

El “elenco estable” del empresariado de la salud en la Argentina:

Las empresas de medicina prepaga (des-re)reguladas (1990-2024)

*The “stable cast” of health company executives in Argentina:
(De-re)regulated prepaid medical companies in Argentina
(1990-2024)*

Por **María José Luzuriaga***

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2026.

Fecha de Aceptación: 15 de abril de 2026.

RESUMEN

Las empresas de medicina prepaga han sido escasamente estudiadas en el campo de las ciencias sociales. Para un acercamiento capaz de identificar los rasgos relevantes de las mismas, resulta central comprender cómo y por qué un grupo minoritario de ellas ha logrado mantenerse en la cúpula empresarial local a lo largo de más de tres décadas. La comprensión de dicha permanencia adquiere mayor relevancia en un país que cuenta con un sistema de seguridad social, así como con un subsector público, que a pesar de su subfinanciamiento

crónico, se encuentra presente y atiende a una porción significativa de la población, a diferencia de otros países de la región. La pregunta que organiza este artículo de investigación es: ¿cuánto hubo de intervenciones políticas y cuánto de estrategia empresarial en el mantenimiento de este grupo de empresas en la cúpula empresaria local durante más de tres décadas? Se ofrece una historización y caracterización de las empresas de medicina prepaga desde los años 1990 a la actualidad. Entre los elementos centrales del análisis se encuentran: la participación de representantes del sector en

* Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud y del Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento da Saúde. Ingresante a la Carrera de Investigador Científico 2022 pendiente de designación. Correo electrónico: mariajoseluzuriaga@gmail.com

La autora agradece los valiosos aportes del Dr. Martín Schorr a la elaboración de este artículo de investigación, especialmente su lectura crítica, sus observaciones y sus recomendaciones bibliográficas.

altos cargos de la cartera de salud, la inversión de la agenda política por parte de intereses corporativos, las políticas de desregulación de la seguridad social, las políticas de (des-re)regulación de las empresas de medicina prepaga las políticas de apertura y desregulación económica, las alianzas estratégicas con diversos sectores del sindicalismo, los procesos de fusión y adquisición y la participación del capital financiero nacional e internacional en el sector salud. En cuanto a los principales resultados, interesa destacar las debilidades de las políticas regulatorias en este mercado. Mientras en el año 1997, nueve empresas explicaban el 40% del total de afiliados, casi tres décadas después dos empresas explican el 50% del mercado: OSDE y Swiss Medical Group. El total de afiliados desde el año 2010 alcanzó su techo con una variabilidad que ha oscilado entre un 0,5 y un punto porcentual de la población. Uno de los factores centrales que explica el lugar ocupado por las empresas líderes es su capacidad para influir sobre políticas y espacios de toma de decisión generando condiciones muy favorables para expandir sus negocios.

Palabras clave: *Poder Económico, Cúpula Empresarial, Empresas de Medicina Prepaga, Políticas Públicas, Argentina.*

ABSTRACT

Prepaid medical companies have been scarcely studied in the field of social sciences. For an approach capable of identifying their relevant features, it is essential to understand how and why a minority group of them has managed to remain in the local business elite for more than three decades. Understanding this permanence becomes even more relevant in a country with a social security system, as well as a public subsector, which, despite its chronic underfunding, is present and serves a significant portion of the population, unlike other countries in the region. The question that organizes this work is: How much was political intervention and how much was business strategy in-

involved in maintaining this group of companies in the local business elite for more than three decades? We provide a historical account and characterization of prepaid health insurance companies from the 1990s to the present. Key elements of the analysis include: the participation of sector representatives in senior health ministry positions, the reversal of the political agenda by corporate interests, social security deregulation policies, (de-re)regulation policies for prepaid health insurance companies, economic liberalization and deregulation policies, strategic alliances with various union sectors, mergers and acquisitions, and the participation of national and international financial capital in the health sector. Regarding the main results, it is worth highlighting the weaknesses of regulatory policies in this market. While in 1997, nine companies accounted for 40% of total affiliates, almost three decades later, two companies accounted for 50% of the market: OSDE and Swiss Medical Group. Since 2010, the total number of affiliates has peaked, with a variability that has ranged from 0.5 to 1 percentage point of the population. One of the key factors that explains the position occupied by leading companies is their ability to influence policies and decision-making spaces, generating very favorable conditions for expanding their businesses.

Keywords: *Economic Power, Business Leadership, Prepaid Medical Companies, Public Policies, Argentina.*

Introducción

El inicio del actual gobierno puede ser caracterizado por un profundo proceso de desregulación de la economía a partir del Decreto N° 70/2023. Entre los principales sectores desregulados se encuentra el de las empresas de medicina prepaga. Existen numerosos movimientos que impiden establecer un panorama claro de las modificaciones vigentes ya que ha habido una secuencia de marchas y contramarchas por parte del Poder Ejecutivo respecto a los aspec-

tos desregulados y re-regulados producto de demandas, judicializaciones, y un creciente malestar social respecto a los excesivos y acelerados aumentos de cuotas, copagos en paralelo a la reducción de prestaciones y a un cada vez mayor malestar de las y los trabajadores de la salud.

Desregulación, concentración y desprotección forman parte de un mismo movimiento bajo el cual podemos caracterizar las políticas del gobierno actual en la República Argentina. Si bien no son novedosos en nuestro país es posible observar el carácter distintivo de los mismos en el presente por la magnitud, velocidad y profundidad de una serie de medidas dirigidas de forma explícita a desproteger a una parte significativa de la sociedad y a favorecer a los principales grupos económicos del país.¹

1 Tal como evidencia Schorr (2024), durante el primer año del gobierno de Milei el podio de *ganadores* es ocupado por la intermediación financiera, un conjunto de producciones primarias de exportación ligadas a grandes capitales transnacionales, actividades con precios regulados por el Estado que resultaron muy favorecidas por la convalidación de subas de tarifas (transporte y comunicaciones, electricidad, gas y agua), y sectores que se “desregularon” en favor de grandes empresas (servicios sociales y de salud, donde se observan comportamientos contrapuestos: aumenta la gravitación de la salud privada y decrece la de la pública). Mientras que en el grupo de los *perdedores* se ubican los sectores que explican el 68% del PBI global y se trata de rubros que están en situaciones especialmente críticas como la construcción, la industria manufacturera y el comercio. A su vez en este grupo se encuentra, por un lado, un grupo de actividades perjudicadas por el drástico recorte del gasto público que se ha instrumentado sobre prácticamente todas las partidas (empleo y sueldos estatales, obras e inversiones, transferencias a provincias, programas asistenciales, etcétera)

Un concepto clave que ayuda a explicar la dinámica y las condiciones de posibilidad de estos procesos es aquel acuñado por científicos sociales estudiosos de las elites: “puerta giratoria”². El término “puerta giratoria” o “circulación público-privada” en este sector resulta más que pertinente para caracterizar y analizar las acciones de la cartera de salud del gobierno actual ya que el Ministro de Salud, Mario Lugones, es un destacado representante del sector privado de la salud³ y el Superintendente de salud, Gabriel Oriolo, cuenta con una amplia trayectoria laboral en la principal empresa de medicina prepaga del país, treinta años en cargos directivos en OSDE⁴. Situación que resulta muy similar al periodo menemista

y, por el otro lado, muchos sectores afectados por la retracción del consumo interno ante la caída del poder adquisitivo de los salarios, las jubilaciones, las pensiones, etcétera.

2 O circulación “público-privada”. Es un concepto utilizado por la bibliografía de las elites (Castellani, 2016) y también por investigadoras e investigadores del campo de la salud y la economía política de la salud en Brasil dedicados al estudio de las empresas de planes y seguros de salud (Scheffer y Bahia, 2011; Scheffer y otros, 2020).

3 Para más información, véase: https://www.eldestapeweb.com/politica/ministerio-de-salud/quien-es-mario-lugones-el-nuevo-ministro-de-salud-del-gobierno-de-javier-milei-20249262300?utm_medium=paid&utm_source=Google&utm_campaign=DSA_Politica&gad_source=1&gclid=Cj0K-CQIAs5i8BhDmARIsAGE4xHxGM7LjrZpIpihiwTFX8xX6p6o8aE61Xy3rVjtfOrwZZp5xXxFRnQaAm1qEALw_wcB

4 Diario Digital Letra P “offside” y ¿roja directa? Gabriel Oriolo, funcionario de Javier Milei, fue acusado por asociación ilícita y tráfico de influencias”, 3 de septiembre de 2024.

en relación a los conflictos de interés presentes en las máximas autoridades de la cartera sanitaria⁵. También el concepto “ámbitos privilegiado de acumulación” permite caracterizar el comportamiento de estos grupos empresarios. Como señala Ana Castellani se trata de “espacios donde las empresas privadas involucradas obtienen ganancias extraordinarias derivadas de la existencia de privilegios institucionalizados y no institucionalizados generados y sostenidos por el modo de vinculación que se establece entre el sector estatal y el privado” (2007: 18). En este sentido, nos interesa recuperar la descripción realizada en un trabajo ya clásico de la economía política de la salud de Katz y Muñoz (1988): *La organización del sector salud: puja distributiva y equidad*, en el que postulan que el mercado de la salud, conformado por diversos prestadores (médicos, sanatoriales, fármacos, etcétera) ha adquirido una forma altamente idiosincrática en la cual “grupos económicos con distinta capacidad de presión y lobby político, así como prácticas restrictivas diversas que llevan a que el oligopolio con la diferenciación de producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta constituyan las tipologías de mercado que prevalecen” (1988: 11). Así, los autores sostienen que la dinámica del sector salud se encuentra organizada a partir de lo que ellos definen como “*el conflicto distributivo*” que expresa la negociación y presión política de los grupos prestadores cuyo instrumento central para la transferencia de ingresos será la capacidad para incidir en el sistema de

precios de las prestaciones (los precios relativos del arancel médico, de los medicamentos, del arancel sanatorial, etcétera). En otras palabras, es el *conflicto distributivo* el mecanismo que definirá el funcionamiento del mercado de la salud -imperfectamente competitivo- y no las necesidades médico-asistenciales de la población. Desde un panorama actual, al identificar los principales grupos económicos del sector salud sin duda encontramos a las empresas de medicina prepaga líderes.

A continuación, presentamos algunos datos que dan cuenta de la posición destacada de las mismas tanto en el mercado de la salud como cuando se las compara con otras grandes empresas del país.

Las principales empresas de medicina prepaga -Galeno, Medicus, Medifé, Omint, OSDE y Swiss Medical Group- tuvieron ingresos de 6.800 millones de dólares promedio anuales en el período 2015 a 2020 y, en su conjunto, acumularon 44.400 millones de dólares. De acuerdo con el Centro de Economía Política Argentina (CEPA), en el año 2022, constituyen las seis empresas que concentraban el 76% de los poco más de 6 millones de abonados a la medicina prepaga. Al tiempo que se autorizaron aumentos que acumulan un salto de 87% en las cuotas de la medicina prepaga desde que empezó el 2022 (casi duplicando la inflación acumulada) y la prórroga de beneficios impositivos que fueron implementados durante la pandemia.

En la actualidad, según la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME), a pesar de la migración de afiliados a otras empresas, sigue existiendo una fuerte concentración, del 70% entre las empresas mencionadas, habiendo sido Medicus desplazada por Sancor Salud (2024). Según la Revista *Mercado*, en 2022, Swiss Medical y OSDE se encontraban en los puestos 25 y 26, respectivamente, entre las empresas con mayor facturación del país, debajo de Mercado libre, que para ese año ocupó el puesto 24. En

5 El Ministro de Salud, Alberto Mazza, durante una parte del primer gobierno de Menem y todo el segundo mandato (1993-1999) fue el presidente de una de las principales cámaras de empresas de medicina prepaga y de una de las principales empresas de medicina prepaga. Una trayectoria similar tuvo el interventor de PAMI, Carlos Alderete.

el año 2023, descendieron a los puestos 43 y 46 pero continúan formando parte del núcleo duro de la cúpula empresarial, es decir, las 50 empresas más grandes del país. En 2024, es altamente probable que mejoren su posicionamiento en función de las políticas de gobierno actual vía tarifazos y de esta manera convalidar una recomposición fuerte de sus ingresos (Sy y Luzuriaga, 2025). Entre diciembre del 2023 y diciembre de 2024, las prepagas se vieron habilitadas a aumentar sus precios sin regulación pese a que el gobierno luego denunció cartelización y limitó los incrementos, si bien fue una medida temporal. Los resultados fueron claros: las prepagas aumentaron 241% acumulado entre diciembre de 2023 y diciembre de 2024 (Letcher y Strada, 2024). Desde el año 2012, año posterior a la regulación del mercado, se han autorizado más de 40 aumentos y a octubre del 2021, según un informe de CADIME, el incremento del índice acumulado entre 2012 a 2021 fue de 1699%.

El supuesto que guía el trabajo es el que fuera postulado por Daniel Azpiazu (1999) en su trabajo sobre las estrategias desregulatorias de la década de 1990 y que sostenemos que es posible aplicarlo al sector bajo estudio. El autor señala que:

... más allá de lo discursivo, en la estrategia desregulatoria oficial subyacen una serie de rasgos contradictorios, en tanto la pregonada “liberalización plena de las fuerzas del mercado” se conjuga con **la presencia de áreas y/o sectores no expuestos a tal desregulación, así como con modificaciones radicales en ciertos contextos normativos que suponen, en última instancia, una re-regulación de los mercados involucrados** (...). No se trata, por lo tanto, de una desregulación generalizada del conjunto de las actividades económicas, sino del despliegue de políticas en las que en muchos casos aquellos lineamientos estratégicos se ven subordinados frente al pragmatismo y a las discriminacio-

nes explícitas o implícitas que conllevan estas últimas.

... buena parte de las “desregulaciones y de las “re-regulaciones” implican la transferencia del poder regulatorio de determinados mercados a quienes pueden abusar de posiciones oligopólicas u oligopólicas en los mismos (1999: 14).

Por último, nos interesa destacar la relevancia de estudiar la cúpula empresarial en nuestro país. Como señalan Cassini *et al.* (2018), muchas de las empresas que forman parte de la *elite o la cúpula empresarial* -las doscientas firmas de mayor facturación anual que se desempeñan en los distintos sectores de la actividad económica (con la excepción del financiero y el agropecuario)- han tenido una incidencia significativa sobre variables clave de la economía tales como la inversión, las exportaciones, el empleo, la formación de precios y el ingreso y la salida de divisas. Sumado a esto, también se observa que ese poder en el plano económico se expresa en el político a través de la capacidad para incidir en las decisiones del Estado. Esta afirmación es perfectamente aplicable a las empresas de medicina prepaga líderes en diferentes ciclos de gobierno como se describirá en este artículo de investigación.

Antecedentes y contexto. Los inicios de las prepagas

Los antecedentes de las empresas de medicina prepaga en la Argentina pueden rastrearse en la década de 1930 a partir de la organización de un grupo de médicos de diferentes especialidades que conformaron la primera entidad de este tipo. La iniciativa estuvo a cargo del Dr. Schvarzer quien, junto con otros colegas, agruparon sus propios clientes y formaron una cartera unificada, a la cual se accedía a través de una cuota mínima (Fidalgo, 2008). De acuerdo a Ahuad *et al.* (1999) fue la primera fase de desarrollo de las entidades aseguradoras modernas y posteriormente los sanatorios privados comenzaron a ofrecer prepagas sanatoria-

les como ocurrió en el caso del Centro Médico Pueyrredón (1955) que brindaba en forma exclusiva atención médica a los pacientes de los médicos internos como una estrategia ante la capacidad ociosa de sus instalaciones.

En este punto resulta interesante recuperar el análisis sectorial realizado por el ya mencionado trabajo de Katz y Muñoz (1988) en el que hacen referencia a la competencia imperfecta de este mercado y, entre otros aspectos, advierten y describen la capacidad de negociación -de *lobby*- tanto de los colegios profesionales y cámaras empresariales (de sanatorios, clínicas, proveedoras de insumos médicos, etcétera) para incidir en los precios y condiciones de acreditación y prestación de servicios en las entidades públicas y privadas de provisión y de financiamiento de servicios de salud.

En la génesis de las empresas se puede rastrear la iniciativa de grupos profesionales y hospitales privados que advierten la necesidad de mantener su cartera de pacientes frente a transformaciones que ponían en riesgo su actividad. Entre las situaciones que destacan diversos trabajos respecto a los factores de desarrollo y expansión de las empresas se encuentran: la extensión de la cobertura de la seguridad social; el incremento de los costos debido a la incorporación de tecnología más sofisticada y compleja, la capacidad ociosa de las instalaciones sanatoriales; la amplitud de prestaciones que incorporan los planes de salud, destacándose aquellos que acompañan el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas así como prestaciones demandadas por la población como consultas y exámenes complementarios (Castro *et al.*, 2005; Ahuad *et al.*, 1999). En otras palabras, el grupo poblacional que demandaba este tipo de planes de salud deseaba mantener la relación médico-paciente bajo el estilo del subsector privado-médico de familia, pero financiado al costo de un servicio de un pago periódico, fijo y conocido; y, al mismo tiempo, ve la posibilidad de recibir los servicios de diferentes efectores y de

reducir los desembolsos excesivos por gastos en cirugías o enfermedades prolongadas.

Resulta oportuno traer el relato de una de las principales cámaras del sector, Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), que en una de las editoriales de su revista, hace referencia al contexto de surgimiento de las empresas de medicina prepaga y subraya una serie de motivos, entre los cuales coloca la ineficiencia del sector público, como causa del crecimiento y relevancia de las empresas:

Corrían los fines de la década del '60 y principios de los '70, no solo ya comenzaba a instalarse la crisis del sistema de atención médica en el ámbito público, sino que el Estado empezaba a querer desentenderse de una de sus obligaciones básicas y principales, la salud de su población [...]. Ello originó en la gente, una total desconfianza en cuanto a la capacidad del Estado y de ciertas organizaciones de origen no estatal, para financiar, administrar y brindar cobertura médica de calidad y excelencia [...] Es ahí precisamente, en ese contexto y para satisfacer tan importante necesidad, donde gracias a la visión, principios y la permanente e inagotable constancia de nuestro sector, cuando nacieron las entidades de cobertura médica privada (Giordano, 2011: 3).

Si bien no coincidimos con la lectura realizada en el extracto citado más arriba, consideramos que es ilustrativo y representa la visión promovida por las empresas para legitimar su existencia en nuestro sistema de salud. También es interesante señalar como a lo largo de las tres décadas analizadas tanto representantes de las cámaras, directivos como representantes legales de dichas empresas ubican al subsector público como el garante de aquellas prestaciones que ellas no se encontraban en condiciones

de cubrir al tiempo que también cuestionaban al subsector por su “ineficiencia”⁶.

Un trabajo realizado por Belmartino y Bloch (1993) recupera la definición que da una de las primeras Cámaras de Medicina prepaga del país en la que se hace referencia a los beneficios de las mismas:

CIMAP define a las entidades que la integran como Instituciones Médicas que, encarando una medicina integral y actualizada, caracterizada por un alto nivel científico, cubren un sector importante de la población por su costo accesible, de manera de resumir en un común denominador, medicina integral moderna y económicamente razonable. Las organizaciones de pre-pago tienen por finalidad la prestación de servicios médicos a través de servicios propios o de terceros, mediante el pago de una cuota periódica, que puede ser la única contraprestación o estar acompañada de tasas adicionales (1993: 175).

Otra postura que nos interesa es cómo son vistas por ellas mismas. Las declaraciones de Claudio Belocopitt, presidente de Swiss Medical Group desde su fundación y hasta hace poco tiempo presidente de una de las principales cámaras del sector, la Unión Argentina de Salud, en el marco de la aprobación de la Ley fue entrevistado y fundamentó su crítica a la misma respecto a la obligación de incorporar afiliados con enfermedades preexistentes a partir de la siguiente caracterización:

La medicina prepaga es un sistema de seguro. En Argentina se llama medicina prepaga, pero en el mundo es contrato de seguro médico, y

funciona bajo las mismas reglas que un sistema de seguro [...] la Ley de seguros en Argentina, como la Ley de seguros en el mundo, dice que un contrato de este tipo será nulo si se conoce que el bien ya está siniestrado, o si se conoce que es un hecho que no se puede llegar a producir (DEF, 2011:73).

En función de estas concepciones expuestas acerca de los seguros de salud desde la perspectiva de representantes del negocio, resulta interesante recuperar la reflexión realizada por una sanitarista brasileña. Lígia Bahia precisa sobre algunos elementos clave de los seguros de salud que dificultan la posibilidad de que los mismos puedan organizar una respuesta desde una estrategia integral de la salud de las personas.

El seguro de salud representa una adaptación del proceso de selección de riesgos indemnizables financieramente en la medida que no es posible objetivar la salud y en consecuencia resarcirla. La reparación de las pérdidas de salud se hace a través de la prestación de servicios médicos financiados por las aseguradoras y empresas médicas (1999: 91, traducción libre).

Siguiendo la definición planteada resulta central destacar que la lógica de los seguros de prestación médica se basa en la gestión de riesgos, el riesgo como probabilidad de ocurrencia de daño a la salud. Las empresas de asistencia médica son promotoras de acceso a servicios sanitarios o pagadoras de gastos médico-hospitalarios y no necesariamente de acceso a cuidados centrados en promover mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Retomando la trayectoria histórica de las empresas de medicina prepaga en nuestro país, el trabajo ya citado de Belmartino y Bloch (1993) presenta una serie de hechos y conflictos relevantes en la configuración de las empresas de medicina prepaga cuando comienzan a desarrollarse alrededor de la década de 1970. El mismo describe y analiza las controversias y heterogeneidad existentes al inte-

6 En la tesis “Regulación, medicina privada y ciudadanía” de Luzuriaga (2012) se presentan las principales argumentaciones realizadas por los representantes legales de las empresas de medicina prepaga ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor y se identifican argumentos en los que justifican la restricción o negativa de prestaciones de salud.

rior de la profesión médica con el desarrollo de la modalidad de sistema prepago. Inscriben su desarrollo en una fuerte tensión entre los profesionales médicos *versus* el industrialismo médico. A su vez dan cuenta de los conflictos existentes entre los colegios médicos y los gremios en diferentes provincias como Mendoza, Santa Fe y Tucumán. Fue en estas provincias donde se observaron los primeros intentos regulatorios de la nueva modalidad de prestaciones. Por otra parte, destacan diferentes conflictos de intereses entre los que mencionan: los vinculados a la demanda de mayor intervención reguladora o respeto por la libertad de empresa a diferentes instancias de gobierno; conflicto en el interior del gremio; y, por último, conflicto entre los diferentes poderes de gobierno. En la misma línea, Fidalgo (2008) en la caracterización de los orígenes del sector destaca la tensión existente que coloca el centro del conflicto la libertad de comercio/lucro *versus* la autonomía profesional y, en ese sentido, la amenaza para el médico, vinculada a una pérdida de poder y de capacidad de decisión frente a la posibilidad de transformarse en empleado de una determinada empresa.

En los cuadros 1 y 2 presentados a continuación, se busca ilustrar el periodo en el que se fundan las principales empresas de medicina

prepaga y el ritmo de evolución de las mismas hasta la actualidad. En el cuadro 1 se puede destacar que la mayoría de las empresas líderes, salvo tres, se fundan entre 1960 y 1980. Respecto a una de las que se fundó con posterioridad al periodo señalado, Swiss Medical Group, rápidamente pasa a ubicarse entre las principales con mayor facturación y mayor cartera de afiliados. Se verá a lo largo de este artículo que parte de su estrategia fue la compra y adquisición de otras empresas que lideraban el mercado al momento de su adquisición.

En cuanto al ritmo de evolución de la cantidad de empresas podemos observar un crecimiento significativo del año 1994 al año 2001 y a partir del 2012 cierta estabilización con pequeñas variaciones. Sin embargo, la información como se puede observar es limitada y en muchos casos se observan inconsistencias entre diferentes fuentes. Debido a ello solo intentamos hacer una caracterización con los datos disponibles. Podemos suponer que a partir de la sanción de la Ley de empresas de medicina prepaga, en el año 2011, la disponibilidad de información y la exigencia por parte del ente regulador para que las empresas informen, permitió tener un dato más preciso del universo de las mismas.

Cuadro 1.
Año de fundación de las principales EMP

Empresa	Año de fundación
AMSA	1962
CEMES	1962
OMINT	1967
TIM	1967
OSDE	1970
GALENO	1971
DOCTHOS	1972

Empresa	Año de fundación
MEDICUS	1972
ASOC. MUTUAL SANCOR SALUD	1973
DIAGNOS	1977
LIFE	1979
ACCIÓN MÉDICA	1982
QUALITAS	1986
SWISS MEDICAL GROUP	1994

Fuente: Ahuad *et al.* 1999; Castro *et al.* 2005.

Cuadro 2.
Evolución de la cantidad de empresas de medicina prepaga años seleccionados desde 1948 a 2024 (en función de la disponibilidad de información).

Período	Prepagas registradas
1948-1960	8
1960s	26
1970s	68
1980s	124
1994	250
2001	364
2005	-
2009	277
2010	-
2012	568
2020	651
2022	674
2023	-
2024	661

Fuente: Elaboración propia partir de Castro *et al.*, 2005; CADIME, 2016, 2018, 2021,2023, 2024; SSS, 2012.

A modo de cierre, nos resta mencionar que encontramos en un trabajo de Belmartino de 2010 cifras que nos muestran el gran creci-

miento que tuvo el sector en las décadas de 1980 y de 1990 y la reafirmación del vínculo del mismo con los límites (reales o promovi-

dos) de prestaciones ofrecidas por las obras sociales:

Las limitaciones de la cobertura de las obras sociales estimularon el crecimiento de los seguros privados de afiliación voluntaria, ofrecidos por las empresas de medicina prepaga. Se trata de un número superior a las 200 empresas, que dan cobertura a unos dos millones de personas con un gasto estimado, hacia el fin de la década de 1990, en mil quinientos millones de pesos (Belmartino, 2010: 154).

1990-2000: crecimiento del mercado y de las principales empresas de medicina prepaga

Desregulación limitada, desceme, traspasos, llegada y retirada del capital financiero nacional e internacional, compras, adquisiciones y fusiones, alianzas estratégicas entre empresas de medicina prepaga y obras sociales; son algunos de los principales procesos que caracterizan el mercado de las empresas estudiadas en la década de 1990.

A partir de la propuesta presentada por el Poder Ejecutivo a través del Decreto N° 9/93 de *Libre Elección de Obras Sociales* se abre una nueva etapa de conflictos y disputas entre los principales actores del sector por la capacidad de incidir en la definición de la configuración del sistema resultante. En el momento que comienza a ser formulada la política existía una fuerte deslegitimación sobre la actuación de las obras sociales (Belmartino, 1999, 2005; Findling, 2002; Fidalgo, 2013).

El Decreto mencionado da inicio al proceso de reforma a partir de la derivación de aportes de los trabajadores establece que cada trabajador/a puede elegir la obra social a la cual derivar sus aportes. De esta manera abrió también la posibilidad para que las/os trabajadoras/es accedan a los planes de salud comercializados por las empresas de medicina prepaga, los planes superadores y, por lo tanto, también de las mismas a la seguridad social. La

efectivización del traspaso requería la existencia de un convenio entre la obra social destinataria y la empresa. Dependiendo del nivel de ingresos/contribución de las/os trabajadoras/es y de su pretensión de acceder a un plan superador ofrecido por una empresa de medicina prepaga conveniada con la obra social a la cual pasarían sus aportes, deberían efectuar un pago adicional. La obra social elegida, actuaría como intermediaria con la empresa, reteniendo un porcentaje de lo aportado en concepto de gastos administrativos (Luzuriaga, 2018).

De acuerdo a los datos del trabajo de Ahuad *et al.* (1999), la cantidad de afiliados crecía a un ritmo del 2% anual, siendo más del crecimiento de la población, 1,4%. La facturación anual de las mismas era de 2.000 millones de pesos. A su vez según la consultora *Claves*, la facturación anual de las prepagas se incrementó a un 10% anual entre 1990 y 1994 sufriendo un descenso en el periodo 1995 que luego se superó. En ese periodo estaba la expectativa de la inminente desregulación total de las obras sociales. Una nota publicada en *El Cronista* en junio de 1994⁷ permite identificar la heterogeneidad de posiciones entre los directivos de las principales empresas de medicina prepaga si bien se observan también algunas miradas compartidas respecto a los cambios en el negocio y los desafíos en el marco de la reforma:

El mercado de las empresas de medicina prepaga venía creciendo tranquilamente, pero ahora afronta una ola de adquisiciones y quiebras, que podrían venir de la mano de la desregulación de las obras sociales, y los controles que les quiere imponer el gobierno, a imagen y semejanza de las AFJP. No hay lugar para 250 empresas, e incluso las más grandes piensan reestructurarse.

7 Diario *El Cronista*: “Se temen quiebras y adquisiciones. Las prepagas se hacen un cheque general”, 10 de junio de 1994.

(El Cronista, 10 de junio, 1994, el subrayado es nuestro).

Esta lectura recupera parte de las declaraciones realizadas por los directivos de las empresas entrevistados en la nota. Cabe destacar las palabras textuales del director de AMSA, una de las líderes a mediados de la década de 1990, respecto a los beneficios de la desregulación para el mercado:

En seis meses habrá un panorama diferente en la medicina prepaga. La desregulación entre las obras sociales derivará en una competencia que planteará la necesidad de que estas contraten los servicios de las empresas de medicina prepaga” pronostica Guillermo Salinas, director de AMSA (El Cronista, 10 de junio 1994).

Una mirada menos optimista es la que presenta el gerente comercial de Medicus, líder según nivel de facturación en el mercado, quien destaca que:

Del mercado potencial que supuestamente vendría de la mano de la desregulación solo una parte podría acceder a las cuotas que actualmente cobra Medicus. Para el resto sería necesario reducir la cápita y los servicios y ese no es el plan de la empresa” (El Cronista, 10 de junio 1994).

Por último, interesa destacar algunas estrategias que se esbozan al consultarles respecto a la entrada de capitales extranjeros a partir de la implementación de la desregulación:

Docthos, del grupo Roberts/La Buenos Aires, proyecta alianza comercial que implicará un mayor aporte en tecnología. Mediante un acuerdo, que será sellado con un grupo de salud de una universidad norteamericana.

En el mercado de las prepagas, aseguran que salvo cuatro o cinco todas están dispuestas a escuchar ofertas. Se espera una fuerte concentración (El Cronista, 10 de junio 1994).

Tal como se advierte en la nota y en el Cuadro 3 se observa la presencia de importantes compras y adquisiciones por parte de capitales extranjeros en el mercado de las empresas de medicina prepaga. Castro *et al.* (2005) señalan que a partir del ingreso de diversos operadores internacionales -empresas extranjeras con trayectoria en el sector, grupos previsionales, compañías de seguros, Bancos- al mercado de la medicina prepaga, la Argentina se acopla a la tendencia mundial de asociación de Bancos, compañías de seguros y empresas de medicina prepaga que diversifican sus servicios y se incorporan al sector salud.

Cuadro 3.
Principales compras y fusiones de las empresas de medicina prepaga durante el periodo 1990-2000. Argentina.

Empresa/Grupo económico comprador	Año	País	Compras y fusiones	Monto (en millones de US\$)
Swiss Medical Group	1994	Argentina	CIM; Magna; Salud (50%)	30
	1996		Diagnos	-
	1997		OPTAR	12,5
	2000		Sanitas Nubial	25
	2000		Medicien	

María José Luzuriaga “El ‘elenco estable’ del empresariado de la salud en la Argentina: Las empresas de medicina prepaga (des-re)reguladas (1990-2024)”

Empresa/Grupo económico comprador	Año	País	Compras y fusiones	Monto (en millones de USS)
Grupo Exxel	1994	Fondo de Inversión	Galeano-Life-TIM	34
			Clínica La Trinidad	s/d
			Clínica Jockey Club	s/d
	1995		Life	
	1996		TIM	40
Grupo Intersalud (Porvida-Chile)	1994	Chile	Ceprimed y Mediplan (compra el 90%. Tratativa con Blue Cross, EEUU)	13
Aetna US Healthcare	1999	EEUU	AMSA	120
			Sanatorio Mitre	
			Qualitas	
			Sanatorio Agote	
Top Family	1996	Argentina	OMAJA	-
Colmena Golden Cross Vida 3	1997	Chile	Clinico Olivos-Clio	-
HSBC	1997	Inglaterra	Docthos	-
Acción Médica Internacional	1997	Argentina	C.M. Buenos Ayres AMPRI	-
Grupo Colombiano	1997	Colombia	Club Sanitas	-
Club Sanitas	1997	Colombia	Nubial	-
Adeslas	1998	España	C.M.Sta. Fe-CMS Isabel-Omaja Top Family	-
Medical's	1999	Argentina	Minerva Programas de Salud	-
BBV	1999	España	Adesias	-
Samet	1999	Argentina	Ceprimed-Mediplan	-
ING	2000	Holanda	AMSA-AETNA	-
Medical's	2000	Argentina	Amil	-

Fuente: Elaboración propia a partir de Barragán, 2007; Arce, 2010 y Castro *et al.*, 2011.

La crisis económico-financiera y la emergencia sanitaria que se profundizan a lo largo de la década de 1990 tendrán su manifestación en el comportamiento sector privado de la salud. Como señalan Castro *et al.* (2005) hasta la década de 1970 y posteriormente con la rentabilidad financiera producto de la inflación de los años 1980, las empresas de medicina prepa-ga pudieron ser gerenciadas sin mayores problemas. Según el análisis de las autoras, en ese periodo a medida que “el sector fue incorporando tecnologías innovadoras, la inflación manifestaba un crecimiento progresivo que permitía financiar el encarecimiento que año tras año se producía en las prestaciones médicas” (2005: 14-15).

A partir de la década de 1990, es posible señalar cambios importantes en la dinámica y en las estrategias de las empresas de medicina prepa-ga vinculadas principalmente a la implementación del Plan de Convertibilidad Monetaria y el freno a la inflación. Según el análisis de Castro *et al.* (2005) se verán obligadas a trabajar sobre los costos de la atención médica a fin de maximizar la rentabilidad operativa genuina de la actividad.

Otro factor central para entender el comportamiento de las empresas estudiadas en este periodo es el de las estrategias de las obras sociales en el marco de la implementación de la “libre opción” o más conocida como “la desregulación” de las obras sociales. El trabajo de Fidalgo (2008) muestra que sobre un total de doscientas cuarenta y cinco obras sociales que participaron del proceso de desregulación, las primeras diez concentraron el 55,63% del total de opciones de cambio registradas según datos de la Superintendencia de Salud. Las tres Obras Sociales que concentraron la mayor cantidad de traspasos desde el inicio de la política contaban con convenios con las empresas de medicina prepa-ga líderes del mercado: Swiss Medical, OSDE y TIM-Galeno. En este sentido, la autora propone definir a las empresas de medicina prepa-ga como testigos y pro-

tagonistas de la política de “libre opción” en la medida en que, si bien no quedaron incluidas en el escenario formal de la política, supieron construir “un lugar” a partir del cual pudieron acceder a una población de trabajadores/as dentro de la seguridad social. Sin embargo, esta estrategia no puede considerarse totalmente innovadora en el sector⁸.

En la misma línea Alonso (2004) sostiene que -en un contexto caracterizado por la demora de la regulación de las empresas de medicina prepa-ga y por el comienzo de la desregulación parcial de las obras sociales desde 1997- las empresas ingresaron informalmente al sistema de obras sociales a partir de la instrumentalización de convenios. En este sentido el autor plantea que esta estrategia de las empresas, de carácter informal y sin regulación, pasó a ser “todo ganancia” para las mismas ya que al mismo tiempo que se encontraban habilitadas para la selección de la población “más sana” y por lo tanto con menor probabilidad de requerir atención, también se vieron posibilitadas a descargar toda la responsabilidad por un eventual incumplimiento en la prestación sobre la obra social.

Por su parte, el estudio de Findling *et al.* (2002) muestra la magnitud de los traspasos en el inicio de la política. Una de las observaciones que destacan se refiere al bajo volumen de traspasos captados inicialmente, entre mayo de 1997 y mayo de 1999, de acuerdo con los datos suministrados por la Superintendencia de Servicios de Salud:

Durante un período de dos años (mayo/97 a mayo/99), 345.000 afiliados titulares (que con sus familiares ascienden a 862.500 personas) han decidido cambiar de obra social. Esta can-

8 Previo a la desregulación ya existían convenios entre empresas de medicina prepa-ga y las obras sociales de personal de dirección y al observar, como señalan los datos de Ahuad *et al.* (1999).

tividad representa sólo el 7,5% del total de afiliados titulares del sistema de obras sociales y el 8,2% del total de beneficiarios. Puede estimarse que, a fines del año 1999, la cifra total de pases haya trepado a 420.000 titulares. La distribución espacial de las opciones (según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, 1999) exhibe una elevada concentración en el área Metropolitana de Buenos Aires. (2002: 1080).

El trabajo de Alonso ya mencionado amplía el periodo a los primeros cinco años de implementación de la libre elección, y reafirma la lectura de Findling *et al.* (2002) advirtiendo el bajo nivel de traspasos y destaca también el carácter limitado de los mismos en función de la franja de aportes a la que pertenecían los afiliados. A partir de datos de la Superintendencia de Salud observa que en cuanto a la cantidad de traspasos durante los primeros cinco años de implementación (1997-2001) el promedio anual fue de 156.870, lo que representaba un equivalente al 3,4% del movimiento anual respecto al padrón de titulares. El autor postula que:

Además de casos puntuales de obras sociales afectadas por procesos de quiebra o de gran desequilibrio con deterioro y suspensión de prestaciones, la tendencia fundamental de la migración

de afiliados parece deberse más a los movimientos de los mejores aportes y más bajos riesgos hacia las obras sociales asociadas con prepagas u obras sociales gerenciales, cuyo perfil operativo es semejante a las anteriores (2004: 143).

Como puede verse, es posible identificar la existencia de irregularidades y tensiones que comienzan a observarse tanto entre las obras sociales como entre las empresas de medicina prepaga y el gobierno al implantarse la política. Algunas notas periodísticas de ese periodo reflejan la situación mencionada. A modo de ejemplo:

TRASPASO DE AFILIADOS. Se desató la pelea entre los gremios por las obras sociales. Varios sindicatos impugnaron traspasos entre obras sociales. Dicen que hubo influencia de prepagas. Se pasan los trabajadores de mayores ingresos. Temen el desfinanciamiento del sistema solidario de salud (CLARIN, 26 de junio de 1998).

A continuación, recuperamos del trabajo de Barragán (2007) un cuadro en el cual se muestran los convenios de las principales empresas de medicina prepaga con obras sociales para ilustrar la relevancia de esta estrategia y la participación de las mismas en la seguridad social.

Cuadro. 4.
Convenios entre empresas de medicina prepaga y obras sociales. 1994-1998

Empresas de medicina prepaga	Obras Sociales
Qualitas	OSDIC (Obra Social del Personal Directivo de la Industria de la Construcción)
	UPCN (Unión del Personal Civil de la Nación)
Staff Médico	UPCN
	OOSSEG (Obra social de Seguros)
MEDICUS	OSSIMARA (Obra Social de Supervisores metalúrgicos)
	OSADRA (Obra Social de Árbitros Deportivos de la República Argentina)

Empresas de medicina prepaga	Obras Sociales
SPM	OSSEG
Docthos	OSPADEP (Obra Social del Personal de Aeronavegación de Entes Privados)
Swiss Medical Group	OSPOCE (Obra Social del Personal del Organismo de Control Externo)
SALUD	OSPOCE
OPTAR	OSPOCE
	OSSEG
OMINT	OSSIMIRA
	OSPOCE
AMSA	14 obras sociales
	OSEIV (Obra Social De Empleados de la Industria del Vidrio)
	OSJERA (Obra Social de la Asociación del Personal del Agua y la Energía)
CEPRIMED-Mediplan y Provincia Salud	OSDEPYM (Obra Social de la Pequeña y Mediana Empresa)
	OSPREYH (obra social de los Trabajadores de Edificios)
	OSPOCE
	OSSIMARA

Fuente: Barragán, 2007 en base a Clarín 1998.

Nueva ofensiva sindical contra Roque Fernández

El ministro aseguró que ante “la primera denuncia de que nieguen un traspaso llamamos a una reunión porque es lo que hemos acordado con los ministros de Salud, Alberto Mazza; de Trabajo, Erman González, y el Presidente de la Nación (*LA NACIÓN* 23 de mayo de 1998).

En relación al conflicto expuesto, diversos trabajos (Findling *et al.*, 2002; Fidalgo, 2013) hacen referencia al conflicto que se desata en este periodo y a las presiones por parte de empleadores que obligan a los trabajadores a

realizar el cambio de obra social. En palabras de Findling *et al.* (2002) “Se ha evidenciado, asimismo, una fuerte presión por parte de empresarios a cargo de sanatorios y bancos (fundamentalmente de capital extranjero) que obligaban al plantel de empleados a cambiar de obra social bajo convenio con empresas prepagas” (2002: 1081).

En relación a la búsqueda de diferentes mecanismos para captar la mayor cantidad de clientes y adecuar las prestaciones de acuerdo al poder adquisitivo de la población destinataria resulta ilustrativa una definición que realiza el economista Giordano:

Las hay con fines de lucro y sin fines de lucro, de gran porte y con una estructura societaria y comercial muy sofisticada; de porte mediano y menor sofisticación en su estructura societaria y comercial; y pequeñas prepagas, con un alto nivel de informalidad. Si bien existen diferen-

cias de calidad médica y de servicios, cada uno de estos tipos de empresas de medicina prepaga atiende la satisfacción de diferentes segmentos de clientes, con diferentes capacidades de pago y diferentes necesidades y expectativas (Giordano *et al.*, 2004: 30).

Cuadro 5.
Titularidad e infraestructura sanatorial de las empresas de medicina prepaga líderes, Argentina, 1999.

Empresa	Titularidad actual	Sanatorios propios
AMSA	Médicos	Sanatorio Agote y Mitre
MEDICUS	Médicos	Sanatorio Otamendi y Sanatorio Las Lomas (30%)
GALENO	Exxel Group	Sanatorio Trinidad (72%)
TIM	Exxel Group	Clínica del Sol
DOCTHOS	Banco Roberts-HSBC	No
OMINT	Familia Lauret	Sanatorio Trinidad (28%)
SWISS MEDICAL	Empresarios locales, Grupo Oppenheimer (faltan datos)	Suizo Argentina
DIAGNOS	Banco Santander	No
LIFE	Exxel group	No
QUALITAS	70% Braun Estrugamou y 30% The Principal Fiancial Group	Centro Médico San Luis

Fuente: Ahuad *et al.*, 1999, a partir de la base de datos de las Cámaras ADEMP y CIMARA.

Para hacer un balance de la década observamos que dentro de las empresas de medicina prepaga que se ubican en la cúpula se mantuvieron casi toda la década en ese lugar, como OSDE y MEDICUS, algunas se incorporaron a la cúpula empresarial en la segunda mitad de

la década -Swiss Medical Group y Galeno- o al finalizar la misma, como OMINT⁹.

9 El análisis específico de los datos sobre la participación de las empresas de medicina prepaga en la cúpula empresarial forma parte de un trabajo que se encuentra en prensa: Luzuriaga, M. J. (2025). *Las empresas de medici-*

En los casos de Swiss Medical Group y Galeno existieron procesos de compras y fusiones en este periodo junto con la asociación con capital extranjero (Cuadro 3). Por fuera de las que se ubican en la cúpula también se observan procesos de compras y fusiones (Cuadro 3) y de la presencia de capital extranjero así como de un mismo grupo extranjero como accionista en más de una empresa, Exxel Group (Cuadro 3 y 5).

En cuanto a los convenios con obras sociales en el marco de la política de “libre opción” como señalamos OSDE, SMG y Galeno se vieron ampliamente beneficiadas.

Si bien, como señalan Castro *et al.* (2005) estos grupos financieros centraron sus expectativas en la futura desregulación total de las obras sociales que no ocurrió en ese periodo. Finalizada la década, dos de los principales grupos que ingresaron, Excel Group o The Principal, fueron retirando gradualmente los capitales invertidos. Tampoco se consolidó como una tendencia las fusiones de las empresas con bancos y compañías de seguro. Sin embargo, se debe destacar que las fusiones y adquisiciones ocurridas en esa década modificó el perfil del sector privado de la salud consolidando grandes grupos oligopólicos y a un proceso de concentración y oligopolización de la oferta de servicios.

2003-2015: Las empresas de medicina prepaga durante el kirchnerismo

El *ranking* de las principales empresas de medicina prepaga en este periodo se mantuvo bastante estable con la excepción de algunos casos que en años específicos van a abandonar su posición en la cúpula empresarial (MEDICUS, OMINT Y GALENO).

Durante la sesión realizada en mayo de 2011 en la cual se aprobó la Ley 25.682 de

empresas de medicina prepaga, el diputado Lozano enfatiza sobre el carácter concentrado y oligopólico del mercado:

De los más de cien mil millones de pesos que se gastan en salud en la Argentina, el mercado de la medicina prepaga maneja alrededor de 15.000 millones, que se relacionan con aproximadamente doscientas cincuenta empresas; apenas cinco de estas empresas concentran entre el 75 y el 80 por ciento de dicho mercado [...] Estamos hablando de empresas como OSDE, OMINT, Galeno, Medicus y Swiss Medical. Cuatro de estas empresas forman parte de la cúpula de las más de doscientas que existen en la Argentina. No estamos hablando de un mercado de competencia sino de uno que tiene un elevado nivel de concentración, y por esa razón merece un marco regulatorio como el que aquí estamos discutiendo (Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Argentina, 4 de mayo de 2011).

Una lectura interesante que complementa los análisis previos y contextualizan el análisis de la cúpula empresaria local durante el ciclo kirchnerista es el de Cassini *et al.* (2018). Recuperamos el análisis que hacen respecto al comportamiento de las empresas vinculadas a los servicios, ya que en esta actividad se ubican las empresas de medicina prepaga:

En lo que hace a los servicios, al cotejar la situación en 2001 con la de 2015 se evidencia una caída en el número de empresas (de 50 a 44) y una disminución de más de tres puntos porcentuales en la presencia de la actividad en la facturación global de la cúpula. Ese deterioro relativo esconde dos lógicas contrapuestas: la marcada retracción de las empresas prestatarias de servicios públicos (que durante la convertibilidad habían formado parte del elenco de “ganadores” -Azpiazu, 2003-) y la expansión de los servicios privados (medicina privada, servicios hidrocarburiíferos, telefonía celular, televisión

por cable, juegos de azar, etc.). (Cassini *et al.*, 2018: 8, el subrayado es nuestro).

Entre las empresas extranjeras de la cúpula empresaria local ubicadas en la actividad de servicios para el año 2015 encontramos dos empresas de medicina prepaga: Swiss Medical y Omint. Mientras que en esta misma actividad pero considerando las empresas nacionales encontramos a OSDE, GALENO y a la Sociedad italiana de Beneficencia. Cassini *et al.*, 2018).

En noviembre de 2007, Patricia Vaca Narvaja¹⁰, una de las autoras del proyecto de Ley sobre la regulación de las empresas de medicina prepaga, advierte sobre el no cumplimiento de lo establecido en relación a la Ley de Defensa del Consumidor, así como sobre el carácter monopólico del sector y los problemas que implican estas irregularidades para el sistema de salud

Desde su cargo de Subsecretaria de Defensa del Consumidor, debió lidiar más de una vez con las empresas de medicina prepaga por aumentos inconsultos o por prácticas denunciadas por los afiliados como “desleales” o “abusivas”. Hoy, como diputada nacional del FPV, Patricia Vaca Narvaja sostiene los mismos criterios, cuestionando el rol de las empresas de medicina prepaga, sus prácticas monopólicas en materia de precios y su posición dominante, no sólo frente a los usuarios del sistema sino también con respecto a sus proveedores: las clínicas, los laboratorios de análisis y los médicos, entre otros. Plantea que es necesario una reforma estructural del sistema de salud que contemple los distintos subsistemas vigentes, pero incluso sin

ese marco, entiende que hoy hay herramientas en manos del Estado para evitar los abusos de parte de las prepagas. Sólo hay que aplicarlas. (Página 12/País. 1 de noviembre de 2007)¹¹.

Resulta interesante recuperar otra nota del año 1994 realizada a la ex Subsecretaría y diputada nacional que en su cargo de coordinadora general del Consejo Municipal del Consumidor ya señalaba los incumplimientos de contratos y vulneraciones de derechos en los que incurrieran las empresas:

“La gente acude a nosotros cuando, ante el hecho consumado, se entera de la falta de compromisos contractuales” advirtió (...)

Aunque hay infinidad de quejas y consultas, el límite de las denuncias está impuesto por el temor de la gente de que la prepaga se entere y les dé de baja. Entonces se preguntan qué otra prepaga los volvería a tomar”, añadió. (...) el verdadero problema reside en “la falta de una reglamentación que proteja a la gente de las cláusulas abusivas o la publicidad engañosa” (El Cronista, 11 de junio de 1994).

Luego de varios intentos fallidos de regulación, la Ley N° 26.682 del año 2011 buscó colocar un cierto freno a las prácticas abusivas de las mismas y a la desprotección de las personas afiliadas. Si bien es importante destacar la existencia de normativas previas al 2011 vinculadas a la defensa del consumidor que habilitaba al Estado a intervenir de oficio ante situaciones asimétricas y prácticas abusivas como así también a los afiliados a iniciar acciones administrativas y/o judiciales ante posibles irregularidades por parte de las empresas¹².

10 Se ha desempeñado como Subsecretaria de Defensa del Consumidor entre 2003 y 2005. Fue también diputada nacional por el Frente para la Victoria y embajadora argentina en México durante el gobierno de Cristina Kirchner.

11 Diario Página/12. El País. “Vaca Narvaja cuestiona la suba y dice que hay forma de controlarla”, 01 de noviembre de 2007.

12 Para más información sobre el tema, véase: Luzuriaga, 2012. Disponible en: <http://www.>

La sanción de la Ley se dio en el marco de una sesión especial¹³ de la Cámara de Diputados a partir de la iniciativa del oficialismo y con el *quórum* de los bloques de centroizquierda (Nuevo Encuentro, Proyecto Sur, Partido Socialista y partidos provinciales). La Ley fue aprobada a pocos días de perder su estado parlamentario. El senado -como Cámara revisora- introdujo una serie de modificaciones respecto a la definición del universo de organizaciones reguladas por la Ley. Esas modificaciones habrían permitido el consenso necesario para arribar a la sanción, si bien para la opinión de la mayoría esas modificaciones perjudicaron la claridad de la propuesta (Castro, 2011).

En cuanto a los aspectos regulados por la Ley Nº 26.582 se destaca el límite referido al periodo de carencia, prohíbe el rechazo de afiliación a personas con enfermedades pre-existentes así como establece topes para los aumentos de cuotas, entre otras. También hace referencia al desarrollo de un sistema de información patrimonial y contable de las empresas. Se establece la creación de un registro na-

cional de las mismas (R.N.E.M.P); se definen funciones de fiscalización del pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público; se implementan mecanismos que garanticen la disponibilidad de información actualizada sobre las entidades respecto de las condiciones y planes ofrecidos por cada una de ellas; se disponen mecanismos en todas las jurisdicciones para recibir reclamos de los usuarios y prestadores del sistema; y se exigen informes demográficos, epidemiológicos, prestacionales y económico-financieros. Otro aspecto relevante es la creación de una comisión permanente conformada por representantes del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas como órgano de articulación de las funciones mencionadas.

La Ley Nº 26.682 del “Marco Regulatorio de Medicina Prepaga”, reglamentada por decreto Nº 1993/2011 y posteriormente modificada a través del decreto de Necesidad y Urgencia Nº 1991/2011 establece el régimen de regulación de: Empresas de Medicina Prepaga; Cooperativas; Mutuales; Asociaciones Civiles; Fundaciones; Planes de Adhesión Voluntaria y los Planes Superadores o Complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud contemplados en las Leyes Nº 23.660 y Nº 23.661. Estas entidades se encuentran regidas por la Superintendencia de Servicios de Salud y están legalmente obligadas a garantizar a sus afiliados el piso mínimo de prestaciones establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

La posición de los representantes de las empresas de medicina prepaga respecto a la normativa del sector se caracteriza por la crítica recurrente, antes y después de la sanción de la Ley. Esta crítica se centra en la limitación en el proceso de admisión de las preexistencias, el control sobre las cuotas, el uso de los periodos de carencia y la constante ampliación de las prestaciones cubiertas por el PMO. Sobre estos puntos los referentes del sector hacen su

repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/031041_Luzuriaga.pdf

- 13 En relación a los requisitos para la realización de una sesión especial en el reglamento de la Cámara de Diputados se señala: Artículo 35. Las sesiones especiales se realizarán por resolución de la Cámara, a petición del Poder Ejecutivo; o por un número no inferior a diez diputados, dirigida por escrito al presidente, debiendo expresarse en todos los casos el objeto de la sesión. Artículo 36. En cualquiera de los casos establecidos en el artículo anterior, el presidente ordenará la correspondiente citación para el día y hora que se hubiesen determinado, o que se indiquen en la petición del Poder Ejecutivo o en la de los diputados que soliciten la sesión (Disponible en: <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/congreso/regladip.pdf>)

principal crítica argumentando la inviabilidad del sistema a partir de la puesta en vigencia de la Ley. A continuación, se citan dos extractos de referentes del sector como el presidente de Swiss Medical Group y el presidente de una de las principales Cámaras, ADEMP:

Belocoppitt explicó, siempre siguiendo el mismo argumento, que “la ley de seguros en Argentina, como la ley de seguros en el mundo, dice que un contrato de este tipo será nulo si se conoce que el bien ya está siniestrado, o si se conoce que es un hecho que no se puede llegar a producir. En otras palabras será tan nulo un contrato de seguro sobre un auto que ya ha sido robado, como uno que se asegure algo que no va a suceder, como que un hombre vuele por sus propios medios (DEF, 2011: 74).

...un sistema de adhesión voluntaria, libera el ingreso sin tiempos de espera a personas con enfermedades preexistentes que requieren atención inmediata, mientras no exige plazos mínimos de adhesión. Esta medida hace a la actividad inviable, le quita sentido a la previsión. Generará la baja masiva de los beneficiarios de bajo riesgo que sostienen los costos de los usuarios mayores y de los enfermos con patologías de alto costo, y generará el ingreso de quienes especulen con atenderse con los fondos ahorrados por los usuarios honestos y previsores (Giordano, 2011: 3).

En otra entrevista el presidente de Swiss Medical Group se explaya sobre los problemas del sector y analiza la actividad de las EMP en relación al sistema de salud en su conjunto, el papel del Estado, de la legislación, la relación entre el sector público y privado de la salud y sobre algunos aspectos de la Ley n° 26.682:

Los Congresos en el mundo se reúnen a ver qué le sacan al sistema de salud, qué van a hacer obligatorio y qué no, porque al sistema no le alcanzan los fondos para seguir enfrentando los gastos. Y en la Argentina, los diputados y sena-

dores se reúnen para ver qué le agregan. Somos el único país que suma políticas de cobertura obligatoria [...] (Ámbito financiero 9 de junio de 2014).

2016-2024: Regular, desregular, regular y... las empresas de medicina prepaga siempre ganan

En el periodo 2016-2024 interesa destacar los beneficios que obtuvieron algunas de las líderes durante la pandemia. Una nota del año pasado describe algunos de los principales montos recibidos por Swiss Medical Group, el Hospital Italiano, el Hospital Británico y el Alemán:

Revelaron cuánta plata recibieron Swiss Medical y más prepagas por subsidios del Gobierno

El Programa de Recuperación y Sostenimiento Productivo (REPRO), la Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP) y el Programa Nacional de Fortalecimiento de los equipos de salud para la Calidad y Seguridad (FESCAS) son los subsidios que por sumas millonarias recibieron en los últimos años algunas empresas de medicina prepaga, Así fue como Swiss Medical recibió en concepto de REPRO por unos 7 millones de dólares entre febrero del 2021 y mayo del 2022.

También la información que tiene el Gobierno es cómo se ha repartido esa ayuda, que ha sido recibida en gran parte por quienes hoy son los más fuertes del mercado y dan pelea ante la Justicia para tratar de lograr el aval y poder imponer los aumentos.

El más beneficiado por los FESCAS fue la empresa que comanda Claudio Belocoppitt, luego le siguió el Hospital Italiano, el Británico y el Alemán. Son aquellas empresas que forman parte de la demanda del Gobierno por los aumentos fijados. (iprofesional/ 13 de mayo de 2024).

Desde una mirada actual, podemos afirmar que a doce años de la sanción de la Ley que pretendía regular el mercado de las empresas de medicina prepaga, si bien como presentamos no se observan cambios en cuanto al carácter concentrado del mercado, el DNU N° 70/2023 modificó aspectos sustanciales de esa ley generando retrocesos en términos de protección a las personas usuarias de la medicina prepaga. De acuerdo a un informe de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud sobre el impacto del decreto en las políticas de salud, se eliminó la capacidad del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) de fiscalizar y garantizar la razonabilidad de las cuotas y los planes prestacionales. Esto significa que el MSAL dejaría de revisar y autorizar los valores de las cuotas de los planes de salud, los modelos de contratos que serán celebrados entre la empresa y el afiliado; los planes prestacionales; la presencia o no de cláusulas abusivas, entre los aspectos más destacados. Es particularmente grave la eliminación de la función otorgada al MSAL para garantizar la cobertura de salud, a través de una empresa de medicina prepaga, a las personas afiliadas cuya prepaga cierre, quiebre o entre en cesación. El MSAL, en tanto autoridad de aplicación, cuenta con la información sectorial que le permite evaluar la adecuación y razonabilidad de los aranceles, los tipos de contratos y la red prestacional. Situación que resulta prácticamente imposible para un/a ciudadano/a (Sy y Luzuriaga, 2025).

Algunas consideraciones provisorias

Con el propósito de avanzar hacia un balance provisorio sobre la dinámica que este grupo de empresas ha desplegado a lo largo de más de tres décadas, resulta imprescindible recuperar los interrogantes centrales que orientan el análisis: ¿cómo y por qué este conjunto de empresas de medicina prepaga logró sostenerse en la cúpula empresarial durante el período estudiado? Asimismo, cabe preguntarse en qué medi-

da su permanencia y expansión respondieron a políticas públicas favorables y cuánto pueden atribuirse a su propio desempeño empresarial. Estos ejes permiten problematizar las condiciones estructurales y estratégicas que explican su trayectoria sostenida en el tiempo.

Una primera lectura que se puede desprender del recorrido realizado sobre las principales empresas de medicina prepaga en la Argentina es que ha habido condiciones favorables a lo largo de diferentes gobiernos para la expansión de sus negocios ya que durante más de tres décadas independientemente de las crisis, recesiones, periodos de estabilidad económica, hiperinflación, etc. se han mantenido en la cúpula empresarial, llegando a estar en el núcleo duro en alguno años, es decir, entre las cincuenta empresas con mayores ventas del país.

Entre las razones podemos esbozar como hipótesis que un factor favorable a esta situación se vincula a la presencia de representantes de las empresas como protagonistas e interlocutores privilegiados en diferentes espacios de toma de decisión o con capacidad de incidir, moldear o ignorar las débiles regulaciones institucionales en el mercado a lo largo de diferentes gobiernos y de diferentes arcos políticos. Si bien es preciso observar que a pesar de ese lugar ganado en el elenco estable, su posición relativa ha mejorado o empeorado de acuerdo a los gobiernos y las definiciones de los mismos respecto a las políticas de precios.

Sin subestimar la capacidad empresarial o el despliegue de estrategias empresarias innovadoras que puedan haber intervenido e intervenir entre las razones que explican la permanencia de las líderes en la cúpula empresarial, consideramos que sin duda este grupo de empresas se vio ampliamente beneficiado por lo que Daniel Azpiazu (1999) definió como “desregulación con marcadas asimetrías” en el sentido de que la estrategia de desregulación implementada en nuestro país se caracterizó por recrear nuevas áreas y/o situaciones de privilegio a favor de determinados sectores.

Esto es posible ejemplificarlo cuando vemos el proceso ocurrido en la dinámica de este sector. El mercado de las empresas de medicina prepaga se volvió mucho más concentrado y por lo tanto asimétrico. En el año 1997, nueve empresas explicaban el 40% del total de afiliados y casi tres décadas después, dos empresas de medicina prepaga explican el 50% del sector, OSDE y SMG (Ver en Anexo Cuadros 6 y 7). Concentración que se profundiza al considerar que en los '90 el universo de prepagas alcanzó aproximadamente un total de 250 empresas y en la actualidad, cerca de 700. El total de afiliados desde el 2010 alcanzó su techo con una variabilidad que ha oscilado entre un 0,5 y un 1 punto porcentual de la población (ver en Anexo, cuadro 8). A este límite de expansión del negocio se le debe agregar que en los últimos años se ha observado una migración de los afiliados a planes más económicos debido a los constantes aumentos en las cuotas.

En este punto, resulta central la lectura de Azpiazu respecto a las políticas de desregulación de la década de 1990 para comprender las empresas estudiadas. El autor advierte que las medidas se presentan como desregulación, pero en realidad implican regular a favor de sectores concentrados, en detrimento de las grandes mayorías. De esta manera, tal como ocurrió en otros sectores, en el mercado de las empresas de medicina prepaga la “*desregulación*” no modificó el mapa de ganadores previos a esta política -y lejos de generar una mayor libertad de elección, una mejor asignación de recursos y un mercado más competitivo con capacidad de “autorregularse”-, sino más bien una concentración sostenida en un puñado de empresas con ganancias extraordinarias y con un fuerte poder de negociación y control sobre el sistema de precios del mercado de la salud así como con capacidad para incidir en las políticas del sistema de salud en su conjunto.

Si bien en términos de ciertos límites en relación a normas que han buscado limitar prácticas abusivas en los contenidos y términos de contrato y en diversos mecanismos y controles de precios han permitido garantizar ciertos derechos de los afiliados, no han revertido la concentración del sector y la fuerte incidencia de los intereses empresariales sobre políticas sectoriales como se observó de manera muy evidente durante la emergencia sanitaria producida por la pandemia y como se observa en el actual gobierno.

A este cuadro se le suma la existencia de parámetros de calidad cuestionados respecto a los modelos prestacionales que se reflejan en la judicialización y la creciente insatisfacción tanto de afiliados como de trabajadores de las mismas. Manteniendo indicadores de opacidad respecto a variables claves de su negocio que han sido recurrentemente señalados por estudiosos en el tema y por informes oficiales y sectoriales. A lo largo del 2024 se acumularon amparos, cautelares y fallos para frenar los abusos del sector. Según diversas fuentes, hasta abril del 2024, se registraron ochenta fallos contra OSDE y Swiss Medical. Entre las denuncias se destacan problemas asociados a la cobertura de prestaciones, aumento de cuotas, prestaciones por discapacidad y negativas de afiliación

De lo expuesto a lo largo de este artículo de investigación, podemos tener algunos indicios de que un factor que explica este lugar que han ocupado las empresas de medicina prepaga líderes se puede entender a partir de condiciones muy favorables para “liberar sus fuerzas” y de esa manera expandir y ampliar sus negocios. En función de la sistemática debilidad de los marcos regulatorios que, ya sea por conocimiento insuficiente, destiempos, cooptación de los entes de regulación y de control por parte de intereses del sector regulado, ineficacia, debilidades de las capacidades estatales y/o falta de decisión política, no han logrado revertir el proceso de concentración.

Dicho proceso se traduce no solo en ganancias extraordinarias y en la consolidación de un bloque de poder económico y político en el sector salud, sino también en una creciente desprotección tanto para las y los afiliados de las empresas como para el conjunto de la población.

En este escenario, los patrones médico-asistenciales como los cuidados de salud accesibles para la población han estado y -probablemente continúen estando- modelados en función de mantener y expandir el negocio de las que siempre ganan y han ganado.

En definitiva, mientras no se avance en generar las condiciones concretas para revertir el carácter concentrado y asimétrico del sistema -lo que supone fortalecer y ampliar un sistema público y universal de salud-, estas dinámicas tenderán a reproducirse.

Referencias bibliográficas

- Acuña C. y Chudnovsky M. (2002). *Documento N° 60: El Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés - Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.
- Ahuad, A., Paganelli, A. y Palmeyro, A. (1999). *Medicina prepaga. Historia y futuro*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- ALAMI. (2016). *Estadísticas del mercado de salud en América Latina: Informe preparado para ALAMI*. ALAMI.
- Alonso, G. V. (2004). La política de reforma de las obras sociales durante los años noventa en Argentina. Un balance global. *Política y Gestión*. 7: 125-145.
- Arce, H. E. (2010). *El sistema de salud: De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo.
- Azpiazu, D. (1999). *Introducción: La problemática (des-re)regulatoria en el "shock" neoliberal de los años noventa*. En D. Azpiazu (Comp.). *La desregulación de los mercados: Paradigmas e inequidades de las políticas del neoliberalismo* (pp. 11-24). Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Bahia, L. (1999). *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Teses de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz.
- Barragán, H. L. (2007). *El subsector privado, las empresas de prepago y la atención médica*. En H. L. Barragán, A. Moiso y M. A. Mestorino (Eds.). *Fundamentos de salud pública* (pp. 505-518). Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1993). La medicina prepaga en Argentina: su desarrollo desde los años sesenta. *Cuadernos Médicos Sociales*. 64: 5-29.
- Belmartino, S. (1999). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Belmartino, S. (2010). *Los servicios de atención médica*. En S. Torrado (Comp.). *El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002) (Tomo II)* (pp. 103-167). Buenos Aires: Edhasa.
- CA.DI.ME. (2018). *Informe sectorial: Servicios de salud 2018*. Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico. Buenos Aires: CA.DI.ME. Disponible en: <https://www.cadime.com.ar>
- CA.DI.ME. (2021). *Informe sectorial N.º 17: Servicios de salud*. Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico y Fundación DPT. Buenos Aires: CA.DI.ME.
- CA.DI.ME. (2023). *Informe sectorial: Servicios de salud*. Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico y Fundación DPT. Buenos Aires: CA.DI.ME.
- CA.DI.ME. (2024). *Informe sectorial N.º 23: Servicios de salud*. Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico. Buenos Aires: CA.DI.ME.
- Cánepa, J. I. (2011). Nueva Ley de Regulación de prepagas, ¿el fin de la medicina prepaga? *DEF* 70: 72-75.
- Cassini, L., García-Zanotti, G. y Schorr, M. (2018). El poder económico en la Argenti-

- na kirchnerista. *Semestre Económico*. 21(47): 203-228.
- Castellani, A. (2007). Difusión de ámbitos privilegiados de acumulación en la historia argentina reciente. *Sociohistórica*. 21-22: 17-53. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3651/pr.3651.pdf
- Castellani, A. (2016). *La radiografía de la elite económica argentina: Estructura y organización en los años noventa*. Buenos Aires: UNSAM.
- Castro, B. (2011). *Ley 26.682. Marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga* (Informe OPP/CAG-09). Buenos Aires: Observatorio de Políticas Públicas. Disponible en: <https://www.cag.jgm.gov.ar>
- Castro, B., Casal, A. y Priluka, M. (2005). *Regulación de la medicina prepaga. Caracterización de la medicina prepaga en la República Argentina* (Informe OPP/CAG-18). Buenos Aires: Observatorio de Políticas Públicas. Disponible en: <https://www.cag.jgm.gov.ar>
- CEPA. (2022). *Desempeño de las principales empresas argentinas (2015–2022)* (Informe N° 248). Buenos Aires: Centro de Economía Política Argentina. Disponible en: <https://centrocepa.com.ar/images/2022/09/20220911-empresas.pdf>
- Cámara de Diputados de la Nación. (2008, agosto 26). *Versión taquigráfica de la reunión conjunta de la Comisión de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General*. Buenos Aires: Dirección Parlamentaria.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud: El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Fidalgo, M. M. (2013). *La transformación de la Seguridad Social en salud: La política de libre elección de obra social como parte de las redefiniciones del sistema de protecciones sociales (1990–2010)*. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires.
- Findling, L., Arrunada, M. y Klimovsky, E. (2002). Desregulación y equidad: El proceso de reconversión de obras sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*. 18(4): 1077-1086.
- Giordano, O., Colina, J. y Del Pozo Rodríguez, P. (2004). *El fracaso sanitario argentino*. Buenos Aires: Concurso el Sistema de Salud Argentino.
- Giordano, P. (2011). Ley parcial de regulación para la medicina privada. *ADEMP*. 99, 3: 3.
- Katz, J. y Muñoz, A. (1988). *Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Letcher, H. y Strada, J. (2022). *Estructura corporativa y riqueza en la Argentina*. Buenos Aires: CEPA y Fundación Friedrich Ebert (FES).
- Luzuriaga, M. J. (2012). *Regulación, medicina privada y ciudadanía: Un estudio sobre denuncias ante la Secretaría de Defensa del Consumidor de la Nación (2000–2008)*. Tesis de maestría. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Luzuriaga, M. J. (2018). *Privados de la salud: Las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia*. São Paulo: HUCITEC.
- Luzuriaga, M. J. (en prensa). Las empresas de medicina prepaga en la cúpula empresarial de Argentina. Buenos Aires: en prensa.
- Luzuriaga, M. J., Zunino, M. G., Almirón, V. L. & Iusef, Venturini, N. (2020). La mano visible del Estado y la mano invisible del mercado: ¿Por qué la salud es más que un contrato entre partes? *Realidad Económica*. 365: 131-145.
- Maceira D. (2008). *Sistema de salud en Argentina* En F. Barten, W. Flores y A. Hardoy (Comps.). *La inequidad en la salud: hacia un abordaje integral* (pp. 69-80). Buenos Aires: IIED-América Latina Publicaciones.
- Mercado. (2023). *Las 1000 empresas que más venden: Incluye hasta 2022* (Edición 1253). Buenos Aires: Publicitaria del Sur S.A. Disponible en: <https://www.mercado.com.ar>
- Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS). (2024). *Documento técnico*. Disponible en: <https://>

- linktr.ee/raais.argentina?lt_utm_source=lt_share_link#367378026
- Scheffer, M. C., Pastor-Valero, M., Russo, G. *et al.* (2020). Revolving doors and conflicts of interest in health regulatory agencies in Brazil. *BMJ Global Health*. 5, e002325.
- Scheffer, M. & Bahia, L. (2011). Representação política e interesses particulares na saúde: O caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 15: 947-956.
- Schorr, M. (2024). El primer año de Milei: ganadores y perdedores. *Revista La Cigarra*. Disponible en: <https://lacigarrarevista.com.ar/2024/12/13/el-primer-ano-de-milei-ganadores-y-perdedores/>
- Sy, A. & Luzuriaga, M. J. (2025). ¿Quién te va a cuidar? *Revista Anfibia*. Disponible en: <https://www.revistaanfibia.com/quien-te-va-a-cuidar-empresas-medicina-prepaga-luigi-mangione/>

ANEXO

Cuadro 6.

Ranking de empresas de medicina prepaga según cantidad de cápitav y % participación en el mercado, 1995 y 1997.

Empresas/Grupos económicos	1995		1997	
	contratos	% del mercado	contratos	% del mercado
AMSA	250.000	11,4	250000	11,3
MEDICUS	122.000	5,8	140000	6,4
DOCTHOS	94.000	4,5	127000	5,7
TIM	70.000	3,3	71000	6,8
GALENO	70.000	3,4	79000	
OMINT	76.500	3,6	76500	3,5
SWISS MEDICAL	70.000	3,3	70000	3,2
DIAGNOS	32.000	1,5	32000	1,4
OPTAR			27000	1,23
QUALITAS	20.000	1	20000	0,91
Subtotal	794000	38	892000	40
Resto de EMP	1.305.000	62	1.307.500	60
Total	2.099.000	100	2.199.500	100

Fuente: Ahuad *et al.*, 1999 con datos de consultora Claves.

Cuadro 7.
Ranking de empresas de medicina prepaga según cantidad de cápitax y % de participación en el mercado, 2016, 2020 y 2024.

Empresa/Grupo económico	2016			2020			2024		
	contratos	% del mercado		contratos	% del mercado		contratos	% del mercado	
OSDE	1	2250000	37	1	2200000	34,8	1	2111435	31,1
SWISS MEDICAL	2	900000	14,9	2	1000000	15,8	2	1004521	14,8
GALEN0	3	750000	12,4	3	750000	11,9	3	565361	8,3
MEDICUS	7	s/d	4,1	6	240000	3,8	9	183374	2,7
OMINT	4	320000	5,3	5	320000	5,1	5	322634	4,7
SANCOR SALUD (Asociación Mutual Sancor)	5	296000	4,9	4	460000	7,3	4	528299	7,8
Hospital italiano	9	160000	2,7	9	160000	2,5	8	194002	2,9
MEDIFE (Ex ASE)	6	272000	4,5	8			7	212453	3,1
Accord	8	s/d	3,3	7	190000	3	6	210156	3,1
Hospital Británico	10	80000	1,3	11	42000	0,7			
Hospital Alemán	11	51000	0,8	10	54000	0,9	10	171164	2,5
ACA Salud (Avalian)									
Subtotal		5079000	91		5416000	91,4		5503399	81
Resto de EMP		945000	9		884000	8,6		1293291	19
Total		6024000	100		6300000	100		6796690	100

Fuente: Elaboración propia a partir de ALAMI 2016; CADIME 2021 y 2024.

Cuadro 8.

Evolución del total de afiliados a las EMP, total y porcentaje de afiliados indirectos sobre el total de afiliados, y porcentaje de afiliados sobre la población total, años seleccionados del periodo 1980-2024. Argentina.

Año	Total de afiliados a las EMP (en millones)	% y total en millones de afiliados indirectos sobre total de afiliados a las EMP	% de afiliados a EMP sobre el total de la población
1980	2.000	s/d	7
1990	1.500	s/d	4,6
1995	2.200*	s/d	6
2000	2.200	33 (1.000)	8,2
2005	5.489	37 (2.016)	17,9
2010	6.200	67	15,6
2016	6.024	s/d	13,6
2020	6.300	s/d	14
2021	6.796	60 (4.000)	14,8
2024	6.796	59	14,8

* Si se incluye las obras sociales de dirección se llega a tres millones.

Fuente: Barragán 2007; Belmartino y Bloch, 1993; Acuña y Chudnosky, 2002; Maceira, 2002 y 2008; Encuesta Nacional de Utilización de Gatos y Servicios de Salud 2005; CENSO 2010; CADIME 2017, 2020,2021 y 2024.