas. En esta ocasión y considerando el riesgo asumido, caben los interrogantes si la promesa se agota en asumir el riesgo sólo dentro de la capacidad de los fondos para ello recolectados o si además debe hacerse con capital propio. Y en éste caso, ¿qué estructura de capital mínimo debe considerarse aceptable conforme el riesgo asumido?<sup>8</sup>. Asimismo, dado que deberá cubrir costos fijos y variables, ponderar un fondo de contingencias, y obtener un beneficio, cabe el interrogante de cual debería ser la proporción de fondos inmovilizados como restricción a la capacidad prestable, considerando que la misma está "predeterminada" por la obligación asumida al recibir el "prepa-

<sup>7</sup> Torres Craig, "AETNA TO BUY LARGEST HMO IN ARGENTINA", THE WALL STREET JOURNAL, 01/13/99, PAGE A14.

<sup>8</sup> Ver Proyectos de Ley de entidades de medicina prepaga, especialmente: Proyecto Senadores: Senador Salum S-99-1495 y Proyecto Diputados: Diputada Cristina Guevara 4429-D-00. No especifican capital mínimo, ni exigen objeto único. Admiten la forma organizada: "... sociedad comercial de cualquier naturaleza, sociedades cooperativas y mutuales, fundaciones y asociaciones civiles sin fin de lucro legalmente reconocidas y las asociaciones y colegios profesionales con personería jurídica que no ejerzan el gobierno de la matrícula profesional, ni limiten a sus asociados en la libre contratación de sus servicios". Nótese el lenguaje poco técnico al referirse a las distintas estructuras jurídicas.

go” por los servicios futuros comprometidos. Todo ello requiere un acabado estudio actuarial, a partir de estadísticas precisas. No existe en argentina información confiable al respecto.

Se considera a los seguros de salud mercados imperfectos, con fallas de información. Bibliografía consultada<sup>9</sup>, expresa: **“la competencia sin regulación convierte al mercado de las empresas de medicina prepaga en un segmento poco transparente, conflictivo y altamente selectivo en términos de nivel de ingreso y riesgos epidemiológicos”**.

En ocasión de reunirse en Mar del Plata en 1995, la VI edición del Congreso Argentino de Derecho Societario - II Congreso Iberoamericano, advertí sobre esta temática, solicitando regulación y anticipando opinión en el sentido de considerar a las empresas con esta actividad, incluidas en principio dentro del art. 299 inc.4 de LS 19550. Propuse un sistema de organización jurídica, de gestión y económico financiero semejante a las AFJP.<sup>10</sup> Poco hemos avanzado y muchos recursos se han dilapidado.

El proceso iniciado en 1997 en nuestro país, de apertura del sistema de obras sociales nacionales **“permitió a las empresas de medicina prepaga ingresar a la seguridad social triangulando a través de convenios con las obras sociales**. Esta incorporación no regulada, atenuó el doble aporte pero incentivó una rigurosa selección de ingresos y riesgos. Al no estar las empresas de medicina prepaga formalmente incorporadas al Sistema, lograron seleccionar exitosamente los beneficiarios. Hoy (julio 2000) se estima que más de medio millón de trabajadores del Sistema Nacional del Seguro de Salud realizaron la opción hacia una empresa de Medicina Prepaga a través de una Obra Social. La mayoría pertenece al rango de los trabajadores de mayores ingresos”<sup>11</sup>.

**Es obvio, que la medicina prepaga no regulada, por vía del negocio indirecto, administra los Fondos afectados al Sistema Nacional del Seguro de Salud.**

b). **Obras Sociales.** Ley 23660: toman anticipadamente fondos<sup>12</sup> conformados por los aportes y contribuciones obligatorios efec-

---

<sup>9</sup> Giordano Pablo y Colina Jorge, "Las Reformas al sistema de salud, ¿EL camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?, Fundación Novum Millenium Julio 2000.

<sup>10</sup> Mercado de Sala, María Cristina, "Sistema de Salud-Empresa de Salud-Prepago Médico-Unión de Empresas", Derecho Societario Argentino e Iberoamericano, Ed. Ad Hoc Tomo II pg. 447, Cap. Fed. Octubre 1995.

<sup>11</sup> Giordano, Colina, Fundación Nuevo Milenio, opus cit.

<sup>12</sup> Art. 3 Ley 23660: Las Obras Sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud..



tuados por empleados y empleadores (art. 16, el 3% y 6% de la remuneración de los trabajadores respectivamente), con destino a cubrir las contingencias de salud y/o adversidades de la enfermedad. Actúan como Agentes del Seguro las Obras Sociales de la Ley 23660<sup>13</sup> y las que adhieran así como las mutuales que se integren y toda otra entidad que tenga como fin lo establecido por la ley (art. 1). Estos recursos son en realidad un **Fondo de garantía<sup>14</sup> de cumplimiento del fin** por la afectación que está compuesto por: porcentajes de los recursos brutos de las Obras Sociales, aportes del Presupuesto General de la Nación y de las Provincias, equivalente al 50% del valor promedio del ingreso por aportes y contribuciones que por cada beneficiario obligado recibieran las obras sociales, multiplicado por la población sin cobertura y carente de recursos que se estime cubrir, aporte del Tesoro Nacional según necesidades de financiación y **Fondo Solidario de Redistribución**.

El régimen en definitiva se establece como instrumento para alcanzar un Seguro Social de alcance Universal, universalidad que apenas cubre en la actualidad a un 35 % de la población, con servicios de salud colapsados. Dentro de ese 35% se incluye al PAMI, agente del seguro independiente de la Superintendencia de Servicios de Salud, con lo que el estudio de la Fundación Novum Millenium considera que el Sistema Nacional del Seguro de Salud sólo cubre el 25% de la población.

El PAMI administra \$2.400 millones anuales con discrecionalidad, anulando contratos, cambiando precios pactados y/o las reglas de contratación, e introduciendo en el mercado la inseguridad jurídico-económica. Existiría, según lo publicado, en la actualidad un proyecto de Superintendencia de Salud, que propone eliminar el sistema solidario, transformar a las Obras Sociales y al PAMI en administradoras de salud y desregular el sistema para permitir la libre elección de los afiliados.<sup>15</sup> Existe también un proyecto de Fideicomiso a admi-

<sup>13</sup> "La obligación primordial de la obra social es asegurar la asistencia médica de sus afiliados"... "Se considera compulsiva la afiliación a una obra social cuyo sistema de cobro por reintegros no le devuelve al paciente el total que hubiera abonado a otro prestador... pues con ello se restringe la libertad de elección". 16,666 CS 2000/02/29. Acosta Graciela A. c. Manuale Alberto y otros. DJ LL Año XVII N° 18- 02/05/01.

<sup>14</sup> Cubren a los beneficiarios en caso de enfermedad y deben promover salud y prevenir enfermedades.

<sup>15</sup> Los decretos Nros. 446/00 y 1140/00 instituyeron la posibilidad de que los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud pudieran ejercer el derecho de opción entre distintos Agentes del Seguro de Salud, y se sustituyeron los incisos a) y b) del art. 19 Ley 23.660 y el art. 24 de la ley 23661 modificando la distribución de los aportes y contribuciones destinados al Sistema, y estableciendo los porcentajes con destino al Fondo Solidario de Redistribución.

nistrar por el Banco Nación.

c). **Sistema Nacional del Seguro de Salud.** Ley 23661. Esta Ley crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud con el Objetivo de: art. 2. :..."proveer al otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva".

Merece especial reflexión interrogarse respecto a la posibilidad de que las leyes del Mercado puedan por sí solas conducir a alcanzar la justicia distributiva, especialmente si recordamos que se habla de mercado imperfecto. Esto en definitiva con más la medicina prepaga es **un negocio de 23.000 millones anuales**: (¿Sin incluir los Fondos del Banco Mundial y el F.M.I. para la Reconversión de Obras Sociales?).

Debe además tenerse presente, la necesaria intermediación en el manejo de los fondos que se produce por la **Recaudación a través de la AFIP (nos preguntamos si esta última es otra protagonista en el manejo de los Fondos dentro del Mercado)**.

### II. 3 . FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN. (art. 22 Ley 23661).

Se integra con recursos provenientes de:

- a) entre el 10 y 20 % de la suma de la contribución y los aportes de sueldos conforme Ley 23660.
- b) 50% recursos de distinta naturaleza conf. art. 16 LOS 23660.
- c) reintegros de préstamos conf art. 24 L23661.
- d) montos reintegrados por apoyos financieros revocados.
- e) producido de multas.
- f) **las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo.**
- g) subsidios, subvenciones, legados, donaciones.
- h) aportes del presupuesto general de la Nación.
- i) 5% ingresos que por todo concepto perciba INSSJP (PAMI).
- j) aportes convenidos con Obras Sociales, Asociaciones Mutuales o de **otra naturaleza** que adhieran al sistema.
- k) saldos del Fondo de Redistribución creado por ley 22269, créditos

---

Por Decreto 377/01 del 28-03-01 se suspendió la aplicación de los Decretos 446/00 02-06-00, 1140/00 02-12-00 y 1305/00 29-12-00 "hasta tanto recaiga sentencia definitiva con relación a las medidas cautelares dictadas en los procesos judiciales actualmente en trámite".

e importes adeudados al mismo.

**La administración de este FONDO está a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud.<sup>16</sup> Deseamos destacar el inc. f del art. 22, en tanto reconoce expresamente las inversiones que se autorizan del Fondo Solidario de Redistribución.**

#### **II. 4. SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA<sup>17</sup>:**

**Lo que en Argentina se ha llamado Sistema de Salud**, no resiste el análisis crítico de lo que en principio se entiende por **sistema (conjunto de elementos interrelacionados con un fin común)**. Los especialistas indican que las Obras Sociales, la Medicina Prepaga y los Hospitales públicos son en conjunto "tres pilares desarticulados", con el efecto que ello implica respecto de lo que funcionalmente debería alinearse como sistema.

No debemos sin embargo, entender que esta realidad es exclusiva de nuestro país, por cuanto países con crecimiento económico importante y sostenido como EEUU, Canadá, Inglaterra, Suecia, Italia, España, han debido implementar reformas constantes y hasta intervenir con regulaciones, a efectos de dar sus propias respuestas a la problemática, a saber:

**1. Canadá<sup>18</sup>:** Estableció un **sistema de atención médica o seguro de enfermedad nacional, financiado predominantemente con fondos públicos** facilitados a un conjunto entrelazado de diez planes de seguro de enfermedad provinciales y dos planes territoriales. La administración y la prestación de los servicios son responsabilidad de cada provincia o territorio, las que planifican, financian y evalúan la prestación de servicios médicos, hospitalarios y otros. El Gobierno Federal sólo establece y administra principios y normas nacionales para el sistema, ayudando al financiamiento, es responsable constitucionalmente de grupos específicos (Ej. minorías como ex combatien-

<sup>16</sup> art. 24 Ley 23661. El Fondo de garantía tiene la misma naturaleza del Fondo de Garantía por accidentes.

<sup>17</sup> Malatesta Norberto, para La Nación, Sec 2, 3 de Junio 2001. "El sistema de salud está fundido"...explicita al "Swiss Medical Group integrado por The Hermitage Management Anstalt, Santander Investment Bank, Oppenheimer Global Fund y Foundation pour L'enfant de Demain." con inicio de operaciones en 1991 y facturó en el 2000 U\$S 265 millones con 15,5 millones de ganancia. Ej de fondos extranjeros que además "gerencian" fondos de obras sociales, ej: ex Convocatoria de APS, etc.

<sup>18</sup> De Bold, Adolfo, "las HMO (gerenciadoras de salud) resultaron nefastas para los médicos, y aún para los pacientes, de varios de los Estados Unidos. Canadá tuvo muy en cuenta la experiencia del vecino, para no caer en el mismo error", Canadá destina el 9,5% del PBI. La Voz del Interior, Cba.01-04-01.

tes, indígenas etc). Asimismo es función federal la protección de la salud, la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

**2. Estados Unidos:** En 1992 la atención de la salud era objeto de preocupación para la sociedad americana. Se trataba de un **Mercado no atractivo, complejo, no transparente**. La suba tremenda de costos, disparada por la tecnología, y la medicina defensiva producto del temor por los juicios de mala praxis se completaba con la incertidumbre de quien se haría cargo de tales costos.

Debió implementarse Medicare y Medicaid, que sin embargo dejaba un sector importante de población fuera del sistema. **Ambos coexisten con los seguros privados de enfermedad, entre ellos MediGap y las llamadas HMO, organizaciones de inversores**, que según algunas estadísticas habrían llegado a cubrir el 58% de la población. No existe satisfacción, sin embargo, en el americano perteneciente a la clase media común respecto al comportamiento y la manera de satisfacer sus necesidades por estas organizaciones. La comunidad científica tampoco las respalda enteramente.

El esquema diseñado pretende el **pago globalizado para trasladar los riesgos**, y se organizan los DGR (grupos de diagnóstico relacionado) para transformar un servicio intangible en productos claramente medidos. En definitiva se configuró el **mercado de la industria hospitalaria** que es una de las organizaciones más difíciles de dirigir dado la multiplicidad de servicios y negocios que encierra, los que deben organizarse en una única unidad sistémica funcional, para que responda a ciertos estándares de calidad. **Ello complicó la situación de los Hospitales escuelas<sup>19</sup> y sacó del Mercado a los que no pudieron cambiar o no vieron la necesidad del cambio.<sup>20</sup>**

**3. Inglaterra:** Luego de pasar por distintas reformas, en 1999 ha implementado un Sistema que cubre al 88% de la población, elimina intermediación en la administración de los fondos (los fondos son enviados directamente a la comunidad, responsabiliza al médico de cabecera-familia, el que se calcula en 1 cada 2000 habitantes, que recibe directamente la retribución de la comuna). Es reducido el nú-

<sup>19</sup> Parmley, William W., MD, MACC, "Editor's Page: Going, Going...Gone" Journal of the American College of Cardiology, Vol 34, N° 4, 1999. (Temple University lost US\$25 million and The combined Harvard Hospitals lost over US\$100 million).

<sup>20</sup> "Like many other academic health centers nationwide, we have experienced large financial losses in the past two years. In Fiscal Year 1999, the University of Pennsylvania health System's operating loss was \$166 million despite treating record numbers of patients...After adjusting for reportable interest and dividend income, the total operating loss in FY1999 is \$198 million" University of Pennsylvania. Tuesday october 26,1999. Volume 46 Number 9 [www.upenn.edu/almanac/](http://www.upenn.edu/almanac/).

mero de especialistas, con lo que están bien remunerados y principalmente regulan la oferta médica a partir del ingreso universitario (alrededor de 22 Universidades con Fac. de Medicina a las que ingresan como máximo 200 alumnos/año).-

## II. 5. EXPORTACIÓN DE “MANAGED CARE TO LATIN AMERICA”:

Consultado el “**New England Journal of Medicine**”<sup>21</sup>, un artículo publicado por Karen Štöcker, Howard Waitzkin y Celia Iriart, expresa que “mientras que en Estados Unidos se ha intensificado la preocupación acerca de la dirección que tomará managed care (atención gerenciada), éste se ha difundido rápidamente a otros países”. Agregan que: “Durante los 1980-90, las reformas en los diferentes **programas Europeos de salud nacionales, introdujeron principios de managed care, competencia de mercado y privatización de servicios públicos.** Más recientemente, las reformas de managed-care en algunos países Europeos, incluyendo el Reino Unido, los Países Bajos, y Suecia, se han revertido”. Sin embargo, y curiosamente, manifiestan los autores que *la exportación de managed care a latinoamérica se ha relacionado con las privatizaciones y recortes del sector público, a los préstamos internacionales de las agencias tales Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional.* Reconocen que aunque las privatizaciones no necesariamente conducen a la introducción de managed care, ambas se producen a menudo en conjunto e **involucran la participación de compañías de seguros americanas y otras corporaciones multinacionales.**

Definen los autores mencionados a managed-care como: “**servicios de cuidados de salud provistos mediante el control administrativo de grandes organizaciones privadas y con mecanismos de pago capitados**”. La investigación se centró en la exportación de managed care realizada por corporaciones lucrativas de inversores privados, que transfieren el riesgo financiero a profesionales, hospitales y clínicas. No se detuvieron en organizaciones de seguros comerciales.-

Se centraron especialmente en Argentina, Brasil, Chile y Ecuador. Explica la investigación efectuada las razones económicas para la exportación en la saturación que se ha producido en el mercado americano por la expansión de los planes de managed-care con fines de lucro, **que han determinado el comienzo de la caída del porcen-**

<sup>21</sup> The New England Journal of Medicine- April 8, 1999-Volume 340-Number 14 pg. 1110/12, 1131/36

**taje de ganancia. Enfatizan que los ejecutivos americanos han percibido que los fondos de seguridad social latinoamericanos constituyen una nueva fuente principal de capital financiero. Citan los investigadores a un ejecutivo del Exxel Group oriundo de Indianápolis manifestando que es un “mercado muy lucrativo”.**

Desde el punto de vista político el estudio realizado insiste en que el Banco Mundial y las otras agencias multilaterales favorecen las privatizaciones de los servicios públicos y la entrada de las corporaciones de managed-care a los mercados latinoamericanos. Mencionan el concepto de Laurell AC,<sup>22</sup> *“el Banco Mundial ha promulgado la ideología de que la salud es un tema privado y el cuidado de la salud un bien privado”.*

**Finalmente los estudios mencionados identifican a las corporaciones AETNA, CIGNA, PRINCIPAL FINANCIAL GROUP, AMERICAN INTERNATIONAL GROUP Y EXXEL GROUP como las cinco corporaciones que proveen managed care en Argentina.**

Independientemente de la subjetividad sociológica que pueda tener el estudio citado, es obvio que el mismo proviene de una investigación que merece ser tenida en cuenta a la hora de tomar prudentes decisiones en el campo de la actividad relacionada con la salud y los agentes del Mercado de Capitales, por cuanto los inversionistas extranjeros bajo el esquema del acceso indirecto que tienen a los fondos de la seguridad social, en virtud del gerenciamiento que hacen de los fondos capitados de las Obras Sociales, *“en lugar de hacer inversiones extranjeras genuinas en el país, exportan y transfieren al extranjero Fondos de Salud Nacionales”.*

Es de destacar la advertencia respecto a que se están en cierta forma apropiando de los fondos de la seguridad social, por lo que no es un tema exclusivo de política económica y de MERCADO sino que merece regulación específica.

## **II. 6 . ENTORNO: OPINIONES NACIONALES: - REALIDAD**

1. En publicación<sup>23</sup> de 1988 se afirmaba que el sector salud tiene gran cantidad de recursos, para **UN MODELO INADECUADO**

<sup>22</sup> Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health” Int.J.Health Serv. 1996; 26:1-18.-

<sup>23</sup> Argentina: Diagnóstico Sanitario Sintético - Medicina y Sociedad - Vol 11 N° 4 Julio-Agosto 1988

## **DE ATENCIÓN DE SALUD”.**

2. En publicación de 1994,<sup>24</sup> al referirse al impacto de la desregulación se afirmaba: “De lo que estoy convencido es que **a los prepagos y a las obras sociales les aparece otro enemigo muchísimo mas importante que les va a disputar esta población...Se trata de la inclusión en el escenario del capital financiero extranjero.** Es decir esta entrada de americanos, ingleses, chilenos, brasileños, uruguayos, europeos, que aparecen en el mercado argentino y compran de a dos prepagos, de a dos sanatorios, de a tres equipos de rayos, compran muchas voluntades también...”En nuestro país no hay controles, ni sobre la seguridad social, ni sobre los prepagos, ni sobre el hospital público, ni sobre las AFJP”... y finaliza “**NO EXISTE EL MECANISMO DE MERCADO DE SALUD**”....

3. **En abril de 1996**, en la sección Economía<sup>25</sup>, se informaba bajo el título de “**YA ESTÁN LOS 780 MILLONES DE DÓLARES PARA CURAR EL SISTEMA DE SALUD**”, y que en los “próximos días comenzarán a llegar los 375 millones de dólares que el Banco Mundial prestará para la reestructuración del sistema de salud. El Estado nacional pondrá 405 millones más. ¿Para qué servirán esos 780 millones? ¿Continúan siendo una alternativa viable las obras sociales?”. En diciembre de 1995 se presentó a la misión del Banco Mundial un proyecto oficial que estimaba necesarios 900 millones para la reconversión de las obras sociales nacionales y el INSSJP.-Se informaba que el Ministerio de Salud y Acción Social manejaría esos fondos desde la órbita del Fondo de Reconversión de Obras Sociales. Se esperaba que las Obras Sociales pudieran probar operar con eficiencia y se intentaba apoyarlas en la consecución de su viabilidad financiera con préstamos para la reducción de pasivos, y el fortalecimiento institucional. Se preveía financiamiento no retornable para las Obras Sociales que elaboraran planes de reconversión.- Respecto de la clase pasiva se preveían 400 millones para revertir la situación del PAMI. En aquélla oportunidad se publicó “**A LA HORA DEL ANÁLISIS, LOS MÁS ESCÉPTICOS- Y LOS SECTORES QUE TIENEN INTERESES CREADOS EN LOS RECURSOS QUE HOY MANEJAN LAS OBRAS SOCIALES (MÁS DEL 60% DEL GASTO EN SALUD SI SE INCLUYE AL INSSJYP)- SOSTIENEN QUE LOS 780 MILLONES DE PESOS VAN A CAER EN SACO ROTO**”.

4. **El Ex Ministro de Salud Dr. Massa** explicó en su momento

<sup>24</sup> El Impacto de la Desregulación, 14- Medicina y Sociedad - Vol. 17 - N° 3 - Julio-Sep. 1994

<sup>25</sup> “Ahora es el turno de las obras sociales”, La voz del Interior- Domingo 28-4-1996 pg. 4E

(1999) la Transformación del Sistema como Herramienta del cambio. Al respecto marcó los ejes del Sistema de Salud en lo siguiente:

a. El Sistema de Salud depende de las autonomías provinciales y municipales.-

b. Se establece como incentivo para el cambio el Hospital de Autogestión.-

c. Se incorpora la atención primaria a través del médico de cabecera, de familia, generalista.- Se lo señala como puerta de entrada racional al sistema y con la posibilidad de coordinar.-

d. Se **enfatisa la importancia del programa de Garantía de Calidad**, por la que se establece la certificación y recertificación de profesionales, la acreditación y categorización de establecimientos, las normas de atención y la auditoría.

e. El sector público se prevé que ocupe del 50% de los egresos en el país y capacite el 90% de recursos humanos.-

f. Se publicita la existencia de los **Fondos del Banco Mundial** para los programas especiales, tales **PRESSAL** (Programa de reformas de atención de salud- capacitación), y **PROMIN** ( los centros de salud del programa).

g. Se resalta la importancia de las fusiones de Obras Sociales y señala como falencia la ausencia de padrones en las Obras Sociales. *(Quienes hemos estudiado la Ley de Seguros 17418, sabemos que ninguna estadística siniestral puede alcanzarse si se desconoce el padrón de adherentes al sistema que se funda en definitiva en un "spread" de riesgo entre contribuyentes solidarios. Sin estadísticas de siniestralidad es imposible confeccionar estudios actuariales, evaluar el riesgo y cotizar "científicamente" un precio.- Esto es así para los seguros en general, que están tarifados, y admiten franquicias, por tratarse la empresa de seguros de una empresa de "ciclo productivo revertido", que impide conocer a priori el "costo del siniestro-riesgo asumido", cuanto más no lo será con la empresa que "promete" salud al ser humano, a la que corresponde interrogar respecto a ¿Cuánta salud y con qué calidad promete?).*

h. Se destaca la importancia del control del sistema a través de Superintendencia de Servicios de Salud y el rol de las ART Ley 24557. *(Sería interesante escuchar la evaluación que de la eficacia de su propia gestión puede realizar el órgano de control de las ART. Además no debe olvidarse que las propias ART han conseguido que según sea la calificación de riesgo de las empresas los controles de higiene y seguridad en el trabajo, conforme la ley 19587, se hayan diferido en el tiempo. La eficacia y eficiencia de las ART con relación al Sistema de Salud está aún "por verse").*



**5. A la fecha (Junio 2001) el panorama de las Obras Sociales Nacionales**, en cuanto a su comportamiento respecto de honrar el crédito concedido por los efectivos prestadores, no es merecedor de una buena calificación en cuanto a cumplimiento y muchas ya se han presentado en convocatoria, con lo que cabe interrogarse por el destino final de los cuantiosos fondos asignados oportunamente.

**La mayoría de las Obras Sociales ha capitado recursos en manos de “gerenciadoras de fondos de salud absolutamente insolventes organizadas bajo la forma S.A. con capital de doce mil pesos”**. Estas en definitiva actúan como intermediarios que sólo auditan prestaciones desde el punto del criterio médico a los efectos de efectuar débitos y al mismo tiempo aplican los llamados “débitos administrativos o pago con índice” que se fija arbitrariamente y luego de haber previamente cobrado la ganancia presunta pretendida por el grupo empresario administrador. Este grupo no asume riesgo alguno, ni es objeto de control del manejo que hacen de los fondos, ni de los porcentajes que se reservan como gastos de administración del llamado “sistema de gerenciamiento”.

**El gerenciamiento en estos casos es en definitiva un control de información** a los efectos de regular las prestaciones, concluyendo en médicos que evacúan 4 consultas por hora, (máximo 4 al año por paciente) y funcionan como barreras de acceso a los especialistas. Esa es la llamada “accesibilidad” al sistema, todo con fondos de la seguridad social y créditos del Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional administrados en forma caprichosa y onerosa por grupos díscolos de origen extranjero que en realidad no realizan inversión genuina alguna, y se comportan de manera totalmente especulativa.

En realidad jurídicamente y en razón de las ley 23660 (arts. 5 y 6) y 23661, las Obras Sociales no podrían haber contratado con las llamadas gerenciadoras al no ser prestadores directos. Sólo podría admitírselas como mandatarias de las Obras Sociales con la consiguiente responsabilidad solidaria de la Obra Social por sus actos, lo que a la fecha las Obras Sociales niegan reiteradamente, perjudicando al crédito y la seguridad jurídica, produciendo paradójicamente el absoluto desfinanciamiento del sistema y el enriquecimiento de las intermediarias de gestión, administración e información.

En otros casos algunos prestadores integran redes que los aglutinan, pero en realidad es la gerenciadora la que continúa manejando los fondos, estableciendo “índices” para el pago, perjudicando al crédito y que nada tienen en cuenta en cuanto a calidad, cantidad y costos reales de las prestaciones. Si bien estas gerenciadoras al igual que las consultoras que realizan tareas similares están desprestigiadas, todavía

caen en sus “redes” profesionales incautos que buscan fuentes de trabajo y el propio Estado con sus Obras sociales provinciales a efectos de “racionalizar” el sistema. La sobreoferta de profesionales (140.000 cuando se necesitan 70.000), dada la baja tasa de crecimiento poblacional y el ingreso irrestricto a las universidades complican aún más el panorama.

Si bien se permitió el cambio de Obra social entre las sindicales a los afiliados cautivos y a su vez, las Obras Sociales acostumbradas al afiliado cautivo, se abrieron a los afiliados voluntarios, creyendo que de esta forma obtendrían liquidez ello no funcionó, precisamente por la multiplicación de costos y superposición de gastos en virtud de las intermediaciones, a pesar de los cuantiosos fondos volcados al Sistema. El Estado oportunamente gravó con IVA a la medicina pre-paga, que incluye al afiliado voluntario de las Obras Sociales (con veto que puso en inseguridad jurídica e incerteza al administrado, ya que no se consensuó si debía pagarse el 10,5 ó el 21 ó nada, dada la conflictiva sanción de la ley respectiva cuya vigencia y constitucionalidad era incierta). Luego volvió atrás.

La falta de profesionalidad en los que manejan la cosa pública y la falta de padrones de las Obras Sociales, dificulta el seguimiento a los efectos de controlar la eficiencia y eficacia en el destino dado a los fondos asignados. En el “mapa de la seguridad social” argentina son muy pocos los afiliados voluntarios, por lo que el mercado de clientes cautivos es una excelente oportunidad de negocios, para quienes actúan sin regulación alguna.

## II. 7. POSICIÓN INSTITUCIONAL:

**EL CONSEJO DE MÉDICOS de la Pcia de Córdoba**, ente deontológico a cargo del otorgamiento de la matrícula, redactó un anteproyecto adhiriendo al principio de: **LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO ESENCIAL Y NO UNA MERA MERCANCÍA**, pero reconoce que “tratándose de un mercado imperfecto” requiere de un marco regulatorio.

## III. CONCLUSIONES

**1. En Argentina se ha llevado la salud al Mercado.** Un sinnúmero de medidas de no innovar inicialmente protegieron a los “consumidores-usuarios” de salud y luego a las obras sociales con relación a la desregulación. ¿Puede un Mercado funcionar con estas desprolij-

dades? ¿Puede hablarse de la transparencia necesaria para que funcione la oferta y la demanda?

**2. La falta de regulación** clara y precisa, atenta contra las normas de transparencia necesarias para un sano funcionamiento de los Mercados.

**3. No existe un "sistema" de salud** en funcionamiento en Argentina. Los pasos dados en tal sentido acentuaron los compartimientos estancos, que atentan contra el concepto de "sistema", por lo que no existe protección de la salud del habitante del país, considerado como un ser humano digno, integral y único en sí mismo, todo conforme a las garantías constitucionales..

**4. Persisten los que Mera llamó "los grupos de poder que actúan en el sector salud** y la necesidad de tenerlos en cuenta a la hora de elaborar y de ejecutar políticas"<sup>26</sup>, que los llamados planificadores estratégicos no han podido o sabido neutralizar.-

**5. Se trata de una cuestión de interés general que amerita regulación**, especialmente si recordamos que en 1995 la extensión y distribución de la población según cobertura a tal fecha (conf. ANSSAL) era la siguiente: 1) O.S.Nac. 25%, 2) O.S. Provinciales 15%, 3) PAMI 12%, 4) Prepagas 7%, y 5) Población sin cobertura 41%.

**6. La existencia de oferta de fondos de organismos internacionales**, hace "apetecible" y propicio el sector para especulaciones. Conforme expresiones de la funcionaria Myrna Alexander, hasta 1999 el Banco Mundial había trabajado con sólo 50 obras sociales cubriendo a dos millones de afiliados, con lo que restaba población a cubrir. La misma funcionaria se planteaba la posibilidad de cubrir Obras Sociales provinciales y las pequeñas obras sociales. Afirmaba que en Salta, San Juan y Río Negro se estaba trabajando en salud con los pobres, (debe agregarse La Pampa y Córdoba.). A pesar de los fondos volcados al sistema se dice que el mismo está desfinanciado, la pregunta a resolver es ¿por quienes?. Una sociedad que se precie de estar jurídicamente organizada debería activar las acciones de responsabilidad al respecto.

**7. La arriba mencionada funcionaria comentaba (1999) la propuesta del Banco Mundial, como una aplicación del concepto de "cliente único" impuesto por el Sistema Bancario Nacional, como la única forma de controlar efectivamente el crédito desde la perspectiva**

---

<sup>26</sup> "Factores de poder y grupos de presión en el campo de la salud" Jorge a Mera-Fundación Universidad a distancia "Hernandarias".-

del Banco Central.<sup>27</sup> Con los resultados a la vista, cabe preguntarse sobre los diagnósticos y las soluciones al problema. Además, ¿si ya no quedan Bancos Provinciales, y los Bancos que existen están en manos de capitales extranjeros, la salud de los pacientes-clientes-argentinos, será mejor cuidada por organizaciones extranjeras administradoras de fondos nacionales ?.

**8. Las HMO están actuando en nuestro país**, administrando fondos de la seguridad social genuinos y confundidos con fondos retornables provenientes de organismos internacionales, lo que implica la libre repatriación de ganancias.

**9. Los Fondos de salud**, su naturaleza y origen, nacional, de la seguridad social, la previsión voluntaria y el ahorro, y de la deuda externa exigen el control de los organismos respectivos, y el seguimiento de los resultados obtenidos a partir del uso eficiente y eficaz de los mismos.

**10. Reiteramos nuestra propuesta al Congreso de 1995, ESTA VEZ DESDE OTRO INTERÉS TUTELABLE, RESPECTO A LA NECESIDAD DE REGULAR LA ORGANIZACIÓN JURÍDICA, DE GESTIÓN, ADMINISTRACIÓN Y ECONÓMICO FINANCIERAS DE LAS EMPRESAS DE SALUD Y PREPAGOS MÉDICOS, Y/O SEGUROS DE SALUD**, con el aditamento en esta ocasión de la necesidad de efectuar un cuidadoso control y seguimiento del origen y destino de los fondos, su afectación y reinversión, así como de la integración de los órganos de administración y gobierno de las organizaciones jurídicas que tienen por objeto desarrollar una actividad de administración de FONDOS DE SALUD.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

APREDA Rodolfo, *"Administradoras de Fondos de Jubilaciones y pensiones"*, Ed- Macchi Bs. As. 1993.

BROWN L.D. and VOLKER E. A. *"Manacled competition: Market reforms in German Health Care"*, Health Affairs, May-June 1999, Vol. 18, Number 3.

CHEYRE H.V. *"La previsión en Chile, ayer y hoy"*, Centro de Estudios públicos, Sgo. Chile 1991.

GHERSI, Carlos A., y colab., *"Derecho de los Pacientes al Servicio de Salud"*, Ediciones Jurídicas Cuyo, Mza. 1998.

---

<sup>27</sup> Aznares Juan, "Fuerte avance de los Bancos en el Negocio de la Salud-Tendencias el sector financiero apuesta por la medicina privada-Se trata de un fenómeno local, sin antecedentes en las principales economías del mundo", para La Nación, Enero 23 de 2001.-

GILMORE T.N. and Shea Greg, "*Organizational learning and the leadership skill of time travel*", The Wharton School, Univ. of Pennsylvania, Philadelphia, Penn. Journal of Management Development. 16,4.

GONZALEZ, C.A. "*Ley sobre sociedades anónimas y Fondos Mutuos*", comentario Ley 18.046, Ed. Publiley, Sgo. Chile 1993.

HOWE, Robert F., "*The people vs. HMO*", Time, february 1999

LORENZETTI, R.L., "*La Empresa Médica*", Rubinzal-Culzoni Ed. , Sta. Fe 1998.

MC GINLEY, Laurie, "*Consumer's ability to sue their HMOs is assessed Differently by Two Courts*", The Wall Street Journal, Oct. 4, 1999.

NICHOLSON, Sean, "*Managed Care: Evolution, Rationale, & Fundamentals*", Aresty Institute of Executive Education, The Wharton School, University of Pennsylvania, Nov. 1999.

NORTON, David, "*Real World Perspectives on Managed Care*", Aresty Ins. Of Ex. Ed., The Wharton School, Univ. of Penn. Nov. 1999.

PEAR, Robert, "*Congress Managed Care Debate*", New York times, Oct. 8 1999.

PEREZ STABLE, Eliseo J., M.D., "*Managed Care arrives in Latin America*" Univ. Of California, San francisco, 1999.

ROSOFF, Arnold, "*U.S. Managed care: What can Argentina Learn from the U.S. Experience*", The Wharton School, Univ. of Penn., Nov. 1999.-

TORRES Craig, "*AETNA TO BUY LARGEST HMO IN ARGENTINA*", The Wall Street Journal, 01/13/99, page A 14.

WOLPE, Paul, "*Ethical Issues in Balancing Cost & Quality*", Aresty Ins. Of Ex. Ed., The Wharton School, Inuv. of Penn. Nov. 1999.