

Serie Documentos de Trabajo del IIEP

Nº 25 - Marzo de 2018

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LA PROVISIÓN DE SALUD POR PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA

Oscar **Cetrángolo** y Ariela **Goldschmit**



Instituto Interdisciplinario de
Economía Política de Buenos Aires
(IIEP-BAIRES)

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas
Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires
Av. Córdoba 2122 - 2º piso (C1120 AAQ)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel +54 11 5285-6578

<http://iiep-baires.econ.uba.ar/>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva
Av. Rivadavia 1917 (C1033AAJ)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel +54 11 5983-1420

<http://www.conicet.gov.ar/>

ISSN 2451-5728

Los Documentos de Trabajo del IIEP reflejan avances de investigaciones realizadas en el Instituto y se publican con acuerdo de la Comisión de Publicaciones. L@s autor@s son responsables de las opiniones expresadas en los documentos.
Desarrollo editorial: Ed. Hebe Dato

El Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires (IIEP-BAIRES) reconoce a los autores de los artículos de la Serie de Documentos de Trabajo del IIEP la propiedad de sus derechos patrimoniales para disponer de su obra, publicarla, traducirla, adaptarla y reproducirla en cualquier forma. (Según el art. 2, Ley 11.723).



Esta es una obra bajo Licencia Creative Commons
Se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LA PROVISIÓN DE SALUD POR PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA

Oscar Cetrángolo

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE ECONOMÍA
POLÍTICA DE BUENOS AIRES (IIEP-BAIRES)

Ariela Goldschmit

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS, INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE ECONOMÍA
POLÍTICA DE BUENOS AIRES (IIEP-BAIRES)

ABSTRACT

The general objective of this paper is to provide an assessment of the Social Security Health System in Argentina. Specifically, an analysis of the organization, regulation and financing is undertaken, as well as an evaluation based on available indicators.

The document offers an exhaustive characterization of the system, considering different dimensions of analysis. In particular, the accent will be placed on their institutional organization, coverage, financing, benefits and hiring and intermediation modalities.

Without losing the focus on social security in health system, and in order to improve its understanding, the analysis will incorporate appreciations about the health system taken as a whole. This analysis will allow to understand the changes that occurred on the different fragments of the social security health system and confirm the fact of important problems of efficiency and equity. Consequently, it will be seen that qualifying this set of institutions as a system seems quite inappropriate.

RESUMEN

El objetivo general del presente documento es 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, regulación y financiamiento así como una evaluación a partir de indicadores disponibles.

El documento ofrece una caracterización exhaustiva del sistema, considerando diversas dimensiones de análisis. En particular se pondrá el acento sobre su organización institucional, cobertura, financiamiento, prestaciones y modalidades de contratación e intermediación.

Sin perder el foco sobre la seguridad social en salud, y con el objeto de ampliar su comprensión, el análisis se ocupará, cuando resulte necesario, de poner en contexto los argumentos incorporando apreciaciones acerca del sistema de salud tomado como un todo. El análisis que se presenta permitirá conocer en detalle las modificaciones en el funcionamiento de los diferentes fragmentos de la seguridad social en salud y comprobar la persistencia de importantes problemas de eficiencia y equidad. En consecuencia, se verá que calificar a este grupo de instituciones como un sistema parece inapropiado.

Keywords: Health system - Social security - Decentralization - Health resources - Universal coverage - Argentina

Palabras claves: Sistemas de salud - Seguridad social - Financiamiento de la salud - Cobertura universal - Argentina

JEL Codes: I14, I18

Tabla de contenido

Introducción.....	2
1. La seguridad social como parte del sistema de salud argentino. Características generales, gasto y cobertura del sistema de salud.....	3
2. Organización de la seguridad social. Diversidad institucional, fragmentación y afiliados.....	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Organización actual y cobertura	10
3. El papel de la Superintendencia de Servicios de Salud.....	19
3.1. Antecedentes normativos, funciones y organigrama.....	19
3.2. El Fondo Solidario de Redistribución.....	22
4. Funcionamiento y situación financiera de la seguridad social.....	28
4.1. Introducción a los ingresos por tipo de institución.....	28
4.2. Financiamiento del PMO	29
4.3. Situación financiera de los diferentes segmentos	32
4.4. Relación de la seguridad social con otros subsectores	40
5. Reflexiones finales	45
5.1. Sistema fragmentado de cobertura universal heterogénea	45
5.2. Fragmentación de los problemas de solvencia.....	46
5.3. Deficiente regulación y gobierno del sistema	47
5.4. Algunos desafíos futuros.....	48
6. Referencias bibliográficas	51

Introducción

El objetivo general del presente informe es brindar una evaluación acerca del funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Argentina. De manera específica se presentará un análisis de la organización, regulación y financiamiento así como una evaluación a partir de indicadores disponibles.

El documento se centra en la caracterización exhaustiva del sistema considerando sus distintas dimensiones. Serán considerados su cobertura, financiamiento, sostenibilidad financiera, nivel prestacional, nivel de intermediación y características del funcionamiento y la contratación, entre otros aspectos. Sin perder el foco sobre la seguridad social en salud, y con el objeto de ampliar su comprensión, el análisis se ocupará, cuando resulte necesario, de poner en contexto los argumentos incorporando apreciaciones acerca del sistema de salud tomado como un todo. El análisis que se presenta permitirá conocer en detalle las modificaciones en el funcionamiento de los diferentes fragmentos de la seguridad social en salud y comprobar la persistencia de importantes problemas de eficiencia y equidad. De manera especial, se verá que calificar este grupo de instituciones como un sistema parece inapropiado.

Para cumplir con los objetivos señalados, además de esta introducción, el documento se desarrolla en cinco secciones. A continuación, la sección 1 ofrece una rápida caracterización del sistema de seguridad social dentro del sistema de salud argentino. Se trata de ofrecer los elementos básicos del sistema a los efectos de hacer comprensibles los desarrollos posteriores más específicos del subsector. La sección 2 aborda de manera específica la organización institucional de la seguridad social, atendiendo a la especial fragmentación existente. La visión institucional se completa en la sección 3, destinada a analizar el papel de la Superintendencia de Servicios de Salud. Toda vez que quiera analizarse la equidad y sostenibilidad del sistema, la información precedente deberá servir de introducción al análisis del funcionamiento de la seguridad social y su financiamiento, en la sección 4. Allí se atiende la situación de los diferentes segmentos. Por último, el documento finaliza con una serie de reflexiones finales.

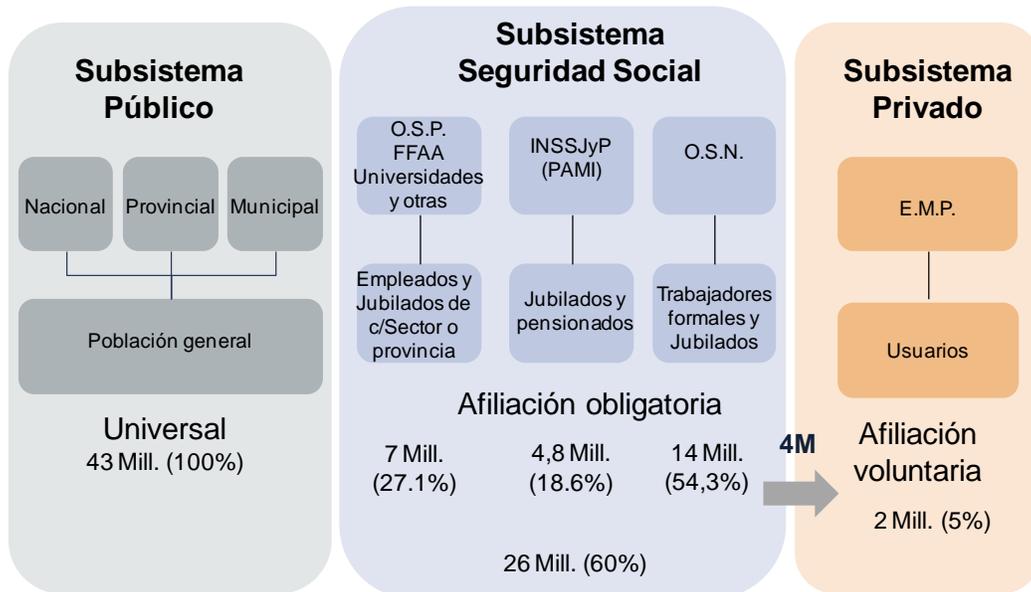
1. La seguridad social como parte del sistema de salud argentino. Características generales, gasto y cobertura del sistema de salud.

La organización del sector de la salud en la Argentina ha determinado la cobertura efectiva de la totalidad de la población. Como se ilustra en el esquema 1, no es posible afirmar que la cobertura en riesgos de la salud no sea universal; no obstante, presenta serios problemas de equidad. Si bien la protección financiera está cubierta para todos, se hace de manera 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, 2011).

Según las últimas estimaciones (para el año 2013), los recursos destinados al financiamiento de la salud en Argentina han sido considerables. Medidos como porcentaje del PIB, ascenderían a cerca de un 9%, 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. La elevada magnitud de los recursos volcados al sector salud da cuenta de la universalidad de la cobertura y también de la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población.

El sistema se conforma por una provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. De este modo, como se observa en el esquema 1, la población cubierta por el sector público comprende al 100% de la población argentina, que, según proyecciones poblacionales del INDEC, asciende a 43 millones de habitantes.

Esquema 1: Cobertura de los subsistemas de Salud en Argentina



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

Los trabajadores del sector privado de la economía que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares, tienen una cobertura adicional provista por instituciones de la seguridad social denominadas “obras sociales nacionales”. De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias (que están asegurados en las “obras sociales provinciales”) ni otros grupos específicos de trabajadores como los docentes, judiciales, fuerzas armadas y de seguridad social, que cuentan con sus respectivos institutos de seguridad social. 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 conjunto, 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, cuya cobertura se estima en dos millones de personas. Debe tenerse en cuenta, asimismo, que un grupo importante de afiliados a Obras Sociales Nacionales (cerca de 4 millones) acceden a servicios de seguros privados mediante el desvío de sus aportes obligatorios.

Los recursos destinados a financiar la **provisión pública** en salud durante 2013 ascendieron al equivalente a 2,5% del PIB (28% del total). Aquí resulta conveniente aclarar que, de acuerdo con la particular organización federal existente en Argentina, la Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales. De este modo, al no ser especificado de otra manera, los gobiernos provinciales cuentan con

total autonomía en materia de políticas de salud, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo. Esto motiva a que la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios se encuentre a cargo de los gobiernos provinciales. En efecto, 1,7% del PIB (19% del gasto total en salud) corresponde a gasto público que se encuentra en manos de los gobiernos provinciales (esquema 2). 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**, por su parte, está compuesta por las Obras Sociales Nacionales (OSN), reguladas por las leyes N° 23.660 y N° 23.661 del año 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 la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas¹) y pasivos, y sus grupos familiares, lo que abarca aproximadamente 26 millones de afiliados, que representan el 60% de la población total del país. En tanto que, en términos de recursos, este subsector involucra 3,9% del PIB (43% del total), con una mayor contribución proveniente de las Obras Sociales Nacionales con 2% 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 se hallan satisfechos con la cobertura pública y de la seguridad social. Los seguros privados se encuentran regulados por la Ley N° 26.682 del año 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 1% del PIB. A lo que se añade el gasto de bolsillo que representa aproximadamente 1,6% del PIB, de modo que el gasto privado en salud (seguros voluntarios más gasto de bolsillo asciende a 2,65% del PIB, 29% del total).

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.

En síntesis, se ha visto que la cobertura universal es realmente efectiva, aunque restringida. Brinda protección contra los riesgos financieros para toda la población, pero de manera sumamente desigual debido a la fragmentación de derechos derivada de su particular organización. La falta de coordinación y articulación impide la conformación de un verdadero “sistema” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (Cetrángolo et al.,

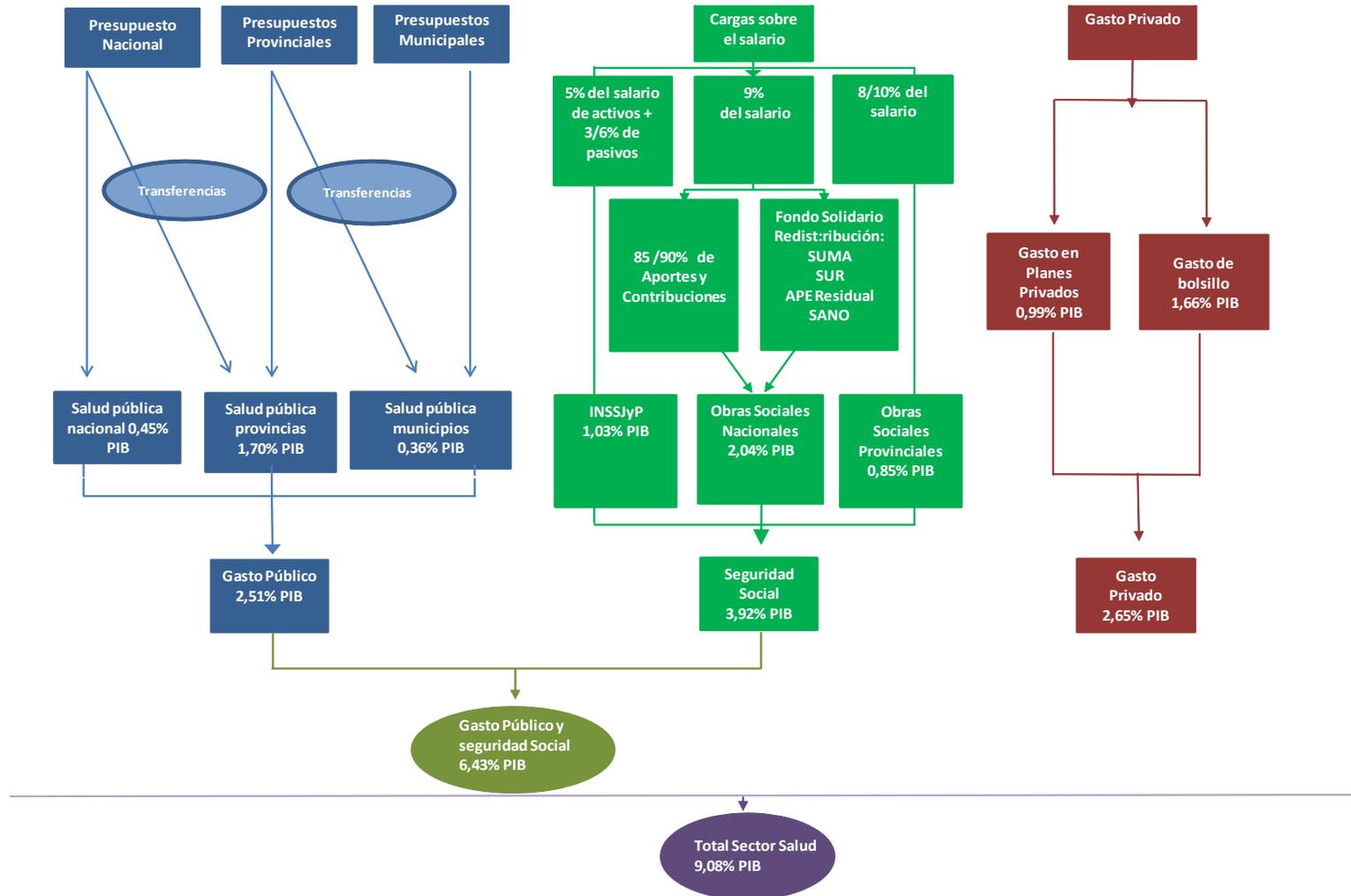
¹ Se trata de un régimen tributario simplificado para pequeños contribuyentes, que, en el caso argentino, incluye una cuota para acceder a la cobertura de obras sociales. Para más detalle, véase Cetrángolo, Goldschmit, Gomez Sabaini y Moran, 2013)

2011). No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que como se aborda en la sección que sigue, aun al interior de cada uno de ellos, y en particular de la seguridad social, se observa un elevado grado de fragmentación que se traduce en fuertes inequidades.

En este sentido es importante destacar la existencia de problemas de eficiencia y equidad que surgen de filtraciones y múltiples coberturas en el esquema presentado. Los problemas de eficiencia vinculados con la doble (o incluso triple o cuádruple) cobertura que detenta una elevada proporción de la población han sido comentados. Por su parte, el tipo de desregulación puesta en marcha en las últimas décadas ha permitido filtrar a las prepagas en el mundo de la seguridad social. Los afiliados de mayores ingresos pueden optar por obras sociales que triangulan los recursos hacia una entidad privada, que incluso accede en algunos casos a subsidios o reintegros de alto costo por intermedio del agente del seguro de salud. Lo mismo ocurre en el caso del INSSJyP, donde los jubilados y pensionados pueden optar por derivar sus recursos a Obras Sociales y luego transferir los mismos a alguna entidad privada, aunque en este caso la cápita que transfiere el PAMI es única y no depende del nivel de haberes del jubilado sino que se encuentra reglada según la Resolución conjunta N° 705/2012 del Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, lo que acota este comportamiento.

Otra fuente de ineficiencia tiene que ver con el vínculo entre la seguridad social y el sector público. En este caso, si bien el nomenclador de prestaciones del hospital público (Decreto N° 939/2000) establece los aranceles que la seguridad social y las entidades de medicina prepaga deben reintegrar al hospital público por la atención de beneficiarios con algún tipo de cobertura, el mecanismo no siempre cuenta con valores actualizados lo que fomenta en algunos casos la derivación de pacientes con cobertura formal al hospital público y no siempre se hace efectivo el reintegro. Aquí debe notarse que según el reciente Decreto N° 26/2017 se estableció una plataforma electrónica, de uso obligatorio, que permitirá la interacción en forma automática entre los Agentes del Seguro de Salud y los hospitales de gestión descentralizada a los fines de garantizar el cobro de la facturación dentro de los 30 días de presentada. Además no existe normativa alguna respecto del pago voluntario en el subsistema público de salud por parte de quienes tienen recursos y desean hacerlo.

Esquema 2: Financiamiento y gasto de los subsistemas de Salud en Argentina, 2013



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y OMS.

2. Organización de la seguridad social. Diversidad institucional, fragmentación y afiliados

2.1. Antecedentes

El surgimiento de las obras sociales 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 el año 1970 se estableció la afiliación obligatoria a las obras sociales, a partir de la sanción de la Ley N° 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, desde aproximadamente el 37% en 1967-68 a 73% en 1985 (Cetrángolo y Devoto, 2002). El sistema de obras sociales se extendió, asimismo, en forma obligatoria a los jubilados y pensionados, mediante la Ley N° 19.032 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. Esta institución, básicamente financiada por cargas sobre los salarios de los trabajadores formales, tuvo un importante desarrollo a lo largo del territorio de la Nación (Anlló y Cetrángolo, 2007).

En forma simultánea la Ley N° 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 pivote 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, hegemónica hasta la consolidación de este esquema, 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 N° 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%.

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.

Con la sanción del Decreto N° 9 del año 1993 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. Simultáneamente, este decreto reafirmó la obligación, de las obras sociales, de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema. Desde la desregulación, 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 N° 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. 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.

2.2. Organización actual y cobertura

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 al 60% del total del país. La cobertura ha ido creciendo en los últimos años, vinculado, en parte, al incremento experimentado en el empleo asalariado registrado durante la última década.

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).

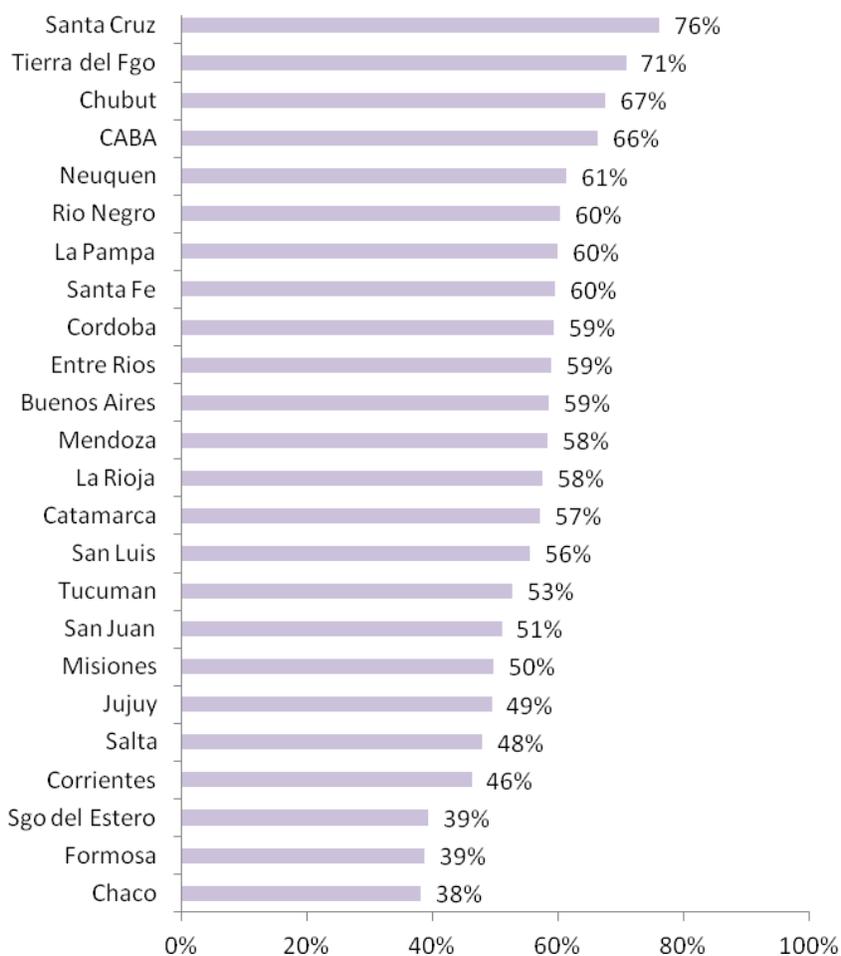
Actualmente existen 292 Obras Sociales Nacionales que brindan atención de salud a más de 14 millones de afiliados en todo el territorio nacional. Existen 24 institutos provinciales de obra social, que proveen servicios a cerca de 7 millones de afiliados, mientras que el INSSJyP cubre a alrededor de 5 millones de afiliados².

En cuanto a los recursos, es también el subsector de la seguridad social el que absorbe la mayor proporción de recursos en el sistema de salud argentino. Los mismos se han alimentado, de la recuperación económica registrada en la última década tanto en el nivel de empleo como en los salarios de los trabajadores del sector formal de la economía, así como de niveles crecientes de inflación.

A nivel territorial los datos censales dan cuenta de grandes disparidades en el nivel de cobertura formal de la seguridad social (gráfico 1). 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.

² No hay datos disponibles y confiables respecto de la cobertura de las Obras Sociales no reguladas que cubren a grupos específicos de trabajadores.

Gráfico 1: Cobertura de la Seguridad Social por provincia, 2010 (% de la población en cada jurisdicción)



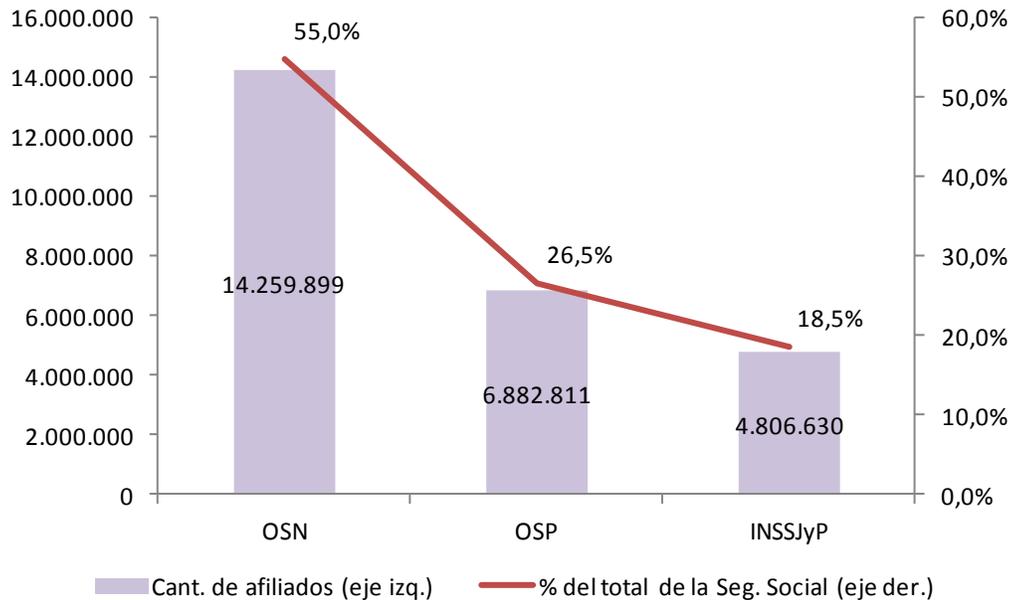
Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo 2010-INDEC.

Existen diferencias importantes en el acceso 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.

En el gráfico 2 se puede observar la distribución de los afiliados en tres de los grupos principales que integran la seguridad social en el año 2015 (Obras sociales nacionales, Obras sociales provinciales y PAMI)³, así como el porcentaje que representan del total de la seguridad social.

³ No se incluye en el análisis a las Obras Sociales no reguladas debido a la ausencia de información.

Gráfico 2: Cantidad de afiliados OSN, OSP e INSSJyP, 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD, COSSPRA e INSSJyP.

El análisis al interior del subsistema de Obras Sociales Nacionales revela un elevado nivel de concentración en términos de afiliados: el 5% de las Obras Sociales absorben más del 50% de los afiliados. Ello puede observarse en el cuadro 1 que desagrega la cantidad de afiliados por obra social (ofreciendo el acumulado de afiliados en el gráfico 3). Una situación similar se verá en las secciones siguientes al analizar la concentración de los recursos, donde el 5% de las Obras Sociales Nacionales concentra el 48% de los recursos totales.

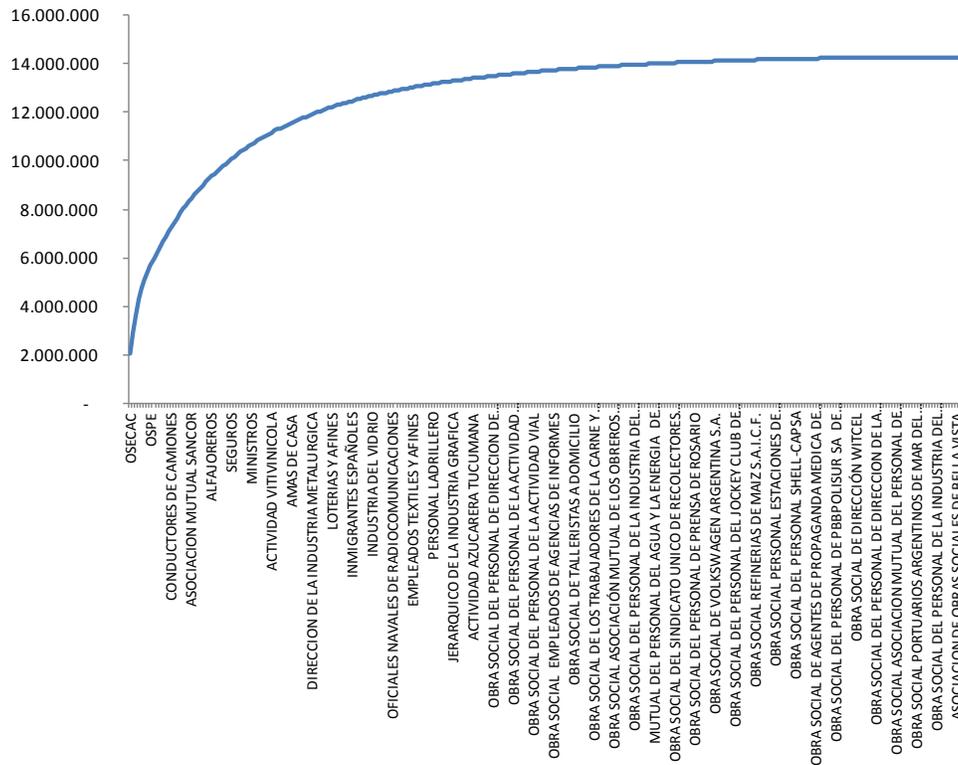
Este aspecto es fundamental para considerar la eficiencia en la provisión de servicios por parte de las instituciones, teniendo en cuenta la presencia de economías de escala en la prestación de servicios de salud. En efecto, cuanto mayor sea la cantidad de afiliados, menor será el impacto económico del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

Cuadro 1: 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: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

Gráfico 3: Cantidad acumulada de afiliados OSN, 2015

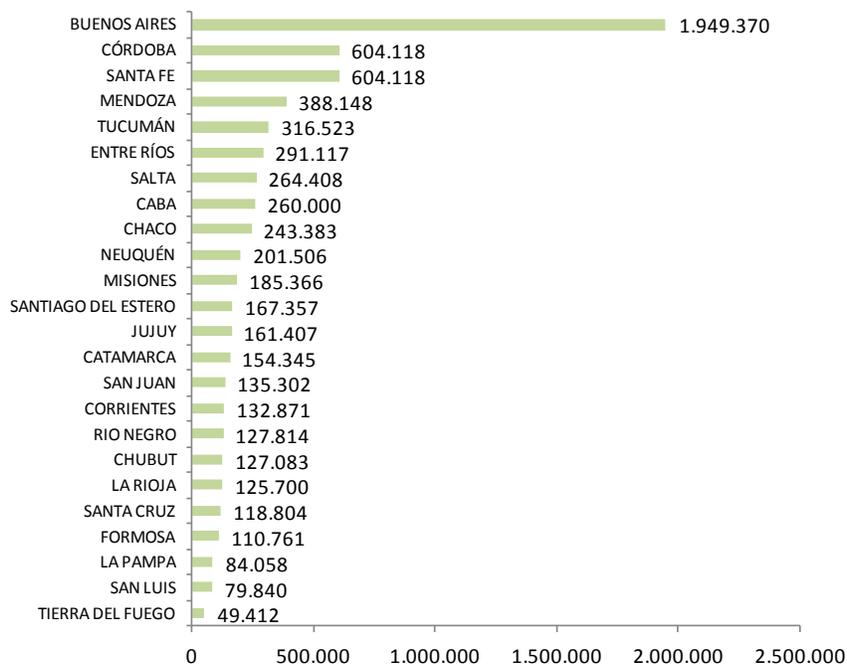


Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

De manera adicional, un tema importante tiene que ver con la incorporación de los monotributistas y empleados de casas particulares como afiliados al Sistema Nacional del Seguro de Salud. Por estos afiliados los Agentes del Seguro de Salud perciben un aporte de suma fija –que, al momento de ser redactado este informe, en febrero de 2017, asciende a \$419–, de la cual un 10% nutre los recursos del FSR para la cobertura de enfermedades de alto costo y baja incidencia contempladas en el sistema SUR. Como se desarrolla más adelante, las Obras Sociales también reciben un subsidio capitado en función de sus afiliados pertenecientes a estos grupos (SUMARTE). Estos afiliados han mostrado un incremento en su participación en el total de afiliados a las obras sociales nacional en los últimos años, alcanzando una magnitud de 12,1% en 2015, con un total de 1,7 millones de afiliados.

El gráfico 4 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 2, 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 4: Cantidad de afiliados OSP, 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de COSSPRA.

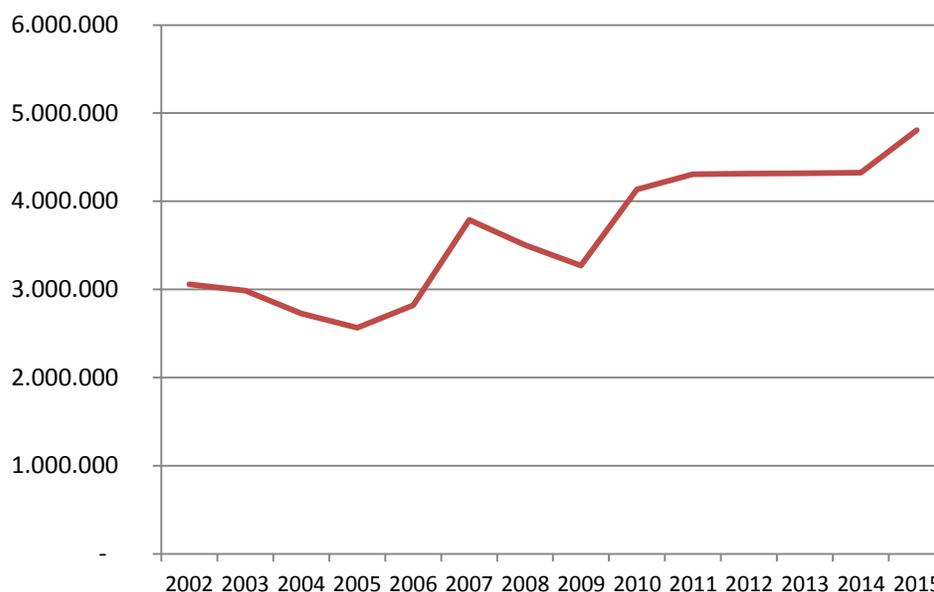
Cuadro 2: Cantidad de afiliados OSP y planta de personal público provincial, 2015

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: Elaboración propia sobre la base de COSSPRA y DNCFP.

Finalmente, el gráfico 5 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 del año 2005 (la Ley N° 24.476, Ley N° 25.944 artículo 6 y Decreto N° 2.017/04 y 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 del año 2016, aunque con escaso impacto en términos de afiliados se incorporan asimismo, los titulares de la Pensión Universal para el Adulto Mayor, como se explica más adelante.

Gráfico 5: Cantidad de afiliados INSSJyP, 2002-2015

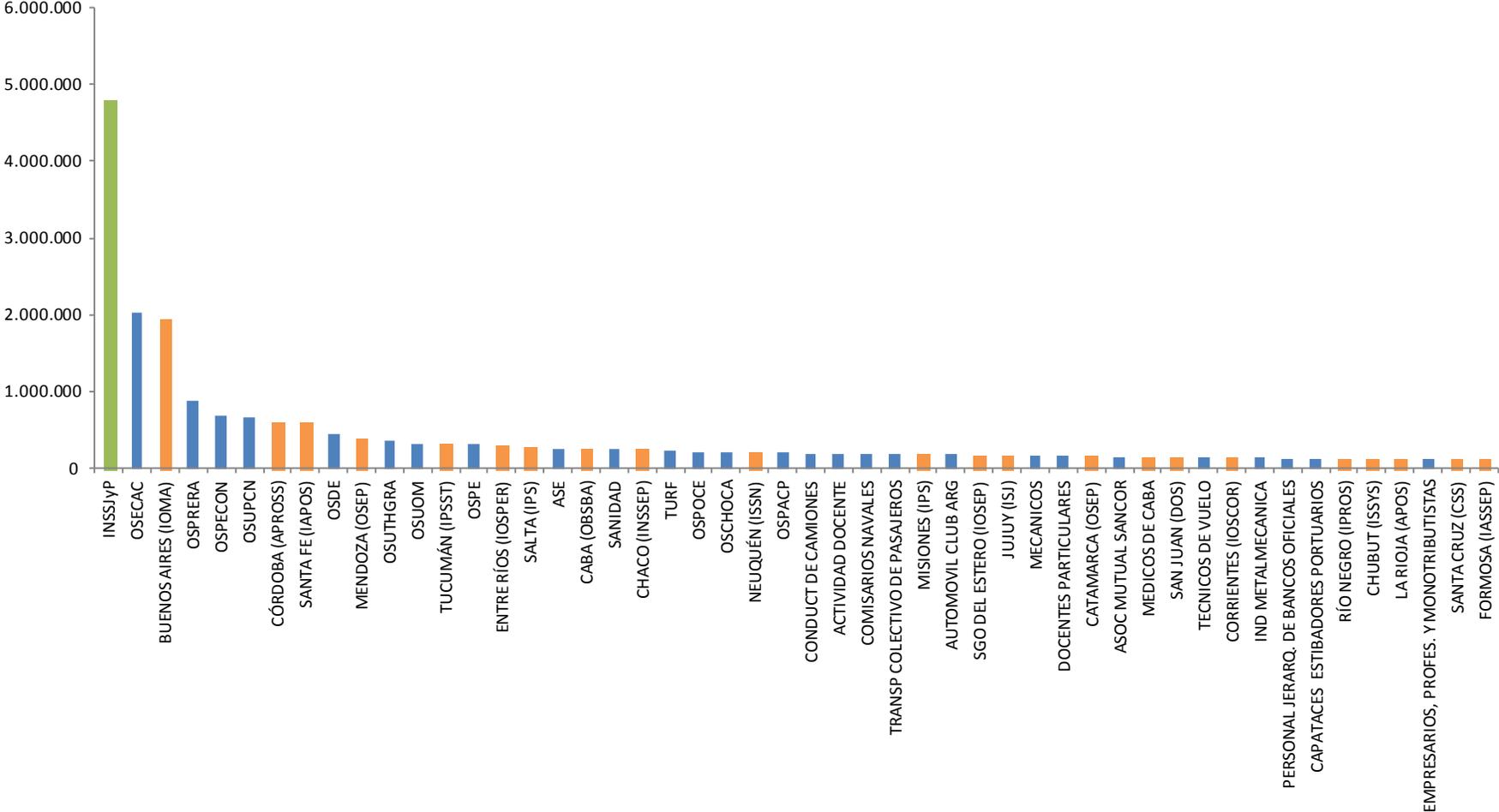


Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC.

En suma, es importante notar que existe una elevada concentración de la cobertura al interior de la Seguridad Social en un grupo reducido de financiadores. Como se desprende del gráfico 6, 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.

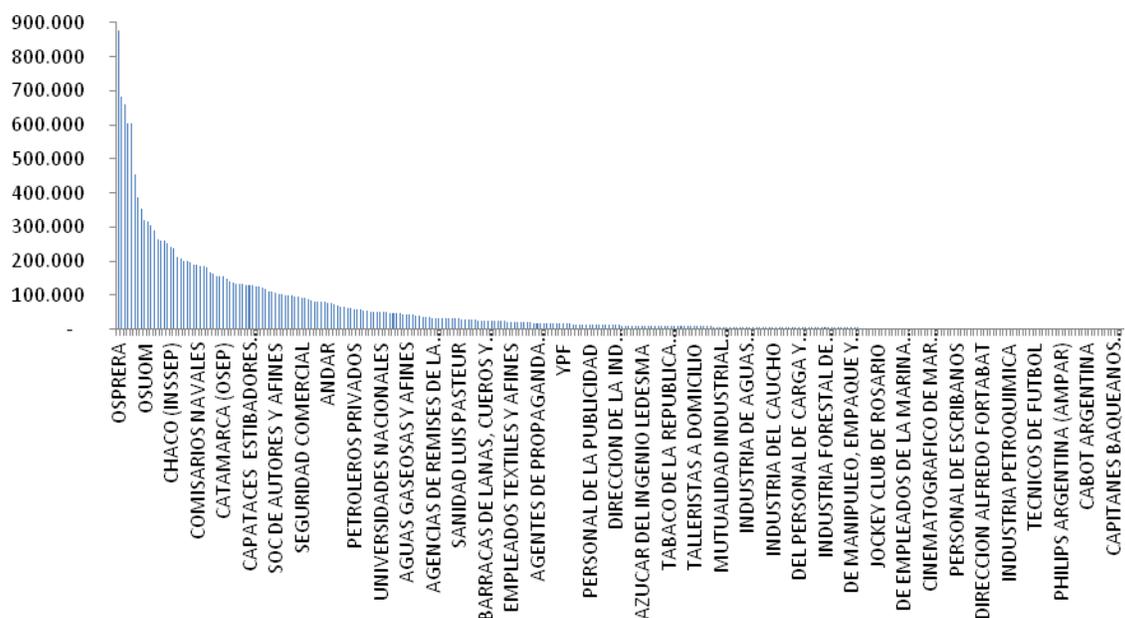
Por último, en el gráfico 7 se ofrece la cobertura de la totalidad de instituciones de la seguridad social, excluyendo las tres más grandes. De esta manera, se ve la gran dispersión existente entre las numerosas obras sociales nacionales y provinciales que tienen más de un millón de beneficiarios.

Gráfico 6: Cantidad de afiliados a 50 instituciones de seguridad social con mayores afiliados en la Argentina, 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de COSSPRA, INSSJyP y Superintendencia de Servicios de Salud.

Gráfico 7: Cantidad de afiliados a instituciones de seguridad social en la Argentina, 2015. Se excluyen las que tienen más de un millón de afiliados.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de COSSPRA y Superintendencia de Servicios de Salud.

3. El papel de la Superintendencia de Servicios de Salud

Esta sección desarrolla los cambios normativos que se han ido incorporando en los últimos años y regulan el funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSALUD) como organismo regulador del sistema de Obras Sociales Nacionales y de Entidades de Medicina Prepaga. Al respecto, es importante notar las idas y venidas que ha habido a lo largo de la historia Argentina en torno al ámbito en que debía desempeñarse el organismo regulador de las OSN, lo que, de algún modo, ha contribuido a debilitar el poder el control y regulación sobre estas instituciones.

Se incorpora también en esta sección, un detalle de los aspectos vinculados al manejo del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), evaluando la distribución de los recursos al interior del sistema, el rol desempeñado por el Sistema Único de Reintegros (SUR) y el impacto que han tenido los recientes cambios incorporados en la gestión de 2016, vinculados a la distribución de fondos acumulados en la cuenta del FSR.

3.1. Antecedentes normativos, funciones y organigrama

El Decreto N° 1615/1996 creó la Superintendencia de Servicios de Salud, como organismo descentralizado del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, como consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales. Se creó como órgano de control del Sistema Nacional de Seguro de Salud, normado por las Leyes N° 23.660 y N° 23.661. Adicionalmente, este mismo decreto da creación a la Dirección de Programas Especiales, en el ámbito del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, con la función de implementar y administrar los recursos afectados a los Planes y Programas de Salud destinados a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, y con financiamiento proveniente del Fondo Solidario de Redistribución. Posteriormente, el Decreto N° 53/1998 creó la Administración de Programas Especiales como organismo descentralizado de la Administración Pública, ante la necesidad de desplazar del sistema central de administración a la Dirección de Programas Especiales, para permitirle su funcionamiento con la eficiencia y eficacia que requería.

Finalmente, en el año 2012, el Decreto N° 366/2012 establece la transferencia de la Administración de Programas Especiales a la Superintendencia de Servicios de Salud con el objetivo de unificar la política estratégica en materia de prestaciones médicas y fortalecer el desarrollo y la promoción de la salud, optimizando el uso de los recursos públicos. En tanto que, mediante la Resolución N° 1200/2012 de la SSSALUD se reemplaza la APE por Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) con el objeto de administrar los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado, comúnmente conocidas como enfermedades catastróficas debido al impacto económico que generan sobre los ingresos de las personas y los recursos de los financiadores. El SUR se crea con el objetivo de agilizar el procedimiento de gestión de reintegros correspondientes a prestaciones básicas de discapacidad (Resolución N° 1511/2012 - Sistema Único de

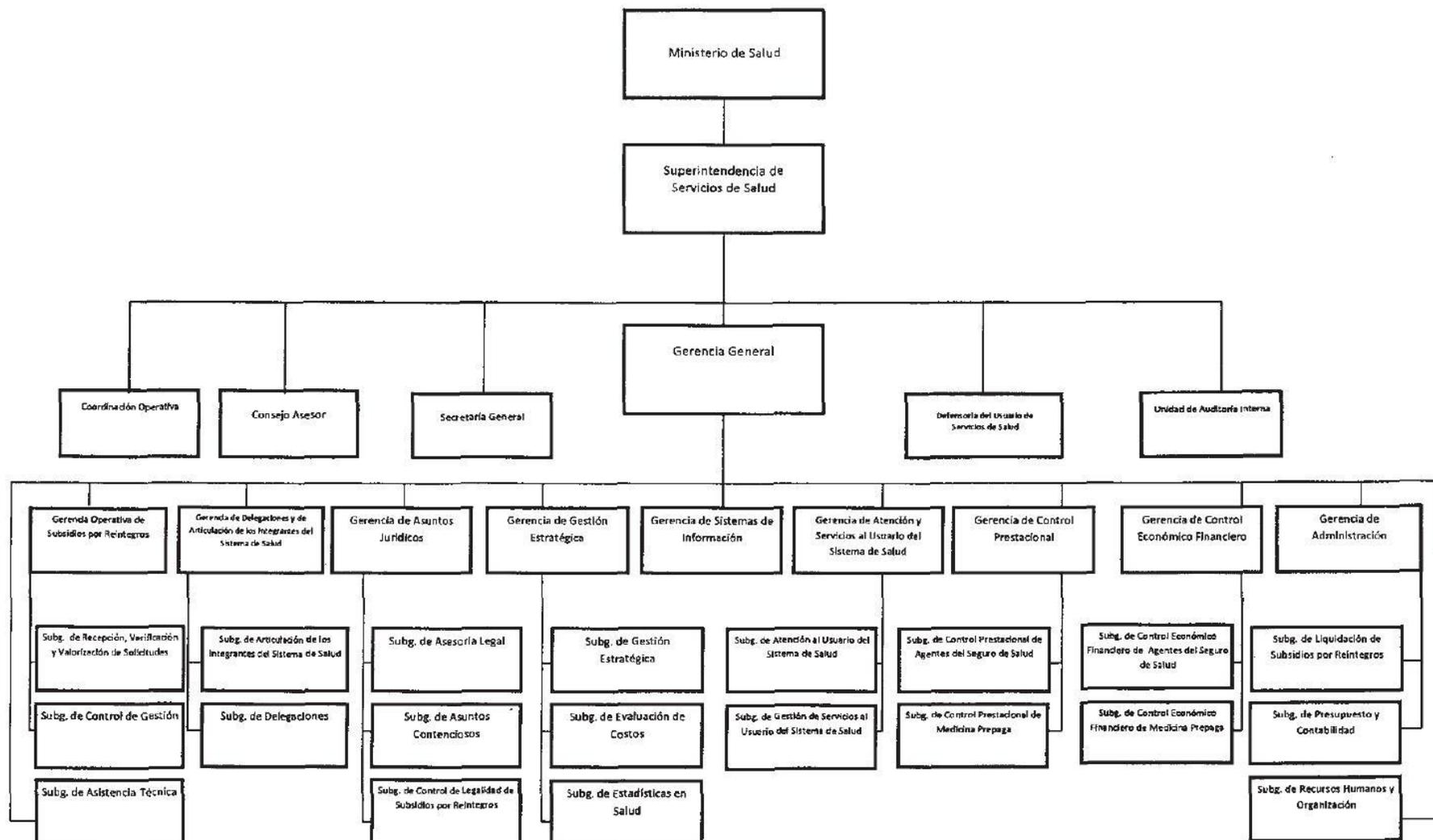
Reintegros por Prestaciones Otorgadas a Personas con Discapacidad), prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y aquellas relacionadas con las Tecnologías Sanitarias Emergentes (Resolución 1561/2012, Resolución N° 1048/2014, Resolución N° 1709/2014 y Resoluciones N° 400 y N° 406/2016). Se trata de un sistema de carga de expedientes que agiliza el tiempo de cobro e incorpora controles de padrón, troqueles y trazabilidad, entre otros aspectos.

La SSSALUD tiene por objeto asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población (Decreto N° 1576/1998). Entre sus funciones se destacan:

- Controlar las OSN y prestadores, asegurar y controlar el cumplimiento de la libertad de elección y garantizar su acceso efectivo.
- Aprobar el programa de prestaciones médicas.
- Administrar los recursos del FSR y desarrollar mecanismos de control y procesos contra el fraude y la corrupción interna.
- Administrar los recursos afectados al apoyo financiero de los agentes de salud y a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del Sistema (Decreto N° 1198/2012), a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones.
- Fiscalizar, autorizar y controlar el funcionamiento de las EMP comprendidas en la Ley N° 26.682.

El esquema 3 muestra el organigrama vigente de la Superintendencia, donde se destaca la existencia de áreas con funciones vinculadas tanto al control de Obras Sociales como entidades de medicina prepaga.

Esquema 3: Organigrama de la estructura organizativa de la Superintendencia de Servicios de Salud



Fuente: Decreto N° 2710/2012.

3.2. El Fondo Solidario de Redistribución

El FSR fue creado en el año 1980 por la Ley N° 22.269 para cubrir las contingencias financieras y económicas de las instituciones más deficitarias, financiar la creación de infraestructura y planes y programas de carácter social. Inicialmente, se financiaba con el 10% de los aportes y contribuciones destinado a las obras sociales y otros recursos. En 1989 las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 establecieron que las obras sociales de dirección contribuyeran con un 15% de sus recursos.

Con el objeto de acompañar el lanzamiento de la libre elección de obras y frente al “descreme” resultante de esa política, mediante el Decreto N° 292/1995⁴ se modificaron las funciones de redistribución del FSR asignando automáticamente parte de la recaudación a los grupos familiares de menores ingresos con el fin de garantizar un valor mínimo de cotización mensual, con el que se debiera financiar el Programa Médico Obligatorio. Sin dudas, este mecanismo tiende a la consolidación de un sistema con menor grado de solidaridad, ya que se trata de un mínimo asegurado en lugar de una cobertura homogénea para los beneficiarios de la seguridad social (como ocurre en la mayor parte de los países desarrollados y muchos de América Latina) o al interior de cada sector de actividad, como ocurría previo a las reformas de 1993.

En el año 2000, los Decretos N° 446 y N° 1140 dispusieron la elevación de los porcentajes de aportes al FSR al 15% y 20% de los Aportes y Contribuciones (AyC), dependiendo del nivel de remuneración del trabajador. Además, se estableció que los recursos se destinen a financiar gastos administrativos de la SSSALUD, subsidiar de forma automática a los beneficiarios de menores ingresos, garantizar cobertura de patologías de alto costo y baja incidencia y discapacidad.

Por otra parte, en el año 2006 a partir de la sanción del Decreto N° 1901/2006 se modificó la distribución de la recaudación del FSR, que deja de cubrir una cotización mínima o cápita uniforme y, en su lugar, se incorpora la distribución por ajuste de riesgo, tomando en consideración los diferentes costos según edad, sexo y nivel de ingreso de los beneficiarios, definiendo de este modo el subsidio que percibe el 40% de los titulares de menor contribución por grupo familiar, el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO). La Matriz de Ajuste por Riesgo es actualizada en 4 oportunidades, tal como se muestra en el cuadro siguiente.

⁴ Actualizado por Decretos N° 1867/2002 y N° 741/2003, garantizándose a los agentes del seguro de salud la percepción de una cotización mínima mensual por cada uno de sus beneficiarios.

Cuadro 3: Valores de la matriz de ajuste por riesgo (SANO)

	Dec. 1901/2006		Res. 1765/2008		Dec. 330/2010		Dec. 488/2011		Dec. 921/2016	
EDAD	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
0 a 14	22	22	28	28	36	36	47	47	159	159
15 a 49	35	41	44	52	57	67	74	87	250	294
50 a 64	41	41	52	52	67	67	87	87	294	294
más de 65	91,5	91,5	114,5	114,5	148	148	192	192	650	650

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la normativa.

Lamentablemente, la modalidad en que fue adoptada e instrumentada esta modificación, sin una cabal consideración de las características del sistema de obras sociales en Argentina, han hecho que no se hayan producido mejoras en la eficiencia del sistema, que sí se habrían logrado en experiencias de otros países, por ejemplo, mediante la reducción de fallas por selección adversa.

En los últimos años se implementaron distintos subsidios, que distribuyen recursos a las Obras Sociales. El Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), destinado a compensar a aquellas Obras Sociales que presentan un menor nivel de ingreso por afiliado y fortalecer a aquellas con menos de 100.000 afiliados (Decreto N° 1609/2012). Este subsidio distribuye de manera automática alrededor del 6% del total de recaudación del sistema: a) Un 20% en partes iguales a todos los Agentes con más de 5.000 afiliados; b) Un 80% en forma directamente proporcional al número de afiliados de cada Agente; y c) Los Agentes de menos de 5.000 afiliados, cuyo ingreso mensual promedio por afiliado resulte inferior al ingreso mensual promedio por afiliado de todo el sistema, reciben una compensación económica mensual que les permita alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema.

Por su parte, mediante el Decreto N° 1368/2013, se implementaron el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para Regímenes de Trabajo Especial (SUMARTE), destinado a financiar a las Obras Sociales por sus trabajadores/as de Casas Particulares y el Subsidio para Mayores de setenta años (SUMA70), destinado a financiar una cápita por los afiliados mayores de 70 años por cada Obra Social. El primero de ellos distribuye el (1,5%) de la recaudación mensual correspondiente a los aportes y contribuciones por afiliado que se encuentre comprendido por el Régimen de Personal Auxiliar de Casas Particulares. El SUMA70, por su parte, distribuye el 0,70% de la recaudación mensual correspondientes a los aportes y contribuciones, a cada afiliado mayor de 70 años.

Como proporción del total de aportes y contribuciones, el esquema 3 ofrece una síntesis de la distribución del FSR en el año 2015. Allí se constata que del promedio de 16% de aportes y contribuciones que se destinan al FSR, una elevada proporción (10,4%) se distribuye de manera automática.

Esquema 4: Distribución de los recursos del FSR, 2015. En % del total de Aportes y Contribuciones (AyC)

Componente	Descripción	% de AyC
SUR	Reintegros: Patologías de alto costo y baja incidencia.	2,20%
SUMA	Subsidio en función de la cantidad de población e ingresos promedio.	6%
SUMARTE	Subsidio a la población de regimen de trabajo especial (monotributistas, monotrib. Sociales y casas particulares.)	1,50%
SUMA 70	Subsidio a la población mayor de 70 años.	0,70%
SANO	Cotización mínima mensual a través de una matriz de riesgo	0,01%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de normativa vigente y SSSALUD.

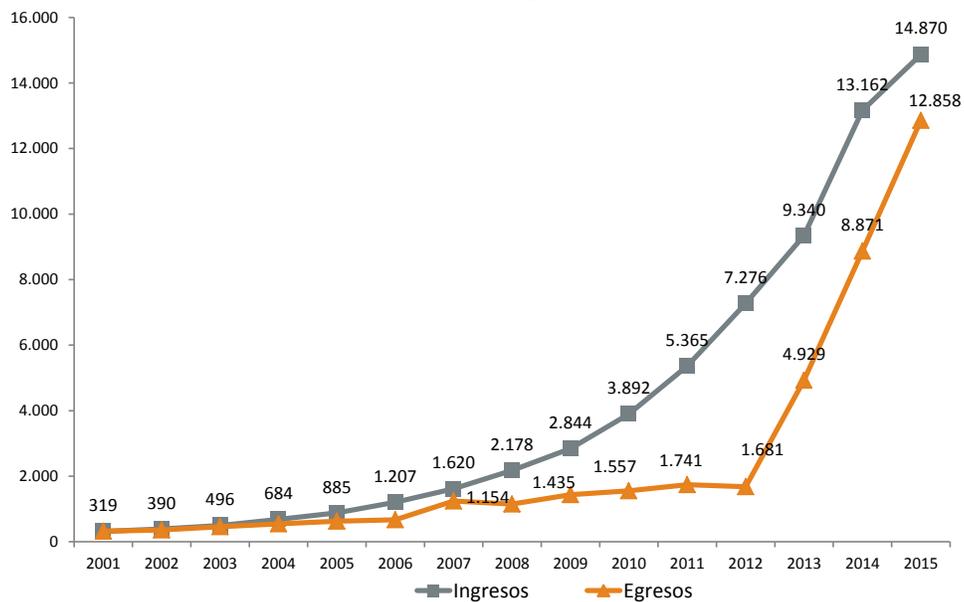
Los resultados disponibles de estudios acerca del efecto distributivo de los recursos del FSR en diferentes momentos y bajo distintos marcos normativos dan cuenta de que el impacto, si bien ha ido mejorando en el tiempo, aún resulta reducido. Antes de la libre elección de instituciones el uso del fondo presentaba grados más elevados de discrecionalidad. A partir de información proveniente del INOS para el año 1992, en Cetrángolo et al. (1992) se constataba que los flujos de subsidios canalizados por el INOS hacia las entidades no se correlacionaba en aquel entonces con la posición superavitaria/deficitaria de las distintas Obras Sociales, ni tampoco con las posiciones relativas de las entidades ordenadas de acuerdo con el nivel de gasto per cápita en salud o del ingreso por afiliado de cada una de ellas. Si esto indica que la acción redistributiva del Fondo fue poco eficaz, debe destacarse adicionalmente que el monto de los recursos efectivamente redistribuidos no es de suficiente significación como para alterar el cuadro distributivo básico, definido por los desniveles en los ingresos por aportes y contribuciones captados por cada obra social. Excluyendo el PAMI, los subsidios distribuidos por el INOS equivalían en aquel entonces a menos del 8% de los ingresos por aportes y contribuciones en una muestra de Obras Sociales analizadas.

Por su parte, un estudio más reciente realizado para el año 2012 (Lieuttier et al., 2013) evalúa el impacto distributivo del FSR a partir del cálculo de las brechas entre el ingreso per cápita de la Obra Social más rica y aquella con menos recursos antes y después del efecto del FSR. Según los autores se constata la existencia de una fuerte desigualdad al interior del sistema de obras sociales en la Argentina, con una brecha inicial de ingresos per cápita que supera el 70% en todos los cuatrimestres de 2012. Esta situación se ve parcialmente atemperada mediante la transferencia de recursos del FSR, que se manifiesta a partir de una reducción de la brecha entre extremos luego del accionar del fondo a partir de septiembre de 2012 con la implementación del

SUMA, notándose un escaso efecto del SANO habida cuenta de la falta de actualización de sus valores. De este modo, se observa que aún dentro del segmento de trabajadores formales que logra acceder a la cobertura de una obra social, las diferencias en términos de ingresos de las instituciones que brindan cobertura resultan significativas. Estas diferencias de recursos suelen traducirse en diferencias en los niveles de cobertura efectiva, acceso y calidad de los servicios.

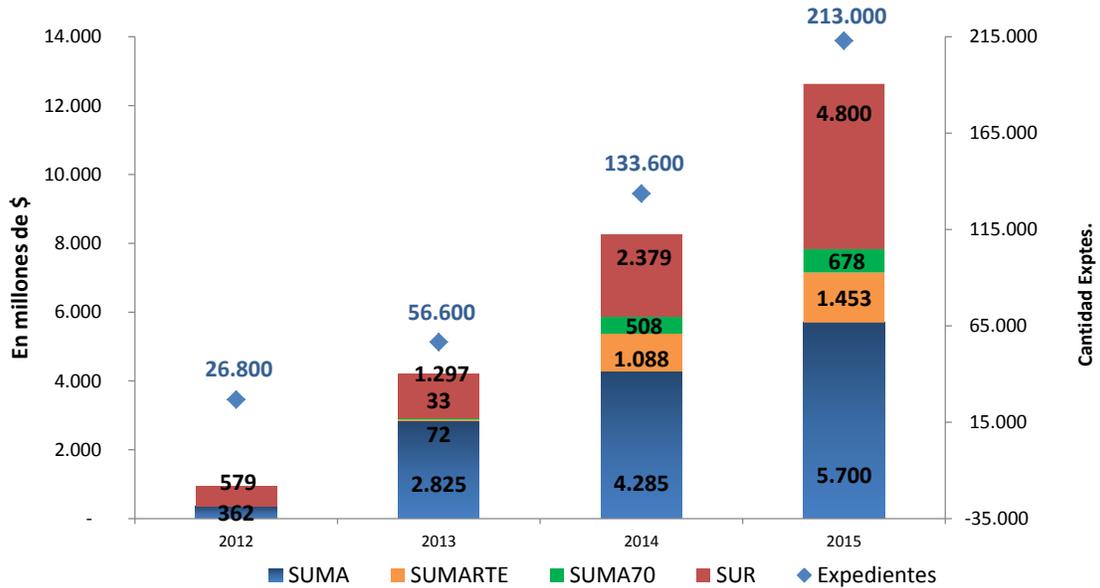
El gráfico 8 presenta los ingresos y egresos del FSR desde el año 2001. Allí se comprueba la evolución creciente de los recursos del FSR conforme el crecimiento del empleo registrado y las alzas salariales logradas en función de la evolución creciente de la inflación. Debido a la falta de actualización de la matriz del SANO desde 2011, los valores quedaron fijos en términos nominales de modo que paulatinamente fueron disminuyendo la cantidad de eventuales beneficiarios del SANO, hasta desaparecer casi totalmente, lo que dio origen a la acumulación de excedentes sin distribuir año tras año en la cuenta del FSR. Por su parte, el gráfico 9 presenta la evolución de la distribución del FSR entre 2012 y 2015 en sus principales componentes, donde se destaca la relevancia del SUR y del SUMA.

Gráfico 8: Evolución histórica de los recursos y gastos del FSR, 2001-2015. En millones de pesos.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

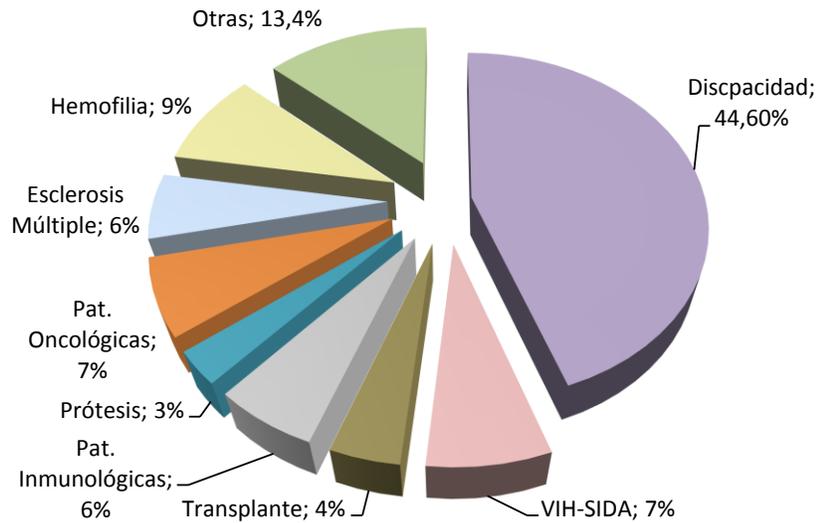
Gráfico 9: Distribución de los recursos del FSR, 2012-2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

Para completar este análisis, el gráfico 10 muestra la desagregación de los reintegros de SUR. Allí se puede comprobar que su principal componente es el pago de prestaciones por discapacidad, que si bien no resultan de elevado costo, son de elevada incidencia en la población. Por tanto debe destacarse que más allá del FSR, no existen otros mecanismos explícitos de compensación entre Obras Sociales Nacionales. En el caso de gerenciadoras u otros tipos de intermediarios que brinden servicios a beneficiarios de diferentes obras sociales es posible suponer que pueda existir alguna modalidad de subsidio cruzado, pero no se espera que sean importantes y no existe relevamiento de los mismos.

Gráfico 10: Estructura montos pagados por SUR, 2015. En porcentajes.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

Con estos antecedentes, y ante el reclamo de los sindicatos, mediante el Decreto N° 908/2016 el Gobierno implementó una estrategia de devolución parcial de los fondos acumulados en el FSR, mediante una distribución excepcional de los mismos. El decreto establece la distribución de \$26.770 millones a partir de la conformación de un Fondo de Emergencia y Asistencia con \$4.500 millones destinado a financiar diversas situaciones de epidemia, asistencia financiera, apoyo financiero y situaciones excepcionales, y una inversión financiera por \$14.270 millones en BONAR 2020, cuyos intereses devengados trimestralmente se capitalizarán en la cuenta del FSR. Adicionalmente, se decide apoyar la implementación de la estrategia cobertura universal de salud (CUS) mediante la asignación, por única vez, de \$8000 millones que se transfieren al sistema público. El Decreto N° 908/16 define un listado de finalidades que integran la estrategia de CUS en su Anexo 1, que se copia en el recuadro 1 que sigue.

RECUADRO 1: ANEXO 1 del Decreto N° 908/16

Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.

Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.

Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.

Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.

Acciones de Atención Primaria de la Salud.

Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.

Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva.

Fuente: Boletín Oficial 3 de agosto de 2016.

4. Funcionamiento y situación financiera de la seguridad social

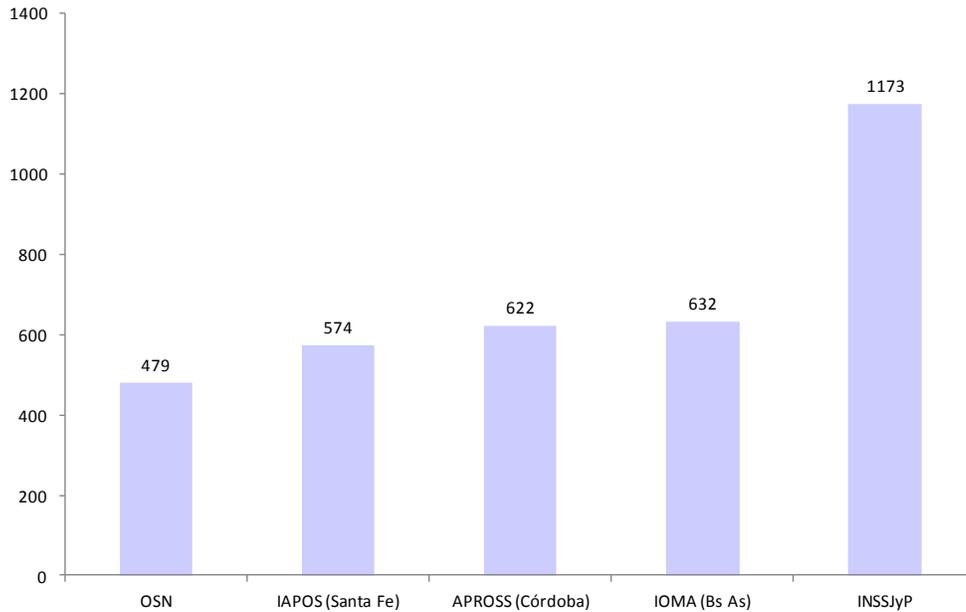
En esta sección se incorpora un análisis de la situación financiera de las diferentes instituciones de la seguridad social, considerando para ello sus ingresos, el financiamiento del PMO y la relación con otros segmentos de la oferta de salud. Ello permitirá, adicionalmente, introducir consideraciones sobre la equidad dentro del Sistema de la Seguridad Social.

4.1. Introducción a los ingresos por tipo de institución

Como se ilustra en el gráfico 11, existe una importante disparidad en el nivel de ingresos que disponen las distintas instituciones que conforman el sistema para financiar las prestaciones de salud. Ello tiene su justificación bastante aceptada al considerar el mayor nivel de recursos con que cuenta el INSSJyP, ya 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 alícuotas (que 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. En el documento se presentará un detalle sobre la dispar situación al interior del sistema de OSN, donde 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 11: 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.

4.2. *Financiamiento del PMO*

Esta sección presenta inicialmente la normativa vinculada con la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO). Luego, se presentan los resultados de la última estimación disponible sobre el costo del PMO (Van der Koy et al., 2016). Sobre esta base, se analizan las posibilidades financieras que disponen las Obras Sociales para su financiamiento, discriminando las prestaciones reintegrables a través del sistema SUR y la porción de ingresos que es cubierta por el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), conforme la última actualización según el Decreto N° 921/2016.

La normativa que regula el sub-sistema de Obras Sociales Nacionales contempló desde sus inicios la necesidad de garantizar una canasta de prestaciones. En efecto, el artículo 2° de la Ley N° 23.661 establece que *“El seguro tendrá como objetivo fundamental el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva...”*

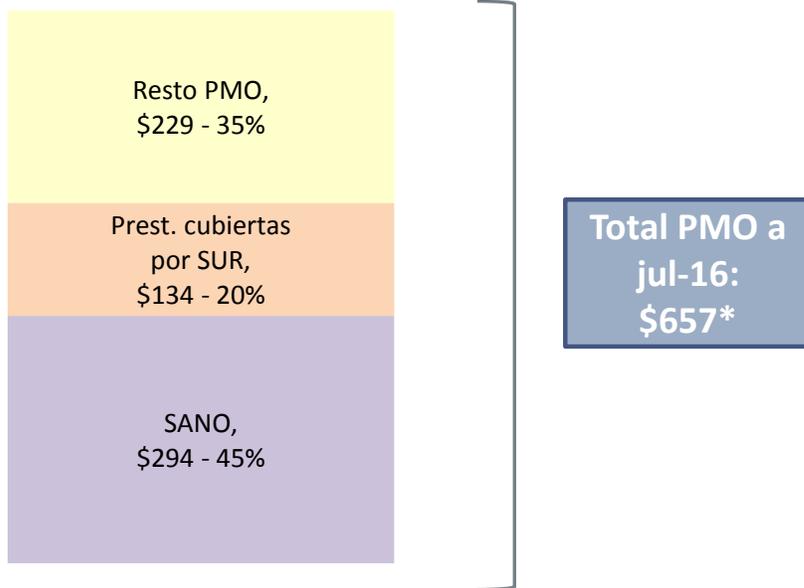
No obstante, recién en el año 1995 se desarrolla este programa de prestaciones que se cristaliza mediante la sanción del Decreto N° 492/1995 que instituye el Programa Médico Obligatorio (PMO). Este decreto crea una Comisión Técnica en el ámbito ministerial para su confección, coordinada por la ANSSAL. El PMO desarrollado por esta Comisión fue probado en 1996 por el Ministerio de Salud, y publicado mediante

Resolución N° 247/1996. Dicho programa incluía un set ordenado de prácticas y procedimientos; el desarrollo de actividades de atención primaria de salud; plan materno infantil; de prevención oncológica y de odontología; la atención en segundo nivel por especialidades y la internación; el diagnóstico y tratamiento de HIV; hemodiálisis y trasplantes y prótesis, entre otros. También establecía niveles fijos de coseguros en la atención, la cobertura al 40% de los medicamentos incluidos en vademécums confeccionados por los propios agentes y del 100% de la medicación en internación y en algunas condiciones especiales. Desde su creación, el PMO ha sufrido diversas incorporaciones mediante normas posteriores sin un proceso formal y explícito para adoptar e incluir nuevos servicios. Si bien a inicios de los años 2000 se realizó la propuesta de establecer un proceso de inclusión o exclusión de tecnologías de acuerdo a criterios basados en evaluaciones formales de su efectividad clínica y costo-efectividad, en la actualidad no se encuentra vigente ningún proceso formal para la incorporación de nuevas tecnologías (IECS, 2016a).

En el marco de la crisis económica y social, el PMO fue reemplazado en la Emergencia Nacional por el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) contenido en la Resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud. Allí se define una canasta básica que se constituiría en la cobertura básica de servicios a los cuales los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud tienen derecho a acceder, y que sirve de referencia para otros financiadores de la Seguridad Social (como las OSP e INSSJyP). En 2005, la Resolución N° 1991/2005 del Ministerio de Salud estableció una nueva canasta de servicios, que es la vigente en la actualidad.

Como se observa en el gráfico 12, la estimación del costo del PMO a julio de 2016 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, aun quedaría más de una tercera parte del costo del PMO sin ser cubierta.

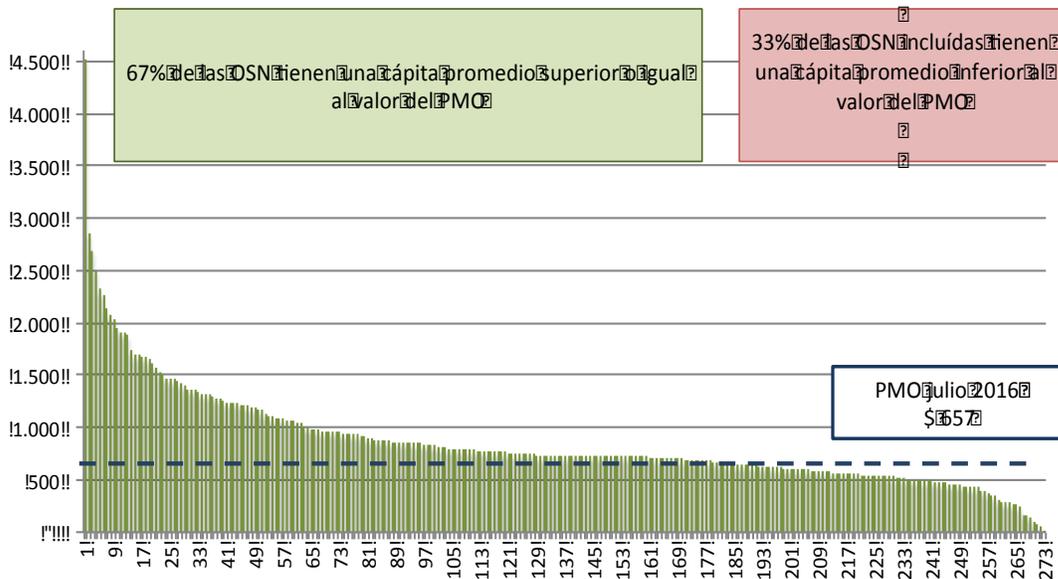
Gráfico 12: Estimación del valor del PMO



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 13: Comparación valor del PMO y recaudación de las OSN



4.3. Situación financiera de los diferentes segmentos

Esta sección estudia el estado contable-financiero del consolidado de Obras Sociales según datos e indicadores provenientes de la Resolución N° 109/2000, SSSALUD. Tomando en consideración los indicadores económico-financiero allí definidos, se observa que en términos agregados el sistema de OSN presenta cierta fortaleza financiera para hacer frente a sus obligaciones prestacionales. No obstante, este análisis resulta limitado, ya que no se desagregan los datos por Obra Social, siendo la situación de cada Agente del Seguro de Salud disímil en función de la población usuaria de sus sistemas, el nivel de ingresos disponibles y la posibilidad de mancomunar riesgos entre sus afiliados.

Los datos agregados para las OSN dan cuenta de una composición patrimonial saludable, con un activo superior al pasivo, que resulta en un patrimonio neto positivo. Los ingresos totales, por su parte, resultan superiores a los egresos, lo que origina un resultado final superavitario en el agregado de estas instituciones (cuadro 4). Aquí debe notarse que los ingresos totales contemplan no sólo los ingresos provenientes de aportes y contribuciones sino que se incluyen aquí los subsidios percibidos del FSR que fueran comentados en las secciones previas (como el SANO, SUMA, SUMARTE y SUMA70), que engrosan los recursos disponibles por estas instituciones. De manera adicional, se incorporan también los reintegros percibidos por prestaciones de alto costo y baja incidencia (SUR) aunque correspondan (en la mayoría de los casos) a prestaciones pagadas en períodos previos.

Cuadro 4: Situación financiera del consolidado de Obras Sociales, 2013-2014

	2013	2014	
ACTIVO	34.726	42.332	22%
PASIVO	18.297	21.914	20%
P. NETO	16.429	20.418	24%
INGRESOS	87.209	111.394	
EGRESOS	83.065	106.397	
R.FINAL	4.144	4.997	21%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

Como se desprende del cuadro 5 el gasto prestacional cumple con los requisitos establecidos en la normativa (Resolución N° 109/2000), que establece que más del 80% del gasto total debe destinarse a prestaciones, en tanto que el gasto administrativo no debe superar el 8% del total. La liquidez prestacional también se ubica en los parámetros establecidos por la normativa, siempre en relación al

conjunto de Obras Sociales Nacionales, ubicándose muy por encima de 1. Lo mismo ocurre con el indicador de endeudamiento total y endeudamiento corriente.

En síntesis, podría decirse que la situación financiera del consolidado de Obras Sociales Nacionales es solvente y no evidencia problemas para afrontar los gastos que requieren su población afiliada. No obstante, ello no implica que puedan existir dificultades financieras para algunos agentes del seguro de salud, que no cuentan con la escala necesaria o los recursos suficientes para hacer frente a sus obligaciones. Al no formar parte de un sistema único, la existencia de diferentes niveles de ingresos por beneficiario en cada institución, la derivación de afiliados (y sus ingresos) a otras instituciones, así como la diversidad de planes y modalidades de contratación impide concluir sobre la situación financiera de las diferentes instituciones. Lamentablemente no se cuenta con información desagregada por Obra Social que permita realizar este análisis y seguimiento caso por caso.

Cuadro 5: Situación financiera del consolidado de Obras Sociales, 2013-2014

	2013	2014	
Gasto Prestacional > 80%	83,73	84,29	1%
Gasto Administrativo < 8%	7,25	6,98	-4%
Capital de Trabajo (mill. de \$)	15.227	19.262	26%
Disponibilidades + Inversiones a corto plazo (mill. de \$)	11.547	15.181	31%
Liquidez Prestacional (>1)	2,27	2,30	1%
Rotación de deuda prestacional (hasta 120 días)	59	56	-5%
Endeudamiento Total (<2)	1,11	1,07	-4%
Endeudamiento Corriente (<1)	0,93	0,91	-2%

Nota: Según la Resolución N^o 109/2000 SSSALUD se define a Capital de trabajo: Activo corriente-pasivo corriente; Liquidez prestacional: Activo corriente/pasivo corriente prestacional; Rotación de deuda prestacional: Deuda prestacional/gastos prestacionales promedio por mes; Endeudamiento total: Pasivo total/patrimonio neto y Endeudamiento corriente: Pasivo corriente/Patrimonio neto.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

De manera particular, debe mencionarse la existencia de un procedimiento para la identificación de Obras Sociales en crisis definido en el Decreto N° 1400/2001. En el artículo N° 18 de dicha norma se establecen los procedimientos para definir la situación de crisis en Obras Sociales y los que se deben aplicar en dicho caso, tomando en cuenta las siguientes circunstancias:

- a) Desde el punto de vista institucional, prestacional y de atención al beneficiario, la existencia de riesgos que alteren el normal suministro de las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio.
- b) Desde el punto de vista económico, la existencia de riesgo en la continuidad del Agente, situación que se detectará por los desvíos de los índices de monitoreo específicos.
- c) Desde el punto de vista financiero, la existencia de graves dificultades del Agente para afrontar sus obligaciones financieras, situación que se detectará por los desvíos de los índices de monitoreo específicos (véase recuadro 2).

RECUADRO 2: ANEXO II del Decreto N° 1400/01. Sistema de diagnóstico de situación de crisis

I. — Definiciones

1. — Situación de crisis. Un Agente del Seguro de Salud se encuentra en situación de crisis cuando el factor de criticidad, según las definiciones del Anexo II del Decreto N° 1400/2001, es superior al valor límite de SESENTA Y CINCO (65).

2. — **Factor de Criticidad.** Se define como factor de criticidad el cociente entre la sumatoria de la valorización de los Criterios Nos. 1, 2, 3 y 4, y el número TRES COMA DOS (3,2) multiplicado por el número CIEN (100).

II. — Criterios

Criterio N° 1 - Aspectos prestacionales, jurídico institucionales y de atención al beneficiario.

Consiste en el grado de cumplimiento con requisitos prestacionales, jurídico-institucionales, contables y de atención al beneficiario, evaluados objetivamente de acuerdo con una metodología y calificados según una escala que será establecida por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se valorizará con CERO (0) a los agentes que presenten un adecuado cumplimiento.

Se valorizará con UNO (1) a los agentes que presenten un inadecuado cumplimiento.

Criterio N° 2 - Indicadores económico-financieros.

Se definen de acuerdo con la denominación, fórmula y valores de la siguiente tabla:

N°	Nombre del Indicador	Fórmula Valor	Valor aceptado
1	Capital de trabajo	Activo Corriente - (Pasivo Corriente*0,75)	> 0
2	Endeudamiento total	Pasivo Total / Patrimonio Neto	< 2
3	Endeudamiento corriente	Pasivo Corriente / Patrimonio Neto	< 1
4	Patrimonio Neto	Activo Total - Pasivo Total	> 0
5	Inmovilización de Bienes de Uso	Bienes de Uso / Patrimonio Neto	< 1
6	Resultado Operativo	Resultado Operativo / Ingresos Totales	> 0
7	Nivel de Gasto Prestacional	Gasto Prestacional x 100 / Ingresos Totales	> 0 = 80%
8	Nivel de Gastos Administrativos	Gastos Administrativos x 100 / Ingresos Totales	< 0 = 8%
9	Rotación de Créditos por Aportes y Contribuciones	Créditos por Aportes y Contribuciones / Promedio Mensual de Ingresos por Aportes y Contribuciones	< 2,3
10	Rotación Deuda Prestacional	Deudas Prestacionales / Gastos Prestacionales Promedio Mes	90/120 días
11	Liquidez Prestacional	Activo Corriente / Pasivo Corriente	> 1
12	Cantidad de Beneficiarios	Cantidad de Beneficiarios	> 10.000

Se valorizará con CERO (0) a los Agentes que presenten SEIS (6) o menos índices fuera de rango.

Se valorizará con UNO (1) a los agentes que presenten SIETE (7) o más de los índices fuera de rango.

Criterio N° 3 - Capacidad de repago.

Capacidad de repago es el cociente entre pasivo corriente total del agente, neto de inversiones líquidas, y la recaudación ordinaria diaria.

Se valorizará con CERO (0) a los Agentes que presenten una capacidad de repago de hasta CIENTO CINCUENTA (150) días.

Se valorizará con UNO (1) a los Agentes que presenten una capacidad de repago superior a CIENTO CINCUENTA (150) días.

Criterio N° 4 - Dependencia de subsidios financieros.

Habrà dependencia de subsidios financieros toda vez que el agente hubiere percibido durante los últimos DOS (2) años calendario subsidios equivalentes a DOS (2) meses de recaudación.

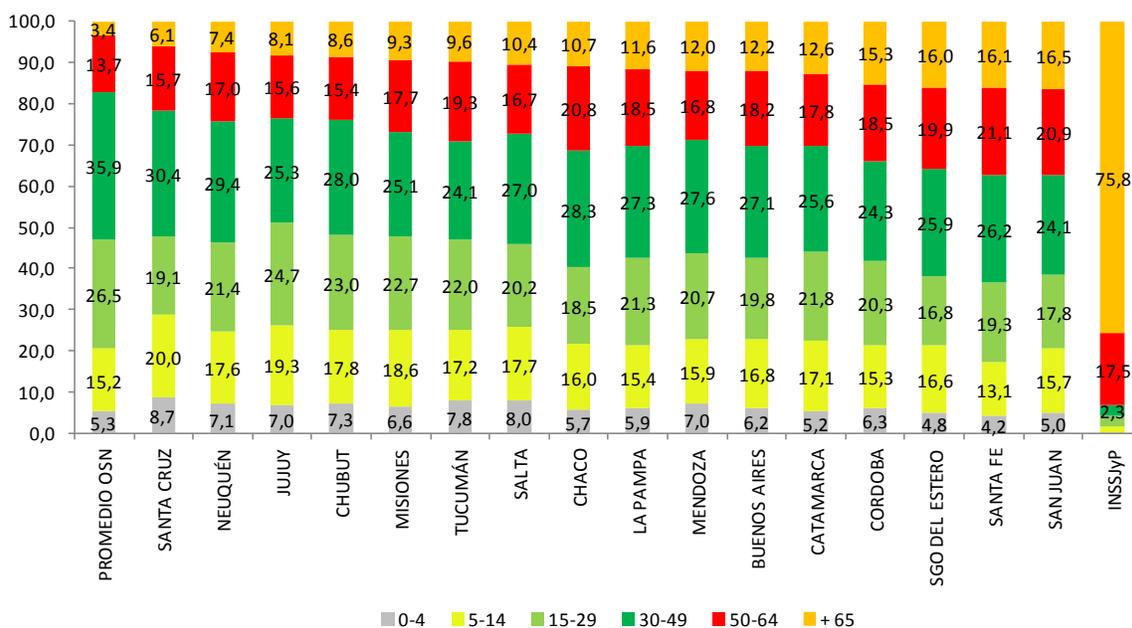
Se valorizará con CERO (0) a los Agentes que hubieran recibido subsidios financieros de la Administración de Programas Especiales, en una cantidad tal que el promedio mensual de los subsidios recibidos en los dos últimos años calendario, dividido por el importe informado como ingreso ordinario mensual en el último Estado de Origen y Aplicación de Fondos presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, sea inferior a CIENTO SESENTA Y SIETE CENTESIMOS (0,167).

Se valorizará con DOS CENTESIMOS (0,2) a los agentes con relaciones superiores a CIENTO SESENTA Y SIETE CENTESIMOS (0,167).

Fuente: Decreto N° 1400/2001.

El análisis de la situación financiera para otros financiadores de la Seguridad Social (algunas OSP e INSSJyP) arroja conclusiones distintas. Ello se encuentra vinculado con las poblaciones cubiertas en ambos casos (gráfico 14). Como ya se ha mencionado, en las OSP, en general se incorporan los jubilados y pensionados de las cajas provinciales en los casos en que no se transfirieron al sistema nacional, en tanto que en el INSSJyP, la incorporación de nuevos afiliados con un parcial correlato por el lado de los recursos impactó de manera significativa en la sostenibilidad financiera del organismo. No obstante, en ambos casos, la posibilidad de acceder a financiamiento no contributivo proveniente de los presupuestos provinciales y nacional (alternativa que no se encuentra disponible para las Obras Sociales Nacionales) permite hacer frente a la demanda de prestaciones y las necesidades de financiamiento, si bien en algunos casos puede llegar a registrarse un ajuste vía calidad o cantidad de las prestaciones brindadas, habida cuenta que estas instituciones no se encuentran obligadas a brindar el PMO sino que definen en forma autónoma sus propios paquetes prestacionales. Asimismo, las necesidades financieras en muchos casos dan lugar a subsidios cruzados con el sector público provincial, que se pueden expresar en deuda con hospitales públicos.

Gráfico 14: Pirámide poblacional comparada entre OSP, promedio OSN e INSSJyP



Fuente: Elaboración propia sobre la base de COSSPRA, INSSJyP y Superintendencia de Servicios de Salud

El cuadro 6 resume los datos financieros relevados para un conjunto de institutos provinciales de salud que representan más del 70% del total de OSP. Allí se cuantifica la magnitud de los resultados financieros en relación a los ingresos totales de cada institución y se constata que, en general, el mismo no supera el 15% de los recursos totales del organismo.

Cuadro 6: Situación financiera de Obras Sociales Provinciales, 2015

	Ingresos	Gastos	Resultado		
	Totales	Totales			
	<i>millones de pesos</i>			<i>% de ingresos totales</i>	
Buenos Aires (IOMA)	17.299	17.566	-	267	-1,5%
Catamarca (OSEP)	1.240	1.391	-	151	-12,2%
Córdoba (APROSS)	4.078	4.478	-	400	-9,8%
Chubut (ISSyS)	2.525	2.358		167	6,6%
ENTRE RIOS (IOSPER)	2.393	2.393		-	0,0%
FORMOSA (IASSEP)	588	588		-	0,0%
LA RIOJA (APOS)	623	622		1	0,1%
MENDOZA (OSEP)	3.167	3.296	-	129	-4,1%
MISIONES (IPS)	2.643	2.641		2	0,1%
SALTA (IPS)	1.198	1.198		-	0,0%
SANTA FE (IAPOS)	4.159	4.707	-	547	-13,2%
TIERRA DEL FGO (IPAUSS)	1.035	925		109	10,6%

Nota: los datos corresponden a ejecución o presupuesto correspondiente al ejercicio 2015. Los datos de Chubut corresponden a la ejecución 2014 y los de Entre Ríos al Presupuesto 2016.

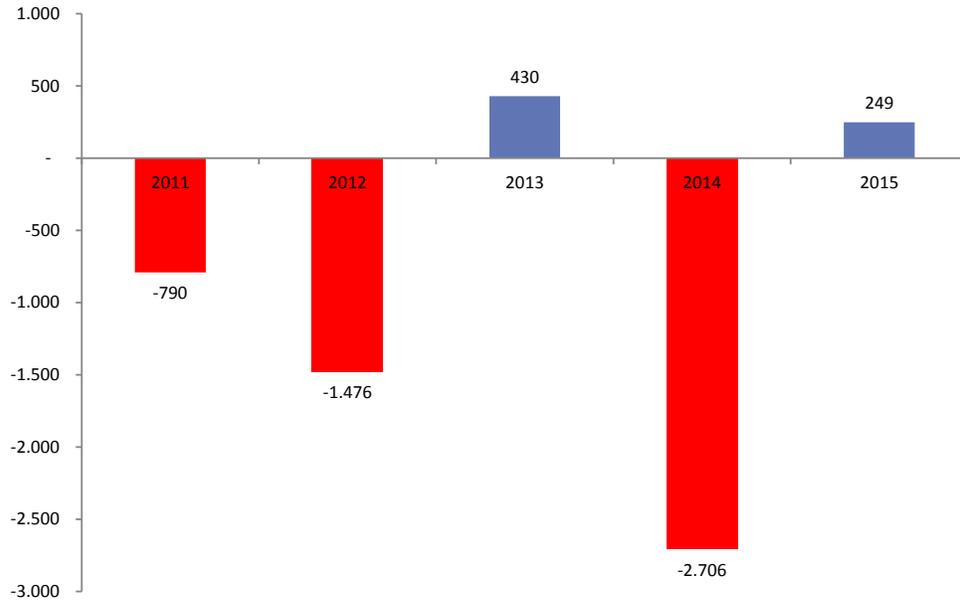
Fuente: Elaboración propia sobre la base de relevamiento realizado.

Con el objeto de conocer la evolución reciente de los resultados financieros del INSSJyP el gráfico 15 muestra que desde el año 2011 se destaca la alternancia de una tendencia creciente de desequilibrios con algunos años levemente superavitarios. Para completar esta visión, el cuadro 7 presenta el esquema Ahorro-Inversión-Financiamiento incorporado en el Mensaje de Presupuesto para la Administración Pública Nacional para el año 2017. Allí se puede comprobar la previsión de un presupuesto equilibrado gracias a transferencias presupuestadas de fondos no contributivos por el equivalente a 0,38% del PIB.

Por último, aun cuando no tenga impacto inmediato sobre las cuentas del PAMI, debe señalarse que una reciente legislación (Ley N° 27260) conocida como “Programa Nacional de Reparación Histórica para Jubilados y Pensionados”, instituye una Pensión Universal para el Adulto Mayor, de carácter vitalicio y no contributivo, para todas las personas residentes en el país de sesenta y cinco años de edad o más, que no sean beneficiarios de otra pensión, sea este de carácter contributivo o no contributivo. De especial interés para este informe es señalar que en su Artículo N° 17 la ley establece que los titulares de la Pensión Universal para el Adulto Mayor tendrán derecho a las prestaciones que otorga el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Con el objeto de contribuir al financiamiento de esas prestaciones, el mismo artículo establece que por cada beneficiario que acceda a las prestaciones, el Tesoro Nacional ingresará las sumas equivalentes al monto que ingresaría como aportes un jubilado al que le corresponda la prestación mínima. Estas erogaciones serán financiadas mediante rentas generales.

Dos comentarios son necesarios para aclarar este aspecto. En primer lugar, la previsión de fondos de rentas generales que hace la ley es claramente insuficiente para atender las prestaciones que ofrece el PAMI, toda vez que su financiamiento depende mayormente de los aportes de los activos y en una proporción muy menor de los propios pasivos. En segundo lugar, y en sentido contrario a lo anterior, debe reconocerse que estas prestaciones ya están cubiertas en la actualidad al haberse incorporado al PAMI la totalidad de jubilados que lograron ingresar mediante medidas de emergencia (moratorias) sin haber cumplido con los requisitos en relación con años de aportes. Habiéndose anunciado una nueva reforma previsional para los próximos años, en el texto de la misma ley, deberá prestarse atención al impacto futuro sobre el PAMI.

Gráfico 15: Evolución del resultado económico del INSSJyP, 2011-2015. En millones de pesos.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

Cuadro 7: Esquema AIF del INSSJyP, Presupuesto 2017

CONCEPTO	En mill. de \$	En % del PIB
I INGRESOS CORRIENTES	116.468	1,48
- Contrib. a la Seguridad Social	85.608	1,09
- Ingresos no Tributarios	338	0,00
- Rentas de la Propiedad	362	0,00
- Transferencias Corrientes	30.159	0,38
II GASTOS CORRIENTES	113.530	1,44
- Gastos de Consumo	14	0,00
. Remuneraciones	11.857	0,15
. Bienes y Servicios	2.098	0,03
- Rentas de la Propiedad	-	
- Prestaciones de la Seguridad Social	-	
- Transferencias Corrientes	99.575	1,26
III RESULT. ECON.: AHORRO/DESAHORRO (I-II)	2.938	0,04
IV RECURSOS DE CAPITAL	-	
V GASTOS DE CAPITAL	354	0,00
VI RESULT. FINANCIERO	2.583	0,03
TOTAL RECURSOS (I+IV)	116.468	1,48
TOTAL GASTOS (II+V)	113.884	1,44

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

4.4. Relación de la seguridad social con otros subsectores

Si bien es conocido que el nivel de intermediación en el subsector de la seguridad social es elevado y creciente, no existen datos disponibles y suficientes que permitan dimensionarlo adecuadamente. Las contrataciones siguen diferentes modalidades, coexistiendo pagos por prestación y contratos con pagos por capitación. Si bien se trata de una temática compleja y poco estudiada, esta sección incorpora información que se espera acerque una primera aproximación a un tema complejo que demanda mayor atención.

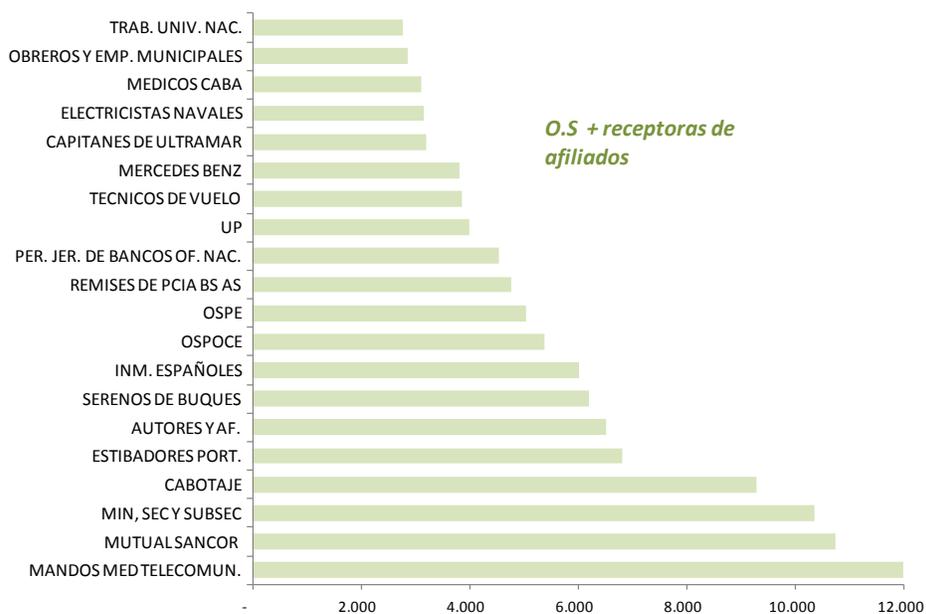
Las instituciones de seguridad social en salud mantienen fuertes vínculos con los restantes subsectores, toda vez que está lejos de tener una red de prestadores propios que le permita atender la demanda de sus afiliados. Las obras sociales suelen demandar servicios a los hospitales públicos, a efectores privados y a diferentes redes de prestadores organizados bajo diversas modalidades. Adicionalmente, durante los últimos años se profundizó una especial y algo borrosa relación entre la seguridad social y la medicina prepaga.

Como es sabido, en teoría, las OSN debieran brindar cobertura de salud a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares, a partir del aporte de un porcentaje de los salarios, mientras que las EMP reciben cuotas de aporte voluntario a cambio de cobertura para la población que no forma parte de los trabajadores asalariados o bien son trabajadores informales, que desean tener un seguro de salud. Históricamente, los seguros privados se desarrollaron asimismo con el aporte de los trabajadores formales que, aun teniendo acceso a las obras sociales, al no estar satisfechos con su cobertura decidían comprar una cobertura adicional.

Sin embargo, la incorporación del proceso de libre opción de Obra Social y desregulación de la contratación de los prestadores de los servicios relacionados al cuidado de la salud (Decreto N° 9/1993) implicó un cambio significativo. Dicho decreto menoscabó de manera importante la solidaridad fragmentada que caracterizaba previamente al sistema de obras sociales, donde los afiliados aportaban a las distintas entidades en función de su rama de actividad sin la posibilidad de derivar sus aportes a otras obras sociales, favoreciendo la solidaridad al interior de cada rama de actividad. La libre opción, al permitir que los beneficiarios se apropien de su aporte, fomentó la concentración de los afiliados de mayores ingresos y menor riesgo en un grupo determinado de Obras Sociales con mejor prestación de servicios o en aquellas intermediarias que se emplearon como “puente” para derivar recursos de la Seguridad Social al sistema prepago. Si bien no les está permitido a las EMP competir con las OS, algunas de éstas han realizado convenios con aquellas para que brinden cobertura a sus afiliados. De esta manera, los trabajadores tienen la posibilidad de ejercer su derecho de elección en favor de una OSN que tenga convenio con la EMP de su preferencia y utilizar su aporte obligatorio como parte de pago de su seguro privado de salud.

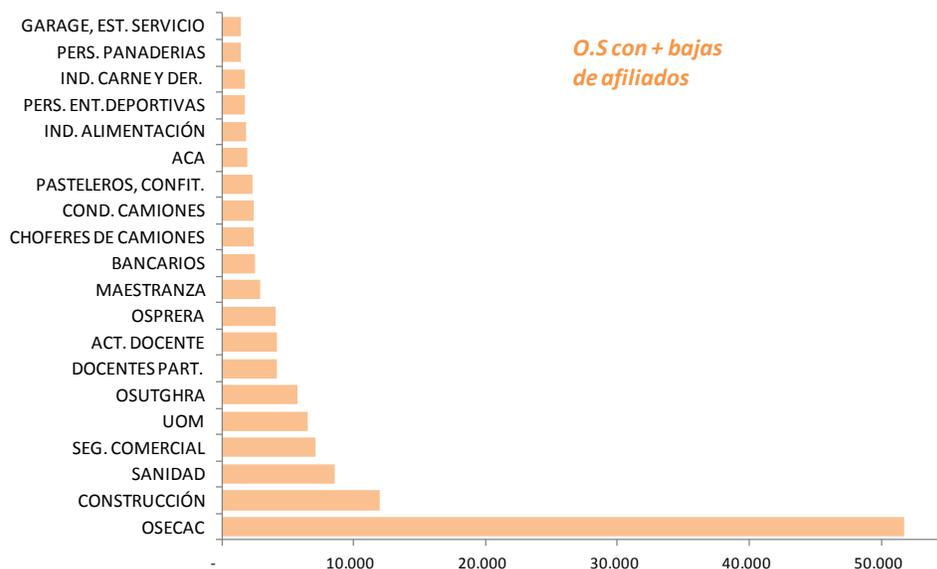
Los gráficos 16 y 17 brindan una aproximación a la importancia de los traspasos entre obras sociales. Allí se muestran los movimientos de beneficiarios hacia y desde las instituciones que tuvieron más traspasos durante el año 2014, como consecuencia de la opción de cambio por ellos ejercida. De esta manera, se concreta un fuerte «descreme» del sistema, quedando reducido el impacto redistributivo al funcionamiento del FSR. El aporte a las obras sociales, en consecuencia, queda restringido a las características propias de un bien meritório.

Gráfico 16: Traspasos de Obras Sociales: Recepciones de las instituciones con mayor cantidad durante 2014



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

Gráfico 17: Traspasos de Obras Sociales: Bajas de las instituciones con mayor cantidad durante 2014



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SSSALUD.

Como se adelantó, el otro aspecto de las relaciones de la seguridad social con los restantes subsectores se define a través de las diferentes modalidades mediante las cuales se contratan servicios en los subsectores público y privado. En el primero de

los casos, y en un intento por favorecer la coordinación entre los diversos subsectores y mejorar el financiamiento del subsector público, se ha propiciado, desde hace décadas, la prestación de servicios al sistema de seguridad social contra el reintegro de sus gastos. No obstante, las dificultades por parte de los efectores públicos de salud para recuperar gastos asociados a la atención de beneficiarios de Obras Sociales y/o Seguros Privados de salud se traducen en importantes subsidios cruzados.

Resulta de particular interés dimensionar la cuantía de estos subsidios asumidos por el sub-sector público en favor de las Obras Sociales del sector privado y las empresas de medicina prepaga. Lamentablemente, si bien se desarrollaron propuestas de medición nunca fueron llevadas a la práctica, lo que posibilitaría el diseño de reformas que pudieran aumentar la eficiencia del sector y mejorar su impacto redistributivo.

Un estudio de este tipo debiera considerar la existencia de nomencladores propios en cada seguro de salud para el pago de prestaciones, así como las complejidades propias de la medición del producto hospitalario. En Argentina, el financiamiento hospitalario responde a criterios históricos con un elevado nivel de rigidez en el gasto dado que el componente más importante es el pago en Recursos Humanos. Salvo excepciones, los hospitales no registran la información de los pacientes a partir de una historia clínica digital única, ni tampoco miden el producto hospitalario.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que al no existir una normativa general que organice la provisión de servicios de salud y el derecho de cada ciudadano a utilizar los provistos por cada subsector, en el ámbito sindical (a cargo de las obras sociales) se suele reclamar la injusticia del cobro de estos reintegros, toda vez que sus afiliados contribuyen tanto al financiamiento de estas instituciones mediante las cargas sobre el salario como al del sector público mediante el pago de los restantes impuestos. Sirva esto como ejemplo de la necesidad de tener una regulación más clara del sector.

Por último, resta considerar las modalidades de contratación entre la seguridad social y el subsector privado. Esta temática fue objeto de pocas pero sustantivas contribuciones en la literatura, donde se han enfatizado las mutaciones experimentadas en un mercado con importantes asimetrías informativas, rentas innovativas y difícilmente regulado. En especial, Katz y Muñoz (1988) pusieron el acento sobre la puja distributiva entre los subsectores y, ante la ausencia de una efectiva regulación del sector, los precios relativos incorporados en el Nomenclador introducido en el año 1977 se convirtió en un instrumento regulador de los precios relativos del sector (Cetrángolo et al., 1992). La desregulación del sector durante los años noventa terminó de erosionar la importancia de ese nomenclador.

En los años noventa el pago por módulo comienza a reemplazar el pago por prestación y entre las obras sociales (incluyendo el PAMI) se comienza a delegar la definición de mecanismos de contratación en los nuevos administradores, bajo la denominación de gerencadoras o redes. Se desarrollan modalidades de contratación capitada que se definen de manera diferente en cada caso, donde la ausencia de previsibilidad en las contrataciones y la inestabilidad de las redes definen una particular relación de poder dentro del sector, dominado por proveedores individuales (Báscolo, 2008).

En los primeros años del presente siglo, a la salida de la crisis macroeconómica, las entidades financiadoras presentaban diferentes combinaciones de modalidades de contratación y pago, reconociendo en los extremos al PAMI, donde predominaba la contratación por capitación, y OSDE, con pagos por prestación. Sin duda, la menor restricción presupuestaria que ha enfrentado esta última obra social ha influido en la modalidad de contratación predominante. En cambio, las instituciones con menor capacidad financiera han utilizado históricamente los contratos de capitación como una forma de adecuar sus gastos a sus posibilidades.

En los años posteriores se produjo un importante proceso de integración vertical que, de acuerdo con Oggier (2012) fue más importante para las prestaciones del primer nivel de atención en la Región Metropolitana (CABA y Conurbano Bonaerense). Allí, sólo el 50% de los afiliados recibían servicios terciarizados, en sus dos terceras partes mediante la modalidad capitada.

Finalmente, aún cuando existe menos información, conviene hacer algunos comentarios sobre lo que se cree ha sucedido durante los últimos años. En primer lugar, y tal vez como rasgo distintivo del sector argentino de la salud, los acuerdos entre algunas obras sociales y las empresas de medicina prepaga implican una derivación de afiliados hacia la medicina privada y la utilización de las contribuciones como parte de pago de los seguros. Como se vió, la obra social se queda con una porción de la cuota por habilitar ese traspaso (una suerte de “peaje”) y se afecta seriamente el componente redistributivo del sistema.

En segundo lugar, las nuevas condiciones del entorno macroeconómico, caracterizado por relativamente elevadas tasas de inflación habrían reducido la importancia de los contratos de capitación y, en su lugar, parecería que están predominando los contratos que involucran el pago por módulos de atención, lo que también se vincula con el pago por módulo a través del SUR.

En el caso particular de la contratación de Médicos de Cabecera por parte del PAMI, se deben considerar las modificaciones incorporadas en la Resolución N° 1.895 del año 2016. De acuerdo con la misma cada Médico de Cabecera tendrá un máximo de beneficiarios de 700 y la modalidad de pago es mixta, conformada por cápita y pago por prestación. El valor de la cápita para médicos de cabecera asciende para los meses de diciembre 2016 y enero 2017 a la suma \$16 y a partir de febrero de 2017 a la suma de \$20,37, siendo aplicable el mismo al ámbito de todas las Unidades de Gestión Local. Asimismo, se estableció que se reconocerá un veinte por ciento adicional para la zona Patagónica.

Dado que el sistema prevé el pago por acto médico donde el profesional recibe su remuneración según el número y tipo de servicios brindados, es necesario, primero, clasificar los servicios, luego valorizar la prestación en unidades arancelarias (honorarios médicos, bioquímicos, odontológicos, etc.) y después fijarles un valor a cada unidad. Este valor multiplicado por la cantidad de unidades que tiene la prestación, determina el precio final que se deberá abonar. En el caso de la “Consulta de Médico de Cabecera” la Resolución N° 1.895/16 estableció en que tenga asignadas 10 unidades de tipo honorario, aplicable al ámbito de todas las Unidades de Gestión

Local y en su Anexo III estableció el valor de la unidad honorario en \$ 7. Los médicos que atiendan a poblaciones rurales percibirán por cada consulta, un 20% más en relación a quienes atienden en ámbitos urbanos (IECS, 2016b).

Por último, y más allá de la información que se ha podido recopilar sobre modalidades de contratación por parte de diferentes instituciones de la seguridad social, resulta más importante señalar que no existen estudios oficiales ni rutinas de seguimiento de estas modalidades por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, lo que marca las limitaciones de la regulación del subsector.

5. Reflexiones finales

El presente documento ha tenido como objeto brindar una evaluación acerca del funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Argentina. La presente sección cierra el informe resaltando los aspectos que se entienden como los de mayor relevancia para evaluar las falencias y desafíos futuros del sistema. En ese sentido no intenta ser un resumen de lo ya expresado. De manera especial, se hará referencia a los problemas derivados de su fragmentación, la situación financiera de las instituciones aquí consideradas, las deficiencias regulatorias y de gobierno y se introducirán, por último, un grupo de desafíos futuros que se entienden de mayor relevancia.

5.1. Sistema fragmentado de cobertura universal heterogénea

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, además del eventual pago de bolsillo. En cuanto a la provisión pública, tampoco es homogénea ya que la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional.

Como resultado de lo anterior, los recursos destinados al financiamiento de la salud en Argentina son considerables. En 2013 (último año disponible) ascendían a cerca de un 9% 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. La elevada magnitud de los recursos volcados al sector salud da cuenta de la universalidad de la cobertura y también de la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población.

En Argentina, la fragmentación que presenta su seguridad social en salud debe ser entendida desde su organización institucional, su financiamiento, cobertura y, muy importante para este informe, desde su gobierno. El resultado es un sistema sumamente ineficiente e inequitativo, con escaso margen para mejorar la situación distributiva del país.

Actualmente existen 292 Obras Sociales Nacionales que brindan atención de salud a más de 14 millones de afiliados en todo el territorio nacional; 24 institutos

provinciales que proveen servicios a cerca de 7 millones de afiliados, mientras que el INSSJyP cubre a alrededor de 5 millones de afiliados. Este subsector absorbe la mayor proporción de recursos en el sistema de salud argentino. Como se vio, la cobertura y recursos de cada institución son sumamente diversos.

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.

El análisis al interior del subsistema de Obras Sociales Nacionales revela un elevado nivel de concentración en términos de afiliados: el 5% de las Obras Sociales absorben más del 50% de los afiliados y concentra el 48% de los recursos totales. Si se considera el universo de institutos provinciales, la magnitud de cada uno depende de la importancia del empleo provincial en cada territorio, su nivel salarial y la incorporación, en cada caso, de empleados provinciales y jubilados de regímenes provinciales. Se ha visto que la envergadura que detenta el IOMA en la provincia de Buenos Aires (Instituto Obra Médico Asistencial, IOMA) es muy importante, con casi dos millones de afiliados.

En relación con los beneficiarios del INSSJyP, la obra social más grande del país, su cobertura se ha visto incrementada de manera significativa por efecto de las diferentes moratorias previsionales que se dieron a partir del año 2005, 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.

En suma, es importante notar que 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.

5.2. Fragmentación de los problemas de solvencia

Si bien la situación financiera del consolidado de Obras Sociales Nacionales es solvente, ello no implica que puedan existir dificultades financieras para algunos agentes del seguro de salud. Al no formar parte de un sistema único, la existencia de diferentes niveles de ingresos por beneficiario en cada institución, la derivación de afiliados (y sus ingresos) a otras instituciones, así como la diversidad de planes y modalidades de contratación impide concluir sobre la situación financiera de las diferentes instituciones. Lamentablemente no se cuenta con información desagregada por Obra Social que permita realizar este análisis y seguimiento caso por caso. En relación con el PAMI, su solvencia parece depender de las reformas que puedan hacerse a su funcionamiento pero, tal vez más importante, las consecuencias de

medidas tomadas en el ámbito de la política previsional, que tiene un impacto poco estudiado sobre el PAMI. Por último, la situación de las Obras Sociales Provinciales es dispar y dependientes de la política de empleo e ingresos dentro de los gobiernos subnacionales. De todos modos, se trata de un grupo poblacional de ingresos medios más elevados y con cobertura homogénea hacia el interior de cada institución. Por supuesto, la asistencia de los fiscos provinciales puede ser muy importante, aunque es un tema que requiere de estudios adicionales.

En el subsector de Obras Sociales Nacionales el FSR dista mucho de tener efectos importantes para eliminar las diferencias de capacidades financieras entre las diferentes instituciones, a pesar de las modificaciones que se experimentaron en su operatoria, ya que de manera simultánea al accionar de este fondo y los subsidios en él incorporados se desarrolló un proceso de traspaso de afiliados hacia coberturas diferenciadas, aumentando las desigualdades hacia el interior del subsector.

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, aún quedaría más de una tercera parte del costo del PMO sin ser cubierta. Se ha observado 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.

En síntesis, existe una importante disparidad en el nivel de ingresos que disponen las distintas instituciones que conforman el sistema para financiar las prestaciones de salud. Ello tiene su justificación bastante aceptada al considerar el mayor nivel de recursos con que cuenta el INSSJP, ya 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 alícuotas (que no son uniformes) y, en menor medida, de los diferentes grupos familiares.

5.3. Deficiente regulación y gobierno del sistema

Resulta claro que una de las principales falencias del sistema refiere a su gobernanza. El Ministerio de Salud de la Nación tiene escasa injerencia sobre el funcionamiento del sector en su conjunto y su presupuesto resulta insignificante en relación con el gasto total en salud que se realiza en el país. No sólo tiene poco poder efectivo sobre la seguridad social sino que aún para la provisión pública su papel es relativamente poco significativo en un sistema descentralizado a las provincias. Por su parte la Superintendencia de Servicios de Salud funciona más con criterios políticos que técnicos, y no tiene poder sobre las obras sociales provinciales y el PAMI. Aquellas tienen dependencia de los gobiernos provinciales y el PAMI es la obra social con

mayor cantidad de afiliados y se maneja con una gran independencia de las autoridades sectoriales. Tampoco la Superintendencia de Servicios de Salud regula otras obras sociales para ciertos grupos específicos de la población, que carecen de regulación y de las que no es posible acceder a información

Un aspecto particular que ilustra sobre la necesidad de mayor regulación del sector se refiere a la ausencia de estudios sistemáticos sobre la relación entre los diferentes tipos de instituciones, las formas de contratación y otros aspectos que definen, en última instancia, la rentabilidad de cada una de las instituciones y la puja distributiva en el sector de la salud.

Si bien es conocido que el nivel de intermediación en el subsector de la seguridad social es elevado y creciente, no existen datos disponibles y suficientes que permitan dimensionarlo adecuadamente.

Las instituciones de seguridad social en salud mantienen fuertes vínculos con los restantes subsectores, toda vez que está lejos de tener una red de prestadores propios que le permita atender la demanda de sus afiliados. Las obras sociales suelen demandar servicios a los hospitales públicos, a efectores privados y a diferentes redes de prestadores organizados bajo diversas modalidades. Adicionalmente, durante los últimos años se profundizó una especial y algo borrosa relación entre la seguridad social y la medicina prepaga.

Lamentablemente, pese a la importancia de estos aspectos para el funcionamiento del sector, se trata de aspectos muy débilmente relevados y estudiados. Es claro que se requiere un gran esfuerzo por avanzar en este sentido y, en el caso de la Superintendencia, mejorar la regulación de las instituciones incorporando esta temática. Las modalidades de contratación terminan teniendo una importancia esencial al momento de definir la distribución de recursos entre los involucrados, con importantes impactos sobre equidad y evidencia.

Por último, y más allá de la información que se ha podido recopilar sobre modalidades de contratación por parte de diferentes instituciones de la seguridad social, resulta más importante señalar que no existen estudios oficiales ni rutinas de seguimiento de estas modalidades por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, lo que marca las limitaciones de la regulación del subsector.

5.4. Algunos desafíos futuros

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 y no dependen de reformas exclusivamente sectoriales. Sin duda, estos desafíos sólo podrán tener alguna posibilidad de ser enfrentados con éxito en el largo plazo. 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. Claramente, este no es el lugar para analizar esas condiciones, pero inevitablemente algunas consideraciones sobre las

restricciones han estado implícitamente incorporadas en los argumentos aquí presentados.

Adicionalmente, y aún cuando se trate de metas de largo plazo, se requiere una reflexión permanente sobre el sendero de reformas que permitiría hacer posible la construcción de un sistema de salud más cercano a los objetivos señalados en el párrafo anterior. Difícilmente pueda pensarse hoy en reformas drásticas en el sistema. En consecuencia, y sin pretender agotar la presentación de los desafíos futuros, se considera necesario concluir con un grupo de iniciativas que tiene especial relación con los objetivos del documento y debieran formar parte de ese sendero.

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. El proceso deberá ser cuidadosamente diseñado e instrumentado para evitar reacciones negativas, pero las reformas deberán tender a establecer niveles de financiamiento de las coberturas en función de las necesidades de cada grupo poblacional y no de sus niveles de ingreso u otra característica ajena al propio sector.

Lo anterior requiere, por un lado encontrar algún mecanismo para 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. Finalmente, la eliminación de subsidios cruzados con el sector público y la coordinación de éste con la seguridad social demandará cambios normativos de mayor envergadura, aunque puede seguir trabajándose en los márgenes de lo que la legislación existente lo permita. Mejorar el gobierno del sector en su conjunto dependerá de que ello sea posible.

Una línea de trabajo que fue iniciada en años anteriores, y sobre la que se debiera persistir, es en el aseguramiento y nominalización de la totalidad de la población sin cobertura de seguros. El camino iniciado por los programas Nacer-Sumar y Remediar debieran ser continuados hasta alcanzar toda la población sin seguro explícito. En esta misma línea, se deberá mantener, de manera permanente, un padrón de beneficiarios de los diferentes segmentos para diseñar medidas que completen la cobertura pero, al mismo tiempo, ayuden a combatir el ineficiente uso de recursos por la existencia de múltiple cobertura

Por último, un tema que ha sido tratado con mayor atención en el presente documento se refiere a las deficiencias regulatorias. Es claro que se requiere la construcción de una Superintendencia con mayor nivel de profesionalismo e independencia de las instituciones objeto de regulación. De manera particular, se ha señalado la necesidad de dar seguimiento a las diferentes modalidades de contratación, subsidios cruzados y sus impactos distributivos hacia el interior de la seguridad social y en la relación de ella con los restantes subsectores de la provisión de salud. Siguiendo con esa línea, se debiera explorar la posibilidad de concretar acuerdos para lograr la efectiva

regulación de los institutos provinciales y para integrar al PAMI, así como fortalecer la efectiva regulación del sector privado proveedor de servicios de manera independiente o para el resto de los subsectores, al igual que la producción de medicamentos y otros bienes y servicios de alta tecnología.

Finalmente, aunque muy sabido, es conveniente volver a recordar que el estado de salud de la población no depende sólo del patrón de acceso a los servicios de salud, ni del modelo de atención de las enfermedades, ni de su forma de financiamiento. Existen numerosos factores que trascienden al sector y tienen gran incidencia sobre el estado de salud. Ellos también deben ser considerados al diseñar las políticas del sector, considerando las particularidades de cada región en un territorio tan extenso y dispar.

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

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. 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 A. Goldschmit (2012), "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.; Goldschmit, A.; Gómez Sabañi, J.C. y Morán, D. (2013); "Desempeño del régimen de Monotributo en la formalización del empleo y ampliación de la protección social", Documento de Trabajo N°4, Oficinal de la OIT en 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>

IECS (2016a), Definición de Políticas de Cobertura en Argentina: PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías, Informe Técnico, Ciudad de Buenos Aires.

IECS (2016b), Evaluación del nuevo modelo prestacional para el primer nivel de atención del PAMI, Informe Técnico, Ciudad de Buenos Aires.

Katz, J. y A. Muñoz (1988), "Organización del sector salud: puja distributiva y equidad.", CEPAL, 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.

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

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.