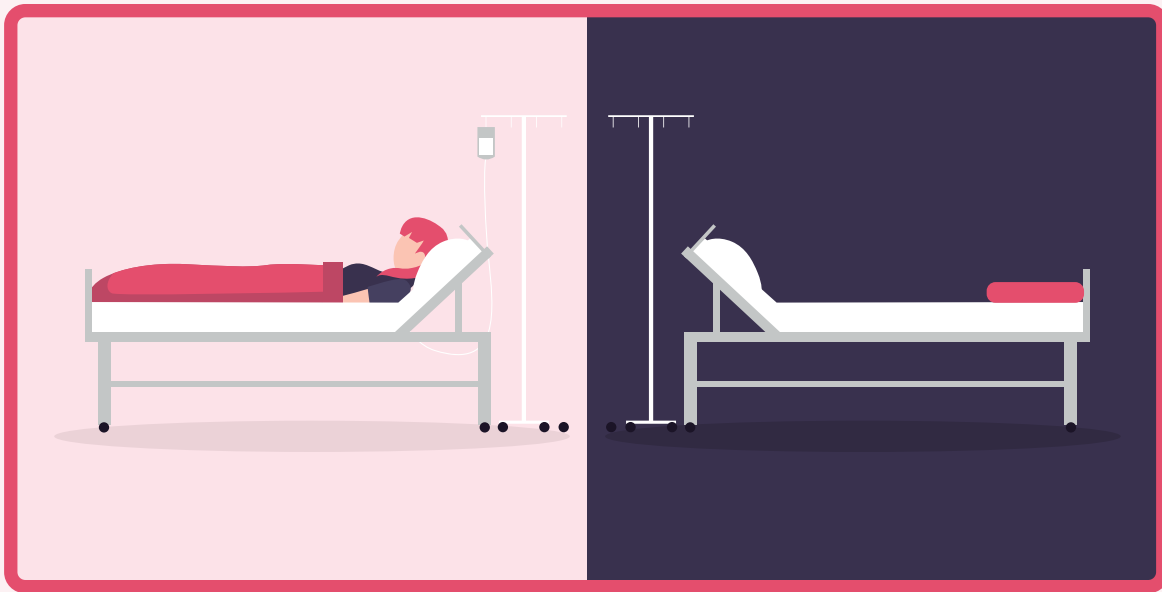


Obras sociales en Argentina



*Orígen y situación actual de
un sistema altamente desigual*

Oscar Cetrángolo
y Ariela Goldschmit

Julio 2018



**Las obras sociales y otras instituciones de la
seguridad social para la salud en Argentina.
Origen y situación actual de un sistema altamente
desigual**

Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit

Julio de 2018

Tabla de contenidos

<u>Introducción</u>	3
<u>1. Participación de la seguridad social en la provisión de servicios de la salud en Argentina.</u>	4
<u>2. Antecedentes de las instituciones del sector</u>	7
<u>3. Cobertura y financiamiento</u>	11
<u>3.1. Obras sociales nacionales</u>	11
<u>3.2. Obras sociales no reguladas</u>	13
<u>3.3. Obras sociales provinciales</u>	14
<u>3.4. El PAMI</u>	17
<u>4. Los problemas de equidad aún no resueltos</u>	19
<u>5. Reflexiones finales: Fragmentación territorial y desigualdad de derechos, concentración de la cobertura y heterogeneidad prestacional</u>	24
<u>6. Referencias bibliográficas</u>	26

Introducción

La seguridad social es parte del sistema de protección que una sociedad construye a fin de brindar amparo frente a los riesgos que atraviesan todos los seres humanos a lo largo de la vida. En materia de salud, los países desarrollados de Europa y Canadá tienen sistemas de cobertura universal que se basan o bien sobre la oferta pública de servicios (siguiendo el ejemplo del NHS inglés) o seguros sociales (al estilo alemán). Sea cual sea el tipo de organización, se entiende que la cobertura de salud asegurada por el estado no debe discriminar por las capacidades financieras de los hogares sino por sus necesidades de atención. A diferencia de otros componentes de los sistemas de seguro social, cuando se trata de la cobertura de servicios de salud no existen razones por las cuales la cobertura pública pueda discriminar por ingresos.

En muchos países de América Latina ha existido una diferenciación de cobertura debido a la convivencia de sistemas públicos organizados desde la oferta con esquemas de seguro social. No obstante, en la mayoría de los casos, la cobertura dentro de la seguridad social es homogénea y las reformas de las últimas décadas han estado orientadas por la necesidad de transitar un camino hacia la equiparación de coberturas entre el sector público y la seguridad social. Los caminos seguidos por Costa Rica, Brasil, Colombia, Uruguay y Perú, si bien diversos han tenido ese mismo objetivo.

El caso argentino es muy diferente tanto por su punto de partida como por las reformas implementadas, que no han tratado de cerrar esa brecha. Aquí la seguridad social se organizó tempranamente en torno a distintas instituciones que mantuvieron desde su origen ciertos rasgos de desigualdad e inequidad. De este modo, la Argentina siguió un patrón divergente en el acceso y cobertura de salud, diferenciando la seguridad social del sector público, en una sociedad donde se añoraba que las prestaciones asociadas al mercado de trabajo formal pudieran ser extendidas a toda la población.

Este documento tiene por objeto brindar una evaluación acerca del funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Argentina. De manera específica se presenta un análisis de la organización, cobertura y financiamiento del mismo. También se repasan las características centrales de su funcionamiento y los vínculos con el sector privado y público. En función de los argumentos presentados podrá comprobarse la persistencia de importantes problemas de eficiencia y equidad en el sector, que también trascienden la seguridad social.

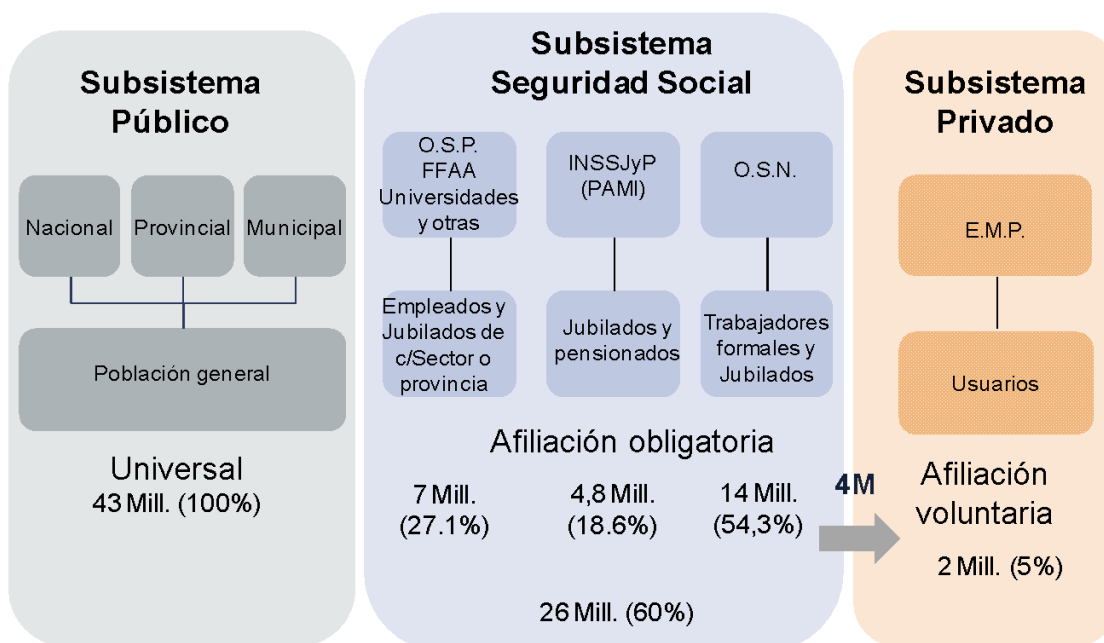
En este sentido, además de esta introducción, el documento se desarrolla en cuatro secciones. A continuación, la sección 1 introduce la seguridad social argentina en el marco del sistema de salud en su conjunto. La sección 2 profundiza sobre las características propias de los actores que conforman la red de seguridad social en el país. Se resumen los orígenes de esta organización, los cambios ocurridos en los últimos años y la situación actual en términos de cobertura poblacional y financiamiento disponible. La sección 3 identifica los problemas de equidad y sustentabilidad financiera que exhibe el subsector. Por último, el documento finaliza con una serie de reflexiones finales.

1. Participación de la seguridad social en la provisión de servicios de la salud en Argentina.

La seguridad social conforma una porción importante del sistema de salud argentino, tanto en términos de recursos involucrados como de población cubierta. Si bien la organización de la salud en la Argentina ha determinado la cobertura efectiva de la totalidad de la población de manera universal, ésta presenta serios problemas de equidad y acceso. Esto es así, ya que aunque la protección financiera está cubierta para todos, se hace de manera muy diferencial. Por un lado, existe un grupo de la población que tiene coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada. Por otro lado, la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

El sector público brinda servicios de atención médica a todos los habitantes del suelo argentino, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado y con independencia de su nacionalidad o lugar de residencia. Estos servicios se proveen en forma descentralizada por parte de los gobiernos provinciales y, en algunos casos, por los efectores municipales. De este modo, como se observa en el esquema 1, la población con cobertura pública comprende al 100% de la población argentina, que, según proyecciones poblacionales del INDEC para el año 2015, asciende a 43 millones de habitantes.

Esquema 1: Cobertura de los subsistemas de Salud en Argentina, 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de proyecciones poblacionales de INDEC, datos del INSSJyP, Superintendencia de Servicios de Salud y COSSPRA.

Dentro del subsector de la seguridad social se encuentran numerosas instituciones, con diferentes poblaciones afiliadas y marcos normativos propios:

- Los trabajadores del sector privado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares, y los trabajadores independientes (monotributistas) y personal de casas particulares tienen cobertura provista por las denominadas “obras sociales nacionales”.
- El personal de las FFAA, de Seguridad, Judicial y Universitarios, entre otros, cuenta con sus propias instituciones de salud.
- Los trabajadores de los sectores públicos provinciales/municipales y sus familias se encuentran asegurados en las “obras sociales provinciales” que cuentan con sus respectivos institutos de seguridad social en salud.
- Finalmente, los jubilados y pensionados y sus grupos familiares se encuentran cubiertos por los servicios que brinda el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como “PAMI” (Programa de Atención Médico Integral).

En forma conjunta, las diferentes instituciones de la seguridad social brindan cobertura de salud al 60% de la población del país. Por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga, ya sean financiados por gastos de bolsillo o mediante acuerdos de aseguramiento corporativo.

Los recursos destinados al financiamiento de la salud en Argentina son considerables. En 2015 (último año disponible) se estima que más de un 10% del PIB, un nivel

considerablemente por encima del promedio de América Latina, y acercándose a los valores de países europeos. No obstante, la composición del gasto difiere mucho de la de estos últimos, teniendo en cuenta el peso que detenta el gasto realizado por las propias familias a través del gasto de bolsillo directo o pagos de seguros privados, lo que marca una primer señal de alarma, ya que la magnitud de gastos de bolsillo es un indicador a problemas de eficiencia y equidad en los sistemas de salud (Titelman et al, 2015 y OPS, 2002).

La **provisión pública** en salud durante 2015 absorbió recursos por el equivalente al 3,0% del PIB (28% del total del gasto en salud). Aquí resulta conveniente aclarar que, a partir de los procesos de descentralización de fines de los años setenta y principios de los noventa, la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales. En efecto, 1,7% del PIB (18% del gasto total en salud) corresponde a gasto público que se encuentra en manos de los gobiernos provinciales (Cuadro 1). A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino.

La **seguridad social**, como se ha mencionado, está compuesta por las Obras Sociales Nacionales (OSN), reguladas por las leyes 23.660 y 23.661 de 1989, otros regímenes especiales como las obras sociales del personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI. Estas instituciones son responsables de 4,1% del PIB de los recursos del sector (38% del total), con una mayor contribución proveniente de las Obras Sociales Nacionales con 2,1% del PIB.

Por último, debe mencionarse que el **sector privado** brinda cobertura de seguros a los sectores de altos ingresos que tienen acceso a la cobertura privada en función de sus propias capacidades de pago, así como a otros sectores sociales que, no hallándose satisfechos con los servicios que brinda el sector público o la seguridad social, contratan seguros privados que brindan cobertura total o parcial. Los seguros privados se encuentran regulados por la Ley 26.682 de 2011, que obliga a las empresas de medicina prepaga a garantizar una cobertura mínima equivalente a la vigente para las Obras Sociales Nacionales (PMO). La cobertura privada de afiliación voluntaria abarca a 2 millones de afiliados, que representan el 5% de la población total, y absorbe 3,58% del PIB, incluyendo el gasto de bolsillo (34% del total).

Adicionalmente, se debe considerar que la importancia del sector privado tiene más relevancia como proveedor de servicios al sector público y, predominantemente, a la seguridad social. Ciertamente, el desarrollo del sector tuvo un impulso importante como proveedor de servicios a las obras sociales, pero en los últimos años se han desarrollado modificaciones muy significativas en las formas de intermediación dentro de la seguridad social, donde nuevos grupos económicos (muchas veces asociados al gremialismo) tienen una importancia creciente. Lamentablemente, no existen datos disponibles y suficientes que permitan dimensionarlo adecuadamente, pero sin duda están determinando una mutación significativa en el sector de la salud, haciendo aún más compleja y necesaria su regulación.

A diferencia de la información sobre gasto público y de seguridad social (proveniente de registros administrativos) no existen estimaciones oficiales y consistentes con las cuentas nacionales de gasto privado en salud desde el año 2000. Es así que el dato aquí

consignado, proveniente de las estimaciones que realiza periódicamente la OMS, debe ser tomado como indicativo.

Queda en evidencia, la cobertura universal resulta restringida. Brinda protección contra los riesgos financieros para toda la población, pero de manera sumamente desigual debido a la desigualdad de derechos derivada de su particular organización y distribución territorial. En lo que sigue del presente documento se profundizará en los rasgos que, en ese sentido, predominan en la seguridad social.

Cuadro 1: Gasto de los subsistemas de Salud en Argentina, 2015

	<i>En % del PIB</i>	<i>Estructura %</i>
Gasto en Salud Público (1)	3,02	28,29
Nacional	0,62	5,81
Provincial	1,89	17,70
Municipal	0,51	4,78
Gasto en Seguridad social en Salud (2)	4,08	38,21
Obras Sociales Nacionales	2,10	19,67
INSSJyP	1,05	9,83
Obras Sociales Provinciales	0,93	8,71
Subtotal Público y Seguridad social ((1) + (2))	7,10	66,50
Gasto en Salud Privado (3)	3,58	33,50
Total Gasto en Salud ((1) + (2) + (3))	10,68	100,00

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Hacienda y OMS.

2. Antecedentes de las instituciones del sector

El surgimiento de las **obras sociales sindicales** se remonta a la década de los años cuarenta, cuando, con el objetivo de satisfacer las necesidades de los trabajadores y sus familias que deseaban acceder a una cobertura adicional a la ofrecida por el sector público mediante el pago voluntario de una cuota, se fueron conformando las instituciones de este tipo, de origen mutualista. Con el paso del tiempo, irían transformando su modelo organizativo y se integrarían al sistema de seguridad social. Recién en 1970, durante la presidencia del General Onganía, se estableció la afiliación obligatoria a las obras sociales, a partir de la sanción de la Ley 18.610.

Esa ley extendió la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia, estableciendo como obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad, que quedaba en manos de los sindicatos correspondientes. De este modo, se amplió considerablemente la cobertura, al tiempo que se puso en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, que la población trabajadora se convirtiera en cautiva de la obra social del gremio correspondiente. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad, aunque existían importantes disparidades entre obras sociales, básicamente vinculadas con los diferentes niveles de salario medio y tamaño de los grupos familiares de los trabajadores de cada rama. Los datos disponibles muestran que la población del país cubierta por el subsector se incrementó en forma sustantiva durante las primeras dos décadas donde la afiliación se convirtió en obligatoria, desde aproximadamente el 37% en 1967-68 a 73% en 1985 (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Poco después de la sanción de esa legislación que favorecía a los gremios, el propio gobierno justicialista propició su derogación, según consta en el texto del “Plan Trienal para la Reconstrucción y Liberación Nacional”, presentado en diciembre de 1973 por el Presidente Perón. En su página 122 se puede leer que con el sistema de obras sociales se había cristalizado “una estratificación de la población en tres grupos: pudientes, asalariados -cubiertos por las Obras Sociales- e indigentes, cada uno de los cuales recibe una asistencia médica de calidad muy diferenciada”. De ahí en más, el peronismo adoptaría una posición más pragmática, defendiendo el financiamiento compulsivo de este esquema de salud tan poco solidario en manos de los gremios.

El sistema de obras sociales se extendió, asimismo, en forma obligatoria a los jubilados y pensionados, mediante la Ley N° 19.032 de 1971 que creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, destinada a brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad, liberando a las obras sociales recientemente institucionalizadas de la obligación de brindar cobertura al sector de la población con mayores necesidades de atención. Esta institución, básicamente financiada por cargas sobre los salarios de los trabajadores formales, y una alícuota proporcional sobre los haberes jubilatorios tuvo un importante

desarrollo a lo largo del territorio de la Nación y liberó a los sindicatos de la cobertura médica del grupo etéreo más costoso en función de la carga de enfermedad.

En forma simultánea la Ley 18.610 creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como organismo descentralizado, con funciones de promoción, coordinación e integración entre Obras Sociales y control técnico, administrativo y contable. Se trata del antecedente de la actual Superintendencia de Servicios de Salud.

La expansión de las obras sociales se convirtió en el mecanismo disparador del desarrollo del sector de la salud, orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico-farmacéuticas y productores de equipamiento médico, lo que fue determinante para el crecimiento del subsector privado. La red de servicios estatales pasó a ser la única cobertura de una porción creciente de la población, la más carenciada, sin acceso a ningún tipo de seguro. La ausencia de coordinación de los subsectores, y de regulación de los componentes no públicos ya era entonces el problema central de la política sanitaria (PNUD, 2010).

En 1989 se sancionó la Ley N° 23.660, actualmente vigente, que regula las obras sociales, definidas por las siguientes entidades:

- a) Las obras sociales sindicales
- b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y reparticiones u organismos creados por leyes de la nación.
- c) Las obras sociales de la Administración central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados; la del Poder Judicial y las de las Universidades Nacionales. Posteriormente la Ley 23.890 se excluyó a las Obras sociales de Poder Judicial y de las Universidades Nacionales.
- d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado
- e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios
- f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas
- g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación
- h) Toda otra entidad creada o a crearse que tenga como fin lo establecido en la ley

En términos de financiamiento esta ley estableció una contribución por parte del empleador de 6% de la remuneración y un aporte a cargo personal del empleado del 3%, fijando que entre un 10% y 15% de los aportes y contribuciones (según se trate de obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios o de obras sociales sindicales) se destine a financiar el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), creado unos años antes con el objeto de atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL (organismo regulador en ese entonces, que había reemplazado al INOS) y subsidiar a las Obras Sociales que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria (véase Recuadro Sobre la asignación de los recursos del FSR).

Por su parte, la Ley N° 23.661, del mismo año, creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), con los alcances de un seguro social, para procurar el pleno de derecho a la salud para todos los habitantes. A partir de esta ley, se define como agentes del seguro

de salud a las obras sociales nacionales, obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema. El personal dependiente y los jubilados, pensionados y retirados de los gobiernos provinciales y municipales, no quedan obligatoriamente incluidos en el Seguro, pero se les brinda la posibilidad de optar por su incorporación mediante convenios de adhesión (cuestión que nunca sucedió).

Una nueva ola de reformas, de orientación muy diferente a las leyes previas se inauguró con la sanción del decreto 9 de 1993. Allí se incorporó la libre elección de obras sociales, donde cada beneficiario puede reasignar su propio aporte a la obra social de su elección, quebrándose el esquema solidario por segmentos, que había prevalecido hasta entonces. De este modo, los afiliados cuentan con la posibilidad de derivar sus aportes y contribuciones a la Obra Social de su elección. De modo que, “los aportes y contribuciones le pertenecen a cada afiliado que puede disponer de ellos para la libre elección del Agente del Seguro” (Art 16. Del Decreto 576/1993), debilitando el efecto de los subsidios cruzados entre afiliados de mayores y menores ingresos al interior de cada rama de actividad y favoreciendo la concentración de los afiliados de mayores aportes y menor riesgo en un grupo determinado de Obras Sociales o en planes de cada institución, ya que a partir de esta desregulación cada obra social deja de estar obligada a brindar un plan de cobertura único para todos sus afiliados.

Recuadro: Sobre la asignación de los recursos del FSR

Según las Leyes 23.660 y 23.661, los recursos del FSR debían destinarse en un 5%-6% para atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL (actualmente Superintendencia de Servicios de Salud), al menos 66% (el 70% del 95%/94% restante) de los mismos debían distribuirse en forma automática entre los agentes del Seguro de Salud para subsidiar a las Obras Sociales que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria.

Con la desregulación y libre elección de obras sociales establecida en los años noventa (Decreto 9/1993) el FSR pasó a tener como principal destino el financiamiento de una prestación mínima para los trabajadores con bajos aportes por beneficiario, de modo de asegurar la cobertura de las obras sociales que se quedaron con los trabajadores de menores ingresos. En este marco, en 1998 mediante el Decreto 53 se crea la Administración de Programas Especiales (APE) como organismo descentralizado del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, destinado a administrar los recursos del FSR afectados al apoyo financiero de los agentes de salud y a los planes y programas de salud. Fundamentalmente la APE se ocupada de otorgar reintegros por prestaciones de alto costo y baja incidencia, o bien de tratamientos de costo reducido pero de plazo prolongado o crónico (como las prestaciones de discapacidad).

En el año 2000 se intentó recuperar algo de la solidaridad perdida. Por un lado se elevan los porcentajes de aportes al FSR al 15 y 20% de los aportes y contribuciones, dependiendo del nivel de remuneración bruta del trabajador (Decretos 446/2000 y 1140/2000). En forma adicional, se estableció que los recursos del Fondo sean destinados por la Superintendencia de Servicios de Salud a financiar gastos administrativos, subsidiar

de forma automática a los beneficiarios de menores ingresos, garantizar cobertura de patologías de alto costo¹ y baja incidencia y prestaciones (contempladas en APE/SUR).

De este modo, en la actualidad tomando en cuenta los últimos cambios incorporados mediante Decreto 554/2018, la asignación de los recursos del FSR (además de financiar reintegros de APE/SUR y prestaciones de discapacidad) quedó configurada de mediante la distribución de los siguientes subsidios:

1. El Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO) cuyo objetivo es cubrir a los afiliados cuyos aportes y contribuciones no alcanzan los valores de la cotización mínima mensual correspondiente (cuyo cálculo quedaba determinado a través de una matriz de riesgo, establecida en el Decreto 1901/06 actualizada por los Decretos 330/2010, 488/2011 y 921/2016).

2. El Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), creado mediante Decreto 1609/2012 que distribuye 3% del total de la recaudación correspondiente a los aportes y contribuciones en forma proporcional a la cantidad de afiliados de cada entidad, con un componente que brinda ingresos adicionales a aquellas Obras Sociales pequeñas (menos de 5000 afiliados) que presentan menor nivel de ingreso por afiliado en relación al promedio del sistema.

3. El SUMARTE que distribuye 1,5% de los aportes y contribuciones a las Obras Sociales con afiliados monotributistas, monotributistas sociales y servicio doméstico para compensarlas por los menores aportes que perciben y el SUMA65 que distribuye 1,20% de los aportes y contribuciones entre las obras sociales que cuentan con afiliados mayores de 65 años (aquellas que mantienen afiliados a sus jubilados).

De manera adicional, el carácter solidario del Sistema Nacional del Seguro de Salud también se ve afectado en su financiamiento por la transferencia de recursos al sistema privado de salud, a partir de la creación de planes superadores que prestan servicios mediante la contratación de empresas privadas de medicina prepaga que actúan bajo la figura de redes prestacionales. De este modo, la desregulación lo que termina logrando es la apropiación privada de fondos sociales de la seguridad social, permitiendo la entrada o competencia de las Entidades de Medicina Prepaga por los fondos de la Seguridad Social. Y lo que es peor, en algunos casos en que los aportes y contribuciones exceden los valores de los planes de la medicina prepaga dio lugar a la acumulación de saldos excedentes en las cuentas personales de cada afiliado. Se trata de la apropiación plena de recursos de la seguridad social, sin ningún mecanismo de regulación como contrapartida.

Simultáneamente, dado que la libre elección también puede ser ejercida por trabajadores de bajos salarios, se estableció que la obligación de cada obra social que recibiera estos trabajadores era la de brindar un conjunto de prestaciones básicas denominado Programa Médico Obligatorio (PMO).

En cuanto a las prestaciones bajo cobertura en el PMO para el conjunto de todas las obras sociales nacionales, debe señalarse que el mismo se formula como un paquete de servicios asegurados, pero sin condiciones y garantías de acceso a los servicios

¹ Un análisis detallado sobre el mercado de medicamentos puede consultarse en Bisang et al (2017).

(Belmartino, 1998), lo que en los hechos termina configurando un listado de intenciones o cobertura formal y no de cobertura explícita o efectiva para toda la población.

Por otra parte, se diseña un mecanismo de distribución automática del fondo solidario de redistribución de las Obras Sociales según algunos criterios destinados a mantener parcialmente algún grado de solidaridad: (a) garantizar el costo del PMO y equiparar niveles de cobertura, (b) financiar Programas Especiales (alta complejidad, discapacidad, etc.) y (c) sostener la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales.

Como fuera señalado, en el marco de la creación de las Obras Sociales Nacionales, una carta de negociación con los sindicatos fue la concentración del segmento de la población con mayor riesgo en una institución. Así fue, que en mayo de 1971 se creó el **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**, más conocido como PAMI –Programa de Asistencia Médica Integral–, con el fin de brindar atención médica, social y asistencial a los adultos mayores, aliviando la carga de enfermedad en la población cautiva de las Obras Sociales Nacionales.

Adicionalmente, en forma paralela al desarrollo de las obras sociales nacionales, las provincias avanzaron sobre los aspectos atinentes a la seguridad social, creando las cajas de jubilaciones y **obras sociales provinciales** para la cobertura del personal de sus administraciones públicas. De este modo, todas las jurisdicciones provinciales incorporaron institutos de obra social para brindar servicios de atención médica a sus empleados públicos, algunas de ellas incluso con anterioridad a la Ley 18.610, como fue el caso de la Provincia de Buenos Aires (1957). En los años 70 se fueron creando la mayoría de los institutos vigentes en la actualidad, entre ellos Córdoba (IPAM), Santa Fé (IAPOS) y Tucumán (IPSST). En la mayoría de los casos, se trató de entidades autárquicas con manejo independiente de recursos con respecto al Ministerio de Salud o la Tesorería de la Provincia. Sin embargo, en los hechos fueron muchas veces utilizados como mecanismos de ajuste ante situaciones fiscales complicadas, evidenciando demoras en los cobros de los aportes estatales o bien subsidios cruzados con los hospitales públicos provinciales.

3. Cobertura y financiamiento

Como se ha mencionado, la Seguridad Social constituye la principal fuente de cobertura de salud no gubernamental en Argentina. La población cubierta por este subsistema asciende a 60% del total del país y ha ido creciendo en los últimos años, vinculada, en parte, al incremento experimentado en el empleo asalariado registrado durante la última década. Como se señaló en la sección previa, el subsistema comprende instituciones de distinta naturaleza que detentan importantes diferencias entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos distintos que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios generando, como consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios (Cetrángolo y Goldschmit, 2012), lo que redundo en problema de inequidad incluso al interior de la seguridad social.

3.1. Obras sociales nacionales

Actualmente existen 292 Obras Sociales Nacionales que brindan atención de salud a más de 14 millones de afiliados en todo el territorio nacional. Los datos disponibles corroboran la concentración generada desde la desregulación. En efecto, en términos de afiliados se observa que el 5% de las Obras Sociales absorben más del 50% de los afiliados. Ello puede observarse en el Cuadro 2 que desagrega la cantidad de afiliados por obra social (ofreciendo el acumulado de afiliados en el gráfico 1). Lo mismo se observa en términos de recursos, donde el 5% de las Obras Sociales Nacionales concentra el 48% de los recursos totales.

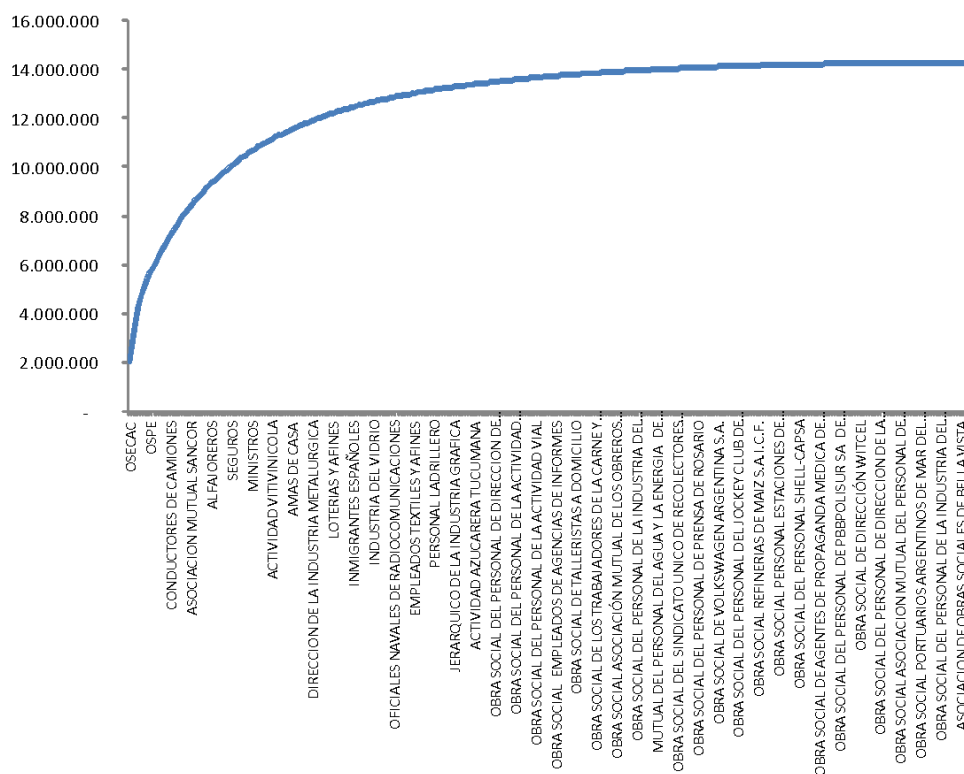
Este aspecto es fundamental para considerar la eficiencia en la provisión de servicios por parte de las instituciones, teniendo en cuenta la presencia de economías de escala en la prestación de servicios de salud. En efecto, cuanto mayor sea la cantidad de afiliados, menor será el impacto económico del tratamiento de una determinada patología costosa.

Cuadro 2: Cantidad de afiliados OSN, 2015

	Cant afiliados	% acum		Cant afiliados	% acum
OSECAC	2.036.752	14,3%	COM. NAVALES	188.300	53,6%
OSPRERA	878.547	20,4%	TRANSP. PASAJEROS	186.168	54,9%
OSPECON	682.396	25,2%	ACA	180.174	56,1%
OSUPCN	660.525	29,9%	MECANICOS	154.990	57,2%
OSDE	455.313	33,1%	DOC. PART.	154.789	58,3%
OSUTHGRA	355.151	35,5%	A.M. SANCOR	147.023	59,3%
OSUOM	319.013	37,8%	MEDICOS DE CABA	140.888	60,3%
OSPE	306.424	39,9%	TECN. DE VUELO	133.161	61,3%
ASE	260.236	41,8%	IND. METALMEC.	132.668	62,2%
SANIDAD	251.432	43,5%	BANCOS OFICIALES	128.588	63,1%
TURF	238.972	45,2%	ESTIB. PORTUARIOS	128.459	64,0%
OSPOCE	213.074	46,7%	MONOTRIBUTISTAS	123.724	64,9%
OSCHOCA	208.835	48,2%	ALFAJOREROS	110.553	65,6%
OSPACP	199.775	49,6%	SOC. DE AUTORES	106.847	66,4%
COND. DE CAMION	195.490	50,9%	ENT. DEPORTIVAS	105.279	67,1%
ACT. DOCENTE	189.098	52,3%	PAT. DE CABOTAJE	104.774	67,9%
			IND. DE LA ALIMENT.	101.262	68,6%
			RESTO OSN	4.481.219	100,0%

Fuente: Cetrángolo y Goldschmit (2018) sobre la base de SSSALUD.

Gráfico 1: Cantidad acumulada de afiliados OSN, 2015



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit (2018) sobre la base de SSSALUD.

En términos prestacionales, como se ha mencionado las Obras Sociales Nacionales se encuentran obligadas por Ley a brindar la cobertura del PMO a sus afiliados.

3.2. Obras sociales no reguladas

Existe un conjunto de Obras Sociales que llamativamente no se encuentran reguladas por ningún organismo público. Se trata de entidades que surgieron para brindar atención médica a trabajadores de ciertos organismos o grupos poblacionales específicos y buscaron quedar exentas de los marcos regulatorios brindando beneficios especiales a sus afiliados. Se trata de las obras sociales de universidades nacionales (DOSUBA), las fuerzas de defensa y seguridad (unificadas actualmente en el IOSFA), la Dirección de Ayuda Social para el personal del Congreso de la Nación, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, entre otras.

No se dispone de información acerca de la cantidad de afiliados y recursos involucrados en estas entidades. Lo que si se sabe es la existencia de paquetes prestacionales independientes, que aseguran prestaciones a sus afiliados según sus propios criterios y cuentan con financiamiento en función de alícuotas establecidas en resoluciones específicas para cada caso. En suma, se trata de un universo reducido de entidades que

mantienen cautiva a su población pero que aseguran cierto nivel de solidaridad al interior de cada entidad.

3.3. Obras sociales provinciales

Los institutos provinciales de Obra Social brindan cobertura de salud a los empleados públicos provinciales (y en algunos casos municipales), docentes y personal de seguridad y sus grupos familiares y en algunos casos también brindan atención a los jubilados y pensionados de las cajas de previsión provincial. Existen 24 institutos provinciales de obra social, que proveen servicios a cerca de 7 millones de afiliados. Cabe destacar que una de las características de las obras sociales provinciales es que tienen un mercado cautivo, considerando que dentro de la legislación vigente en cada provincia, sus afiliados no tienen libertad de elección para su aseguramiento, a diferencia de lo que ocurre en el sistema de obras sociales nacionales. Este hecho garantiza cierto nivel de solidaridad dentro de estas entidades, a la vez que limita los incentivos a incorporar mejoras en la calidad de atención de los afiliados.

Las OSP no conforman un sistema articulado y tampoco se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, aunque se nuclean en la Confederación de Obras Sociales de la República Argentina (COSSPRA). Estas entidades se financian con aportes de los afiliados y contribuciones del estado provincial que, en la mayoría de los casos, se ubican en los rangos de 2% al 7%. Como se ha mencionado, si bien se trata de entidades autárquicas muchas veces se encuentran sujetas a las políticas de empleo e ingresos de las provincias así como a las restricciones fiscales de los gobiernos provinciales, percibiendo menores recursos o bien reducciones de las alícuotas, a la vez que en muchas ocasiones perciben transferencias por parte de los gobiernos provinciales destinadas a atender los déficits de funcionamiento.

Cuadro 3: Normativa y niveles de aportes y contribuciones a las Obras Sociales Provinciales

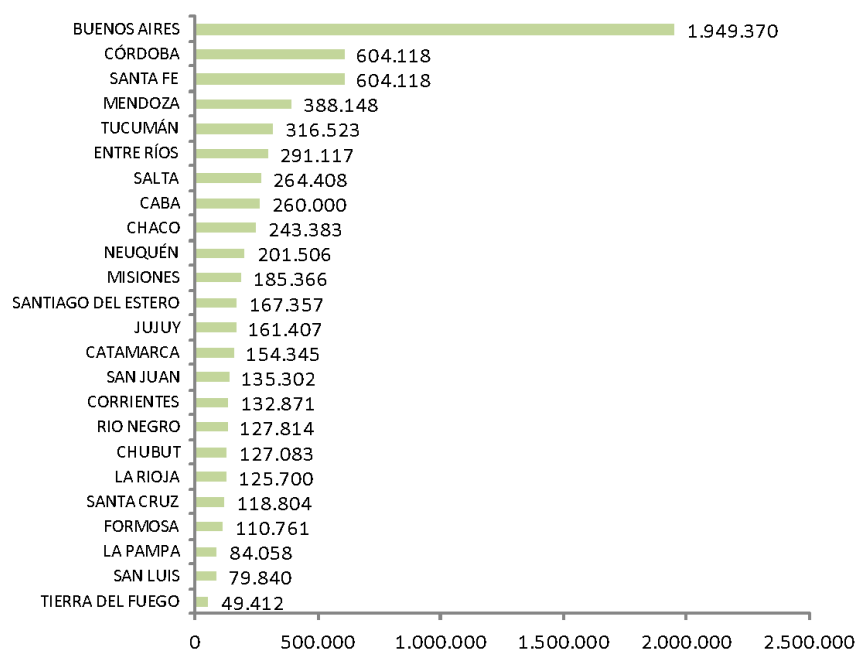
Provincia	Obra Social	SIGLA	Norma de Creación	Año	Aportes	Contribuciones	Total
CABA	Obra Social Ciudad de Buenos Aires	OBSBA	Ley 472	2000	3,0%	6,0%	9,0%
Buenos Aires	Instituto de Obra Médico Asistencial	IOMA	Ley 6892	1987	4,5%	4,5%	9,0%
Catamarca	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 3509	1981	4,0%	4,5%	8,5%
Córdoba	Administración Provincial de Seguro de Salud	APROSS	Ley 9277	2005	4,5%	4,5%	9,0%
Corrientes	Instituto de Obra Social de Corrientes	IOSCOR	Ley 3932	1984	6,0%	4,0%	10,0%
Chaco	Instituto de Seguridad Social y Seguro de Previsión	INSSSEP	Ley 4044	1994	5,0%	5,0%	10,0%
Chubut	Instituto de Seguridad Social y Seguros	SEROS	Ley 1404	1975			
Entre Ríos	Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos	IOSPER	Ley 5326	1973	3,0%	4,0%	7,0%
Formosa	Instituto de Asistencia Social de Empleados Públicos	IASEP	Ley 27	1974			
Jujuy	Instituto de Seguros de Jujuy	ISJ	Ley 4282	1987	4,0%	7,0%	11,0%
La Pampa	Servicio Médico Previsional	SEMPRE	Ley 1170	1969	3,5%	4,5%	8,0%
La Rioja	Administración Provincial de la Obra Social	APOS	Ley 7212	2001	4,0%	2,5%	6,5%
Mendoza	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 4373	1963	5,0%	6,0%	11,0%
Misiones	Instituto de Previsión Social de Misiones	IPSM	Ley 568	1971			
Neuquén	Instituto de Seguridad Social del Neuquén	ISSN	Ley 611	1970			
Río Negro	Instituto Provincial del Seguro de Salud	IPROSS	Ley 2753	1993	3,5%	3,5%	7,0%
Salta	Instituto Provincial del Seguro	IPS	Ley 7127	2001	5,5%	6,5%	12,0%
San Juan	Instituto Provincial de Seguridad y Asistencia Social	IPSA	Ley 4680	1979	6,0%	3,5%	9,5%
San Luis	Dirección de Obra Social del Estado Provincial	DOSEP	Ley 118	2004	4,0%	4,0%	8,0%
Santa Cruz	Caja de Servicios Sociales	CSS	Ley 364	1964	2,0%	2,0%	4,0%
Santa Fe	Instituto Autárquico Provincial de Obra Social	IAPOS	Ley 8288	1978	3,5%	6,0%	9,5%
Santiago del Estero	Instituto de Obra Social del Empleado Provincial	IOSEP	Ley 4021	1973	5,0%	6,0%	11,0%
Tierra del Fuego	Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego	ISST	Ley 534	2001			
Tucumán	Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán	IPSST	Ley 4373	1975	4,5%	4,5%	9,0%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la normativa

En términos prestacionales los paquetes asegurados varían en cada jurisdicción de acuerdo a los nomencladores de prestaciones cubiertas en cada caso, no habiendo un criterio común de cobertura en todas las OSP, alejándose de lo establecido en el PMO. En todos los casos, además de las prestaciones médicas se incorporan cobertura sociales (sepelios, turismo, deportes, entre otras).

El gráfico 2 ofrece la desagregación de los afiliados por obra social provincial. Allí puede notarse la envergadura que detenta la OSP de la provincia de Buenos Aires (Instituto Obra Médico Asistencial –IOMA-). En el cuadro 4, se vincula la cobertura de las OSP con la planta de personal de las administraciones provinciales. Como era de esperar los afiliados a las OSP sobrepasan con creces a la planta de personal provincial. Ello se explica por el hecho de que la cobertura contempla a todo el grupo familiar de los empleados públicos, a la incorporación en muchas provincias de empleados públicos municipales por convenios específicos como a jubilados y pensionados de cajas provinciales. De manera adicional, en algunos casos existe la posibilidad de incorporar afiliados en calidad de adherentes, mediante el pago de una cuota definida por la propia obra social provincial.

Gráfico 2: Cantidad de afiliados OSP, 2015



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit (2018).

Cuadro 4: Cantidad de afiliados OSP y planta de personal público provincial, 2015

Provincias	Planta de personal público provincial	Afiliados OSP
CABA	202.573	260.000
BUENOS AIRES	677.362	1.949.370
CATAMARCA	41.587	154.345
CÓRDOBA	126.438	604.118
CORRIENTES	57.517	132.871
CHACO	83.594	243.383
CHUBUT	44.417	127.083
ENTRE RÍOS	77.620	291.117
FORMOSA	39.477	110.761
JUJUY	64.767	161.407
LA PAMPA	23.820	84.058
LA RIOJA	38.249	125.700
MENDOZA	93.670	388.148
MISIONES	60.123	185.366
NEUQUÉN	61.197	201.506
RÍO NEGRO	55.660	127.814
SALTA	71.167	264.408
SAN JUAN	35.559	135.302
SAN LUIS	23.884	79.840
SANTA CRUZ	35.256	118.804
SANTA FE	132.496	604.118
SGO DEL ESTERO	55.407	167.357
TUCUMÁN	81.050	316.523
TIERRA DEL FGO	18.442	49.412
TOTAL	2.201.332	6.882.811

Fuente: Cetrángolo y Goldschmit (2018).

3.4. El PAMI

Como se ha mencionado, la cobertura de prestaciones médicas para los jubilados fue institucionalizada a partir de la Ley N° 19.032 de 1971. Los recursos para su financiamiento provienen de los aportes (3%) y contribuciones (2%) de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos (3 – 6%) según el monto de los haberes percibidos, aunque la contribución de los empleadores se ha ido modificando a partir de la incorporación de diferentes deducciones especiales a lo largo del tiempo. También los aportes del Tesoro Nacional han constituido (y lo siguen haciendo) una importante fuente de financiamiento.

Teniendo en cuenta la notable expansión del sistema previsional argentino en los últimos años, donde han incidido en forma notable la incorporación de moratorias previsionales en el marco del Plan de Inclusión Previsional para aquellos mayores de 65 años que no contaban con la cantidad de años de aporte requeridos para su jubilación y la reciente incorporación de la Prestación Universal para Adulto Mayor (PUAM), el PAMI da cobertura a un elevado porcentaje de la población perteneciente al grupo de edad de 65 años y más. Esto implica una excepción a la situación de los restantes países de la región que, frente al fuerte cambio demográfico, presentan una menor cobertura de la seguridad social para ese grupo etáreo. De este modo, el PAMI brinda cobertura a alrededor de 5 millones de beneficiarios que residen en todas las jurisdicciones del país y cuenta con un presupuesto que ronda los \$116.457 millones y el 1,10% del PIB (2018).

En el cuadro 4 se presenta la población beneficiaria del PAMI en cada jurisdicción y, con el objeto de tener un indicador de su importancia en cada provincia, la relación entre beneficiarios del PAMI y la población mayor de 65 años. Este indicador brinda una idea aproximada de la presencia del instituto en cada jurisdicción ya que, a pesar de haber comenzado siendo una obra social que atendía a la población de mayor edad, hoy el 23% de los afiliados son menores de 65 años².

² Ello responde a que los adultos mayores pueden tener como familiar a su cargo sus nietos o nietas menores de 18 años de edad.

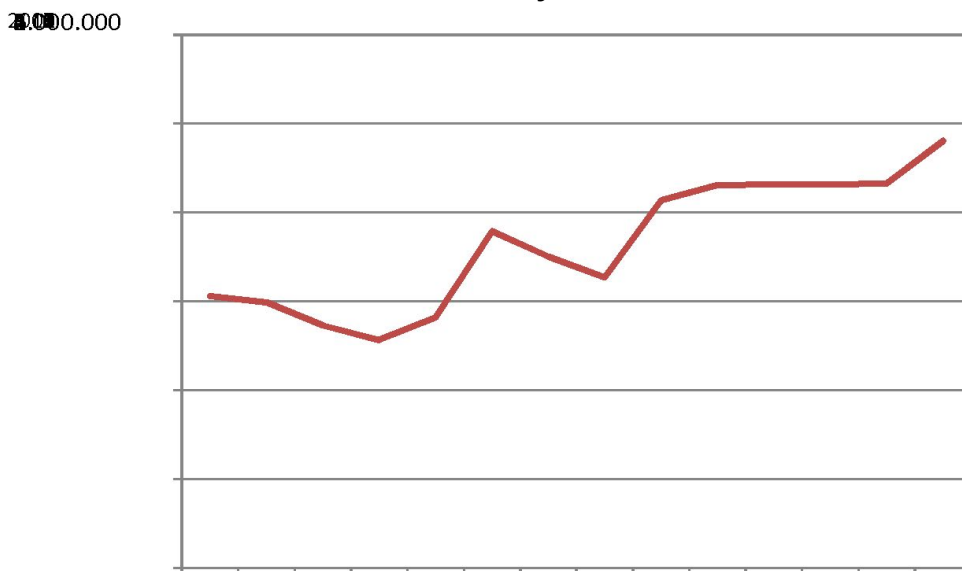
Cuadro 4: Población mayor de 65 años y cobertura de PAMI, 2017

Provincia	Afiliados PAMI	Mayores de 65 años	PAMI/Mayores de 65 años
CABA	378.312	492.777	76,8%
Buenos Aires	1.982.529	1.955.142	101,4%
Catamarca	29.133	37.582	77,5%
Córdoba	497.371	439.086	113,3%
Corrientes	114.804	99.825	115,0%
Chaco	98.466	91.389	107,7%
Chubut	55.102	50.205	109,8%
Entre Ríos	165.680	152.513	108,6%
Formosa	46.832	48.843	95,9%
Jujuy	63.147	63.211	99,9%
La Pampa	47.094	43.376	108,6%
La Rioja	24.836	31.813	78,1%
Mendoza	227.072	219.460	103,5%
Misiones	111.555	89.492	124,7%
Neuquén	55.849	52.393	106,6%
Río Negro	85.583	71.379	119,9%
Salta	114.930	109.421	105,0%
San Juan	72.361	75.464	95,9%
San Luis	49.620	50.121	99,0%
Santa Cruz	21.578	20.150	107,1%
Santa Fe	451.459	429.658	105,1%
Santiago del Estero	89.396	81.576	109,6%
Tierra del Fuego	9.718	8.336	116,6%
Tucumán	158.574	150.267	105,5%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC y PAMI.

Finalmente, el gráfico 3 muestra la evolución de los beneficiarios del INSSJyP. Aquí es relevante destacar que la misma se ha visto incrementada de manera significativa por efecto de las diferentes moratorias previsionales que se dieron a partir de 2005 (la Ley N° 24.476, Ley N° 25.944 artículo 6 y Decreto N° 2.017/04, Ley N° 26.970) que además de flexibilizar las condiciones de acceso a las prestaciones previsionales, implicaron un incremento de los afiliados al INSSJyP, modificando la relación entre los aportes provenientes de activos y pasivos dentro del Instituto, con fuertes implicancias en términos de financiamiento a largo plazo. A partir de 2016, aunque con escaso impacto en términos de afiliados se incorporan asimismo, los titulares de la Pensión Universal para el Adulto Mayor, que de acuerdo a la norma de creación cuenta con financiamiento específico de recursos provenientes del Tesoro Nacional.

Gráfico 3: Cantidad de afiliados INSSJyP, 2002-2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC.

4. Los problemas de equidad aún no resueltos

Como se desprende de las secciones previas, la configuración del sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado en su organización institucional, financiamiento y, en consecuencia, en los derechos que cada sector de la sociedad tiene a la atención. Esa desigualdad se reproduce hacia el interior de cada subsector, de manera especial en la seguridad social. Allí existen diferencias importantes en el acceso, tipo y calidad de servicios que reciben los beneficiarios según la Obra Social a la que pertenecen y su lugar de residencia. Por otra parte, y debido a la posibilidad de brindar planes suplementarios al PMO y la utilización de los aportes obligatorios como parte de la cuota a un prepago (en el caso de las Obras Sociales Nacionales), la cobertura al interior de cada obra social comenzó a depender de las cuotas suplementarias que pagan sus afiliados, lo que empeora aún más la solidaridad dentro de cada entidad.

Existe, asimismo, una elevada concentración de la cobertura al interior de la Seguridad Social en un grupo reducido de instituciones. Como se desprende del gráfico 4, que presenta las 50 instituciones con mayor cantidad de afiliados dentro del consolidado de los tres sub-sistemas de la seguridad social, las tres con mayor cobertura (INSSJyP, IOMA y OSECAC) concentran la tercera parte de la seguridad social, cerca de 9 millones de afiliados.

Por último, en el gráfico 5 se ofrece la cobertura de la totalidad de instituciones de la seguridad social, excluyendo las tres más grandes. De esta manera, se ve la gran dispersión existente entre las numerosas obras sociales nacionales y provinciales que tienen más de un millón de beneficiarios.

Gráfico 4: Cantidad de afiliados a 50 instituciones de seguridad social con mayores afiliados en la Argentina, 2015

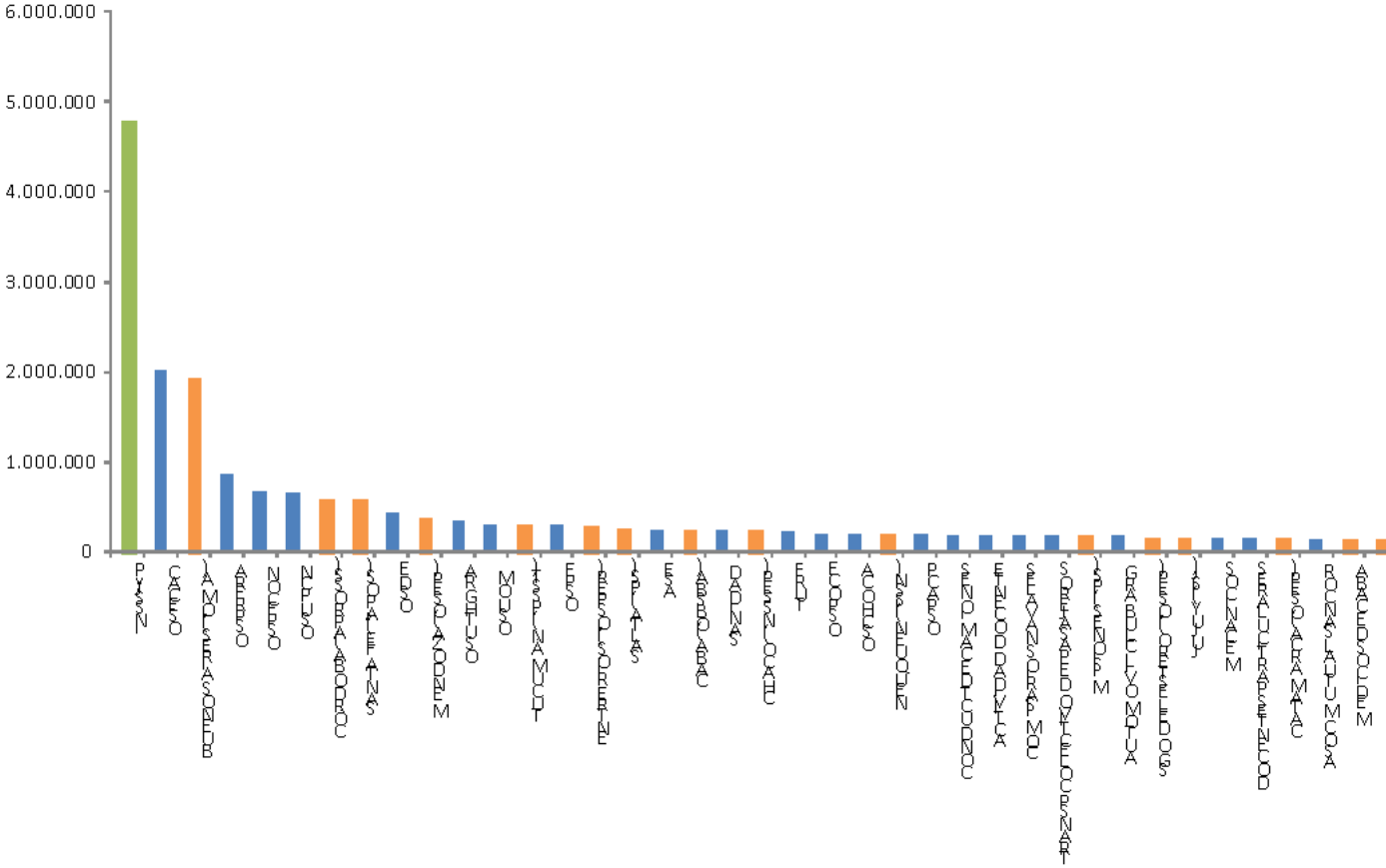
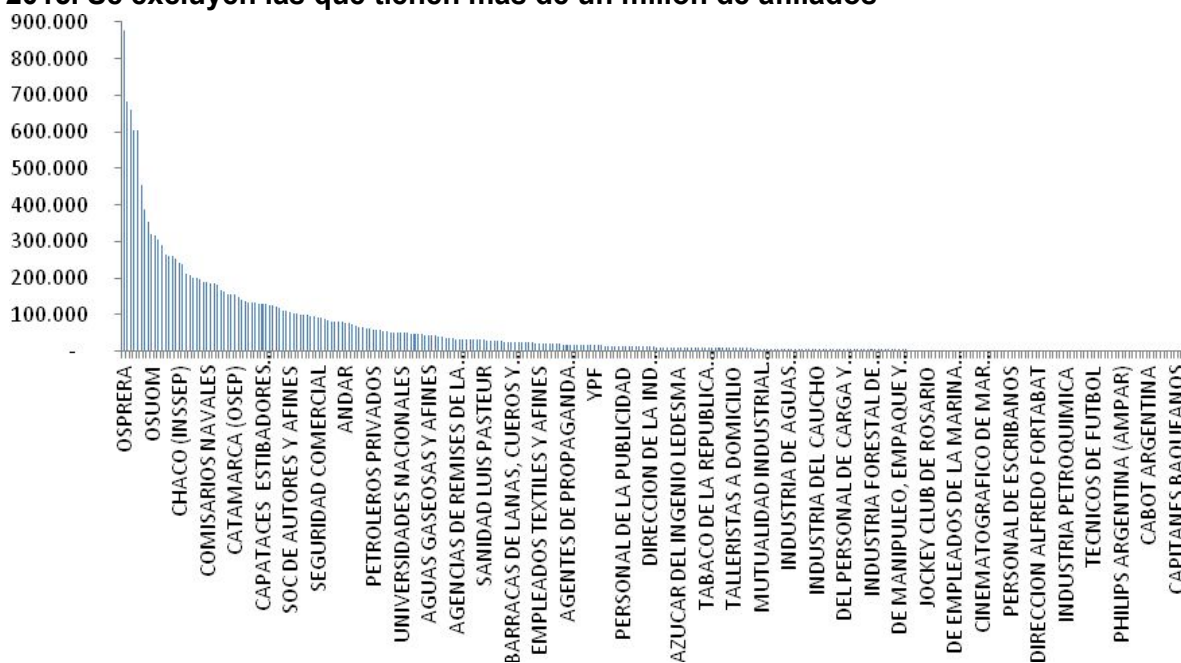


Gráfico 5: Cantidad de afiliados a instituciones de seguridad social en la Argentina, 2015. Se excluyen las que tienen más de un millón de afiliados

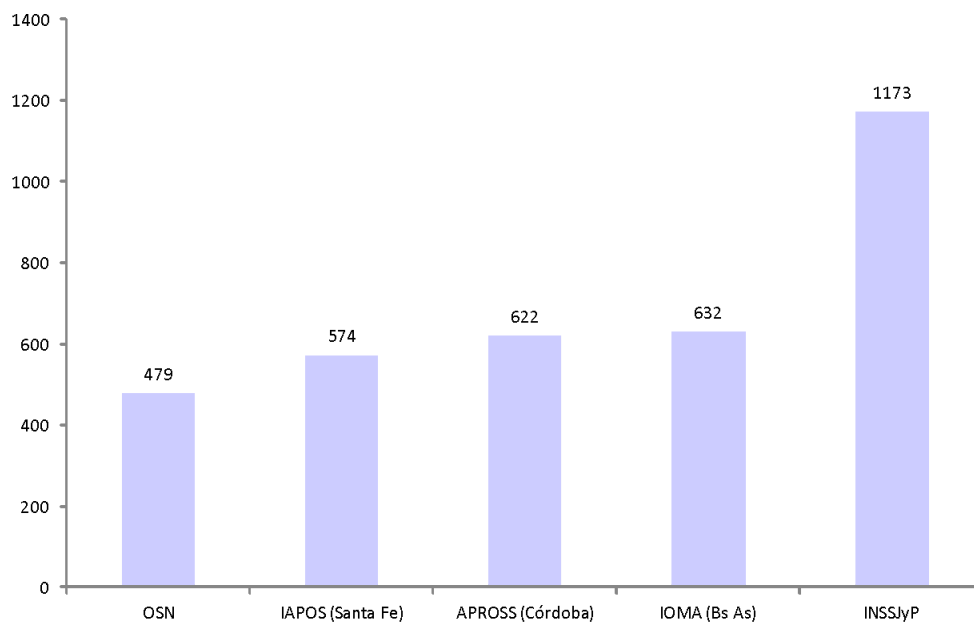


Fuente: Cetrángolo y Goldschmit (2018).

Esta concentración tiene como correlato una importante disparidad en el nivel de ingresos que disponen las distintas instituciones que conforman el sistema para financiar las prestaciones de salud. El gráfico 6 resume el valor de cápita mensual de un conjunto de entidades para 2015 y muestra diferencias entre el PAMI, las obras sociales provinciales más importantes y el conjunto de Obras Sociales Nacionales. La mayor disponibilidad de recursos por afiliado del INSSJyP tiene una justificación bastante aceptada al considerar que se trata de una institución, la más grande del país, que atiende esencialmente a la población mayor de 65 años, que cuenta con mayores riesgos y carga de enfermedad. La estructura de financiamiento del sistema claramente prevé esta diferencia al destinar una proporción de carga sobre los salarios de los activos algo menor a la mitad de la correspondiente a las OSN, mientras que los beneficiarios son cerca de la cuarta parte. En el caso de las obras sociales provinciales, los valores dependen de los diferentes niveles salariales en cada sector público provincial, de los porcentajes de alcuotas (que se ha visto no son uniformes) y, en menor medida, de los diferentes grupos familiares.

No obstante, el fenómeno más característico y determinante de elevados grados de inequidad en el sistema de seguridad social argentino se presenta en las obras sociales nacionales. El nivel que se muestra en el citado gráfico es promedio de situaciones totalmente diferentes. Existen agentes del seguro de salud con niveles de ingresos muy por encima del promedio y otros con escasos recursos, para asegurar un mismo paquete prestacional. Esta situación da origen a los llamados planes superadores que brindan prestaciones por encima del PMO o la atención de las mismas prestaciones en distintos efectores a los beneficiarios de mayores aportes.

Gráfico 6: Ingreso mensual por beneficiario de la seguridad social en cada tipo de institución (pesos corrientes - año 2015)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de AFIP, datos OSP e INSSJyP.

Ahora bien, la comparación de estos recursos con que cuentan las OSN con la estimación del costo del PMO da una noción de los desajustes que presentan las distintas entidades que conforman el sistema. A julio de 2016 la estimación del costo del PMO asciende a \$657 (Van der Koy et al, 2016). Para los casos de beneficiarios que perciben SANO, este subsidio cubre sólo el 45% del costo del PMO. Además, luego de considerar la contribución del SUR que cubre las patologías de alto costo y baja incidencia mediante un sistema de reintegros (como se detalló en el recuadro “Sobre la asignación de los recursos del FSR”), aun quedaría más de una tercera parte del costo del PMO sin ser cubierta (gráfico 7).

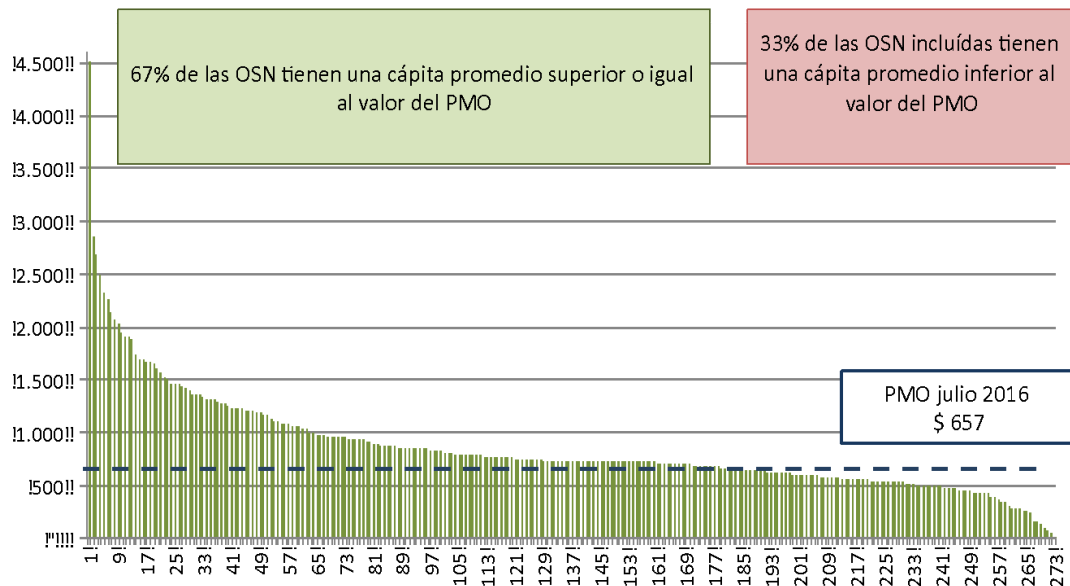
Gráfico 7: Estimación del valor del PMO



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Van der Koy et al (2016) y legislación.

El gráfico que sigue tomado de los mencionados autores, compara el valor del costo estimado del PMO con los recursos por aportes y contribuciones per cápita que perciben los Agentes del Seguro de Salud. Se observa allí, que la tercera parte de las Obras Sociales Nacionales tienen una cápita promedio inferior al costo del PMO, de modo que puede aseverarse que estas instituciones no pueden asegurar la provisión de esta canasta prestacional para todos sus afiliados en el caso en que lo requieran.

Gráfico 8: Comparación valor del PMO y recaudación de las OSN



Fuente: Van der Koy et al (2016).

5. Reflexiones finales: Fragmentación territorial y desigualdad de derechos, concentración de la cobertura y heterogeneidad prestacional

El presente documento ha tenido como objeto brindar una evaluación acerca de la organización y funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Argentina. Se ha visto que la Seguridad Social es parte de un sistema de salud sumamente fragmentado al que, a su vez, contribuye con su propia segmentación interna. Si bien el sistema de salud asegura cierta cobertura a la totalidad de la población (y, en consecuencia, no es posible afirmar que la cobertura en riesgos de la salud no sea universal), presenta serios problemas de equidad. Si bien la protección financiera está cubierta para todos, se hace de manera diferencial. Existe un grupo de la población que, debido a su nivel de ingresos o posición privilegiada en el mercado laboral, tiene coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada. En cambio, un elevado porcentaje de la población no tiene acceso a ningún tipo de seguro y logra cobertura gratuita a través de la provisión pública, quedando sujetos a la variable disponibilidad de los recursos de los hospitales provinciales o municipales, además del eventual pago de bolsillo ante la presencia de cobros indebidos. El resultado es un sistema sumamente ineficiente e inequitativo en la asignación de los recursos

Existe una elevada concentración de la cobertura al interior de la Seguridad Social en un grupo reducido de financiadores. Tomando el sistema de seguridad social en su conjunto, se observó que las tres instituciones con mayor cobertura (INSSJyP, IOMA y OSECAC) concentran la tercera parte de la seguridad social, cerca de 9 millones de afiliados.

Adicionalmente, los datos censales dan cuenta de grandes disparidades territoriales en el nivel de cobertura formal de la seguridad social. En algunos casos la cobertura depende, mayormente, del empleo público a cargo de los institutos provinciales, en otros del empleo

privado formal, mientras que, en otras situaciones, debido a la mayor edad de la población, tiene un papel más preponderante el PAMI.

En términos de recursos, existe una importante disparidad en el nivel de ingresos que disponen las distintas instituciones que conforman el sistema para financiar las prestaciones de salud, cuyos valores dependen de los diferentes niveles salariales o haberes, de los porcentajes de alícuotas aplicadas (que no son uniformes), del financiamiento no contributivo provenientes de rentas generales del gobierno nacional o provinciales y, en menor medida, de la diferente composición del grupo familiar.

En particular, en lo que refiere al subsector de Obras Sociales Nacionales los escasos mecanismos solidarios disponibles (como el Fondo Solidario de Redistribución) no tienen efectos importantes para eliminar las diferencias de capacidades financieras entre las diferentes instituciones y las pocas instancias igualadoras han perdido importancia, a pesar de las modificaciones que se experimentaron en su operatoria en los últimos años.

Lamentablemente, los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud argentino para resolver los problemas de eficiencia, calidad de los servicios, equidad y transparencia son enormes. A su vez, entender el porqué no se han producido mejoras en el subsistema de seguridad social requiere una mirada más amplia y las posibilidades de reforma serán limitadas si no se toma en cuenta esa restricción. En primer lugar debe notarse que no existe una voluntad expresa por parte de la población de cambiar la situación actual del sistema: aquellos que se apropian de fondos sociales validan esa situación argumentando que los aportes y contribuciones sociales son salarios diferidos apropiables por parte de cada trabajador y que carecen de fines sociales, los usuarios de la seguridad social reivindican sus derechos, mientras que los usuarios del sistema público no cuestionan sus falencias debido a su gratuidad. En este marco, instalar la relevancia y necesidad de reforma en la salud resulta no sólo difícil sino también de gran complejidad.

Si bien los cambios hacia una mayor solidaridad y homogeneidad en las prestaciones de salud cubiertas y accesibles para toda la población resultan de difícil alcance, una reorientación de las políticas puede implicar encontrar un sendero de mayor equidad a largo plazo. No debe desdeñarse, que se trata de un sector con importantes intereses en juego, provenientes de diferentes actores (sindicatos, industria farmacéutica, prestadores públicos, prestadores privados, profesionales de la salud, entre otros).

En ese sentido se cree importante resaltar la necesidad de poner en marcha iniciativas que, de manera paulatina, reduzcan la enorme diversidad de situaciones hacia el interior de la seguridad social. Tanto la regulación como la definición de niveles de coberturas asegurados deben alcanzar a todos los beneficiarios de la multiplicidad de instituciones que componen el subsector. Aunque se trata de solamente el primer paso, ya que debe homogeneizarse la cobertura al interior de la seguridad social y entre subsistemas. Los niveles de financiamiento de las coberturas deben vincularse con las necesidades de cada grupo poblacional y no encontrarse en función de sus niveles de ingreso u otra característica ajena al propio sector.

Lo anterior requiere avanzar en la instrumentación de mecanismos solidarios que permitan reducir la discriminación de cobertura según nivel de ingresos dentro del subgrupo de obras sociales nacionales. Por otro lado, debieran explorarse caminos que permitieran la integración de ese subgrupo con el PAMI, los institutos provinciales y las

obras sociales aún no reguladas. En este aspecto, unificar la regulación del sector aparece como un paso prioritario.

6. Referencias bibliográficas

Anlló, G. y O. Cetrángolo (2007), "Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos", CEPAL, Buenos Aires.

Báscolo, E. (2008), "Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 206*, CEPAL, Santiago de Chile

Bisang, R. Luzuriaga, J.P y San Martín, M. (2017), El mercado de los medicamentos en la Argentina, Fundación CECE.

Cetrángolo, O. Damill, M. Katz J. Lerner L. y S. Ramos (1992), Desregulación y salud. Un análisis de la reforma del sistema de Obras Sociales, *Documento de Trabajo N° 2*, Instituto para el Desarrollo Industrial de la Fundación Unión Industrial Argentina, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. Goldschmit A. San Martín M. L. Lima Quintana L. y M. Aprile (2011), "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" en *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011*, no. 6, PNUD-OPS-CEPAL, Buenos Aires.
<http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>

Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (2011), "El Financiamiento de Sistemas de Salud en países de América Latina: desafíos para alcanzar una cobertura universal, implicaciones fiscales y su impacto sobre la equidad", mimeo OPS.

Cetrángolo, O. y A. Goldschmit, (2012), "Sistema de salud argentino. Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal" (mimeo) Banco Mundial, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. y F. Devoto, (2002), "Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual", documento presentado en el Taller "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", PAHO-Universidad de Toronto, Toronto.
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28457/1/LCbueR251_es.pdf

Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2018), Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la Seguridad Social en Argentina, *Serie documentos de trabajo del IIEP-BAIRES N°25*, FCE, UBA, Buenos Aires.

Lieuttier, A. Aprile, M. Goldschmit, A. y M. Robba (2013), Estudio sobre el impacto distributivo del Fondo Solidario de Redistribución, Congreso Anual AEDA, Buenos Aires.

Oggier, G. (2012) Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios? Fundación Sanatorio Güemes, Buenos Aires, 2012.

OPS (2002). *La Salud en las Américas*. Edición de 2002, Washington D.C.

Poder Ejecutivo Nacional (1973) Plan Trienal para la Reconstrucción y Liberación Nacional, Buenos Aires.

PNUD (2010), Desarrollo Humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos, Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010, Buenos Aires.

Rubinstein, A. Pichon-Riviere, A. y Zerbino, M. C. (2016), Definición de Políticas de Cobertura en Argentina: PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías, Fundación CECE.

Titelman, D., Cetrángolo, O. y Acosta, O.L. (2015), La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad, MEDICC Review, 2015, Vol 17.

Van der Koy, E. Pezzella, H. Carril, A. Roldán R. Jorgensen, N. y M. Langsam (2016), Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO, Prosanity-ISALUD, Buenos Aires.