



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

Las políticas sanitarias del subsistema de la seguridad social en la pandemia del COVID -19 (2020-2021)

AUTORA: MARCELA IRIGOYEN

TUTORA: GIMENA LORENZI

[OCTUBRE DE 2023]



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



Agradecimientos

Agradezco a los docentes y directivos de la Maestría por los conocimientos transmitidos y por la dedicación durante todo el proceso de cursada. Extiendo el agradecimiento también a mis compañeros por todos los momentos compartidos.

Quisiera reconocer muy especialmente a mi tutora, Gimena Lorenzi, por su profesionalismo y por la confianza que tuvo en mí para lograr esta instancia tan esperada.



Índice

Índice	3
Índice de figuras	4
Lista de abreviaturas	5
Resumen	7
Introducción.....	9
Estrategia metodológica.....	12
Técnicas de recolección	14
Técnicas de análisis y procedimientos	16
Capítulo 1: Caracterización del sistema de salud argentino	19
Historia, características y fallas del sistema de salud	19
Formación histórica y transformaciones del subsistema de la seguridad social	23
El rol del FSR en el financiamiento de la seguridad social.....	29
Capítulo 2: La administración de los recursos del FSR en la emergencia sanitaria	37
La gestión de los recursos del SUR en la pandemia	39
El Mecanismo Integración durante la pandemia.....	51
Capítulo 3: La reforma del sistema de libre elección.....	60
Regular para revertir asimetrías	61
Particularidades y problemáticas de las obras sociales nacionales	64
Comentarios finales.....	73
Bibliografía	90
Normativa consultada	93
Leyes	93
Decretos	94
Decisiones administrativas.....	95
Resoluciones	95
Páginas web consultadas	98
Anexo. Cuestionarios de entrevistas	99



Índice de figuras

Figura 1: Composición del seguro	28
Figura 2: Fondo Solidario de Redistribución (FSR)	32
Figura 3: Distribución de los subsidios automáticos.....	34
Figura 4: Evolución del monto del Mecanismo de Integración	35
Figura 5: Evolución del monto del Mecanismo de Integración	58
Figura 6: Distribución de afiliados por Obras Sociales Nacionales.....	66
Figura 7: Distribución geográfica de la población	67



Lista de abreviaturas

- AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos)
- ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad)
- ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social)
- ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud)
- APE (Administración de Programas Especiales)
- ASE (Obra Social del Personal de Dirección Acción Social de Empresarios)
- ASPO (Aislamiento social, preventivo y obligatorio)
- ATP (Asistencia de Emergencia Trabajo y Producción)
- CEDyAT (Centro de Desarrollo y Asistencia Tecnológica)
- CGT (Confederación General del Trabajo)
- COFESA (Consejo Federal de Salud)
- COSSPRA (Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina)
- CUS (Cobertura Universal de Salud)
- DINOS (Dirección Nacional de Obras Sociales)
- DISPO (Distanciamiento, social, preventivo, obligatorio)
- EMP (Empresas de Medicina Prepaga)
- FSR (Fondo Solidario de Redistribución)
- INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales)
- IOMA (Obra Social de la Provincia de Buenos Aires)
- ObSBA (Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires)
- OMS (Organización Mundial de la Salud)
- OSCHACA (Obra Social de Choferes de Camiones)
- OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios),
- OSDOP (Obra social de Docentes Particulares)
- OSACAC (Obra Social de los Empleados de Comercio)
- OSN (Obras Sociales Nacionales)
- OSPAT (Obra Social del Personal de la Actividad del Turf)



OSPECON (Obra Social del Personal de la Construcción)
OSPOCE (Obra Social del Personal del Organismo de Control Externo)
OSPr (Obras Sociales Provinciales)
OSPRERA (Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina)
OSPSA (Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina)
OSUOMRA (Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina)
OSUPCN (Obra Social Unión Personal de la Nación)
PAMI (Obra Social para Jubilados y Pensionados, Programa de Asistencia Médica Integral)
PMA (Plan Médico Asistencial)
PMO (Programa Médico Obligatorio)
PMOE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia)
RNEMP (Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga)
RNOS (Registro Nacional de Obras Sociales)
SANCOR (Obra Social Asociación Mutual Sancor Salud)
SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales)
SSS (Superintendencia de Servicios de Salud)
SUMARTE (Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial)
SUR (Sistema Único de Reintegro)
TAD (Trámites a Distancia)
TIC (Tecnologías de la información y de las comunicaciones)
UP (Unión Personal)



Resumen

La irrupción de la pandemia de COVID-19, a principios del 2020, evidenció la importancia de los sistemas sanitarios para garantizar el acceso a la salud y las prestaciones médicas necesarias para el pleno ejercicio del derecho a la salud. En medio de la crisis sanitaria, el Gobierno nacional elaboró una serie de políticas sanitarias destinadas a dar respuesta a una crisis que afectó a los sistemas de salud de todo el mundo.

El sistema de salud argentino se encuentra dividido en tres subsectores: el público, la seguridad social y la medicina privada. Los dos primeros se rigen por la solidaridad para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de la población, mientras que el último sostiene otro tipo de lógica. Asimismo, el sistema de salud se caracteriza por un alto grado de fragmentación en la prestación de los servicios de salud. En este marco, el abordaje de la emergencia sanitaria implicó una serie de decisiones específicas en cada uno de los sectores para lograr la sostenibilidad del sistema de salud.

En este trabajo se busca describir las políticas llevadas a cabo al interior del subsistema de la seguridad social del sistema sanitario durante 2020 y 2021. En ese marco, desde una estrategia descriptiva, se indagan los cambios de gestión y en la administración del subsistema de seguridad social para dar respuesta a las diversas demandas sanitarias durante el periodo de emergencia.

Para ello, en primer lugar, se describen los cambios de procedimientos en los procesos de compensación económica del Gobierno a las obras sociales nacionales durante la vigencia de la emergencia sanitaria. También, se revisan los mecanismos elaborados para dar estabilidad al servicio de salud a los beneficiarios con discapacidad sostenibilidad y los mecanismos de compensación económica excepcional que el Estado Nacional concedió al mecanismo de integración para compensar los costos adicionales que afrontaron durante la pandemia. En segundo lugar, se examinan las transformaciones que establece el Decreto 438/2021, que modifica el sistema vigente de libre elección de obras sociales e impide la opción de cambio de agente de seguro durante el primer año de empleo de los trabajadores en relación de dependencia. Por último, se realizan algunos comentarios sobre esos cambios realizados en el



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



contexto de pandemia para optimizar procesos y resultados de gestión, con el objetivo de evitar el desfinanciamiento y la crisis del subsistema de la seguridad social.



Introducción

El abordaje de esta problemática, desde el marco de las políticas públicas, se presenta como una herramienta apropiada para investigar la formulación de políticas sanitarias en el subsistema de seguridad social y el rol que desempeñó el Estado para dar respuesta a la crisis. En esta línea, en el presente trabajo se realiza un análisis descriptivo sobre algunas decisiones que se tomaron para afrontar las dificultades del subsistema de la seguridad social durante 2020 y 2021, mientras sucedía la pandemia del COVID-19.

El sistema de salud argentino se encuentra descentralizado y fragmentado, constituido por tres subsistemas: el público, el privado y el de la seguridad, que se organizan en torno a las obras sociales que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Este sistema plantea algunos problemas de funcionamiento vinculados a la falta de integración entre los subsistemas que lo componen, la inequidad respecto del servicio que reciben los ciudadanos, problemas de financiamiento, entre otros.

En la actualidad, toda la población argentina tiene acceso al subsistema público de salud, y alrededor de un 64 % de los habitantes tiene otra cobertura que, en la mayoría de los casos, es una obra social nacional o provincial. También existe el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI, que brinda asistencia médica integral a las personas mayores, y la cobertura de los usuarios de empresas de medicina prepaga (EMP), que puede ser de contratación voluntaria o usuarios que desregulan aportes (Bustos, 2022, diapositiva 11).

El subsistema argentino de la seguridad social tuvo alrededor de 14 millones de beneficiarios en 2022, teniendo en cuenta el régimen general que realiza aportes y las contribuciones de los empleadores, y los beneficiarios de regímenes especiales, conformado por el servicio doméstico y el monotributo, que aportan una suma fija. Esta realidad da como resultado una recaudación promedio per cápita baja que conlleva una situación deficitaria en los ingresos en las obras sociales que conforman el subsistema de la seguridad social. Esta problemática se ve agravada por la posibilidad de desregular aportes de las obras sociales nacionales a las EMP porque posibilita que los beneficiarios con mayores salarios o los más jóvenes, que en términos



normales son los que menos usan el servicio de salud, opten por la medicina prepaga al desregular aportes para obtener opciones superadoras.

Asimismo, el Programa Médico Obligatorio (PMO) incluye una canasta amplia de prestaciones obligatorias y servicios de salud esenciales que todas las obras sociales y EMP deben garantizar a la población beneficiaria. Se trata de un listado establecido por el Ministerio de Salud que se va actualizando periódicamente. El objetivo es que cualquier persona, sin importar el monto de sus aportes, tenga garantizado el acceso a los servicios básicos de salud.

Dentro de esa lista de prestaciones que los agentes del seguro deben cumplir, se encuentran aquellas que implican el uso de tecnologías sanitarias imprescindibles por los resultados en prevención, seguridad, mejoras en la salud y calidad de vida. Sin embargo, su financiamiento requiere de una asignación de fondos tan elevada que se convierte en un problema para los sistemas de salud. En consecuencia, la correcta incorporación y el financiamiento de las tecnologías se han convertido en un verdadero desafío para todo el sistema sanitario.

Además, el PMO, en Argentina, establece la cobertura de prestaciones relativas al rubro discapacidad, que implican un porcentaje sustancial del gasto total de los agentes del seguro. La normativa vigente instituye obligaciones de las prestaciones básicas de tipo preventivas, de rehabilitación, terapéuticas, educativas, asistenciales y servicios específicos que deben ser brindadas por las obras sociales.

En este ámbito, la pandemia del COVID-19 puso en evidencia estas dificultades e incluso, en algunos casos, profundizó los problemas existentes. El contexto de emergencia sanitaria posibilitó el resurgimiento del debate sobre el sistema sanitario en nuestro país. A la vez, obligó al Gobierno nacional a elaborar políticas sanitarias para dar respuesta a una crisis que afectó a los sistemas sanitarios de todo el mundo. En consecuencia, se tomaron algunas decisiones tendientes a moderar la crisis del sistema de salud en su conjunto y del sistema de la seguridad social en particular.

El objetivo general del presente trabajo es analizar la política sanitaria para la asignación de recursos de las obras sociales nacionales durante 2020 y 2021. La intención es conocer las políticas sanitarias que dieron sustentabilidad al subsistema de la seguridad social durante esos años. Para ello, en primer lugar, se van a analizar los dispositivos por los que el Estado transfirió



fondos a los agentes del seguro de salud para compensar gastos ocurridos durante 2020 y 2021, haciendo énfasis en los cambios en los mecanismos administrativos y de gestión para el recupero de fondos que utilizan las obras sociales y para la transferencia de recursos por subsidios.

Asimismo, se exploran las políticas de compensación a las obras sociales para retribuir los costos por servicios de los afiliados con discapacidad durante 2021 y 2022. La efectiva prestación de servicios de salud a estos afiliados fue una de las mayores preocupaciones de los agentes del seguro y del Estado, por tratarse de un grupo vulnerable. Pero, también, porque implica uno de los gastos más importantes para el subsistema de seguridad social.

Luego, se examinan las transformaciones generadas por el Decreto 438/2021, que impide la libre elección de obra social para los trabajadores en relación de dependencia durante el primer año de empleo. Este decreto, emitido durante la emergencia sanitaria, implicó un cambio estructural del sistema de seguridad social, que tiende a beneficiar a los agentes del seguro de salud con el propósito de que no pierdan beneficiarios y, de esta manera, puedan paliar los efectos de la crisis.

Todas estas cuestiones se abordaron a partir del supuesto tentativo que guía esta investigación: el Gobierno llevó a cabo un plan de asistencia para el fortalecimiento de las obras sociales nacionales durante 2020 y 2021 que benefició a las obras sociales. Este apoyo se implementó a partir de la modificación de distintos mecanismos administrativos y de gestión para dar respuesta eficiente en un contexto excepcional, así como también mediante un aumento de los recursos para dar sostenibilidad al subsistema de la seguridad social.

En efecto, el propósito de este trabajo es analizar esta problemática a partir de las herramientas teóricas sobre el funcionamiento del Estado y la gestión de las políticas públicas que se brindan en la Maestría de Administración Pública. Los conocimientos desarrollados a lo largo de la cursada permiten comprender los cambios ocurridos en el funcionamiento del sistema sanitario en general y del subsistema de la seguridad social en particular. Así, se espera que esta investigación pueda utilizarse como insumo para repensar el sistema de salud de nuestro país, en especial, a partir de la oportunidad que generó la pandemia de revisar las políticas sanitarias



para mejorar el funcionamiento y la coordinación entre los subsistemas público, privado y de la seguridad social.

Estrategia metodológica

La estrategia metodológica del presente trabajo toma como marco conceptual la definición de Hernández Sampieri, quien expone que “la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema” (2007, p. 4). El abordaje de Souza Minayo (2007) también guía este proceso: la autora revela que existe un ciclo de la investigación que posee una labor artesanal y creativa que se realiza, fundamentalmente, por un lenguaje fundado en conceptos, proposiciones, métodos y técnicas. Así, explica que “la investigación es un proceso de trabajo en espiral que comienza con un problema o una pregunta y termina con un producto provisorio capaz de dar origen a nuevos interrogantes” (2007, p. 21).

En este marco, el área de análisis de esta investigación es la política sanitaria del Estado Nacional con relación a la asignación de recursos a las obras sociales nacionales en el marco de la emergencia sanitaria de 2020 y 2021. Particularmente, la situación problemática que motiva el presente trabajo es la crisis financiera que atravesaron las obras sociales durante la emergencia sanitaria declarada por la pandemia del COVID-19. Durante ese periodo, las obras sociales percibieron menores ingresos debido a la caída de los aportes y asumieron un incremento de los gastos para hacer frente a una situación sanitaria extraordinaria.

Para abordar la investigación, se utiliza un tipo de diseño cualitativo que permite construir categorías a partir de los datos empíricos que van surgiendo del trabajo de campo, para luego ir relacionándolas entre sí y llegando a conceptos de mayor nivel de abstracción. Para ello, en un primer momento, se lleva a cabo una etapa de acercamiento al tema de la investigación para lograr una familiarización sobre el tema de análisis, tal como lo propone Hernández Sampieri (2007). Luego, se realiza una revisión de la literatura especializada sobre el tema de estudio para detectar conceptos clave y evaluar las categorías relevantes de investigaciones previas que permitieron profundizar la interpretación. Asimismo, se revisaron los artículos académicos de los principales referentes en la materia y del material de estudio de la Maestría de



Administración Pública. Esta primera instancia del análisis resultó fundamental para conocer mejor el contexto y elaborar el marco teórico.

La investigación cualitativa permite desarrollar preguntas de investigación antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. En general, primero se descubren las preguntas de investigación más importantes que se van perfeccionando y respondiendo en una acción indagatoria que se mueve de manera dinámica entre los hechos y su interpretación (Hernández Sampieri, 2007). En este sentido, la pregunta inicial de la investigación es la siguiente: ¿cuáles fueron las decisiones de política sanitaria que tomó el Gobierno con relación a las obras sociales nacionales (OSN) durante la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19 en el período de 2020 a 2021? De este interrogante principal, se desprenden una serie de preguntas específicas que guían el desarrollo del proyecto. Estas son las siguientes: ¿cuáles fueron los procedimientos de compensación económica del Gobierno a las obras sociales nacionales durante la vigencia de la emergencia sanitaria de 2020 y 2021? ¿Qué implican los estímulos económicos excepcionales para gastos de discapacidad a las OSN? ¿Cuáles fueron los cambios que estableció el Decreto 438/2021, que modifica el sistema de libre elección de obras sociales para los trabajadores durante el primer año de empleo?

Hernández Sampieri (2007) añade que el enfoque cualitativo es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha realizado aún investigación al respecto. En este caso, el objeto de análisis es un tema reciente del que todavía no se cuenta con un volumen de estudios disponible, ya que la crisis sanitaria generada por la pandemia del COVID-19 es una situación actual y sus consecuencias se están conociendo en el presente. El supuesto de base que se planteó de manera preliminar para desarrollar la investigación es que el Gobierno llevó a cabo un plan de asistencia que permitió el fortalecimiento de las OSN durante 2020 y 2021. Sin embargo, durante el proceso de investigación, se fueron generando conjeturas de trabajo que condujeron el análisis mientras se recababan más datos.

Como ya se mencionó, el objetivo general que guía la investigación es conocer las decisiones que tomó el Gobierno con relación al subsistema de las obras sociales que modifican la dinámica y el funcionamiento del segmento del sistema de salud que se ocupa de la seguridad social en nuestro país, en el contexto de la emergencia sanitaria del COVID-19 durante 2020 y 2021. Para resolver este propósito, se realizó un diseño descriptivo, dado que este tipo de



investigación busca caracterizar un hecho o un fenómeno y va a medir de forma independiente las variables que aparecen enunciadas en los objetivos de investigación (Sabino y Reyes, 1999).

A su vez, los objetivos específicos que ordenan la investigación son, en primer lugar, analizar los procedimientos de compensación económica del Gobierno a las obras sociales nacionales durante la vigencia de la emergencia sanitaria en 2020 y 2021. En segundo lugar, conocer sobre el estímulo económico excepcional que se concedió a las OSN para compensar los costos adicionales que afrontaron durante la pandemia por los servicios de los afiliados con discapacidad. En tercer lugar, indagar sobre los cambios que establece el Decreto 438/2021, que modifica el sistema de libre elección de obras sociales para los trabajadores durante el primer año de empleo.

En suma, el primer momento de la investigación estuvo dedicado a interrogarnos preliminarmente sobre el objeto de estudio, el análisis de las teorías y los presupuestos teóricos en los que se enmarcan la investigación y la búsqueda de la metodología apropiada. Luego, en un segundo momento, se diagramó el trabajo de campo, que representa un momento relacional y práctico de fundamental importancia exploratoria (Souza Minayo, 2007). Esta etapa será detallada en el siguiente apartado.

Técnicas de recolección

En el enfoque cualitativo, la recolección de datos resulta fundamental para obtener lo que luego se va a convertir en información del objeto de análisis. La finalidad de esta tarea es comprender los datos y responder a partir de ellos a las preguntas de investigación para generar conocimiento (Hernández Sampieri, 2007).

Con respecto a los instrumentos de recolección, en la indagación cualitativa no son estandarizados. Se trabaja con múltiples fuentes de datos que pueden ser entrevistas, observaciones directas, documentos, material audiovisual, entre otros. Por eso, en la presente investigación se combinó, por un lado, un proceso exhaustivo de recolección de material documental, bibliográfico y normativo. Por otra parte, se realizaron entrevistas a actores clave para el proceso de política sanitaria que se busca conocer.



Los documentos formales, como informes de gestión y memorias institucionales, fueron una fuente importante de datos cualitativos que permitieron pensar el fenómeno central de estudio y el contexto institucional en el que se tomaron las decisiones sanitarias. Asimismo, fue fundamental el análisis en profundidad de la normativa oficial, como resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), del Ministerio de Salud de la Nación, decisiones administrativas de la Jefatura de Gabinete y decretos presidenciales. En estos documentos legales, se plasman las decisiones sanitarias del periodo analizado.

En la etapa de recolección de datos, se realizaron entrevistas a funcionarios que participaron en la toma de decisiones y en el proceso de ejecución de las políticas analizadas. Se construyó una muestra de expertos porque fue necesaria la opinión de actores clave en el proceso de decisión y en la implementación de las políticas sanitarias. Esta muestra se conformó por autoridades y funcionarios de la Superintendencia de Servicios de Salud que fueron entrevistados en función de la información precisa que poseen y sus opiniones especializadas.

Así, en el inicio de la investigación, se llevó adelante una entrevista por cada objetivo específico con funcionarios de nivel gerencial del organismo, de modo que cada uno pudiera brindar mayor información sobre el tema de análisis. Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas, ya que son una herramienta que permite conformar “una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández Sampieri, 2007, p. 436).

En el caso de las entrevistas para el desarrollo del primer objetivo, se realizó una primera reunión donde se abordaron varias líneas de análisis y, luego de comenzar a procesar la información, se solicitó una segunda entrevista al mismo funcionario con el fin de revisar algunos puntos que resultaron interesantes para profundizar. Para el desarrollo de los otros dos objetivos, también fue necesario consultar a funcionarios de alto nivel de decisión de las áreas específicas a investigar. Luego, se realizaron nuevas reuniones con funcionarios que cumplen tareas técnicas en las mismas áreas, de modo que pudieran aportar otro punto de vista que complementara la información inicial. A partir de estas últimas entrevistas, surgieron algunos detalles y referencias sobre el proceso de implementación de las políticas sanitarias analizadas. Si bien al momento de planificar el proyecto no estaba calculado hacer dos entrevistas para cada objetivo, el cambio de estrategia permitió mejorar el acceso a los datos.



En todos los casos, las entrevistas partieron de un formulario breve y fueron pensadas como disparadores para el acceso a información y datos sobre el proceso de elaboración de las políticas sanitarias. Se realizaron con un formulario abierto que contemplaba alrededor de cinco preguntas formuladas durante el análisis de documentos y normativas, pero en todos los casos, el cuestionario fue ampliado con nuevas repreguntas, ya que la experiencia de los funcionarios resultó sumamente enriquecedora. Para registrar la información obtenida, se tomaron apuntes durante cada entrevista.

En el proceso cualitativo, la muestra remite a un “grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia” (Hernández Sampieri, 2007, p. 438). En esta línea, en la presente investigación, el método utilizado es de tipo no probabilístico. Se usa un muestreo teórico que implica que, a la vez que se recoge y analiza la información, se decide qué datos escoger. De esta manera, va emergiendo una definición gradual de la muestra en el proceso de investigación para definir categorías y propiedades. Luego, cuando ocurre la saturación empírica, se finaliza con el muestreo porque ya no se encuentra ninguna información adicional por medio de la cual desarrollar propiedades de la categoría o construir nuevas categorías (Vasilachis, 2006).

Técnicas de análisis y procedimientos

En virtud de la estrategia de investigación, se utilizó para el procesamiento de datos el método de la teoría fundamentada, una técnica flexible que realiza simultáneamente la recolección y el procesamiento de datos. Con este método, la investigación se desarrolló inmersa en el campo de estudio de modo de observar y fortalecer la comprensión del fenómeno investigado. Esto significa que la teoría fue emergiendo con relación a los datos que se fueron obteniendo en el proceso de recolección y análisis de datos. Se trata de un proceso no lineal, que, en ocasiones, implica retornar al campo para buscar nuevos datos (Hernández Sampieri, 2007).

Con este método se elaboran categorías a partir de la información obtenida en las entrevistas y en los documentos analizados. Luego, se distinguieron las categorías más frecuentes y



significativas para el análisis, y se descartaron aquellas menos frecuentes. Por último, se agruparon las categorías por temas para el análisis.

El análisis de la información recabada en las entrevistas y en la investigación de las fuentes normativas fue fundamental para el proceso de investigación. A partir de ese procedimiento, en primer lugar, se trabajaron los datos de forma detallada, se sistematizaron y se organizaron pormenorizadamente. Luego, se logró un proceso de síntesis de las categorías de análisis para estudiar los datos recabados a partir de las entrevistas y el análisis de documentos normativos. A su vez, se revisó el proyecto de investigación original donde se planteaba la idea de estudiar de forma independiente dos categorías: el funcionamiento del fondo SUR y el Mecanismo Integración. A partir del análisis en el proceso de investigación, se resolvió que era necesario estudiar estos dos sistemas de financiamiento de forma unificada, ya que tienen un origen común, que es el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). De esta manera, el procesamiento de los datos permitió reducir descripciones y notas de campo para sistematizar la información con el fin de obtener una visión más unificada del objeto de estudio.

Finalmente, luego de las etapas de recolección y sistematización de la información, se realizó un proceso de interpretación de los datos. Para ello, se retomaron conocimientos de otras investigaciones que se usaron como marco teórico para interpretar los datos y los resultados de la investigación. Luego, se elaboraron algunas proposiciones a modo de conclusiones en función del problema planteado y de los objetivos de la investigación.

En los siguientes capítulos, se van a caracterizar las decisiones que se tomaron para afrontar las dificultades del subsistema de la seguridad social durante la pandemia del COVID-19. Para ello, en el capítulo 1, se realizará una descripción del sistema sanitario argentino con énfasis en el subsistema de la seguridad social, y luego, se especificarán las principales problemáticas y los mecanismos de compensación económica del sistema nacional del seguro de salud. En el capítulo 2, se realizará una descripción de las decisiones que se tomaron desde el Gobierno nacional para dar respuesta a la crisis financiera que atravesaron las OSN en el contexto de emergencia sanitaria. En el capítulo 3, se indagará acerca de los cambios que establece el Decreto 438/2021, que modifica el sistema de libre elección de obras sociales para los trabajadores durante el primer año de empleo en la coyuntura de la emergencia sanitaria. Para



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



terminar, se realizan algunos comentarios a modo de análisis de los resultados y cierre del trabajo.



Capítulo 1: Caracterización del sistema de salud argentino

En el presente capítulo, se realizará una caracterización del sistema sanitario en nuestro país, a modo de contexto, para luego centrarse en el desarrollo de la problemática específica de la tesis. En esta línea, se describirán las principales problemáticas vinculadas al sistema sanitario argentino y los puntos de vista de los autores más relevantes en la materia.

En la primera parte, se detallará la conformación del sistema de salud argentino, que se compone por el subsistema público, el subsistema privado y el de la seguridad social, y las características más relevantes de cada una de estas unidades. A su vez, se expondrán los principales cambios normativos que fueron configurando las características actuales del sistema sanitario.

Luego, se puntualizará sobre las obras sociales, que son financiadas mediante el aporte y la contribución obligatorios de los trabajadores que forman el sistema nacional del seguro de salud. Además, se describirán las principales reformas que se llevaron a cabo en el subsistema y las problemáticas existentes.

En tercer lugar, se especificarán los mecanismos de compensación económica del sistema nacional del seguro de salud, como el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y la gestión del Sistema Único de Reintegros (SUR). También se caracterizarán los subsidios para obras sociales nacionales que se disponen con recursos del FSR.

Historia, características y fallas del sistema de salud

En la actualidad, el sistema de salud argentino está conformado por tres subsistemas: el subsistema público, que se ocupa de la población de menores ingresos que no tiene cobertura de salud; el subsistema de la seguridad social, que brinda la cobertura a los asalariados; y el subsistema privado, que cubre el servicio de salud a la población de mayores ingresos, que lo paga de forma voluntaria. El sistema de salud logra alcanzar una extensa cobertura, principalmente, a través de la provisión del sector público y las instituciones de salud de la seguridad social. Sin embargo, esta amplia cobertura sanitaria coexiste con una falta de integración entre los subsectores público y privado, así como una marcada fragmentación al interior de cada uno de ellos (Cetrángolo y Devoto, 2002).



El subsistema público organiza la implementación de la cobertura a través de gestiones ministeriales descentralizadas por provincia, dando lugar a la atención de la población en establecimientos subnacionales. Estas instituciones son coordinadas por el Consejo Federal de Salud (COFESA), que se encuentra conformado por las autoridades sanitarias de cada jurisdicción y que funciona bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, máxima autoridad del país en materia sanitaria (Maceira, 2005, como se citó en Vargas de Flood, M. C., 2006).

Los gobiernos provinciales cuentan con autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Maceira (2018) explica que, en Argentina, a diferencia de otras naciones federales, existen profundas diferencias en la distribución del ingreso que se trasladan directamente al cuidado de la salud de los grupos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de atención. Por este motivo, es poco probable implementar un sistema de protección financiera homogéneo a lo largo del país.

El subsistema privado se encuentra constituido por organizaciones y servicios de diversas características: incluye a los profesionales que prestan servicios independientes, los establecimientos asistenciales y las EMP, que son las entidades de seguro voluntario. Además de ser prestador del servicio de salud, este sector actualmente cumple la función aseguradora y, en algunos casos, cuenta con infraestructura propia (Rovere, 2016).

La Ley 26682 considera empresa de medicina prepaga a toda persona física o jurídica que brinde prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas de pagos de adhesión. Asimismo, destaca que los efectores pueden ser propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa (art. 2). Estas sociedades pueden ser sociedades comerciales, mutuales, obras sociales con plan de adherentes, asociaciones civiles y cooperativas.



El tercer subsistema, el de la seguridad social, se conforma por obras sociales que son las organizaciones de la seguridad social financiadas mediante el aporte y la contribución obligatorios de trabajadores y empleadores. El subsector de la seguridad social cubre la mayor proporción de la población con una modalidad de afiliación obligatoria, a diferencia del sector privado, cuya afiliación es voluntaria y se financia con pago de bolsillo. La seguridad social se financia con aportes y contribuciones que son un porcentaje del salario de los beneficiarios, donde cada uno aporta el 3 % de su salario, mientras que los empleadores contribuyen con el 6 % de la remuneración (Ley 23660, 1989, art. 16). Además, existen los regímenes especiales de empleo conformados por los monotributistas y el servicio doméstico, que aportan una suma fija a la seguridad social.

Este subsector se encuentra dividido en tres grupos: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), dependiente del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; las 24 obras sociales provinciales (OSPr), dependientes del empleo público de las burocracias de cada provincia; y las obras sociales nacionales (OSN), que están sujetas al control del Estado e integradas al Sistema Nacional del Seguro de Salud. También forman parte de la seguridad social las obras sociales de las fuerzas armadas, de las universidades y los poderes Judicial y Legislativo que funcionan como entidades de derecho público no estatal.

Mario Rovere (2016) explica que la causa del fraccionamiento del sistema de salud en Argentina se centra en los cambios normativos que se fueron dando a lo largo de la historia. De acuerdo al autor, el problema de la fragmentación comenzó cuando la autodenominada “Revolución Libertadora” (1956-58) derogó la Constitución de 1949 e instaló una interpretación tendenciosa del derecho constitucional, que expresaba que no constaba en ningún marco normativo que las provincias hubieran delegado en la Nación la función de la salud pública y, en consecuencia, habría que considerar la salud como una función provincial.

El segundo hecho que fragmentó el sistema de salud argentino, según Rovere (2016), fue cuando la “Revolución Argentina” (1967-1970) promulgó el Decreto Ley 18610 en respuesta a una política de alianza con los sindicatos. Esta normativa extendió la cobertura de las obras sociales a toda la población en relación de dependencia e hizo obligatoria la afiliación de los trabajadores a dichas instituciones. Luego, el sistema de obras sociales se extendió también de forma obligatoria a los jubilados y pensionados (Ley 19032, 1971) con financiamiento



compulsivo sobre los trabajadores activos (Cetrángolo y Gatto, 2002). Estos cambios normativos dieron como resultado la multiplicación y consolidación institucional de agentes y el régimen de aportes de la seguridad social. En efecto, el rasgo saliente de esa etapa fue la expansión de la seguridad social en detrimento de la participación pública en el sistema de salud.

Al mismo tiempo, se quebró la solidaridad por rama de actividad al permitir que los afiliados de mayores ingresos pudieran elegir libremente su cobertura sin importar la actividad laboral. Este fenómeno, que se denomina “descreme”, facilitó la creación de una obra social para el personal de Dirección. Esta última práctica abrió el espacio a las empresas de medicina prepaga, que es para Rovere (2016) la tercera “bomba” de fragmentación del sistema de salud.

En el sistema público también fueron implementándose modificaciones a partir de la segunda mitad de los años setenta, cuando se reinició la tendencia a la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación. El resultado fue que la red de servicios estatales descentralizados quedó reservada a la atención de la población más carenciada. Así, se fue desdibujando el modelo de salud pública centralizado con un amplio programa de construcciones hospitalarias a lo largo del territorio nacional fundado por el Gobierno de Perón y su ministro de salud, Ramón Carrillo (Cetrángolo y Gatto, 2002).

Luego, a partir de los años noventa, se retomó la política descentralizadora con la transferencia de veinte establecimientos hospitalarios que el Estado nacional conservaba hasta ese momento, especialmente, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En esta oportunidad, de manera similar a lo que había ocurrido en la década de los setenta, los objetivos financieros predominaron sobre los requerimientos de la política sectorial.

Al respecto, Cetrángolo y Gatto (2002) opinan que la descentralización de las responsabilidades en materia de salud vulneró un principio elemental de la organización de las finanzas públicas entre distintos niveles gubernamentales: la ubicación de las responsabilidades de gasto y la provisión de los servicios en la esfera provincial fue posterior a la asignación de los recursos fiscales necesarios para atenderlas. Esta descentralización implicó un retroceso en materia de cohesión social, ya que se multiplicó la diversidad de situaciones provinciales a partir del



distinto funcionamiento del mercado de salud en cada provincia, así como de cada situación presupuestaria específica.

De esta manera, uno de los resultados de las reformas es la heterogeneidad que existe al interior del sistema. La fragmentación de las instituciones que lo componen constituye uno de los rasgos distintivos, al que se le suman la falta de coordinación y de articulación que atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (Bisang y Cetrángolo, 1997).

En suma, el sistema de salud actual es el resultado de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el sector público, que está integrado por los ministerios de salud nacional y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande; el sector privado, que lo constituyen las empresas de medicina prepaga que se financian, sobre todo, con primas que pagan las familias y/o las empresas; el sector de la seguridad social, que está organizado en torno a las obras sociales que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Esta conformación implica la convivencia fraccionada y desarticulada de los subsistemas que difieren respecto de su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con los que cuentan.

Formación histórica y transformaciones del subsistema de la seguridad social

La Ley de las obras sociales (Ley 18610, 1970) constituyó un impulso decisivo en la expansión del sistema de la seguridad social, al disponer un seguro compulsivo para todos los asalariados, financiado por el aporte personal y una contribución patronal calculados como un porcentaje fijo del salario. Esta ley conformó el subsistema de las obras sociales nacionales como organizaciones oferentes del seguro de salud sin fines de lucro, que en la mayoría de los casos, quedaron en manos de los sindicatos (Arnaudo et al., 2016). Desde fines de la década del sesenta, las obras sociales habían alcanzado un amplio desarrollo. Mientras que en 1967 brindaban cobertura a tres millones y medio de personas, para los primeros años posteriores a la sanción de la ley, el número de afiliados había llegado a, aproximadamente, 16 millones (Marshall, 1988).



En algunos casos, se efectuó una estrategia de prestación directa de servicios de salud a sus afiliados. Ejemplos de este tipo de organización fueron las obras sociales de los sindicatos de ferroviarios, bancarios, metalúrgicos, trabajadores de la carne y del personal civil de la nación. Para los pequeños y medianos sindicatos, la modalidad prevaleciente era la prestación indirecta a sus afiliados mediante convenios con colegios médicos, sanatorios, y farmacias privadas (Isuani y Mercer, 1988).

Con la Ley 18610, por un lado, se extendió la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia al establecer la afiliación obligatoria de los trabajadores y empresarios, según sector laboral, a la obra social correspondiente y se introdujeron las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaban. Por otro lado, se le otorgó al movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico al concederle la administración sindical de los recursos. De acuerdo con Cetrángolo y Goldschmit, “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” (2018, p. 9). En este sentido, Repetto y Alonso (2004) expresan que estas “clientelas cautivas” significaron un flujo asegurado de recursos implicados en dicha afiliación obligatoria, lo que —sumado a la ausencia de competencia— hizo que las entidades no tuviesen incentivos para eficientizar el gasto ni mejorar la calidad de los servicios.

En el marco de la Ley 18610 también se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como un ente regulador dependiente del Ministerio de Bienestar Social. El INOS era el organismo que se ocupaba de administrar un fondo de redistribución destinado a la asistencia financiera de las obras sociales que presentaban dificultades para cubrir el monto de sus egresos.

En la década del ochenta, la evolución del subsistema de seguridad social exhibió una constante ampliación de la cobertura que fue favorecida por un contexto económico en el que la mayoría de la fuerza laboral se insertaba en el mercado formal. Sin embargo, hacia fines de esta misma década, comenzó a cuestionarse la eficiencia de las entidades, la presencia de desigualdades en el financiamiento y la cobertura de servicios de salud entre beneficiarios de distintas obras sociales (Cetrángolo y Devoto, 2020). Ese contexto permitió que se tomaran las primeras



políticas de reformas del Estado y desregulación del sistema de salud que se llevaron a cabo en los noventa bajo la tutela de los organismos de crédito internacional.

En esta línea, Repetto y Alonso (2004) agregan que la crisis en el mercado de trabajo generó problemas respecto del financiamiento y cobertura de las obras sociales, ya que estas se financiaban con aportes del trabajador y contribuciones patronales sobre la nómina salarial. Los autores expresan que la tendencia a la fuerte caída del salario iniciada a mediados de los setenta es el principal factor que explica —por el lado del ingreso— los problemas de sostenibilidad financiera que han ido aquejando al sistema. Los problemas de desempleo creciente tienen impacto, sobre todo, en la disminución de la cobertura, mientras que sus efectos son más tenues en términos de financiamiento, pues la caída de aportantes también implica disminución de beneficiarios, aunque este ajuste no es automático porque la obra social debe garantizar durante un breve período de tiempo la prestación del servicio al desocupado (p. 17).

A todos estos problemas, se le sumó el aumento de la evasión impositiva en materia de seguridad social, que provocó crecientes dificultades en la recaudación de aportes y contribuciones. Estos inconvenientes financieros impactaron de manera disímil entre distintas obras sociales según la rama de actividad debido a los distintos niveles de salario medio entre ramas y a los diferentes niveles de evasión. Esto provocó una marcada heterogeneidad en la cantidad y calidad de las prestaciones que los beneficiarios recibían (Repetto y Alonso, 2004).

Luego, en diciembre de 1988, se sancionaron la Ley 23660 de obras sociales y la Ley 23661 del seguro de salud, que se encuentran actualmente vigentes y constituyen, junto con los decretos reglamentarios, el actual cuadro legal del subsistema de obras sociales. La primera ley establece que, en lo referente a prestaciones de salud, las obras sociales formarán parte del sistema nacional del seguro de salud en calidad de agentes naturales sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan.

Por su parte, la Ley 23660 delimita las distintas obras sociales comprendidas, que son las siguientes: las obras sociales sindicales, las obras sociales e institutos de administración mixta, las obras sociales de la administración central del Estado nacional y sus organismos autárquicos, las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado, las obras sociales del personal de dirección y asociaciones profesionales de empresarios, las obras sociales constituidas por



convenios con empresas privadas o públicas, y las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, de la Policía Federal Argentina (PFA), del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito. Asimismo, explicita que las obras sociales y entidades que no forman parte del sistema nacional del seguro son las obras sociales provinciales (por ejemplo, IOMA, de la provincia de Buenos Aires o la ObSBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), las obras sociales de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, las obras sociales de las Fuerzas Armadas o la PFA, que poseen un régimen regulatorio diferente.

Esta misma ley crea, en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social (actual Ministerio de Salud), a la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) como autoridad de aplicación de la ley, con jurisdicción sobre las obras sociales allí contenidas, actuando como organismo de control para los aspectos administrativos y contables. En cambio, la Ley 23661 tiene como autoridad de aplicación del seguro de salud a la ex Secretaría de Salud de la Nación, en cuyo ámbito funcionaría la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) como entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa.

La ANSSAL es el organismo que se ocuparía de la administración del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que había sido creado algunos años antes y el cual se conformaría con distintas clases de aportes percibidos de las contribuciones que recibieran las obras sociales. Esta norma también instituyó que corresponde al FSR cubrir las contingencias financieras y económicas de los agentes más deficitarios. Además, se establece que el fondo debe financiar la creación de infraestructura, planes y programas de carácter social en estas entidades.

Años más tarde, también en el marco de la reforma del Estado, se profundizó la desregulación y se realizó una nueva transformación que incorporó la libre elección de obras sociales. Los Decretos 9/1993 y 576/1993 permitieron que cada beneficiario pudiera reasignar sus aportes a la obra social de su elección: se quebraba, así, el esquema solidario por segmentos y se debilitaba el efecto de los subsidios cruzados entre afiliados de mayores y menores ingresos al interior de cada rama de actividad. En efecto, estos dos decretos favorecieron la concentración de los afiliados de mayores aportes y menor riesgo en un grupo determinado de obras sociales



o en planes de cada institución. A partir de esta nueva desregulación, cada obra social dejó de estar obligada a brindar un plan de cobertura único para todos sus afiliados (Cetrángolo, 2014). Por otra parte, al mismo tiempo que se flexibilizaron los mecanismos de elección, surgieron diversas estrategias de supervivencia de las obras sociales más pequeñas que ofrecieron como única ventaja comparativa servir de pasaje de los afiliados desde el sistema solidario al sistema de los seguros privados (Rovere, 2016). En efecto, se rompió el carácter solidario del sistema nacional del seguro de salud y su financiamiento se vio afectado por la transferencia de recursos al subsistema privado.

De este modo, al beneficiar la apropiación privada de los fondos de la seguridad social, los sindicatos perdieron parte de sus afiliados y disminuyeron los recursos que administraban. Al respecto, Acuña (2002) destaca que “el proyecto de desregulación de las obras sociales erosionó el monopolio de los sindicatos en la provisión y financiamiento de la cobertura de salud de los asalariados” (p. 41). Incluso, el autor observa que, aunque la desregulación total no llegó a legislarse, la amenaza de una nueva reforma que redujese uno de los recursos de poder más importantes del sindicalismo —el control de las obras sociales— fue utilizada como estrategia política del Gobierno. Esto generó una resistencia activa por parte del sindicalismo.

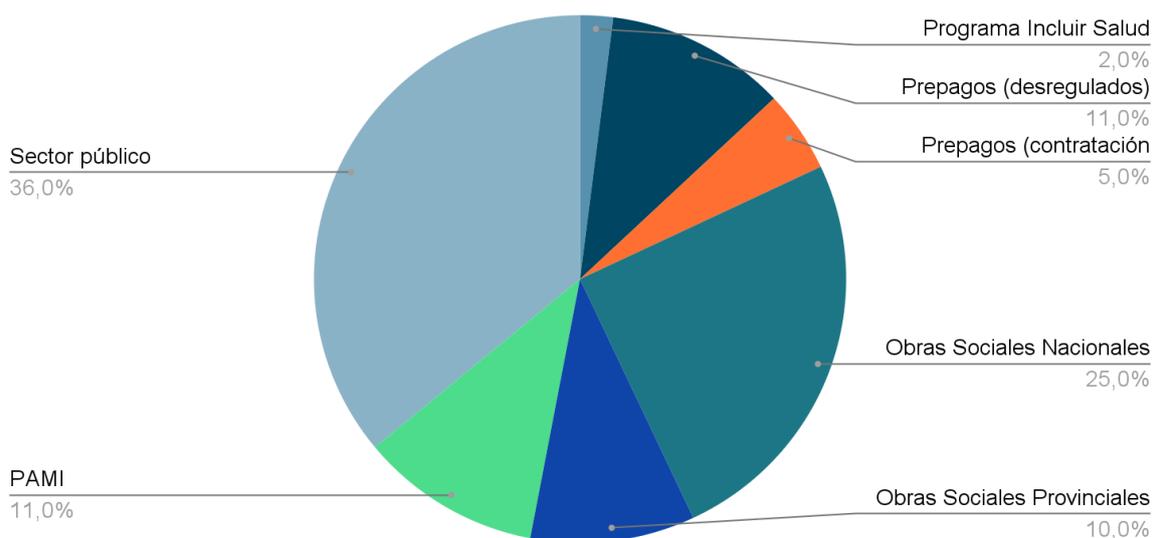
Como se evidencia, los cambios normativos de los años noventa no lograron un marco regulatorio efectivo para evitar estrategias de descreme mediante la diferenciación de planes al interior de cada obra social. Al contrario, esta dinámica fue acentuada con las asociaciones de facto, entre algunas obras sociales y empresas de medicina prepaga u obras sociales de personal de dirección, que han avanzado en la competencia mediante la oferta de planes de servicios diferenciales para captar la demanda de mayor poder adquisitivo. Esta liberación de la competencia suponía la necesidad de un Estado eficaz para regular y fiscalizar. Sin embargo, al igual que lo observado en otros campos de políticas públicas de la misma década, la introducción de cambios en las reglas de juego avanzó sin los marcos regulatorios integrales más adecuados (Repetto y Alonso, 2004).

En la actualidad, si se realiza un análisis aproximado sobre la distribución de la población al interior del sistema de salud argentino, se observa que, si bien el 100% de la población tiene acceso al sistema público de atención médica, el 64% de ese total tiene otro tipo de cobertura.



El 16% posee seguros privados; el 25%, obras sociales nacionales; el 10%, obras sociales provinciales; el 11 % tiene PAMI y el 2%, el programa federal Incluir Salud. Este último no es una obra social como tal, sino que se trata de un programa que brinda asistencia financiera a las provincias que se adhieren para ofrecer un servicio de salud a personas titulares de pensiones no contributivas afiliadas, que no cuentan con otro tipo de cobertura. Los prestadores del programa son los efectores públicos de las provincias, que son a su vez los encargados de la atención de los beneficiarios, de la gestión y resolución de los procedimientos administrativos para dicha atención.

Figura 1: Composición del seguro



Fuente. Adaptado de Bustos, 2022, diapositiva 13.

En efecto, esta fragmentación del sistema en su conjunto también se produce hacia adentro de cada uno de los subsectores. Las obras sociales nacionales son 297, a las que se les agrega una obra social provincial por cada una de las jurisdicciones, las obras sociales especiales y el PAMI. Además, hay importantes diferencias entre ellas respecto de la cantidad de afiliados y de los recursos que administran. Esa inequidad se pronunció en los noventa, cuando las obras sociales nacionales empezaron a competir entre sí por los afiliados, y continuó la década



siguiente con una profundización de la desregulación. A partir de ese momento, las empresas de medicina prepaga se empezaron a quedar con los aportes correspondientes a los salarios más altos. Esto desfinanció a la mayoría de las obras sociales, pero perjudicó especialmente a las más chicas y con menor nivel de recaudación.

El rol del FSR en el financiamiento de la seguridad social

En la actualidad, las obras sociales nacionales se encuentran reguladas y controladas por la Superintendencia de Seguros de Salud, creada en 1996 por el Decreto 1615. La Superintendencia se ocupa de la administración de los fondos de la seguridad social, de promover el desarrollo de las prestaciones médico asistenciales, coordinar y supervisar la política relativa a las obras sociales (Cetrángolo, 2014). En 2011, el organismo sumó funciones de fiscalización, control e inscripción de EMP (Ley 26682, 2011). Este organismo que fusiona la ANSSAL, el INOS y la DINOS se constituye en la autoridad de aplicación de las Leyes 23660 y 23661 para la supervisión, la fiscalización y el control de los agentes del seguro de salud.

La Superintendencia se creó en el marco de las reformas del Estado de los años noventa y sus funciones no distan demasiado de las que tenía la ANSSAL. Los cambios que se dieron con relación a la regulación fueron escasos y estuvieron relacionados con la atención directa al beneficiario para garantizar el cumplimiento del derecho a opción de obra social, así como la fiscalización del PMO. Sin embargo, la desregulación del subsistema exigía una mayor capacidad de control y fiscalización para lograr su cumplimiento efectivo (Repetto y Alonso, 2004).

La Superintendencia tiene a su cargo el Sistema Único de Reintegro (SUR) para el financiamiento de las intervenciones de alto costo del total de las obras sociales nacionales. Este mecanismo constituye uno de los elementos más importantes de redistribución y equidad transversal entre los agentes del seguro. A su vez, el SUR forma parte de un espacio de asignación de fondos más amplio —el FSR, que tiene el objetivo de subsidiar a las obras sociales relativamente más pobres, asociadas con la capacidad contributiva de sus beneficiarios (Maceira, 2020).



El objetivo principal del FSR es subsidiar a las obras sociales nacionales que reciben menores ingresos promedio por beneficiario, con el fin de equiparar niveles de cobertura obligatoria entre las distintas obras sociales. De esta manera, se intenta cubrir las contingencias financieras y económicas de las instituciones de la seguridad social más deficitarias, financiar la creación de infraestructura, planes y programas de carácter social de estas entidades. Al respecto, Maceira (2018) sostiene que el FSR garantiza la transferencia de recursos solidarios entre OSN para cubrir un PMO y propicia el financiamiento de la alta complejidad, el alto costo y la baja incidencia, y los programas especiales. Estas prácticas, consideradas de alto costo, son necesarias para el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja incidencia y alto impacto económico y social (Maceira, 2018, p. 19).

Cuando se creó el FSR, este se financiaba con el 10% de los aportes y las contribuciones destinados a las obras sociales, el 60% de otros ingresos y otros recursos de menor importancia. Luego, en 1989, se aprobaron las Leyes 23660 y 23661 que instituyeron —entre otros puntos— que las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios contribuyeran con un 15% de sus recursos por aportes y contribuciones (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Asimismo, el FSR recibe recursos producto de multas que se apliquen a las OSN en virtud de la ley, algunas donaciones que se puedan recibir, entre otras.

El FSR dependía, en su origen, de la Administración de Programas Especiales (APE) creada por el Decreto 53/1998. En ese entonces se realizaban compensaciones a las obras sociales nacionales con desembolsos tanto en patologías de alto costo como también para los tratamientos de enfermedades crónicas de cuidado prolongado. Esas compensaciones dependían de las resoluciones específicas para cada patología y, en el caso de aquellas no contempladas, el mecanismo era por la vía de excepción. Luego, se instituyó que las prestaciones cubiertas se establecerían a lo largo de los anexos de la misma resolución (Resolución 500, 2004). El propósito era centralizar los fondos y distribuir los riesgos de estas patologías de alto costo entre todos los beneficiarios. Sin embargo, la gestión de la documentación trajo dificultades para generar los adelantos o reintegros. Para enfrentar estos desafíos, se derogó la figura del subsidio y se estableció la obligación de presentar los expedientes solo por la vía del reintegro (Resolución 4806, 2008). Si bien la APE actuaba como un reaseguro de enfermedades catastróficas para las obras sociales nacionales, en la práctica,



los fondos se asignaban con mecanismos poco transparentes: no eran concedidos a todas las obras sociales ni distribuidos de forma equitativa y la mayoría se realizaba por vía de excepción (Maceira, 2018).

Como consecuencia de estas dificultades, en 2012 se transfirió la gestión del FSR a la Superintendencia de Servicios de Salud (Decreto 366, 2012) y se creó el Sistema Único de Reintegros (SUR). A partir de la Resolución 1200/2012, este sistema tiene como objetivo apoyar financieramente a los agentes del seguro nacional por los gastos de las prestaciones médicas de baja incidencia, alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Unos años más tarde, se dictó la Resolución 400/16, posteriormente modificada por la 46/2017, en la que se aprobaron los nuevos requisitos generales, medicamentos, prácticas y valores a recuperar a través del SUR. Desde entonces, una serie de resoluciones define de forma explícita todas las patologías, intervenciones y prácticas susceptibles de ser financiadas. Si se compara el listado inicial de la APE con la actual pauta del SUR, se puede ver un aumento considerable en el número de enfermedades de alto costo incluidas en la cobertura. Además, mediante las resoluciones dictadas por la Superintendencia, se fueron actualizando las prestaciones brindadas y sus precios. En este sentido, Maceira explica que “el surgimiento del SUR ha permitido avanzar en una mayor sistematización de los procedimientos administrativos que dan lugar al sistema de reintegros a la seguridad social, haciendo explícitos gran parte de las intervenciones a ser financiadas por esta institución” (2018, p. 22).

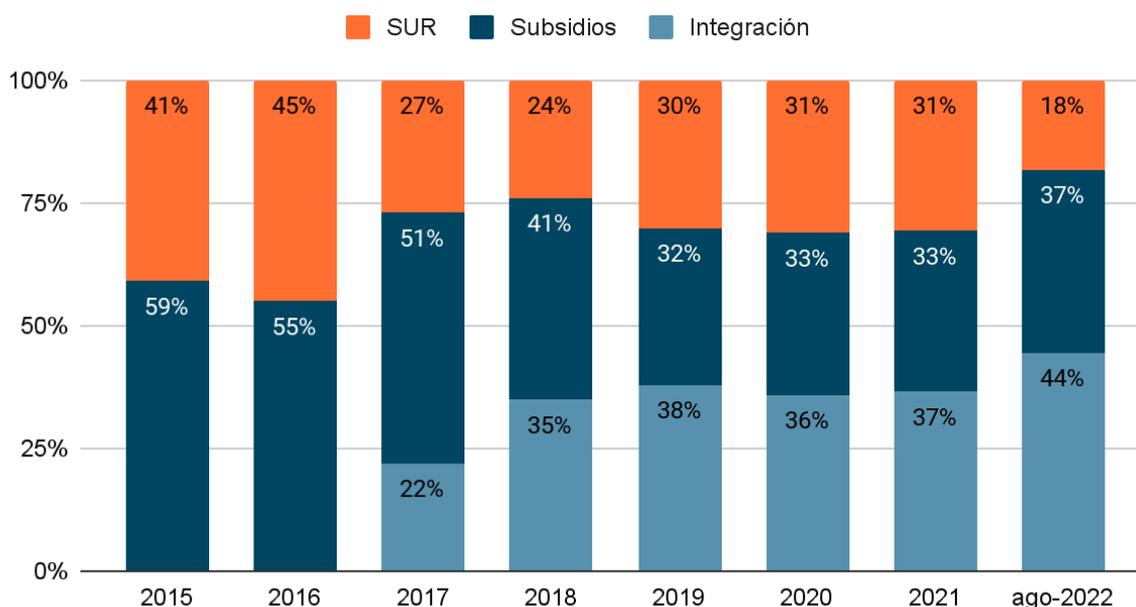
Es de destacar que las solicitudes de apoyo financiero que realicen las obras sociales deben hacerse sobre la base de prestaciones médicas efectivamente provistas y pagadas para la atención de sus propios beneficiarios. El auditor médico y el profesional del área contable deben firmar sus intervenciones. Luego, tanto la nota de solicitud como el certificado de afiliación tienen que estar firmados por el presidente de la obra social, según establecen los requisitos de la Resolución 407/2014.

En la actualidad, el SUR representa un 18% de los recursos totales que se administran en el FSR. Este porcentaje es oscilante: cuando se observan los datos de los últimos años, se puede ver que durante el 2020 y el 2021 el porcentaje utilizado por el SUR llegó al 31% del total de los recursos del fondo solidario.



Figura 2: Fondo Solidario de Redistribución (FSR)

Evolución de la composición de la distribución (FSR)



Fuente. Adaptado de López, 2022, diapositiva 6.

Con los recursos del FSR también se financian subsidios para los agentes a través de transferencias automáticas que se realizan mediante la AFIP. Uno de ellos es el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO). Este se realiza desde una matriz de ajuste por riesgo que tiene en cuenta la edad y el sexo de los afiliados de las obras sociales nacionales y el ingreso promedio por grupo familiar (Decreto 921, 2016, art. 2). Se trata de un esquema solidario mediante el cual se transfieren recursos a las obras sociales nacionales de acuerdo a las características de los afiliados. De esta manera, se apunta a cubrir a los afiliados cuyos aportes y contribuciones no alcanzan los valores de la cotización mínima mensual correspondiente, cuyo cálculo queda determinado a través de una matriz de riesgo que se elabora en la Superintendencia.



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado

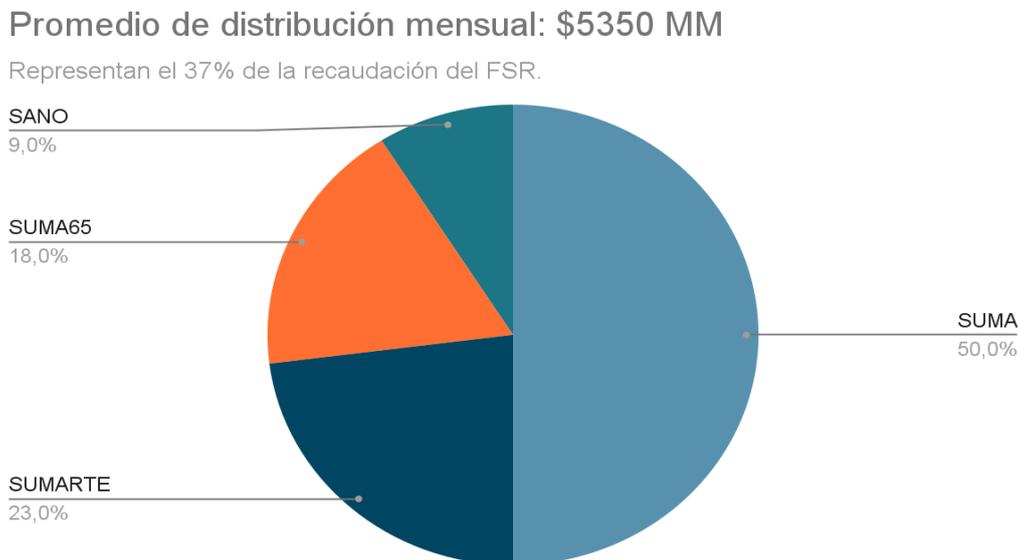


En paralelo, se distribuyen otros subsidios automáticos menos redistributivos con el fin de garantizar la equidad, la transparencia y la solidaridad al interior del sistema. Por ejemplo, el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) (Decreto 1609, 2012) originariamente distribuía el 5% de la recaudación total del sistema entre las obras sociales con hasta 5.000 afiliados, pero en 2018 recibió una reducción del 50% (Decreto 554, 2018). El Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) distribuye el 1,5% de la recaudación para las OSN con mayor cantidad de afiliados incluidos en el régimen de trabajo especial, conformado por trabajadores de casas particulares y el régimen de pequeños contribuyentes: monotributo, monotributo social y monotributo agropecuario (Decreto 1368, 2013). En cuanto al Subsidio para Mayores de 65 (SUMA 65) (Decreto 554, 2018), se encuentra destinado a complementar la financiación de los agentes al distribuir automáticamente un 1,2% de la recaudación mensual del FSR según la cantidad de beneficiarios de 65 años o más. Este subsidio reemplaza al SUMA 70 (Decreto 1368, 2013), que tenía el mismo fin y procedimiento, pero el objetivo era financiar a los agentes con beneficiarios de 70 años o más.

Estos subsidios automáticos que se administran para apoyar financieramente a las obras sociales representan un 37% de la recaudación del FSR. De ese total de recursos, el subsidio SUMA representa un 50% de los recursos, y luego vienen el SUMARTE con un 23%, el SUMA 65 con un 18% y el SANO con el 9% del total.



Figura 3: Distribución de los subsidios automáticos



Fuente. López, 2022, diapositiva 9

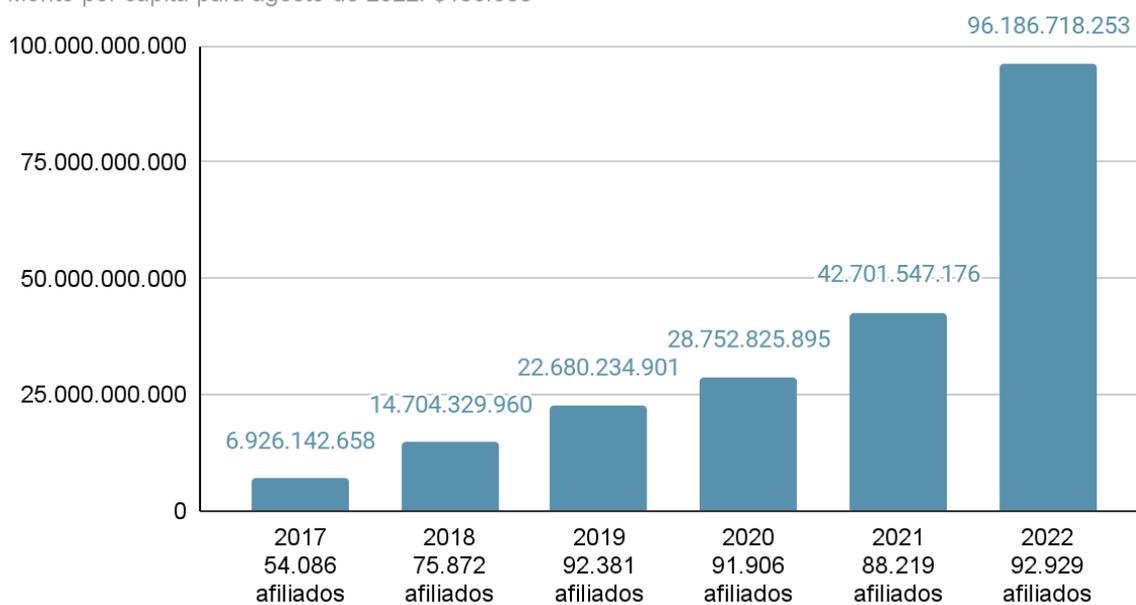
Por su parte, el Mecanismo de Integración (Decreto 904, 2016) establece procesos para el financiamiento directo de recursos desde el FSR a los Agentes del Seguro, para ser destinados a costear las prestaciones que se encuentran contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Resolución 428, 1999). Si se analiza la evolución del porcentaje de distribución del fondo solidario según sus componentes, se observa que el mecanismo integración año tras año requiere mayor proporción de recursos del total. Esto se debe al aumento de la población beneficiaria y a la incorporación de prestaciones al Programa Médico Obligatorio. Desde el 2017 que entró en vigencia hasta la actualidad, el mecanismo integración fue evolucionando en el porcentaje de la distribución del fondo solidario. En la actualidad, representa un 44% del total de recursos del FSR.



Figura 4: Evolución del monto del Mecanismo de Integración

Entre 2017 y la proyección para 2022, el monto se multiplicará por catorce.

Monto por cápita para agosto de 2022: \$106.500



Fuente. Adaptado de López, 2022, diapositiva 7.

En suma, la Superintendencia administra mecanismos de financiamiento de los agentes del seguro de salud a través de la distribución de recursos del FSR. Esta distribución se realiza, por un lado, a través del SUR, que reconoce las prestaciones médicas de baja incidencia, alto impacto económico y de tratamiento prolongado mediante un procedimiento administrativo específico para la autorización de reintegro de los gastos. Por otro lado, el organismo gestiona los subsidios y otras transferencias automáticas, como el SANO, el SUMA, el SUMARTE, el SUMA 65 y el subsidio integración determinado para financiar gastos de discapacidad.

Las obras sociales, desde su origen, se encuentran organizadas por rama de actividad económica. Existen entre ellas desigualdades relativas al volumen de asegurados, niveles de ingreso y montos destinados a gastos administrativos que determinan enormes diferencias en sus posibilidades de financiamiento (Maceira, 2003). En este sentido, la gestión de los recursos del FSR configura un recurso fundamental para la sostenibilidad de las finanzas y, en consecuencia, una tensión permanente entre el Gobierno nacional y los agentes de seguro, en



especial, con los gremios que administran la mayor parte de las obras sociales. Estas tensiones muchas veces se ven plasmadas en reformas en los procedimientos de administración de los recursos o en la creación de alguna herramienta para resolver problemas específicos, como puede ser un subsidio.

De este modo, si se entiende al Estado como una relación social, el mismo constituye un escenario de negociación de compromisos en el que intervienen diversas fuerzas políticas o grupos sociales capaces de negociar en el ámbito político y en el que cada sector social intenta imponer sus intereses (Oszlak y O'Donnell, 1976). Desde esta perspectiva, las políticas públicas ocupan un espacio destacado en la compleja articulación entre el Estado y la sociedad civil: son formuladas por el Estado y no son unívocas, homogéneas, ni permanentes (Oszlak, 1982).

Cuando se observan los cambios ocurridos en el sistema sanitario durante el periodo analizado se manifiestan los distintos roles que asumió el Estado y, en consecuencia, los cambios en el peso relativo de cada uno de los subsectores y los actores que componen a cada uno de estas unidades. De esta forma, la manera en la que el Poder Ejecutivo decide sobre política sanitaria constituye una toma de posición del Estado ante una cuestión socialmente problematizada. Durante los años de crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19, desde la administración de los recursos del Fondo Solidario se buscó, en primer lugar, estabilizar el subsistema de la seguridad social para dar el servicio correspondiente a los beneficiarios. Pero, también, se intentó normalizar el sistema de salud en su conjunto, ya que la seguridad social brinda servicios de salud a la mayoría de la población argentina.

A lo largo del presente capítulo, se realizó una descripción del sistema sanitario de nuestro país y se delimitaron las principales problemáticas vinculadas. En particular, se caracterizó el subsistema público, el subsistema privado y el de la seguridad social, y las formas de funcionamiento de cada uno de estos subsistemas. Además, se comentaron los principales cambios normativos que configuraron el sistema sanitario actual. También, se detallaron las características más sobresalientes del universo de obras sociales nacionales y las principales reformas que se llevaron a cabo al interior de ese subsistema. Finalmente, se expusieron los mecanismos de compensación económica del sistema nacional del seguro de salud y los subsidios para obras sociales nacionales.



Capítulo 2: La administración de los recursos del FSR en la emergencia sanitaria

En el 2019 irrumpió la pandemia del COVID-19, que afectó la vida de las personas, la organización de los Estados y la economía mundial de forma repentina. En especial, la pandemia amenazó el funcionamiento de los sistemas de salud de todo el mundo y exigió que se resignifiquen todos los ejes del debate sanitario. En este sentido, el análisis sobre el financiamiento de los servicios de salud fue uno de los ejes esenciales del debate, ya que debieron diseñarse específicamente nuevos esquemas de financiamiento para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios de calidad y sostenibles en un momento de excepción.

El presidente Alberto Fernández, que había asumido la presidencia hacía pocos meses, debió articular decisiones sanitarias para la gestión de la pandemia y la readecuación del funcionamiento del sistema de salud a la situación específica. En esa línea, y conforme a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las experiencias de lo que estaba sucediendo en países europeos, el Poder Ejecutivo tomó la determinación de dictar el Decreto 260/2020, que ampliaba por un año la emergencia pública sanitaria establecida por la Ley 27541. Además, en función de la gravedad de la situación epidemiológica, se dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) (Decreto 297, 2020) por un plazo breve de tiempo para los habitantes del país y para las personas que se encontraran transitoriamente en él. Este plazo fue sucesivamente prorrogado varios meses con ciertas modificaciones según el territorio.

Algunos meses más tarde, se ordenó el distanciamiento, social, preventivo, obligatorio (DISPO) (Decreto 520, 2020) con el objetivo de recuperar el mayor grado de normalidad posible en cuanto al funcionamiento económico y social, pero con todos los cuidados y resguardos necesarios, y sosteniendo un constante monitoreo de la evolución epidemiológica para garantizar un control efectivo de la situación. Con la DISPO se flexibilizaron algunos rubros y se permitió la circulación de la ciudadanía para trabajar o realizar actividades. Sin embargo, seguían condicionadas las actividades masivas, el transporte público de pasajeros interurbano, interjurisdiccional e internacional, salvo para los trabajadores esenciales. Es decir, se



restableció solo una parte de las actividades, por lo que la recaudación de las entidades del seguro nacional de salud continuó viéndose afectada.

Estas medidas permitieron, por un lado, mitigar la expansión de COVID-19 al registrarse una disminución en la velocidad de propagación en una gran parte del país y evitar la saturación del sistema de salud. También se pudo adquirir equipamiento e insumos para fortalecer el sistema público de salud. Pero, por otra parte, estas disposiciones de aislamiento social causaron un fuerte impacto económico y organizacional en el sistema de salud en general y en el subsistema de las obras sociales en particular.

La gravedad de la pandemia exigió a los prestadores del sistema sanitario gastos extraordinarios para comprar elementos de protección personal y mayor cantidad de medicamentos para las terapias intensivas que estaban atendiendo a pacientes infectados con COVID-19. Además, los precios de estos productos crecieron excesivamente debido al aumento de la demanda y, en algunos casos, a su escasez. De esta manera, las terapias intensivas tuvieron mayor actividad, pero la capacidad instalada para la atención regular de pacientes estuvo subutilizada debido a los protocolos para la prevención.

En ese contexto de emergencia sanitaria, la tensión entre el Gobierno y las obras sociales sindicales estuvo motivada por la crisis financiera que atravesaron estas organizaciones a causa de la disminución de los ingresos, debido a la caída de los aportes y a un incremento de los gastos para hacer frente a la pandemia. A partir de esta situación extraordinaria y de crisis, desde el Estado se tomaron medidas destinadas a afrontar las dificultades del subsistema de la seguridad social y, en consecuencia, bajar la tensión en la relación con los sindicatos.

El primer objetivo planteado en este trabajo es analizar los procedimientos de compensación económica del Gobierno a las obras sociales nacionales durante la vigencia de la emergencia sanitaria 2020/2021. En especial, se busca conocer cómo se gestionaron los recursos del FSR en el periodo de emergencia sanitaria. Para desarrollar este eje de análisis, se van a describir tres líneas de acción en los procesos administrativos y de gestión para transferir a las obras sociales nacionales recursos propios durante esos años: el establecimiento de cambios en el procedimiento de control en el SUR, la asistencia financiera extraordinaria (con recursos



propios) que se utilizaron durante el periodo y el mantenimiento de subsidios automáticos para equiparar asimetrías entre los agentes del seguro.

Luego, se desarrolla el segundo objetivo: conocer el estímulo económico excepcional que se concedió a las obras sociales nacionales para compensar los costos adicionales que afrontaron durante la pandemia por los servicios de los afiliados con discapacidad. Con ese fin, se describen las decisiones relativas al área de discapacidad que se llevaron adelante durante la emergencia sanitaria.

La gestión de los recursos del SUR en la pandemia

En 2020 y 2021, a nivel organizacional, la Superintendencia sufrió las mismas restricciones que se adoptaron desde el comienzo de la pandemia en las distintas jurisdicciones del país. En virtud de estos condicionamientos, se generó la ausencia de recursos humanos suficientes para llevar adelante las tareas correspondientes y la imposibilidad de realizar el análisis de expedientes físicos, que hasta ese momento se utilizaban. Esta situación trajo aparejada la imposibilidad de dar cumplimiento a los procedimientos administrativos regulares para el tratamiento de las solicitudes de recupero de fondos de los agentes del seguro de salud.

En respuesta a esta dificultad, se adoptó la modalidad de trabajo a distancia y la readaptación de los procesos administrativos para seguir cumpliendo las funciones esenciales. También se implementaron herramientas digitales para la gestión de trámites y para mantener los canales de comunicación bilateral entre usuarios del sistema de salud y los financiadores.

El fondo del SUR (Resolución 1200, 2012) representa una cantidad de recursos que significa, en muchos casos, la posibilidad de darle sustentabilidad al subsistema del seguro, y tiene un procedimiento específico para la gestión de los fondos. La administración del SUR para que los agentes recuperen recursos implica un trabajo de gestión y control de procedimientos y las condiciones de acceso al reintegro que los agentes del seguro deben cumplir. El SUR fue creado con el fin de apoyar financieramente a los agentes del seguro para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las patologías de tratamiento prolongado.



A las enfermedades de baja incidencia y alto impacto también se las denomina “enfermedades catastróficas” por las consecuencias económicas que suponen en comparación con otras, tanto desde la óptica de los ingresos familiares de quienes las padecen como desde la de las finanzas del sistema de salud. Estas enfermedades “no solo matan o incapacitan a quienes las padecen, sino que además empobrecen a estas personas y sus familias” (Tobar, 2014, p. 13). Si bien en los últimos años los avances en los tratamientos de estas enfermedades han sido importantes, son cada vez más costosos. De este modo, aparece un doble problema: si el paciente no es tratado, se le priva del acceso a un tratamiento y se lo condena a un deterioro progresivo de su salud y calidad de vida. Pero si él o su familia deben afrontar el tratamiento, pueden caer en la pobreza (Tobar, 2014).

Esto significa que el primer componente estructural de estas enfermedades es que generan gastos catastróficos. Su atención médica requiere una asignación de fondos que resulta difícil de sostener con los recursos ordinarios de quienes las padecen, pero también para los sistemas de salud. Por eso, las denominadas “enfermedades catastróficas” configuran un problema que no es solo médico, ni siquiera solo sanitario, sino que configura un complejo desafío económico y social que requiere su consideración y tratamiento desde las políticas públicas (Tobar, 2014).

En esta línea, el SUR es un sistema que está orientado al beneficiario como sujeto de derecho que padece una enfermedad que requiere, para su tratamiento, una tecnología sanitaria de alto costo. Es decir, los reintegros que hace el sistema no solo son para subvencionar a los agentes de salud, sino que fundamentalmente tienen como finalidad asegurar servicios de salud a las personas que cursen esas enfermedades. Es un sistema de recupero de recursos no automático que tiene un procedimiento regular de gestión con reglas y tiempos delimitados para su funcionamiento.

En este marco, existe un listado de prestaciones pasibles de ser subsidiadas o reintegradas por el SUR y una serie de procedimientos y requisitos necesarios para la obtención del apoyo financiero a los agentes. El ordenamiento de las prestaciones y medicamentos a incorporar tiene como principio la patología, con el propósito de dar la prestación desde un fundamento médico buscando una mayor eficiencia y efectividad en la gestión. La Resolución 1200/2012 aprueba el listado de patologías por las cuales los agentes del seguro de salud podrán solicitar reintegros por prestaciones vinculadas a ellas; y también aprueba un listado de patologías por las cuales



las obras sociales podrán solicitar reintegros por medicamentos vinculados a ellas. Asimismo, aprueba la denominación de los medicamentos a partir del nombre genérico de la droga, en tanto para fijar su valor de reintegro, se toman como base los precios publicados en el manual farmacéutico. Los requisitos generales, los medicamentos, las prácticas y los valores a recuperar a través del SUR se van actualizando de forma periódica. Con el dictado de la Resolución 400/2016, posteriormente modificada por la 46/2017, se aprobaron los nuevos requisitos generales, medicamentos, prácticas y valores que se pueden recuperar a través del SUR.

De esta manera, se establece una relación binaria entre patología y prestación, y entre patología y medicamento. Es por ello que las obras sociales solo podrán solicitar reintegros por la prestación o medicación que estén establecidas por resolución de la Superintendencia. Además, las solicitudes de apoyo financiero que hagan los agentes al sistema de reintegros SUR se realizarán sobre la base de prestaciones médicas efectivamente pagadas en atención de sus beneficiarios. En este sentido, se aprueba un listado de valores máximos a reintegrar por medicamentos (Resolución 1200, 2012). En consecuencia, si el agente pagó por la prestación o la medicación un monto más alto que lo que establece la normativa vigente, la diferencia deberá ser cubierta por el propio agente de salud (Entrevista 1.1: 2022).

Dado el carácter dinámico del conocimiento científico y el avance de nuevas tecnologías médicas, resulta necesario que este listado se actualice de forma constante sobre la base del conocimiento científico actualizado. Estas reformulaciones consisten en incorporar y/o exceptuar ciertas prestaciones médicas basadas en la evidencia científica, efectividad, costo-efectividad y alternativas, normas y autorizaciones de los organismos de regulación. En este sentido, para la elaboración y actualización del listado de patologías a incorporar, se toman en cuenta la propuesta elaborada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y los informes técnicos de la Gerencia de Gestión Estratégica y de la Subgerencia de Informática (Entrevista 1.1: 2022).

En particular, el procedimiento administrativo para el reintegro se encuentra sistematizado en la Resolución 1561/2012, que crea el Procedimiento para Autorización de Reintegros del Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes. Las normas generales para las solicitudes que los agentes del seguro realicen al SUR se deberán efectuar sobre la base de prestaciones médicas ciertamente pagadas y deben estar solicitadas por un médico auditor y un



responsable contable del agente. Estas solicitudes deben contener la nota de solicitud, el certificado de afiliación, la documentación de la prestación médica por la cual se requiere el reintegro de acuerdo con las especificaciones de la patología, la documentación contable, entre otros.

Asimismo, para el reintegro de prácticas se solicitan requisitos específicos, como el resumen de la historia clínica, el diagnóstico, los datos del beneficiario, el consentimiento informado del paciente, entre otros. También existen requisitos específicos para el recupero de gastos por atención a enfermedades crónicas, como VIH/SIDA, trasplantes, prótesis o medicación de alto costo. En todos los casos, los plazos para la presentación de solicitud de recupero es de hasta doce meses desde el último mes en que el agente brindó la prestación (Resolución 1561, 2012).

Todas estas reglas y procedimientos específicos para la práctica del sistema de reintegros requieren de la afectación de una gran parte de los recursos humanos de la Superintendencia, ya que implican un circuito administrativo específico y control sistematizado. Se debe hacer una revisión especial de los contenidos de las presentaciones de las obras sociales, como así también un control sobre el cumplimiento de los plazos, porque para cada tratamiento existen términos y vencimientos específicos. Por ejemplo, para el reintegro de tratamientos prolongados, se toma como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año; las solicitudes por reintegro de medicamentos pueden presentarse en forma trimestral o semestral con calendario vencido; los tratamientos de VIH pueden presentarse desde un mes hasta doce meses vencidos por cada beneficiario; entre otros. Además, las solicitudes que fueran rechazadas por la Superintendencia, por no cumplir los requisitos formales, podrán ser presentadas luego de que se corrijan los errores sin limitación en cuanto a la cantidad de rechazos, siempre dentro de los veinticuatro meses.

Previamente a la pandemia del COVID-19, participaba del circuito administrativo, en primer lugar, la mesa de entradas del SUR, que cargaba la solicitud al sistema y verificaba los documentos presentados por la obra social. En segundo término, pasaba al área de prestaciones, que ordenaba las solicitudes por patologías y, luego, al área contable, que hacía su verificación y creaba el expediente. Luego, revisaba el trámite el área de legales y, seguidamente, se efectuaba la liquidación y el pago en la gerencia de administración.



Cuando comenzó la emergencia sanitaria, este procedimiento regular de gestión no se podía garantizar por diferentes razones relativas al aislamiento. Es por ello que se debió repensar el sistema de gestión para garantizar que los agentes del seguro contaran con los recursos necesarios para sostener el subsistema de las obras sociales, en especial, en un momento de emergencia sanitaria por la pandemia. Así, una de las primeras decisiones que se tomó en ese marco fue modificar la gestión de los trámites para el recupero de fondos del SUR.

Para eso, se firmó un convenio de colaboración con el Centro de Desarrollo y Asistencia Tecnológica (CEDyAT). El objetivo del convenio fue contar con la afectación transitoria de recursos humanos externos al organismo que dieran apoyo técnico y administrativo para así cumplir con las sucesivas resoluciones que se dictaron desde el mes de marzo del 2020, por medio de las cuales se transfirieron a los agentes del seguro de salud pagos a cuenta, de carácter excepcional, en concepto de adelanto de fondos del SUR (Entrevista 1.1: 2022).

Así, se readaptaron procesos administrativos para cumplir con la transferencia de los recursos. De esta manera, se puso el foco en la gestión interna de la Plataforma de Trámites a Distancia (TAD) para conseguir mayor agilidad en las comunicaciones remotas del organismo, especialmente, para la notificación de actos administrativos. En esta línea, se estableció que todas las comunicaciones y notificaciones que realizara la Superintendencia respecto de los agentes del seguro de salud y de las prepagas debían ser realizadas mediante la plataforma de TAD (Resolución 381, 2019). Sin embargo, como el cumplimiento de esta normativa fue bajo, se dictó otra resolución que estableció como condición indispensable para el pago a cuenta de los fondos del SUR que se efectuase el alta en la plataforma de TAD (Resolución 269, 2020).

Estos cambios en la organización y los procesos administrativos fueron un complemento necesario para gestionar una de las políticas más relevantes que se tomaron en esa época en el subsistema de las OSN, con motivo de las dificultades sanitarias que la pandemia ocasionó: la modificación de los procesos de apoyo financieros con fondos propios mediante la implementación de adelantos económicos a obras sociales. A través de esta política, se realizaron cambios en los procesos regulares de recupero de fondos para sostener el flujo constante en concepto de reintegro a los agentes del seguro (Entrevista 1.1: 2022).



El proceso para generar esta modificación comenzó con un informe de la Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros, que recomendó el dictado de un acto administrativo que permitiera garantizar el financiamiento del sistema de salud a partir de una distribución de los recursos provenientes del FSR. Para ello, en primer lugar, se realizó un análisis de la cantidad de solicitudes pendientes de análisis y presentadas por las OSN ante la Superintendencia hasta el 31 de diciembre de 2019. Sobre esa base, se dispuso priorizar la distribución mayor de fondos en aquellas obras sociales que tenían una renta promedio inferior porque eran las que se encontraban en una situación económica más delicada y sufrirían más las consecuencias de la pandemia.

En efecto, el total de la cuota presupuestaria pendiente de ejecución en el mes de marzo del 2020 se dividió en un 80 % para ser distribuido proporcionalmente entre los agentes del seguro cuya recaudación fuera inferior al promedio de todo el sistema, mientras que el 20 % restante se distribuyó entre los agentes que superaran dicha cifra, como pago a cuenta de las solicitudes que estos agentes hubiesen presentado antes del 31 de diciembre de 2019. Además, se resolvió que, cuando el organismo pudiera realizar el análisis de las solicitudes referidas y estas resultaran insuficientes para cubrir el monto a abonar, la diferencia se detraería de aquellas solicitudes presentadas o que se presentaran a futuro (Resolución 247, 2020). En esta situación de altas restricciones e incertidumbre de los efectos que traería la crisis sanitaria en el subsector, se buscó la conformación de una fórmula sencilla de ejecutar y efectiva que priorizara a las obras sociales de menor recaudación, de modo de promover —fundamentalmente— la sostenibilidad del sistema.

Dos meses más tarde, ante la prórroga de las medidas de aislamiento decretadas, se adoptaron nuevas medidas para la distribución de los recursos del SUR. La intención era garantizar la cobertura médico asistencial y evitar el colapso de la cadena de pagos hacia los prestadores del servicio de salud. En esta oportunidad, se tomó la decisión de contemplar una propuesta impulsada por la Confederación General del Trabajo (CGT). Esta fórmula de distribución que propuso la central gremial agrupó a los agentes del seguro de salud en cinco categorías basadas en el valor per cápita promedio resultante de la recaudación de cada uno de ellos (Resolución 420, 2020). Con ese criterio, la Superintendencia distribuyó una cuota presupuestaria entre las



OSN en concepto de adelanto de fondos del SUR de las solicitudes pendientes de cancelación y de aquellas que fuesen presentadas en el futuro.

En ese momento, la decisión de adoptar una fórmula de reparto sugerida por las entidades sindicales permitió estabilizar la situación financiera de las prestadoras para el financiamiento de los diferentes tratamientos médicos, para el pago a proveedores y para eventuales gastos extraordinarios con relación a la situación epidemiológica y sanitaria. Pero, además, evitó posibles tensiones políticas con las entidades sindicales por la distribución de los recursos, ya que tuvo en cuenta una fórmula acorde a sus necesidades (Entrevista 1.1: 2022).

Sin embargo, ante la extensión de las medidas de excepción por la pandemia, en ese mismo año, se cambió la fórmula de reparto una vez más. La tercera fórmula de pago a cuenta se aplicó a partir de agosto del 2020. Esta priorizó realizar el pago de saldos acumulados de solicitudes obrantes en el organismo al 13 de agosto, a partir de establecer un cuádruple del promedio mensual de los expedientes que los agentes del seguro de salud hubieran ingresado en 2019. El fin de esta nueva fórmula de reparto fue reproducir la capacidad de ingreso que las entidades poseían previo al ASPO, restándoles los pagos ya efectuados en los anticipos de fondos. Se buscaba así enfatizar la distribución de fondos en aquellas obras sociales que tienen una renta promedio inferior a la media, ya que eran las entidades más comprometidas económicamente en el contexto de emergencia sanitaria que se extendía en el tiempo e implicaba una pérdida de recaudación y, en algunos casos, un aumento de los gastos. Con esta tercera fórmula de reparto, se analizaron las solicitudes y se transfirieron los fondos pendientes de ejecución del mes de agosto de 2020: el 70% del total pasaba a ser distribuido proporcionalmente entre los agentes cuya recaudación fuera inferior al promedio del sistema y, el 30% restante, entre los que superaran dicha cifra (Resolución 950, 2020).

Los cambios de la fórmula de distribución de los recursos del SUR demuestran que fue necesario ser flexible en la toma de decisiones para poder adaptarse a la realidad inestimable y en emergencia. Con estas tres primeras fórmulas que se establecieron, se puede ver que, en algún caso, se priorizó la simpleza para la transferencia inmediata; en otros, se jerarquizó a las obras sociales de menor recaudación, mientras que en otros, lo que primó fue la búsqueda de consenso con el sector sindical.



De la misma manera, a mediados del año siguiente, cuando todavía regían algunas restricciones por la DISPO, fue necesario adoptar nuevas medidas acordes al nuevo contexto sociosanitario. La intención principal, al igual que con las fórmulas anteriores, era garantizar por vía de la distribución de recursos una adecuada cobertura médico asistencial de los beneficiarios y mantener la continuidad del sostenimiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud para evitar que se agrave la crisis económica y financiera del sector de las obras sociales. En este caso, se perfeccionó y complejizó la fórmula de distribución, ya que las anteriores —si bien eran adecuadas al contexto que fueron aplicadas— habían sido pensadas para utilizarse en periodos breves de tiempo, por lo que mantenerlas podía producir distorsiones y alterar indicadores económicos y prestacionales (Entrevista 1.1: 2022).

Para mantener un equilibrio en la distribución de fondos, se elaboró una nueva fórmula transitoria para el cálculo de adelantos de fondos a cuenta de solicitudes a presentar por las obras sociales. En este caso, la fórmula que se utilizó para la transferencia fue a partir del uso de un coeficiente que se construyó al ponderar atributos económico-financieros y poblacionales de las obras sociales. Dicho coeficiente llevó a la conformación de 4 grupos de obras sociales para distribuir (Resolución 1072, 2021).

En suma, desde que se declaró la emergencia sanitaria por el COVID-19 hasta marzo de 2022, se modificaron los procesos de apoyo financieros con fondos propios a obras sociales mediante la implementación de adelantos económicos. Este mecanismo permitió, a través de diferentes fórmulas de reparto que se diseñaron conforme a cada contexto sanitario y económico, que se sostuviera el flujo constante en concepto de reintegro a los agentes del seguro. Cada una de las fórmulas que se implementaron obedeció a distintas necesidades de los agentes y al proyecto sanitario del Gobierno que se fue adaptando a la dinámica de una crisis que puso en riesgo la sostenibilidad del subsistema.

Esta política de adelantos económicos del SUR fue complementada durante el 2020 y el 2021 por la conformación de un proceso económico específico para el sostenimiento de las caídas de recaudación de las obras sociales a través del Fondo de Asistencia y Emergencia. La aplicación de la emergencia sanitaria en estos dos años provocó una demanda imprevista de prestaciones asistenciales que, en paralelo que sucedían, eran difíciles de cuantificar en magnitud y en duración. Por ello, el Gobierno resolvió otorgar un apoyo financiero excepcional y



extraordinario a los agentes del seguro disponiendo de los recursos del fondo de emergencia y asistencia (Resolución 326, 2020). El motivo principal de esta decisión sanitaria fue asegurar la continuidad de las prestaciones básicas e impostergables del subsistema de la seguridad social.

Con el mismo sentido, se distribuyeron recursos extraordinarios para cubrir los gastos específicos que demandaba la cobertura de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19. En este caso, el criterio para la distribución se determinó a partir de tres módulos a los que se les asignó diferentes valores: módulo de aislamiento y diagnóstico, módulo de unidad de cuidados críticos por COVID-19 sin asistencia respiratoria mecánica y módulo de unidad de cuidados críticos por COVID-19 con asistencia respiratoria mecánica.

Los recursos disponibles en el fondo de asistencia y emergencias tienen origen en el período de gobierno de Mauricio Macri, a partir de dos decisiones de política sanitaria que fueron un antecedente con relación al apoyo financiero extraordinario que hizo la Superintendencia a los agentes del seguro. La primera de estas decisiones fue inmediatamente después de asumir el Gobierno, cuando se anunció la realización de un plan de cobertura universal de salud (CUS) y el pago de las deudas que se habían acumulado en años anteriores con las obras sociales sindicales. El presidente Macri justificó la medida explicando que, en los últimos años, se había ido acumulando en el FSR una significativa reserva de capital disponible como consecuencia de la desobediencia de las disposiciones legales vigentes. Por esta anomalía, se resolvió la asignación de recursos acumulados a través de un régimen excepcional, aunque se aclaró que este mecanismo de excepción no implicaba la modificación de los criterios de distribución del FSR legalmente vigentes para los períodos siguientes (Decreto 908, 2016).

El argumento en ese momento fue que la repartición de una parte de los recursos acumulados ayudaría a saldar las deudas con las obras sociales. Así, se distribuyeron para el pago de tratamientos de alto costo una parte de los recursos que no habían sido oportunamente aplicados conforme la normativa vigente. La otra parte de esos recursos acumulados se determinó a la inversión. En este caso, se dispuso que la Superintendencia constituyera un fideicomiso de administración con el propósito de que esos recursos financien luego la estrategia de cobertura universal de salud (CUS) (artículos 2 y 4). Esta estrategia iba a ser implementada por el Ministerio de Salud y los proyectos serían financiados por este instrumento. En ese momento,



también se definió la conformación de una unidad ejecutora conformada por funcionarios del Ministerio de Salud, de la Superintendencia y de la CGT.

Otra parte de los recursos acumulados se dispuso a la conformación del fondo de emergencia y asistencia de los agentes del seguro de salud, con el objeto de brindar asistencia financiera a obras sociales ante casos de epidemias y para el desarrollo de programas de prevención o la atención de situaciones especiales. Este fondo se depositó en un plazo fijo del Banco de la Nación Argentina a nombre de la Superintendencia (Decreto 908, 2016, Anexo II). El resto del dinero disponible se utilizó para la compra de Bonos de la Nación Argentina 2020 (Bonar 20), con amortización íntegra a su vencimiento, que permanecerían en custodia en el Banco Nación a nombre de la Superintendencia de Servicios de Salud.

La otra medida importante, relativa a los recursos empleados en la emergencia sanitaria del COVID-19, fue una decisión que se tomó sobre el final del mandato de Macri. Con un decreto se extendieron los plazos del fondo de emergencia y asistencia, y del fideicomiso de administración, dos instrumentos creados con el argumento de mejorar la asistencia financiera, el fortalecimiento institucional y el mejoramiento de la calidad (Decreto 251, 2019). Además, el decreto estableció que las ganancias del fideicomiso y los intereses resultantes de la inversión de los recursos del Fondo de Emergencia y Asistencia (creados por el decreto del 2016) fueran destinados al SUR y al Fondo de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (creado por Decreto 1368, 2013) para ser administrados por la Superintendencia.

En este decreto se declaró concluido un proceso judicial que la Superintendencia le había iniciado a la Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE), la mayor prestadora de servicios privados de salud del país. El proceso judicial se había originado en la década del noventa por una deuda millonaria que la empresa había acumulado en concepto de aportes y contribuciones por el porcentaje de las cuotas correspondientes a los afiliados voluntarios y dentro de estos los adherentes u optativos con destino al FSR. En ese momento, los afiliados adherentes de las obras sociales de personal de dirección le debían pagar un 15% al Estado (hasta 2011 cuando se cambió la ley) para aplicarlo a un FSR. Por ese motivo, en el año 1998 las autoridades de la Superintendencia denunciaron a OSDE por incumplir el pago de la alícuota al FSR. El Gobierno de Macri retomó este conflicto y firmó con la empresa un acuerdo para saldar esa deuda (Resolución 1641, 2017). Estos fondos fueron asignados al fideicomiso de



administración para integrarlos como fuente de financiamiento al fondo de emergencia y asistencia (Entrevista 1.2: 2022).

Es decir, se utilizaron recursos propios que habían sido invertidos durante el Gobierno anterior para la ejecución de dos medidas excepcionales para sostener el funcionamiento del sistema: la transferencia de recursos del Fondo de Asistencia y Emergencia y la estructuración de módulos específicos de apoyo económico con fondos propios para la atención del COVID-19 (Entrevista 1.2: 2022). El ingreso de recursos al sistema complementó el uso de fórmulas de excepción para transferencia de recursos del FSR como modo de sustentar al subsistema de la seguridad social en el contexto de emergencia sanitaria.

La tercera línea de acción para dar sostenimiento al sistema fue conservar las transferencias de los subsidios automáticos que se distribuyen a las obras sociales: el subsidio SANO, el SUMA, el SUMARTE y el SUMA 65. Todos ellos se realizan desde la AFIP a partir de la información remitida por la Superintendencia y con recursos del FSR. Durante 2020 y 2021, la transferencia de recursos se sostuvo de manera regular y respetando los decretos en cuestión, tal como venía sucediendo en los años anteriores. No se realizaron cambios en la forma de calcularlos, ni se alteraron los cronogramas habituales de las transferencias de los fondos a los agentes de salud (Entrevista 1.1: 2022).

Particularmente para la distribución y ejecución del SANO, que es el más redistributivo de todos, participa el Programa de Asistencia Financiera para el Fortalecimiento Institucional y Mejoramiento de la Calidad Prestacional de los Agentes del Seguro de Salud, que fue creado por el Decreto 554/2018. En ese programa se confecciona una matriz de ajuste por riesgo basada en la edad y el sexo de los afiliados de las obras sociales y el ingreso promedio por grupo familiar para lograr una lógica solidaria que compense parte de las asimetrías existentes entre los agentes del seguro de salud. En 2020 y 2021, como lo establece el Decreto 921/2016, se ajustaron de forma automática los valores de la matriz de manera trimestral de acuerdo al índice de movilidad jubilatoria, previstos en la Ley 26417. Luego, se hicieron las transferencias previstas según ese cálculo.

Por su parte, el SUMA, el SUMARTE y el SUMA 65, otros tres subsidios automáticos, también se sostuvieron durante la emergencia sanitaria. El SUMA (Decreto 554, 2020) tiene el propósito



de moderar asimetrías mediante la distribución automática del 3% del FSR entre los agentes del sistema nacional del seguro de salud en forma proporcional a la cantidad de afiliados a los que cada agente efectivamente brinda prestaciones, con especial consideración de aquellos que tienen menos de 5.000 afiliados. Se encuentra integrado por tres componentes para distribuir el total del 3% de la recaudación mensual del FSR: un 20% se distribuirá en partes iguales a todos los agentes con más de 5.000 afiliados, un 80% se distribuirá en forma directamente proporcional al número de afiliados de cada agente. 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, recibirán además una compensación económica mensual que les permita alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema.

El SUMARTE distribuye el 1,50% de la recaudación para los agentes con mayor cantidad de afiliados incluidos en el régimen de trabajo especial, conformado por trabajadores de casas particulares y el régimen de pequeños contribuyentes, como el monotributo, monotributo social, monotributo agropecuario, entre otros (Decreto 1368, 2013). Por último, el SUMA 65 (Decreto 554, 2018), que se encuentra destinado a complementar la financiación de los agentes al distribuir automáticamente un 1,2% de la recaudación mensual del FSR según la cantidad de beneficiarios de 65 años o más. Este subsidio reemplaza al SUMA 70 (Decreto 1368, 2013), que tenía el mismo fin y el mismo procedimiento, pero el objetivo era financiar a los agentes con beneficiarios de 70 años o más.

Todos estos subsidios automáticos representan el 37 % de la recaudación total del FSR, y los cuatro hacen énfasis en compensar asimetrías que el propio subsistema de seguridad social posee. En efecto, mantener esta contribución fue una política sanitaria destinada a evitar que las dificultades económicas de los agentes del seguro se profundicen durante el periodo de excepción.

En resumen, las tres acciones que se desarrollaron durante el 2020 y 2021 respecto de la administración de los recursos del FSR colaboraron para dar sostenibilidad a un sistema que, aun en periodos regulares, plantea problemas de funcionamiento. Estas medidas fueron necesarias para compensar la caída de la recaudación de los agentes del seguro. En primer lugar, el cambio de forma de transferencia de los fondos del SUR, que en periodos normales reintegra de modo diferido el valor de los tratamientos médicos, prestaciones o medicamentos de alto



costo. Estos recursos representan el núcleo primordial del flujo de fondos entre el Ejecutivo y los gremios. En este sentido, para dar respuesta a la crisis, se fueron adaptando distintas fórmulas de transferencia según las posibilidades de ejecución del organismo, las necesidades del momento y los resultados obtenidos por la fórmula anterior. La segunda línea de acción, respecto de la transferencia de fondos, fue ejecutar recursos propios del subsistema que habían sido invertidos en fondos de inversión para ser utilizados cuando existiera una situación de emergencia. La tercera política fue mantener el funcionamiento regular de la distribución de subsidios automáticos más allá de los cambios en la composición de los beneficiarios de las obras sociales.

El Mecanismo Integración durante la pandemia

Para analizar las políticas desarrolladas durante la pandemia con respecto a los recursos para cubrir gastos del rubro discapacidad, es necesario comenzar con una breve descripción de algunas particularidades del sistema de salud argentino con relación a esta temática. En el sistema de salud argentino, existe un PMO amplio en comparación con otros sistemas de salud. Por definición, el PMO comprende un conjunto de prestaciones de salud o canasta de prestaciones que deben ser cubiertas obligatoriamente por las instituciones de la seguridad social, y también por los seguros privados. Asimismo, el PMO es una referencia para la cobertura que brindan las obras sociales provinciales y para el sector público, cuyo propósito es lograr una cobertura universal de salud para toda la población.

En el 2004 se desarrolló un formulario terapéutico que incluyó marcas de medicamentos y explicitó los niveles de cobertura, que van desde el 40 % para medicamentos ambulatorios, desde el 70 % para patologías crónicas prevalentes y el 100 % para tratamientos oncológicos, tuberculosis y aquellas con coberturas especiales (Resolución 310, 2004). Al año siguiente, el Ministerio de Salud actualizó y delineó el PMO como figura en la actualidad (Resolución 1991, 2005).

La discapacidad se incorporó al PMO en 1997, cuando se promulgó la Ley 24901, que forma parte de un conjunto normativo conformado por leyes nacionales y provinciales, decretos, resoluciones y convenciones internacionales que regulan la discapacidad. Estas normas



sistematizan diferentes aspectos relacionados a la salud, el transporte, la educación, el trabajo y la seguridad social de las personas con discapacidad con el objetivo de brindar asistencia humanitaria a esa población.

La Agencia Nacional de Discapacidad, dependiente de Presidencia de la Nación, es el órgano encargado del diseño, la coordinación y la ejecución general de las políticas públicas en materia de discapacidad, la elaboración y ejecución de acciones tendientes a promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. A su vez, la Superintendencia es el organismo encargado de la fiscalización del cumplimiento del PMO y las prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad.

Entre las principales leyes nacionales vigentes relacionadas con esta problemática, se encuentran la Ley del Sistema de Protección Integral de Discapitados (Ley 22431, 1981), que tiene el objetivo de brindar asistencia y condiciones ventajosas a las personas que tienen algún tipo de discapacidad mediante el aseguramiento de la atención médica integral, educación, seguridad social, franquicias y estímulos que les permita ser parte activa de la sociedad. En esta ley se utiliza el término “integral” porque hace referencia a la obligación de cubrir la totalidad de las prestaciones enumeradas sin límite de tiempo y sin costo alguno para el beneficiario.

La otra normativa importante sobre discapacidad es la ley que establece el sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (Ley 24091, 1997). Esta complementa la Ley 22431 porque amplía las obligaciones de las prestaciones básicas de tipo preventivas, de rehabilitación, terapéutica, educativa, asistencial y servicios específicos que deben ser otorgados por las obras sociales que “tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas las mismas” (Ley 24901, 1997, art. 2). Concretamente, la Ley obliga a la prestación de servicios de rehabilitación, transporte, educación, servicio terapéutico educativo y prestaciones asistenciales.

En caso de que la persona con discapacidad no sea beneficiaria de una obra social, el Estado deberá prestar esos servicios (art. 3). A su vez, para las personas con discapacidad que sean usuarias de EMP, rige la Ley 24754, que establece que las empresas que presten servicios de



medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales. Esto significa que las personas con discapacidad que cuenten con su certificado otorgado por la autoridad competente tienen derecho a una cobertura total, por parte de su obra social, medicina prepaga o el Estado, de todos los gastos de salud, educación y traslados.

Desde que se sancionaron estas leyes, se conformó un foco de conflicto entre el Estado y los representantes de las obras sociales y EMP debido a los elevados gastos que el rubro demanda. Desde los orígenes de la cobertura, el gasto que implica la discapacidad fue en aumento año tras año, al igual que las tensiones entre los diversos actores del sistema de salud que debaten sobre los costos del rubro. La disputa por este tema entre los representantes gremiales, que están a cargo de la mayoría de las obras sociales nacionales y las autoridades del gobierno, se suelen publicar en los medios de comunicación, donde en muchos casos debaten sobre la correspondencia de los ítems de educación y transporte para ser cubiertos por los agentes de salud.

En una de las entrevistas realizadas para esta investigación, se destacó que el mayor porcentaje de los gastos que tiene el subsistema de obras sociales corresponde al pago del rubro discapacidad: rehabilitación, tratamientos, educación y transporte. En números, representa entre un 35 % y un 40 % de los gastos totales que deben afrontar los agentes del seguro (Entrevista 2.1: 2022).

En la misma entrevista, se comentó también que, a través del Programa Integración, se financian prestaciones básicas para beneficiarios con discapacidad de las obras sociales (Ley 24901, 1997, art. 7). Este esquema de financiamiento específico es un mecanismo de distribución directa de recursos desde el FSR a los agentes del seguro para ser destinados exclusivamente al financiamiento de las prestaciones contempladas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad (Decreto 904, 2016).

Al Mecanismo Integración se lo considera de distribución directa porque se aplica exclusivamente para la facturación impaga de los agentes del seguro. Es decir, es un subsidio a las obras sociales, pero que funciona pagando las facturas a los prestadores. En este sentido, se diferencia del sistema SUR, que tiene dos etapas: primero, el agente paga las prestaciones o los



tratamientos y luego presenta en la Superintendencia los comprobantes correspondientes para el reintegro. También se distingue de los subsidios, que funcionan de forma automática según las características de los usuarios de cada agente del subsistema de la seguridad social. El Mecanismo Integración es, en cambio, un pago que se hace con los recursos del FSR a los prestadores de los agentes del seguro (Entrevista 2.1: 2022).

El Decreto 904/16 aprobó un mecanismo de distribución directa de los recursos del FSR a los agentes del seguro para ser destinados exclusivamente al financiamiento de las prestaciones contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Resolución 428, 1999). En el Mecanismo Integración solo se acepta facturación directa de los prestadores y pago por transferencia bancaria. Para implementar este mecanismo compensatorio de gastos, en la Superintendencia se desarrolló un procedimiento administrativo con el fin de articular con las OSN (Resolución 887, 2017). El proceso administrativo se inicia con la solicitud de las obras sociales de abrir una cuenta bancaria, que se denomine “cuenta discapacidad”, la cual tendrá afectación específica y exclusiva para recibir las transferencias provenientes del FSR y proceder al pago de las prestaciones. Luego, los agentes deben comunicar mensualmente a la Superintendencia el padrón de beneficiarios con discapacidad detallando la nómina de prestaciones que reciben de acuerdo con el nomenclador vigente de prestaciones básicas para personas con discapacidad. Finalmente, la Superintendencia informará mensualmente a la AFIP la asignación que debe girarse desde el FSR a cada agente en cumplimiento del mecanismo integración para el repago de esos servicios, en un plazo máximo de sesenta días. Luego, las obras sociales tienen otros sesenta días corridos, a partir de la finalización de cada mes, para presentar ante la Superintendencia un informe de rendición de los pagos a los prestadores (Entrevista 2.1: 2022).

En la entrevista se detalló también que, cuando se analizan los reintegros del FSR a las obras sociales, los fondos destinados a discapacidad representan, actualmente, alrededor del 50 % de los recursos totales (el resto del fondo se destina a subsidios en un 36 % y el SUR, en un 14 %). Asimismo, el porcentaje del rubro discapacidad fue en aumento desde su implementación en 2017, cuando representaba el 22 % del total de los recursos del FSR. Esto, a grandes rasgos, se debe a la ampliación de las prestaciones que deben ser cubiertas y al aumento de beneficiarios (Entrevista 2.1: 2022).



Estos datos demuestran la importancia, en términos económicos, que representa el rubro discapacidad para los agentes del seguro y en la administración de los recursos del FSR. En este marco, durante el 2020 y el 2021, se desarrollaron políticas sanitarias fundamentales para garantizar las prestaciones y brindar alternativas de gestión para sostener el rubro de discapacidad al interior del subsistema de la seguridad social. El objetivo principal fue, en primer lugar, sostener las prestaciones a los beneficiarios. En segundo lugar, garantizar el circuito de pagos del Mecanismo Integración en función de la importancia económica que significa para el subsistema de la seguridad social el rubro de discapacidad.

Para dar cumplimiento a estos propósitos, por una parte, se readaptaron los procesos administrativos que intervienen en la gestión del rubro de discapacidad. De esta manera, a los pocos meses de declarado el ASPO, se emitió una resolución para garantizar el pago de las prestaciones que se implementaban mediante el uso de teleasistencia o teleconsulta para solventar la demanda esencial de prestaciones (Resolución 282, 2020). El objetivo fue mitigar el impacto de la crisis sanitaria y de sus beneficiarios al garantizar la continuidad de la asistencia y los tratamientos esenciales por medio de la teleasistencia. Se buscó garantizar el acceso a las prestaciones que demanden necesidad y se les requirió a los agentes del seguro y a las EMP determinar la cantidad de sesiones o consultas y definir los procesos utilizados en cada caso, como así también la auditoría posterior de las prestaciones brindadas por las plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta (Entrevista 2.2: 2022).

En paralelo, con motivo de la excepción, fue necesario establecer nuevos requisitos y modalidades para requerir el financiamiento a través del mecanismo integración (Resolución 308, 2020). El propósito fue dar continuidad al financiamiento directo del FSR a los agentes del seguro de salud y asegurar el pago de las prestaciones efectivamente brindadas. En este sentido, la unidad de orientación y gestión de las prestaciones para las personas con discapacidad (Resolución 582, 2020), en coordinación con actores del sistema, formalizó una readecuación de los requisitos y el procedimiento para la solicitud de fondos a través del mecanismo integración teniendo en cuenta las dificultades del contexto. Se modificó temporalmente el Anexo I: Procedimientos y requisitos para acceder a la asignación de fondos; el Anexo II: Documentación respaldatoria y el Anexo III: Modelos de planillas de la Resolución 360/2022, con el fin de simplificar el proceso.



Asimismo, durante el 2020 se prorrogaron todas las prestaciones en curso a efectos de dar continuidad durante el período de aislamiento para facilitar que los beneficiarios hicieran los trámites mientras duraran las condiciones establecidas en el Decreto 297/2020 del PEN. La intención fue que se realizaran acuerdos entre la persona con discapacidad, su familiar responsable y los profesionales para establecer la continuidad de los tratamientos. Además, para quienes precisaran una modificación en sus prestaciones o demandaran nuevas, se les garantizó que su obra social o las empresas de medicina prepaga correspondiente pudiera enviar la documentación por medios digitales (Resolución 1293, 2020). Esta resolución, que simplifica la continuidad de los tratamientos, también disponía que, luego de noventa días de que finalizaran las medidas de ASPO y DISPO, se deberían gestionar las renovaciones de las prestaciones.

Estas medidas muestran la intención de dar continuidad al pago total de las prestaciones de los beneficiarios con discapacidad, pese a los cambios que sucedieron en las prestaciones de tipo virtual o la baja de otras prestaciones, como el menor uso de servicios, por ejemplo, el transporte. La decisión fue no recortar pagos, a pesar de que las prestaciones de servicios, como el transporte o algunas prestaciones de educación específicas, durante periodos de restricciones se vieron reducidas. La política fue mantener el pago total de las prestaciones tal como había sucedido antes de la pandemia.

El propósito de estos cambios normativos y de procedimiento demuestra, en primer lugar, la intención de garantizar las prestaciones del servicio a los beneficiarios. Pero también indica la necesidad de sostener financieramente el sistema sanitario a través del recupero de fondos y que los prestadores no pierdan ingresos en un periodo de crisis sanitaria y económica (Entrevista 2.1: 2022).

Además, el contexto de pandemia permitió que durante 2021 se comenzara a proyectar un nuevo sistema de geolocalización de los vehículos de transporte para personas con discapacidad para monitorear el gasto que representa y un mecanismo de seguimiento, con el uso de un código QR, de los tratamientos brindados a esos beneficiarios del sistema. También se comenzó a elaborar un nuevo sistema de trazabilidad para evitar inconsistencias o aumentos excesivos en los valores de las prestaciones para las personas con discapacidad (Entrevista 2.1: 2022). En



este sentido, la pandemia puso en evidencia algunas falencias del sistema integración y la necesidad de revisar su funcionamiento para adecuarlo a las necesidades actuales del sistema.

Por otra parte, el Gobierno nacional en 2021 realizó una modificación presupuestaria (Decisión administrativa 894, 2021) para reasignar fondos contemplados en el presupuesto de ese año a varios organismos del Estado, entre ellos, la Superintendencia. En la norma se estableció una contribución de la administración central a efectos de afrontar parcialmente los gastos del mecanismo de integración para cubrir las prestaciones médico-asistenciales previstas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad. Este aporte extraordinario de fondos del tesoro a las obras sociales fue un hecho inédito. Se trató de una suma de dinero que el Gobierno central asignó a la Superintendencia para su distribución en las prestadoras del servicio para compensarles los gastos que debieron afrontar durante la pandemia.

Esta modificación presupuestaria demuestra la importancia que tiene el rubro de discapacidad en las finanzas de los agentes del seguro, ya que la decisión administrativa detalla que la reasignación de los fondos del presupuesto es exclusivamente para apoyar económicamente el mecanismo integración y no para otros subsidios. Además, se brinda una señal de apoyo al sector sindical que, desde que se sancionó la ley que establece las prestaciones básicas para personas con discapacidad, discutió la obligación de que las obras sociales fueran responsables del financiamiento de los servicios de transporte y educación.

En este sentido, existen algunos proyectos en discusión donde se propone traspasar el financiamiento de los servicios de transporte y educación de los afiliados con discapacidad a la ANDIS. Estos planes, que resurgieron en el periodo de emergencia por la pandemia, se focalizarían en dar cobertura a las prestaciones exclusivamente sanitarias que demandaran los beneficiarios. En consecuencia, se mejorarían las finanzas de las obras sociales y la sostenibilidad del subsistema. Sin embargo, estos proyectos de política sanitaria todavía se encuentran en una etapa inicial del debate (Entrevista 2.1: 2022).

Si se analiza la composición de la distribución del FSR en 2022, se observa que el 44 % corresponde al mecanismo integración, el 37 %, a subsidios automáticos (SUMA, SUMARTE, SUMA 65 y SANO) y el 18 %, al SUR. Estos datos demuestran, en primer lugar, la relevancia

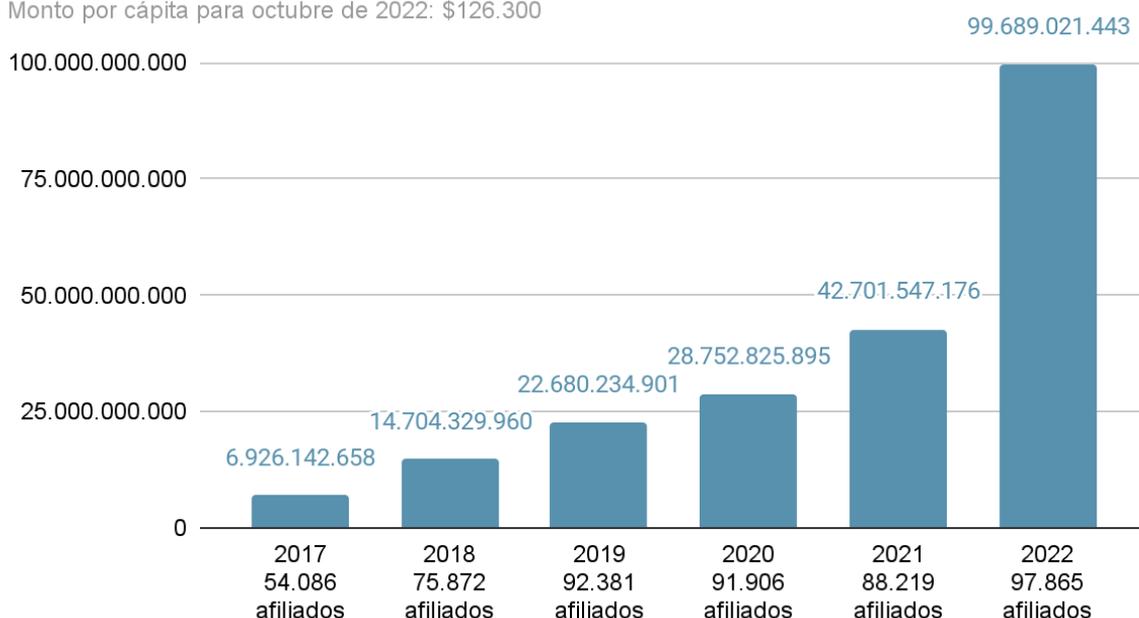


del gasto por el rubro discapacidad. En segundo término, la existencia de asimetrías y la necesidad de dar respuesta equiparando las desigualdades con los subsidios automáticos. Además, respecto de la evolución del gasto en los últimos años, se puede observar cómo los reintegros del SUR empiezan a ser cada vez menores con relación a los otros gastos del FSR. En contraposición, la proporción de integración fue en aumento desde el 2017, cuando se instauró el mecanismo.

Figura 5: Evolución del monto del Mecanismo de Integración

Entre 2017 y la proyección para 2022, el monto se multiplicó por catorce.

Monto por cápita para octubre de 2022: \$126.300



Fuente. Adaptado de Barros, 2023, diapositiva 15.

Respecto del SUR, que cada vez cuenta con menos recursos relativos, este profundiza problemas de sustentabilidad del sistema de reintegros por tratamiento de alto costo. Es decir, hay menos recursos para afrontar el problema de alto costo, que sigue siendo una problemática fundamental de los sistemas de salud. Si bien hay propuestas y proyectos de economizar recursos mediante mecanismos de compras centralizadas para mejorar los precios a la hora de



comprar tecnologías o medicamentos, estos proyectos no han podido concretarse al interior del subsistema del seguro.

En definitiva, el FSR tiene dos objetivos diferentes: por un lado, funciona como un reaseguro para cubrir enfermedades de alto costo y baja incidencia a partir de los reintegros que financia el SUR. En 2017 se sumó el Mecanismo de Integración como herramienta para compensar gastos. Por otro lado, tiene una función redistributiva mediante la transferencia de distintos tipos de subsidios para compensar ingresos: SANO, SUMA, SUMARTE y SUMA 65. Durante la emergencia por la pandemia, el FSR fue una herramienta fundamental para la gestión de las consecuencias de la crisis sanitaria: permitió estabilizar y dar sustentabilidad para que las prestaciones se mantuvieran durante la pandemia, que modificó el tipo y la cantidad de prácticas a ser financiadas, y llevó a la caída de la recaudación.

En este capítulo, se analizó el contexto de emergencia sanitaria que provocó la disminución de los ingresos en las obras sociales debido a la caída de los aportes y al incremento de los gastos para hacer frente a la pandemia del COVID-19. También, se examinaron las políticas sanitarias que dieron respuesta a las dificultades que el subsistema de la seguridad social debió afrontar. En este sentido, se investigaron los procedimientos de compensación económica que tomó el Gobierno para apoyar a las OSN durante la vigencia de la emergencia sanitaria. Así, se desarrollaron tres líneas de acción en los procesos administrativos y de gestión de transferencia de recursos a las OSN: el establecimiento de cambios en el procedimiento de control en el SUR, la asistencia financiera extraordinaria y el mantenimiento de subsidios automáticos para equiparar asimetrías entre los agentes del seguro. También, se detalló el estímulo económico excepcional que se concedió a las obras sociales nacionales para compensar los costos adicionales que afrontaron por los servicios de los afiliados con discapacidad.



Capítulo 3: La reforma del sistema de libre elección

El tercer objetivo de la investigación es indagar acerca de los cambios que establece el Decreto 438/2021, que modifica el sistema de libre elección de obras sociales para los trabajadores durante el primer año de empleo. Se trata de un decreto que se emitió en el marco de la pandemia del COVID-19 y que obligó a los nuevos trabajadores a permanecer un año en la obra social correspondiente a su actividad antes de poder ejercer el derecho de opción de cambio. El objetivo principal fue, en la coyuntura de la emergencia sanitaria, que los gremios evitaran la pérdida del dinero proveniente de los aportes obligatorios a manos del sector privado por doce meses en el caso de los nuevos empleados.

Como se presentó previamente, este sistema tiene su origen en la Ley 18610, que estableció la obligatoriedad de los aportes de los empleados y de las contribuciones patronales para todos los trabajadores en relación de dependencia. Esa misma ley instituyó que las entidades del seguro de salud deberán brindar obligatoriamente prestaciones mínimas: atención médica en consultorio y domicilio, internación, servicios de urgencia, prestaciones complementarias de diagnóstico y tratamiento y atención odontológica. Esta normativa estableció un sistema de financiación para las obras sociales basado en aportes del trabajador y contribuciones del empleador sobre la nómina salarial. En efecto, a partir de esa ley, los sindicatos comenzaron a ocupar un lugar preponderante dentro del sistema de salud argentino. En consecuencia, el vínculo entre estas corporaciones y los gobiernos de turno se conformó como una relación de tensión permanente por los intereses del sector de la seguridad social.

En el siguiente apartado se detallarán, en primer lugar, las características de las reformas de la década de los noventa que habilitaron la opción de cambio para los trabajadores en relación de dependencia y los efectos que estas reformas provocaron en el sistema de salud. En segundo lugar, se describirán los objetivos del Decreto 438/2021, que obliga a que los trabajadores que inician una actividad laboral en relación de dependencia permanezcan por doce meses en la obra social que se le asigna por rama de actividad gremial. Luego, se analizará las características y problemáticas más relevantes del subsistema de la seguridad social, que se relacionan con la fragmentación entre múltiples entidades con distintas categorías jurídicas y la concentración de afiliados. Por último, se expondrá sobre la importancia que tiene el sindicalismo en el proceso



de toma de decisión de las políticas sanitarias, en función de que la gran mayoría de las obras sociales son entidades sindicales.

Regular para revertir asimetrías

Como se mencionó previamente, en diciembre de 1988, se sancionaron la Ley de las obras sociales (Ley 23660, 1989) y la Ley del seguro de salud 23661, que se encuentran vigentes en la actualidad y rigen a las obras sociales nacionales, con un conjunto de legislación complementaria. Luego, en los noventa, se desreguló el sistema de las obras sociales que estaban organizadas desde el origen por rama de actividad productiva para brindar la cobertura de salud a titulares y familiares mediante aportes patronales y contribuciones salariales. Con esa desregulación se flexibilizó el subsistema a favor de un proceso de libre elección que permitió a los beneficiarios transferir los aportes a distintas obras sociales. Al respecto, Cetrángolo (2014) sostiene lo siguiente:

“Con la sanción del Decreto 9/1993, se incorporó la libre elección para los beneficiarios de la seguridad social, donde cada beneficiario puede reasignar su propio aporte a la obra social de su elección, quebrando el esquema solidario por segmentos, que había prevalecido hasta entonces” (p. 160).

A su vez, el Decreto 504/1998 reglamentó el modo de ejercicio de ese derecho, basado en los principios de solidaridad y equidad del sistema. En su redacción original, esta norma estableció que los trabajadores que iniciaran una relación laboral deberían permanecer, como mínimo, un año en la obra social correspondiente a su rama de actividad antes de poder ejercer su derecho al cambio. Unos años más tarde, se profundizó la flexibilización al permitir que el derecho de opción se ejerciera desde el momento mismo del inicio de la relación laboral (Decreto 1400, 2001).

Estas reformas sanitarias tendientes a desregular el sistema de salud forjaron un proceso por el cual las obras sociales comenzaron a perder afiliados de mayores ingresos que fueron habilitados para elegir libremente, y muchos emigraron hacia EMP a partir de la derivación de sus aportes. En efecto, esta desregulación del mercado propició la consolidación de un sistema con menor grado de solidaridad, ya que se trató de asegurar un servicio de cobertura mínimo



en lugar de una cobertura homogénea para los beneficiarios de la seguridad social o al interior de cada actividad (Cetrángolo. 2014). El sistema sanitario perdió mucho de la fragmentada solidaridad preexistente y, en consecuencia, el FSR pasó a tener como principal destino el financiamiento de una prestación mínima para los trabajadores con bajos aportes por beneficiario (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

Al respecto, Cerdá (2005) explica que, con las reformas de los noventa, el Gobierno menemista desarrolló una política en contra de los sindicatos, que había comenzado con las privatizaciones y la racionalización del Estado, continuó con las políticas de flexibilización laboral y culminó con la reforma del sistema de seguridad social. Si bien el objetivo principal fue la liberalización del mercado de salud, también pretendía debilitar el poder sindical, sacándole una de sus fuentes de financiamiento más importantes. En efecto, los sindicatos se pronunciaron en contra de la desregulación del sistema, ya que ponía en iguales condiciones a las obras sociales sindicales —entidades sin fines de lucro— con las empresas de medicina prepaga. Para el sindicalismo, la incorporación de la libre competencia significaba el final del modelo “solidario” en el cual se había basado el sistema de obras sociales sindicales creado a mediados del siglo XX.

Desde ese momento, se originó la disputa entre el Gobierno y el movimiento sindical, que buscó constantemente revertir la flexibilización con el argumento del denominado descrome. Es decir, las dificultades que trae aparejada la libre elección donde los afiliados más jóvenes y/o los de mejores salarios son los que en mayor medida van a optar por el cambio de prestador. De esta manera, las obras sociales se quedan con la población más envejecida, que va a hacer mayor uso del servicio de salud y, por ende, generan mayor gasto, y con los afiliados de salarios más bajos, a diferencia de las EMP, que generalmente reciben usuarios desregulados jóvenes y/o con aportes altos.

La siguiente reforma al marco normativo que regula el ejercicio del derecho a la libre elección de la obra social se desarrolló en 2021, mediante el Decreto 438. Esta transformación se da en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19, que obligó a tomar decisiones que garantizaran la sustentabilidad del sistema de salud en general y del subsistema del seguro de salud en particular.



El proceso administrativo de esta reforma se inició con un acto normativo que se originó en la Superintendencia en plena emergencia sanitaria por la pandemia, en un contexto en el que la seguridad social debió hacer frente al aumento de la demanda de prestaciones y de sus costos de manera abrupta, con el agravante de una situación macroeconómica de alta inflación y caída de la recaudación, que se profundizó aún más con la pandemia.

En medio de esa crisis, el Gobierno resolvió que los trabajadores que iniciaran una relación laboral deberían permanecer un año en la obra social del sindicato de la actividad a la que estaba asociado su empleador antes de ejercer el derecho de opción de cambio (Decreto 438, 2021). Esta reforma retomó el espíritu de la redacción original del Decreto 504/1998, a partir de mantener al trabajador cautivo por el plazo del primer año de su nueva relación laboral que le corresponde por actividad. Así, se busca restablecer los principios de solidaridad y equidad que fundamentan el sistema nacional del seguro de salud desde su origen.

El proceso administrativo para la aprobación del Decreto 438/2021 se inició en la Gerencia de Gestión Estratégica de la Superintendencia. Esta gerencia, que entre sus responsabilidades primarias tiene la función de desarrollar planes, programas y proyectos, explicó la necesidad de la reforma con el argumento de retomar la solidaridad al interior del sistema. En ese mismo informe, se manifiesta que es necesario desarticular las últimas reformas de flexibilización realizadas en el sistema de salud y no se explica la reforma como una medida de excepción por el contexto sanitario de pandemia. El argumento de la pandemia de COVID-19 solo se utiliza para explicar que el trámite de cambio de agente de salud podrá ser realizado por los beneficiarios una vez que se cumpla el periodo correspondiente, de manera virtual por medio de la plataforma TAD, ya que antes solo se hacía de forma presencial en alguna sede de los agentes de salud.

El expediente se inició en mayo del 2021 y en julio del mismo año llegó a la Secretaría Legal y Técnica de Presidencia de la Nación, que solo observó dos cuestiones formales. La primera sobre la necesidad de citar en los considerandos del proyecto de decreto normas que regulan el sistema nacional de salud. La segunda observación se refiere a sumar el marco normativo sobre la incorporación de tecnologías de información y de las comunicaciones (TIC) para el trámite a distancia propuesto. Así, los cambios sobre antecedentes requeridos fueron corregidos a la brevedad en la Superintendencia y enviados a la firma presidencial.



Sobre esta reforma se realizó una entrevista a dos informantes clave para complementar la información que surge del análisis del proceso administrativo de la norma. Sobre las razones de la reforma, la explicación se relacionó con la necesidad de revertir, al menos parcialmente, el fraccionamiento del sistema de la seguridad social, el mismo argumento que se puede ver en el acto normativo que origina el decreto. Pero, además, se destacó especialmente el carácter asimétrico del subsistema de la seguridad social. Es decir, durante la entrevista se argumentó sobre la necesidad de recuperar una parte de la solidaridad que se fue perdiendo en un sistema fraccionado y asimétrico.

Particularidades y problemáticas de las obras sociales nacionales

En el Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS), existen 299 obras sociales inscriptas, de las cuales 217 corresponden a asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial. El resto de las obras sociales corresponde a las demás categorías delimitadas en el art. 1 de la Ley 23660. Estas son las obras sociales de institutos de administración mixta, obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados, obras sociales de las empresas y sociedades del Estado, obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios, obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas, 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, mientras que la última categoría de obras sociales corresponde a “toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley” (art. 1, inc. h). Este último inciso permite a las entidades no encuadradas en las delimitaciones específicas de la ley constituirse como agente del seguro. En todos los casos, para que una entidad ingrese al sistema del seguro de salud, deben suscribir un convenio de adhesión con la autoridad reguladora (Ley 23661, 1989, arts. 16 y 17, inc. d) y presentar la documentación específica, como estatutos, padrón de afiliados, planes asistenciales, remuneración promedio de sus beneficiarios, estimación de recaudación mensual, entre otras. (Resoluciones 257, 1992 y 522, 1993) (Entrevista 3.1: 2022).



Si bien durante la pandemia el Ministerio de Salud de la Nación suspendió la inscripción de nuevas obras sociales y nuevas entidades de medicina prepaga (Resolución 781, 2020), con esta clasificación se puede observar que, por un lado, existen obras sociales de diversa naturaleza y forma, ya que la normativa vigente en nuestro país no tiene una perspectiva restrictiva. Esto explica la significativa fragmentación del subsistema de seguridad social. Asimismo, si tomamos en cuenta que, del universo total de obras sociales, más del 70 % son entidades gremiales, queda clara la importancia del sector sindical en la toma de decisión de las políticas sanitarias.

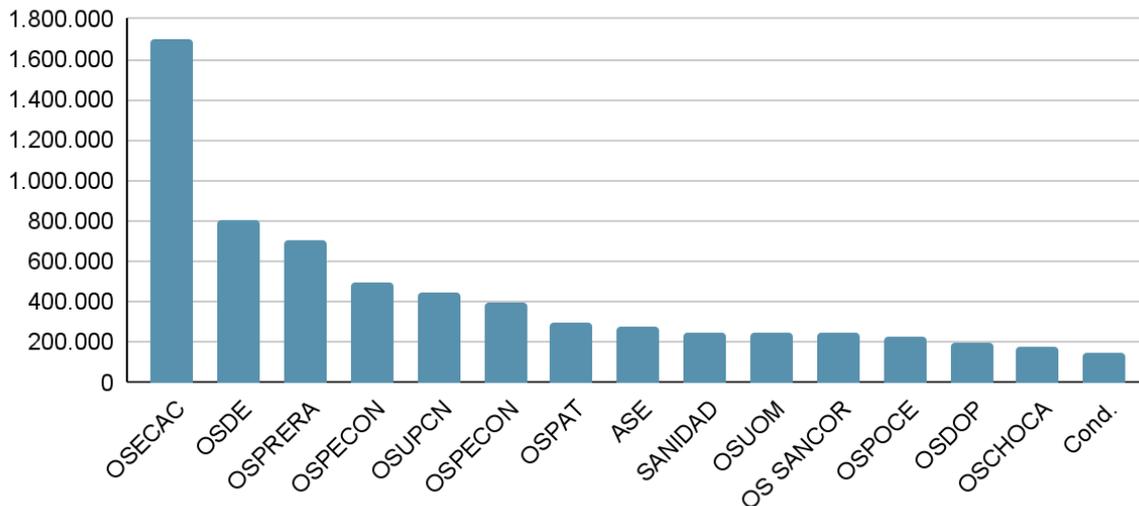
A este escenario se le suma la característica asimetría entre las obras sociales que conforman el subsistema. Este concepto fue destacado por uno de los funcionarios entrevistados: hay algunas obras sociales que cuentan con una gran cantidad de afiliados y otras con muy pocos en comparación con las más populares. Para graficar este concepto, en la entrevista se explicó que, al interior del universo de las casi trescientas obras sociales nacionales inscriptas en el RNOS, el 47 % de los afiliados se concentra en quince obras sociales Nacionales (Entrevista 3.1: 2022). Estas son las siguientes: Obra Social Empleados de Comercio (OSECAC), Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE), Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina (OSPRERA), Obra Social del Personal de la Construcción (OSPECON), Obra Social Unión Personal de la Nación (OSUPCN), Obra Social del Personal de la Actividad del Turf (OSPAT), Obra Social del Personal de Dirección Acción Social de Empresarios (ASE), Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina (OSPSA), Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina (OSUOMRA), Obra Social Asociación Mutual Sancor Salud (SANCOR), Obra Social del Personal del Organismo de Control Externo (OSPOCE), Obra social de Docentes Particulares (OSDOP), Obra Social de Choferes de Camiones (OSCHACA). Además, el 70 % de los afiliados se concentra en cuarenta OSN, de un total de 299.



Figura 6: Distribución de afiliados por Obras Sociales Nacionales

El 47% de los afiliados se concentra en las primeras 15 OOSS.

El 70% de los afiliados se concentra en las primeras 40 OOSS.



Fuente. Adaptado de López, 2022, diapositiva 3.

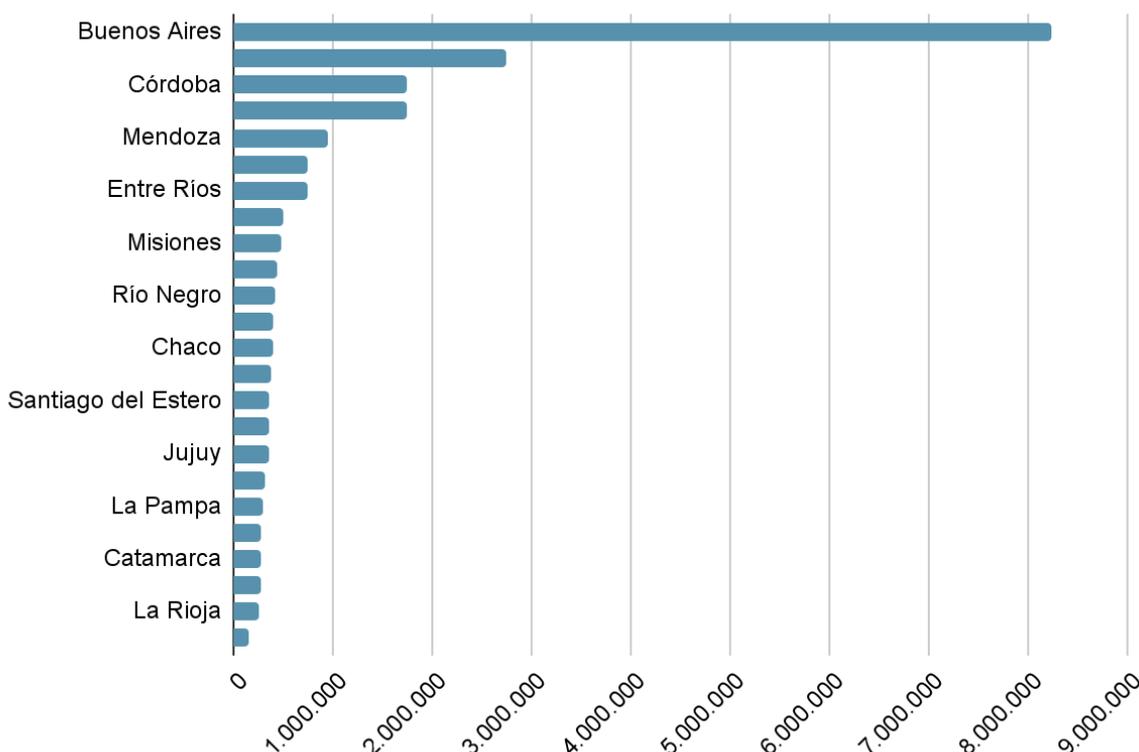
Por otra parte, cuando se observa la distribución geográfica de la población que es beneficiaria del subsistema del seguro de salud a nivel nacional, se puede ver que el 75 % del total se concentra en cuatro provincias: Buenos Aires, 40 %, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), 14 %, Córdoba, 8 %, Santa Fe, 8 % y Mendoza, 4 %. Por lo tanto, en el plano federal, también se puede ver la concentración que existe al interior del sistema en unas pocas provincias.



Figura 7: Distribución geográfica de la población

Obras Sociales Nacionales

El 75% se concentra en cuatro provincias.



Fuente. Adaptado de López, 2022, diapositiva 2.

Otra variable que divide a las obras sociales es el nivel de recaudación, ya que algunas recaudan altos ingresos porque su rubro de actividad laboral tiene salarios altos, mientras que otras tienen una recaudación elevada debido a la gran cantidad de afiliados de salarios medios o bajos. En contraposición, hay obras sociales que tienen bajos niveles de recaudación, ya sea porque la mayoría de los afiliados tiene bajos ingresos o porque tienen poca cantidad de afiliados. Estas asimetrías respecto de la cantidad de afiliados, distribución geográfica y las diferencias económicas de los aportes complejiza el universo de la seguridad social y la toma de decisión en el ámbito sanitario.



Con relación a la cantidad de afiliados y el nivel de recaudación, en la entrevista se consultó por la existencia de alguna categorización de las obras sociales nacionales, pero en la actualidad no se encuentra disponible como tal. En la Superintendencia se realizan auditorías y análisis de la situación económico-financiera de las obras sociales, control de presupuestos y de estados contables. Este control no solo permite conocer el estado económico financiero en general, sino que también se utiliza como insumo para confeccionar las matrices de riesgo para realizar las transferencias de los subsidios automáticos como el SANO, el SUMA, el SUMA 60 y el SUMARTE, que buscan atenuar asimetrías relacionadas con la recaudación entre las obras sociales (Entrevista 3.1: 2022).

Existe otra realidad: las obras sociales que comercializan planes superadores o complementarios por mayores servicios, como se establece en el marco regulatorio de medicina prepaga (Ley 26682, 2011, art. 1). Estos planes, en algunos casos, se ofrecen con nombres diferentes a la obra social de origen, como por ejemplo el caso de Unión Personal (UP), la obra social de la mayoría de los empleados públicos, que ofrece planes superadores denominados “Accord Salud”. Dichos planes deben ser inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) y llevar un sistema diferenciado de información patrimonial y contable de registros con fines de fiscalización y control de las contribuciones, aportes y recursos de otra naturaleza previstos por las Leyes 23660 y 23661 (art. 22).

Es importante destacar que las opciones superadoras o complementarias se ofrecen para brindar un Plan Médico Asistencial (PMA) más amplio, con mayor cantidad de prestadores o brindar algún servicio de medicina estética. Sin embargo, el Programa Médico Obligatorio (PMO) es ineludible para todas las obras sociales o EMP, a cubrir de manera obligatoria cualquiera sea el plan de sus beneficiarios. En nuestro país, el PMO incluye una lista muy amplia de prestaciones que se va actualizando de forma constante mediante resoluciones de la Superintendencia (Entrevista 3.2: 2022).

Los casos más frecuentes de obras sociales que desregulan son las que resuelven firmar convenios mediante unos sistemas de adhesión voluntaria con EMP. Esta situación también se encuentra reglamentada por el marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga (Ley 26682, 2011) y permite que los afiliados puedan transferir los aportes de su seguro de salud a empresas de salud. Estas empresas pueden contar con efectores propios o tercerizados



que se encuentren inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores (Entrevista 3.2: 2022). Es decir, existe una amplia red de obras sociales de distintos tamaños que desregulan los aportes de sus afiliados y hacen efectiva la transferencia de recursos al sector privado. En ciertos casos, esta flexibilización permite que algunas obras sociales funcionen como una especie de entidad de recaudación que transfiere los recursos a las EMP o a los planes superadores o complementarios para que brinden el servicio de salud. Al respecto, en la entrevista se destacó que, según la normativa vigente, los agentes del seguro tienen permitido transferir hasta el 95 % de los beneficiarios (Entrevista 3.2: 2022).

Asimismo, a lo largo de una entrevista, también se destacó la problemática del descreme al interior del sistema de salud. La reforma del Decreto 438/2021 busca evitar, o al menos dilatar por el plazo de un año, el hecho de que los afiliados más jóvenes y/o los de mejores salarios sean los que en mayor medida vayan a optar por el cambio de prestador. Es decir, las obras sociales se quedan con la población más envejecida que va a hacer mayor uso del servicio de salud y, por ende, generan mayor gasto y con los afiliados de salarios más bajos, a diferencia de las EMP que generalmente reciben usuarios desregulados jóvenes y/o con aportes altos (Entrevista 3.1: 2022).

También forman parte de la realidad del seguro nacional de salud los regímenes especiales, que profundizan la inequidad entre los agentes del mismo. A partir de la sanción de Ley 25865/03, los trabajadores monotributistas pueden elegir hacer sus aportes y pagar su obra social a través del sistema de contribución del monotributo. En función de los ingresos que perciban, se paga una alícuota mensual que incluye el pago de aportes para la seguridad social que comprende los componentes impositivo, provisional y obra social. En particular, para la obra social se aplica un valor fijo establecido por la AFIP, que varía una vez al principio de cada año calendario y el importe lo abona cada trabajador. En el monotributo social (Ley 26565, 2009), a diferencia del tradicional, los componentes impositivo y provisional se encuentran subsidiados en un 100 % y en la obra social, en un 50 %.

Respecto del proceso de asignación de la obra social, este queda a cargo del contribuyente, ya que a partir de su inscripción en el monotributo, tiene derecho a elegir alguna de las entidades que se encuentren dentro de la nómina formulada por la Superintendencia para trabajadores en esta condición (Resolución 576, 2004). A diferencia de los trabajadores en relación de



dependencia, la inscripción no es automática, sino que es necesario realizar el trámite específico de elección y alta de la obra social. En este sentido, de acuerdo a la misma resolución, ninguna obra social que se encuentre habilitada para recibir beneficiarios monotributistas puede rechazar una afiliación. Asimismo, la obra social que elija el monotributista debe brindar, como mínimo, la cobertura establecida en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) (Resolución 201, 2002).

En efecto, la problemática que surge es que el pago de una suma fija de estos regímenes especiales, en comparación con los aportes y contribuciones de los empleados en relación de dependencia, es un monto menor. Por ejemplo, en 2021 el aporte mínimo que debían ingresar las categorías de servicio doméstico para tener una cobertura mensual de obra social fue de \$1.408,87 por mes y, para 2022, se incrementó un 26 % hasta \$1.775,18. Esta situación se presenta como un eje de debate a la hora de pensar en la racionalidad y la equidad del sistema de la seguridad social.

Todas estas realidades conforman un sistema fraccionado, inequitativo y con transferencia de recursos al sector privado. Pero también muestran que el subsistema de las obras sociales es un ámbito donde los sindicatos tienen un rol fundamental, ya que son los responsables de gestionar la mayoría de los agentes del seguro. En consecuencia, estas corporaciones constituyen un actor de presión decisivo en el debate sanitario de nuestro país, y con el que el Gobierno debe negociar gran parte de las políticas de salud.

De este modo, en un contexto de debate sobre la sostenibilidad del subsistema de la seguridad social agravado por la imponderable crisis de la pandemia, se firmó el Decreto 438/2021. Esta norma establecía retraer el marco regulatorio a la normativa vigente hasta antes de la reforma de 1998 e impedir por el plazo de un año que los nuevos empleados pudieran ejercer el derecho de la opción de cambio de agente de salud. Esta decisión se consensuó sobre la base de información de indicadores económicos que presentaron los representantes de las obras sociales y proyecciones económicas de la Gerencia de Control Económico Financiero de la Superintendencia (Entrevista 3.1: 2022).

Asimismo, se plasmó un acuerdo político entre los principales representantes gremiales y el Gobierno nacional, que cumplió con un anhelo de los referentes de la CGT, ya que la norma



buscaba proteger a las obras sociales tradicionales de la competencia privada. En efecto, la CGT respondió a esta medida con un documento titulado “Los trabajadores no nos confundimos”, que afirmaba que el Decreto 438/2021 buscaba terminar “con una práctica espuria y antisindical de los empresarios y gerentes de las empresas de medicinas privada, consistente en elegir el prestador del servicio de salud de sus trabajadores y trabajadoras en beneficio de sus intereses económicos y para alejarlo del vínculo natural con el sindicato de su actividad”. Este documento subraya también que, durante años, los empresarios de la medicina privada se enriquecieron cooptando a los trabajadores para beneficio de sus empresas y atentando contra el sistema de obras sociales (CGT, 2021).

Por otra parte, esta reforma sumó presión a la relación del Gobierno con las empresas de medicina prepaga, que también le solicitaron mejores condiciones para sobrellevar el periodo de emergencia. Sin embargo, es importante destacar que el Gobierno también ayudó económicamente a las empresas privadas al pagar parte de los salarios de los empleados a través de la Asistencia de Emergencia Trabajo y Producción (ATP) de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y permitió, ese mismo año de la reforma, un aumento del 36 % en las cuotas para los afiliados (Resolución 987, 2021). Vale destacar que el sistema de salud privado es un mercado regulado y solo se permiten aumentos de cuotas a los afiliados con la aprobación del Ministerio de Salud.

El decreto generó una reforma parcial en el sistema de la seguridad social porque obliga a los nuevos trabajadores a permanecer cautivos por el periodo de un año en la obra social correspondiente a su actividad y evita de manera temporal el fenómeno del descreme. Este conforma un cambio estructural del sistema de seguridad social, pero no puede dejar de ser comprendido en contexto de crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19. Por ello, la reforma puede entenderse como parte del auxilio del Estado a los agentes del seguro de salud para paliar los efectos de la crisis.

Por medio del Decreto 438/21, el Estado llevó a cabo una reforma parcial del sistema de la seguridad social en particular y del sistema de salud en general, con el objetivo de evitar que los aportes de los trabajadores se transfirieran al sector privado por un tiempo limitado. En consecuencia, esta política buscó mejorar los sistemas financieros de las obras sociales que, en la mayoría de los casos, se encuentran a cargo de los sindicatos, constituidos como un factor de



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



poder del sistema de salud argentino. En época de crisis sanitaria y económica causada por la pandemia, se logró materializar una reforma que propiciaba un fortalecimiento económico de sus organizaciones.



Comentarios finales

La pandemia del COVID-19 provocó en Argentina, al igual que en el resto de los países del mundo, problemas de funcionamiento de los sistemas sanitarios que obligaron a los Estados a elaborar políticas públicas para dar respuesta y promover la sostenibilidad de los sistemas de salud. En ese contexto, donde la demanda del servicio aumentaba de forma exponencial y con muy poca certeza sobre el futuro epidemiológico, el Gobierno argentino tomó una serie de medidas tendientes a modificar el funcionamiento del sistema de salud en general y del subsistema de la seguridad social en particular.

El objetivo general que tuvo este trabajo fue elaborar una descripción de la política sanitaria relacionada con la asignación de recursos de las obras sociales en 2020 y 2021. En especial, la intención fue profundizar sobre tres ejes principales de las políticas de la seguridad social del sistema de salud: los procedimientos de compensación económica del Gobierno a las obras sociales nacionales, las decisiones relativas al área de discapacidad que se llevaron a cabo durante la emergencia sanitaria de esos años, y los cambios que estableció el Decreto 438/21, el cual modificó el sistema de libre elección de obras sociales para los trabajadores durante el primer año de empleo.

El desarrollo comenzó con una descripción del sistema de salud argentino y las reformas que han ido modificando su funcionamiento a lo largo del tiempo. Constituido por el subsistema público, el subsistema de la seguridad social y el subsistema privado, estos tres componentes del sistema sanitario brindan una amplia cobertura del servicio de salud para toda la población, con niveles aceptables de equidad a lo largo de todo el territorio nacional. Sin embargo, como se desarrolló previamente, esta conformación tripartita implica la coexistencia desarticulada de cada uno de los componentes, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con los que cuentan. Por este motivo, en la mayoría de las investigaciones sobre el sistema de salud argentino, se lo caracteriza como un sistema que carece de integración y coordinación entre sus componentes. Esta desarticulación atenta contra el uso eficiente de recursos y la provisión del servicio.

Además, el sistema funciona de forma descentralizada porque las provincias de nuestro país tienen autonomía para el suministro de servicios de salud y los lineamientos sanitarios del



Estado central solo cumplen un rol de rectoría. Esta descentralización se profundizó en los noventa, cuando se transfirió a los municipios la ejecución y la administración de los servicios de salud en el marco de las reformas indicadas por los organismos internacionales de crédito.

A lo largo del desarrollo, se detallaron las características y el funcionamiento del subsistema de la seguridad social, que cubre la mayor proporción de la población y en su interior se replican las características de fragmentación del sistema sanitario. También se puntualizaron una serie de problemas vinculados con el déficit estructural de ingresos en las obras sociales y la ineficiencia en su gestión, que se relaciona con el fraccionamiento y la inequidad existente entre las obras sociales que lo conforman.

Se describió el comienzo de la segmentación, cuyo origen remonta a la Ley 18610/70, que extendió la cobertura de las obras sociales a toda la población en relación de dependencia e hizo obligatoria la afiliación de los trabajadores a dichas instituciones. Al año siguiente, el sistema de obras sociales se extendió también de forma forzosa a los jubilados y pensionados con la Ley 19032/71, y se estableció el financiamiento compulsivo sobre los trabajadores activos. Esta multiplicación de agentes propició la fragmentación al interior del subsistema de la seguridad social, al favorecer el aumento de la cantidad de obras sociales y profundizar las desigualdades respecto a la cantidad de asegurados y a los niveles de ingreso entre cada uno de los agentes.

Las políticas de desregulación y reforma del Estado de los años noventa también modificaron el subsistema de la seguridad social. En el desarrollo, se detallaron problemas aparejados por estas reformas que provocaron el quiebre de la solidaridad del subsistema por el financiamiento a las empresas de medicina prepaga. Se permitió que los afiliados de mayores ingresos pudieran elegir libremente su cobertura sin importar la actividad laboral. Esta flexibilización se realizó con el argumento de incentivar la competencia entre las entidades para efficientizar el gasto y la calidad del servicio. Sin embargo, generó que se quebrara la solidaridad por rama de actividad y que se profundicen las inequidades al interior de la seguridad social a partir de facilitar el pasaje de afiliados a las empresas prepagas.

La disputa de poder entre la CGT y el Gobierno por la “caja de los gremios” —denominada de esta manera por los medios de comunicación— atraviesa toda la historia del subsistema de la seguridad social. La desregulación profundizó particularmente la tensión entre el Gobierno y el



movimiento obrero: con las reformas, se les quitó a los sindicatos un espacio importante de poder político y económico al terminar con un sistema de “clientelas cautivas” que implicaba la afiliación obligatoria. Estas contiendas por los recursos y el manejo de las obras sociales en varios momentos de su historia se combinan con otras luchas que dan los gremios, por ejemplo, por paritarias o reformas en el plano laboral. Por eso, se trata de una relación de tensión que se va actualizando según el momento político que se atraviesa.

En la actualidad, el total de la población argentina tiene acceso al subsistema público de salud, y alrededor de un 64 % de los habitantes de nuestro país cuenta con otra cobertura que puede ser obra social nacional o provincial, PAMI o empresas prepagas de contratación voluntaria o usuarios que desregulan sus aportes. El subsistema de la seguridad social en el año 2022 tuvo alrededor de 14 millones de beneficiarios entre el régimen general, en el que realizan aportes y contribuciones los empleadores, y los beneficiarios de regímenes especiales (servicio doméstico y monotributistas que aportan una suma fija).

Según la información recabada en las entrevistas, la recaudación promedio per cápita de es baja, y esto conlleva una situación deficitaria en los ingresos de las obras sociales. Esta problemática se ve agravada por la posibilidad de desregular aportes a las empresas de medicina prepaga, ya que posibilita que los beneficiarios con mayores salarios o los más jóvenes, quienes probablemente generen menos uso del servicio, opten por desregular sus aportes a la medicina prepaga para obtener opciones superadoras. Además, se caracterizó al PMO de nuestro país como un plan extenso, que abarca un conjunto importante de prestaciones de salud y medicamentos que deben ser cubiertos obligatoriamente por las instituciones de la seguridad social y por los seguros privados. Las prestaciones por discapacidad se incorporaron también al PMO y, en consecuencia, se obligó a los agentes de salud a dar cobertura de diferentes aspectos relativos a la salud, el transporte, la educación, el trabajo y la seguridad social de los beneficiarios con discapacidad.

En medio de esta situación estructural, surgió la pandemia del COVID-19, que sobrecargó los sistemas sanitarios de la mayoría de los países del mundo, incluso de los que tienen sistemas de salud más desarrollados y sustentables. En la Argentina, la crisis aumentó la incertidumbre respecto a si se iba a lograr la provisión de un servicio adecuado y la sostenibilidad del sistema. En medio de esa emergencia, se dictaron algunas medidas preventivas de aislamiento social y



restricciones en la circulación. Estas decisiones causaron un fuerte impacto económico que afectó las finanzas de las obras sociales, que tuvieron una disminución de sus ingresos debido a la caída de los aportes.

En respuesta a este escenario, desde el Estado argentino se diseñaron una serie de políticas públicas con el objetivo de afrontar las dificultades del sistema de salud en general y del subsistema de la seguridad social en particular. El supuesto que guió el desarrollo de la investigación fue que el plan de asistencia para el fortalecimiento de las obras sociales nacionales, que llevó adelante el Gobierno nacional durante el 2020 y 2021, benefició a los agentes del seguro y le dio sustentabilidad al subsistema de la seguridad social. Con esa idea como hilo conductor, se desarrollaron cada uno de los objetivos específicos.

En primer lugar, se describieron las políticas sanitarias más relevantes de transferencias de fondos a los agentes del seguro de salud para compensar los gastos ocurridos durante 2020 y 2021. Se buscó conocer cómo se gestionaron durante la emergencia los recursos del FSR, una herramienta fundamental para la sostenibilidad de la seguridad social. Como se explicó en el desarrollo, el FSR tiene como objetivo principal el reintegro de dinero a las obras sociales por tratamientos complejos y altos costos a través del SUR. Además, se encarga de subsidiar a las obras sociales más pobres para que puedan cumplir con el PMO que establece el Ministerio de Salud de la Nación.

A lo largo del trabajo, se examinaron tres políticas de transferencias de fondos para dar sostenibilidad al subsistema de la seguridad social y lograr el mejor desempeño del sistema de salud en época de emergencia por COVID-19. Así, se revisaron los cambios en los mecanismos administrativos y de gestión para el recupero de fondos del SUR que utilizan las obras sociales, se analizaron las transferencias extraordinarias de los recursos del Fondo de Asistencia y Emergencia, y se estudió la ejecución de los subsidios de recursos del FSR que reciben los agentes del seguro.

Con respecto a los cambios en los procesos administrativos de gestión, se observó que el objetivo principal fue sostener la transferencia de recursos del SUR para dar sustentabilidad a las finanzas de las obras sociales nacionales. El SUR, en periodos normales, reintegra a las obras sociales de modo diferido, luego de que se presenten los comprobantes del pago



correspondiente, el valor de los tratamientos médicos, las prestaciones o los medicamentos de alto costo. En consecuencia, constituye un recurso fundamental para los agentes del seguro. En cambio, durante la emergencia por el COVID-19, se reformularon los mecanismos administrativos porque, en medio del aislamiento social, no había en la Superintendencia de Servicios de Salud —organismo encargado de ejecutar este procedimiento— recursos humanos suficientes para cumplir con los plazos regulares y las etapas de gestión que implica el SUR.

En efecto, durante el 2020 y 2021, se utilizaron cuatro fórmulas diferentes para realizar transferencias de recursos con una lógica de adelantos de fondos del SUR. Todas esas fórmulas priorizaron garantizar que las obras sociales recibieran los recursos económicos teniendo en cuenta la problemática que se estaba atravesando. Asimismo, se buscó mantener criterios de equidad y ecuanimidad respecto de la realidad que cada uno de los agentes tenía antes del surgimiento de la pandemia. La preocupación más importante era garantizar la sostenibilidad del sistema.

La primera fórmula de adelanto de fondos buscó priorizar la distribución en aquellas obras sociales que tenían una renta promedio inferior porque no tenían tanto resto económico para hacer frente a la pandemia. Se apuntó a la conformación de una fórmula sencilla de ejecutar y efectiva, teniendo en cuenta también las condiciones de trabajo en la Superintendencia y las posibilidades reales de llevarlo adelante en la primera etapa de restricciones y niveles de incertidumbre muy altos.

Dos meses más tarde, se tomó la decisión de aceptar la propuesta de la CGT, que impulsaba el uso de otra fórmula de distribución que agrupó los agentes del seguro de salud en cinco categorías basadas en el valor per cápita promedio resultante de la recaudación de cada uno de ellos. En ese momento, la intención fue establecer una fórmula de reparto que permitiera estabilizar la situación financiera de las prestadoras para el financiamiento de los diferentes tratamientos médicos, para el pago a proveedores y para eventuales gastos extraordinarios con relación a la situación epidemiológica y sanitaria. La adopción de esta fórmula creada por las entidades sindicales fue un gesto político del Gobierno hacia una central obrera acostumbrada a mostrar poder político y de movilización cuando se trata del financiamiento de las obras sociales a su cargo.



En la tercera fórmula de pago a cuenta, prevaleció el objetivo de pagar saldos acumulados a partir de establecer un cuádruple del promedio mensual de los expedientes que los agentes del seguro de salud hubieran ingresado el año anterior. Se buscó reproducir la capacidad de ingreso que las entidades poseían previo al ASPO, restándoles los pagos ya efectuados en los anticipos de fondos en el año 2020 para que no les quede mucho saldo adelantado que luego no pudieran justificar. Es decir, no adelantar más recursos que los que efectivamente los agentes fueran a gastar en prestaciones de alto costo. El énfasis de esta tercera fórmula de reparto estuvo puesto en la distribución de recursos a las obras sociales con cápita promedio inferior a la media porque eran las más perjudicadas en la emergencia.

La última de las fórmulas de adelanto de fondos del SUR se instituyó en el 2021 cuando todavía regían algunas restricciones por la DISPO, pero ya existían flexibilizaciones en la circulación y, sobre la base de la experiencia de las formas de adelantos anteriores, se adoptó una cuarta fórmula de reparto acorde al nuevo contexto sociosanitario. El perfeccionamiento se dio para no producir distorsiones y alterar indicadores económicos y prestacionales. En este caso, las transferencias se realizaron a partir del uso de un coeficiente entre cuatro grupos de obras sociales que se construyó al ponderar atributos económico-financieros y poblacionales de las entidades.

Los sucesivos cambios de fórmula se efectuaron con la intención de dar la mejor respuesta posible a distintas necesidades de los agentes y a la obligación sanitaria que asumió el Gobierno de garantizar por vía de la distribución de recursos una adecuada cobertura médico-asistencial de los beneficiarios. Pero, también, las modificaciones fueron consecuencia de la evaluación de los resultados obtenidos con el uso de la fórmula anterior. En un primer momento, se priorizó la simpleza del proceso, luego prevaleció la búsqueda de consensos y la priorización de las obras sociales de menor recaudación. Finalmente, se conformó una fórmula más compleja teniendo en cuenta también proyecciones sobre escenarios futuros de las obras sociales para evitar distorsiones financieras a futuro.

De esta manera, desde que se declaró la emergencia sanitaria por el COVID-19 hasta marzo de 2022, se modificaron los procesos de apoyo financieros a obras sociales y se establecieron a modo de excepción mecanismos de adelantos económicos del SUR. Esto permitió, a través de diferentes métodos de reparto que se fueron diseñando conforme a cada contexto sanitario y



económico, que se sostuviera el flujo constante en concepto de reintegro a los agentes del seguro. Por medio de las políticas de adelanto de fondos del SUR, el Gobierno asumió la responsabilidad de sostener el Sistema Nacional del Seguro de Salud para evitar que se agrave la crisis económica y financiera del sector de las obras sociales. Con ese fin, se fueron adaptando los procesos administrativos a la dinámica de una crisis.

En paralelo, con el mismo objetivo de sostener a las obras sociales en la emergencia sanitaria, se transfirieron recursos extraordinarios para su compensación económica. En medio de la crisis del COVID-19, el Gobierno resolvió otorgar un apoyo financiero excepcional y extraordinario a los agentes del seguro en respuesta a la demanda imprevista de prestaciones asistenciales y la baja en la recaudación. La decisión que se tomó fue usar los fondos propios que estaban reservados para una eventual emergencia de modo de asegurar la continuidad de las prestaciones básicas del subsistema de la seguridad social.

Los recursos extraordinarios se transfirieron para cubrir los gastos específicos que demandaba la cobertura de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19. En consecuencia, se utilizó como criterio para la distribución, indicadores relativos a las prestaciones para atención de COVID-19 de cada agente del seguro. Se determinaron tres módulos a los que se les asignaron diferentes valores: módulo de aislamiento y diagnóstico, módulo de unidad de cuidados críticos por COVID-19 sin asistencia respiratoria mecánica y módulo de unidad de cuidados críticos con asistencia respiratoria mecánica. La transferencia de los recursos del Fondo de Asistencia y Emergencia complementó el uso de fórmulas de excepción para la transferencia de recursos del FSR para sustentar al subsistema de la seguridad social.

La tercera política de transferencia de fondos del FSR fue mantener los subsidios automáticos que se realizan mediante la AFIP. Cada uno de estos subsidios tiene como fin mitigar asimetrías entre los agentes y compensar distintas problemáticas que ocasionan dificultades económicas. Se subsidia a las obras sociales que tienen mayor cantidad de beneficiarios de edad avanzada, a las obras sociales con menos afiliados, a las que tienen más afiliados incluidos en el régimen de trabajo especial, conformado por trabajadores de casas particulares y el régimen de pequeños contribuyentes. Se trata de un mecanismo que buscaba garantizar la equidad en épocas regulares y, durante 2020 y 2021, se conservó para dar sostén al interior del subsistema y propiciar la solidaridad entre un conjunto de obras sociales muy desiguales entre sí.



De este modo, de manera excepcional, la administración de los recursos del FSR fue una herramienta de gestión que se usó en medio de la crisis del sistema de salud. El fin fue compensar la caída de la recaudación de los agentes del seguro y sostener el subsistema que cubre la mayor parte de la población del país para hacerle frente a una situación inconmensurable, en especial durante 2020, cuando no existía prácticamente información sobre los tiempos ni las consecuencias de la pandemia. Para lograr ese objetivo, se llevaron adelante tres acciones respecto del uso de los recursos del FSR. En primer lugar, los adelantos económicos del SUR, que en períodos normales reembolsa de modo diferido el valor de los tratamientos médicos, las prestaciones o los medicamentos de alto costo y representa el núcleo principal del flujo de fondos entre el Ejecutivo y las obras sociales. Se crearon fórmulas de adelanto de fondos según las posibilidades de ejecución del organismo, las necesidades del momento y los resultados obtenidos por la fórmula anterior. La segunda línea de acción fue ejecutar recursos propios del subsistema que habían sido invertidos en fondos de inversión para ser utilizados cuando existiera una situación de emergencia. La tercera política de transferencia de fondos fue mantener el funcionamiento regular de la distribución de subsidios automáticos más allá de los cambios en la composición de los beneficiarios de las obras sociales.

La segunda política sanitaria que se exploró fueron las decisiones relativas al área de discapacidad que se llevaron a cabo durante la emergencia sanitaria de 2020/2021. La importancia del rubro discapacidad para el análisis se debe a que el mayor porcentaje de los gastos que tiene el subsistema de obras sociales corresponde al pago de este rubro por prestaciones de rehabilitación, tratamientos, educación y transporte. El área de discapacidad representa entre un 35 % y un 40 % de los gastos totales que deben afrontar los agentes del seguro.

Por este motivo, desde que se sancionaron las leyes que incorporan las prestaciones de discapacidad al PMO, comenzó el conflicto con el sector sindical que históricamente reclamó que la cobertura de los gastos de esas prestaciones no les correspondía a las obras sociales. Esta tensión se profundizó cuando se sancionó la Ley 24091/1997, que amplía el sistema de prestaciones básicas y obliga a las obras sociales a cubrir gastos relativos a las prestaciones de rehabilitación, transporte, educación, servicio terapéutico educativo y prestaciones asistenciales.



El Mecanismo Integración es un sistema que se considera de distribución directa porque se aplica exclusivamente para la facturación impaga de los agentes del seguro. Es decir, es un subsidio a las obras sociales pero que funciona pagando las facturas a los prestadores, a diferencia del SUR, que reintegra el valor de los tratamientos médicos, prestaciones o medicamentos de alto costo que ya fueron abonados por las obras sociales. De forma regular, el Mecanismo Integración se implementa a través de un procedimiento administrativo específico donde los agentes comunican de forma mensual a la Superintendencia el padrón de beneficiarios con discapacidad, detallando las prestaciones que reciben de acuerdo al nomenclador vigente. Después se giran los fondos correspondientes desde el FSR a las cuentas bancarias de cada agente para el pago exclusivo de servicios de discapacidad. Luego, las obras sociales tienen sesenta días corridos para presentar la rendición de los pagos a los prestadores.

Desde que comenzó a implementarse el Mecanismo Integración, el porcentaje que representa sobre el total de los recursos del FSR fue en aumento año tras año. Actualmente, representa alrededor del 50 % de los reintegros que reciben las obras sociales. Tal es la importancia de esta suma que, en la pandemia, se decidió destinar esos recursos a las obras sociales. Sin embargo, al igual que lo que sucedió con el SUR, los procesos administrativos no podían garantizarse. En efecto, se resolvieron cambios en dichos procesos durante el periodo de excepción.

En primer lugar, se prorrogaron todas las prestaciones en curso a efectos de dar continuidad durante el período de aislamiento para facilitar que los beneficiarios hicieran los trámites mientras se mantuvieran las condiciones. Se buscó garantizar el acceso a las prestaciones mediante plataformas de teleconsulta. Para ello, se les solicitó a los agentes del seguro estimar la cantidad de sesiones o consultas requeridas para, en primer lugar, garantizar la continuidad de la asistencia y los tratamientos esenciales de las personas con discapacidad.

En paralelo, fue necesario simplificar los procesos administrativos y las modalidades para requerir el financiamiento a través del mecanismo integración, ya que los procedimientos regulares no podían cumplirse en época de excepción. El objetivo central fue no interrumpir los tratamientos, pero, también, dar continuidad al financiamiento directo del FSR a los agentes del seguro de salud y asegurar el pago de las prestaciones para dar sostenibilidad al sistema. La decisión se tomó porque se proyectó que un corte en los pagos del rubro de discapacidad podría



haber acelerado una crisis financiera en las obras sociales y hubiese ocasionado una complicación económica a los prestadores que reciben del mecanismo integración el pago de sus servicios. En efecto, se continuaron los pagos a pesar de los cambios que sucedieron en las prestaciones de tipo virtual o la baja de otras prestaciones, por ejemplo, del transporte, que en especial en los primeros meses de restricciones, fueron servicios que no se prestaron efectivamente.

Por otra parte, el Gobierno nacional resolvió en 2021 realizar una reasignación de fondos del presupuesto a efectos de afrontar gastos del mecanismo de integración para cubrir las prestaciones médico-asistenciales previstas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad. Por medio de una decisión administrativa, se le asignó a la Superintendencia una suma de dinero para su distribución en las prestadoras del servicio para compensarles los gastos que debieron afrontar durante la pandemia. Se trató de un hecho excepcional que implicó un elevado aporte extraordinario de fondos del tesoro a las obras sociales. De esta manera, se demostró la importancia que tiene el rubro de discapacidad en las finanzas de los agentes del seguro y para el funcionamiento del subsistema de la seguridad social.

Durante el período analizado, se desarrollaron dos políticas relativas a sostener el funcionamiento del área de discapacidad en la seguridad social. Por una parte, el sostenimiento de las prestaciones y de su pago total, aunque no todas sean efectuadas por los beneficiarios con discapacidad. La decisión fue no recortar pagos y realizar el mantenimiento total de las prestaciones, tal como había sucedido antes de la pandemia, con el fin de dar sostenibilidad económica a las obras sociales. Pero, además, se sumaron recursos extraordinarios que dan cuenta de la relevancia que tiene el rubro discapacidad en las finanzas de las obras sociales.

De esta manera, a lo largo del trabajo se pudo ver que el FSR tiene dos objetivos diferentes: por un lado, funciona como un reaseguro para cubrir enfermedades de alto costo y baja incidencia a partir de los reintegros que financia el SUR. Desde 2017 se sumó además el Mecanismo de Integración, una herramienta para compensar gastos de prestaciones para beneficiarios con discapacidad de las obras sociales. Por otro lado, el FSR tiene una función redistributiva mediante la transferencia de distintos tipos de subsidios como el SANO, el SUMA, el SUMARTE y el SUMA 65.



La tercera política sanitaria que se examinó fueron las modificaciones establecidas por el Decreto 438/21, que impide la libre elección de obra social para los trabajadores en relación de dependencia durante el primer año de empleo. Este decreto se emitió en plena vigencia de la emergencia sanitaria e implicó un cambio estructural del sistema de seguridad social, porque evitaba que los beneficiarios pudieran desregular sus aportes por un período de tiempo delimitado.

Hasta ese momento, el subsistema funcionaba a partir de los lineamientos que habían sido establecidos en los noventa, cuando se desreguló el sistema de las obras sociales que estaban organizadas desde el origen por rama de actividad productiva para brindar la cobertura de salud a titulares y familiares mediante aportes patronales y contribuciones salariales. A partir de esa flexibilización, se aprobó la libre elección que permitió a los beneficiarios transferir sus aportes y, de esta manera, se habilitó un proceso por el cual las obras sociales comenzaron a perder afiliados de mayores ingresos que, en muchos casos, emigraron hacia empresas de medicina prepaga a partir de la derivación de sus aportes. El resultado fue que se profundizó la fragmentación del subsistema y las obras sociales se quedaron con los afiliados de salarios más bajos y con la población más envejecida, que se espera que haga mayor uso del servicio de salud y, por ende, genere mayor gasto. En cambio, las empresas prepagas generalmente reciben usuarios desregulados jóvenes y/o con aportes altos. Este es el fenómeno que se denomina *descreme*.

Como se explicó en el desarrollo, existen 299 obras sociales inscriptas, de las cuales más del 70 % son entidades gremiales. A partir de esta composición, se puede observar la importancia del sector sindical en la toma de decisión de las políticas sanitarias. A este escenario, se le suma la asimetría entre las obras sociales que conforman el subsistema: mientras algunas tienen una gran cantidad de afiliados, otras cuentan con unos pocos. Otra variable que divide a las obras sociales es el nivel de recaudación, ya que algunas generan altos ingresos porque su rubro de actividad laboral tiene salarios altos, mientras que otras tienen una recaudación elevada debido a la gran cantidad de afiliados de salarios medios o bajos. Estas asimetrías respecto a las características, la cantidad de afiliados y las diferencias económicas de los aportes complejiza el universo de la seguridad social y debe ser tenido en cuenta a la hora de pensar reformas sanitarias.



En medio de la crisis de la pandemia, el Gobierno resolvió que los trabajadores que iniciaran una relación laboral deberían permanecer un año en la obra social del sindicato de la actividad a la que estaba asociado su empleador antes de ejercer el derecho de opción de cambio. Con esta reforma, se apuntó a mantener al trabajador cautivo en la obra social que le correspondía por actividad por el plazo del primer año de su nueva relación laboral. Esta resolución se propuso en un momento donde la seguridad social debió hacer frente al aumento de la demanda de prestaciones de manera abrupta, con el agravante de una situación macroeconómica de alta inflación y caída de la recaudación.

La reforma del Decreto 438/2021 configuró un acuerdo político entre los principales representantes gremiales y el Gobierno nacional, que cumplió con un viejo anhelo de los referentes de la CGT, ya que la norma buscaba proteger a las obras sociales tradicionales de la competencia privada. En contrapartida, el Gobierno comenzó a recibir la presión de empresas privadas de medicina prepaga, que solicitaron ser compensadas con mejores condiciones para sobrellevar el período de emergencia.

De este modo, en medio del debate sobre las mejores formas de dar sostenibilidad al sistema de salud, se firmó el Decreto 438/2021. Por medio de esta norma, se retrotrajo el marco regulatorio a la normativa vigente previo a la reforma de 1998 y se impidió por el plazo de un año que los nuevos empleados pudieran ejercer el derecho de la opción de cambio de agente de salud. El decreto efectuó un cambio estructural del sistema de seguridad social pero limitado a un período de doce meses, en los cuales no se permitieron realizar desregulación de aportes. De esta manera, en medio de la crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19, se buscó restablecer al menos de forma parcial los principios de solidaridad que fundamentaban el sistema nacional del seguro de salud desde su origen.

Al respecto, surgen varios interrogantes relativos tanto al contexto de la reforma como a la posibilidad de pensar en una nueva reforma que retrotraiga de forma definitiva, no temporaria, la opción de cambio. Es posible que una transformación de esas características implique revisar de manera generalizada todo el sistema, ya que se les estaría quitando a los trabajadores el derecho de elegir su propio seguro de salud. En ese escenario, también habría que considerar mayores regulaciones para las obras sociales que obtendrían más beneficiarios cautivos.



En suma, se revisaron dos grupos de políticas en el subsistema de la seguridad social que fueron motivadas por la pandemia del COVID-19 en 2020 y 2021. Por un lado, se analizaron las políticas de distribución de los recursos del FSR, que corresponden a los gastos por tecnologías de alto costo que administra el SUR, el uso de recursos del fondo de emergencia y asistencia, así como los subsidios a las obras sociales. También, se estudió la gestión de los recursos del FSR del rubro discapacidad en función de la importancia relativa respecto a otros gastos agentes del seguro. Por otro lado, se exploró la reforma del sistema que implicó el Decreto 428/2021, que suspende por doce meses la posibilidad de desregular aportes para postergar el fenómeno denominado descreme. Esta reforma, si bien nació como respuesta a la crisis, en principio, no parece ser un cambio coyuntural sino permanente.

Algunos de estos cambios implicaron modificar procedimientos administrativos, como la simplificación de gestión del recupero de los fondos del SUR en función de la emergencia sanitaria, o modificaciones en el mecanismo integración por el rubro discapacidad. Otros fueron cambios de tipo estructural, como el Decreto 438, que modifica un derecho de los beneficiarios a ejercer el cambio de agente de salud, y el tercer grupo de políticas se relacionan con el aumento de los recursos para mejorar los resultados de la gestión: el uso del Fondo de Emergencia y Asistencia, que eran fondos propios del subsistema, y la transferencia de recursos del presupuesto nacional para el área de discapacidad.

De las políticas sanitarias analizadas, es importante resaltar la función del FSR, que destina recursos disponibles para la cobertura de reintegros por prestaciones de alto impacto económico y que demanden una cobertura prolongada en el tiempo, a fin de asegurar el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias. Mientras que en periodos regulares el FSR tiene el rol de equiparar asimetrías y dar sustentabilidad al sistema, en la crisis de la pandemia evitó colapsos del Sistema Nacional del Seguro de Salud y logró continuar con el servicio de salud a la población beneficiaria.

Durante el periodo analizado, el Gobierno buscó optimizar los recursos en materia de salud en un escenario de urgencia económica y, con ese fin, se tomaron medidas que evitaron el colapso de un sistema. Sin embargo, las políticas implementadas durante la emergencia no resuelven los problemas estructurales de fraccionamiento al interior del sistema, la desarticulación y las asimetrías de los componentes.



Tras el desarrollo de esta tesis, quedaron algunas cuestiones pendientes. Se identifican ciertas líneas de análisis que podrían haber sido profundizadas, pero que debido a la falta de recursos (tiempo, documentación o acceso a informantes clave que podrían ampliar la información) no fue posible llevar a cabo. Entre los temas que no se pudieron ampliar, se encuentra la indagación sobre los estados contables de las obras sociales, o al menos de aquellas que son más representativas. Estos datos habrían sido relevantes para cotejar con las políticas sanitarias que se describieron en este trabajo y hacer un análisis sobre la importancia o la necesidad de las medidas de emergencia. La Subgerencia de Control Económico Financiero de la Superintendencia monitorea a los agentes del seguro de salud y, para futuras investigaciones, sería interesante tener acceso a esos datos, así como entrevistar a algún informante clave que represente a las obras sociales. Si se hubiera incorporado esa línea de análisis, la tesis debería haberse realizado con una metodología de tipo explicativa y haciendo énfasis en el análisis económico de la emergencia sanitaria.

También habría sido interesante profundizar sobre los cambios en el procedimiento administrativo y los requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Seguro de Salud referidos a las solicitudes de fondos a través del mecanismo integración para el pago de las prestaciones brindadas a las personas con discapacidad (Resolución 360/2022). La importancia de estos procedimientos radica en la relevancia que tiene el Mecanismo Integración para el total del FSR. Si bien estos cambios de procedimientos se efectivizaron durante 2022, la crisis de la pandemia dejó en evidencia la necesidad de realizar modificaciones en los procesos y requisitos para acceder a la asignación de fondos. La finalidad del nuevo procedimiento del Mecanismo Integración es agilizar la gestión administrativa, mejorar la eficiencia y transparencia de los procesos, y garantizar la accesibilidad a los servicios esenciales para las personas con discapacidad. Estos cambios se centran en la adecuación de las necesidades prestacionales de las personas con discapacidad para la integralidad del tratamiento indicado.

El sistema SUR también se actualizó luego de la experiencia de la pandemia. En 2023 se establece el sistema SURGE (Resolución 731/2023), que simplifica procesos internos, mediante la interacción digital y remota entre los agentes del seguro de salud y la Superintendencia. En este nuevo sistema, se actualizaron procedimientos, contenidos, normativa y aspectos operativos adecuados al avance de las tecnologías informáticas y



sanitarias con el fin de tener mayor agilidad para la tramitación de las solicitudes de apoyo financiero. Este nuevo SURGE que moderniza el SUR es otra línea interesante para profundizar y que no pudo ser incluida en el presente trabajo.

Si bien el desarrollo de estos dos temas identificados habría enriquecido el contenido de la tesis, no fue posible abordarlos ya que no habían sido planteados antes de comenzar la investigación. A su vez, hubo otros temas que despertaron el interés por su relevancia, pero que estaban fuera de la delimitación del objeto de estudio de este trabajo. Un ejemplo de ello es el abordaje de las obras sociales provinciales, que desempeñan un papel relevante dentro de la seguridad social y del esquema sanitario. Estas obras sociales existen en las 23 provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en cada caso varían según cantidad de recursos, beneficiarios, así como la ley provincial de creación. Asimismo, funcionan casi con autarquía, ya que se administran y financian a sí mismas mediante un presupuesto y establecen sus propias normas jurídicas. En efecto, contar con información sobre la cantidad y la ubicación geográfica de los beneficiarios cubiertos por las obras sociales provinciales es fundamental para la planificación sanitaria, ya que permite dimensionar la cantidad de recursos humanos, tecnológicos y económicos necesarios para satisfacer esa demanda del servicio de salud.

Además, bajo el argumento de respetar el federalismo sanitario, las provincias no delegan el control de sus obras sociales en el Gobierno nacional. Estas son coordinadas por un Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) que se conforma por autoridades de las provincias. En esta misma línea, sería de interés conocer más sobre otras obras sociales autónomas, como las universitarias, las de las fuerzas armadas, poder legislativo, judicial, entre otras.

Para futuras investigaciones, queda pendiente el análisis de varios desafíos que enfrenta el subsistema de la seguridad social, que son interesantes para ser analizados en futuras investigaciones que puedan ver más allá de una crisis sanitaria particular, como lo fue la pandemia del COVID-19. Algunos ejes de análisis para pensar en la mejora del sistema de salud argentino podrían relacionarse con el déficit estructural de ingresos de las obras sociales, la ineficiencias de gestión debido a la existencia de obras sociales pequeñas, el quiebre de la solidaridad del sistema por el financiamiento de las empresas de medicina prepaga, la inequidad en los aportes del monotributo, el financiamiento de las prestaciones por discapacidad, la falta



de coordinación en la compra de tecnologías de muy alto precio, entre otros. Son estas las discusiones que habilitan el debate actual sobre la reconstrucción de un sistema de salud integrado donde el Estado posee una responsabilidad indelegable: garantizar el acceso a la salud de la población, sin importar niveles de ingresos o lugar de residencia.

Para finalizar, el desarrollo de esta tesis ha proporcionado algunos resultados específicos. Uno de ellos es una descripción sobre las principales características y el funcionamiento del subsistema de la seguridad social en el contexto del sistema de salud, junto con una sistematización del marco normativo de dicho subsistema. También se elaboró un estudio de las principales políticas sanitarias implementadas dentro de ese subsistema durante la crisis y la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19. En particular, se identificaron procesos estratégicos de gestión y se proporcionó una descripción pormenorizada de los circuitos administrativos para la transferencia formal de recursos desde el Estado a las obras sociales nacionales de 2020 y 2021 para dar respuesta a las necesidades de la pandemia. En esa descripción se destaca que, en algunas situaciones, se mantuvieron los procesos administrativos y de gestión regulares, como en el caso de los subsidios. Sin embargo, en otros casos, como en el manejo de los recursos del SUR para la cobertura de medicamentos de alto costo, se establecieron distintos circuitos administrativos extraordinarios para dar respuesta a la crisis de las obras sociales a partir de la caída de la recaudación.

Otro resultado de esta tesis es el desarrollo de una descripción detallada de los gastos más relevantes que tienen las obras sociales, particularmente aquellos relacionados con la cobertura de servicios de los beneficiarios con discapacidad. En efecto, se elaboró también una delimitación de los dispositivos de compensación económica que el Estado Nacional concedió al Mecanismo Integración para compensar los costos adicionales que afrontaron durante la pandemia en este ámbito específico.

Además, se ha realizado un análisis de las transformaciones introducidas por el Decreto 438/2021, que modifica el sistema vigente de libre elección de obras sociales e impide el cambio de agente de seguro durante el primer año de empleo de los trabajadores en relación de dependencia. El estudio de esta reforma es relevante no solo en el contexto de la pandemia del COVID-19, sino también porque impone una limitación temporal al derecho de libre elección de obra social.



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



Finalmente, como resultado adicional, se ha realizado una breve identificación de las obras sociales nacionales y los sindicatos más relevantes que gestionan gran parte de ellas. Los gremios desempeñan un rol sustancial en el subsistema de la seguridad social, y las obras sociales representan para ellos un importante caudal de poder en tanto actores del sistema político. Por ende, el valor estratégico que implica el control sobre las obras sociales por parte de los sindicatos demuestra las necesidades esenciales que tienen las organizaciones del seguro de salud, pero también expresa una lógica de poder.

Estos resultados se derivan de una revisión detallada de las políticas sanitarias del subsistema de la seguridad social en el marco de la crisis por la pandemia del COVID-19. La crisis sanitaria puso en evidencia las dificultades que atraviesa el sistema de salud en nuestro país en general y el subsistema de seguridad social en particular. En el contexto de excepción, quedó en evidencia que el sistema de salud argentino tiene virtudes y defectos, pero debe ser revisado para avanzar hacia un sistema más equitativo, eficiente y de mejor calidad para todos los ciudadanos.



Bibliografía

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en la Argentina*. Universidad de San Andrés. Buenos Aires
- Arnaudo, M., Lago, F., Moscoso, N., Báscolo, E. y Yavich, N. (2016). *Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: un análisis comparativo de los años 2004 y 2011*. Revista Salud Colectiva. Pág. 125-137
- Barros, G. (2023). *Mecanismo Integración* [Diapositiva de PowerPoint]. Diplomatura Intensiva sobre Regulación y Gestión de los Servicios de Salud. Superintendencia de Servicios de la Salud
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997). *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: el Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe HOL/94/S57. Serie Reformas de Política Pública N.º 47
- Bustos, J. (2022). *Relación entre los subsistemas de salud* [Diapositiva de PowerPoint]. Superintendencia de Servicios de la Salud. ISALUD
- Cerdá, J. M. (2005). *Las reformas del sistema de salud en los '90. La disputa entre el Estado y los sindicatos*. Astrolabio Revista Electrónica del Centro de Estudios Avanzados de la UNC. Pág. 1-25
- Cetrángolo, O. (2014). *Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino*. Revista economía política de Buenos Aires. Año 8. Vol. 13. 145-183. ISSN 1850-6933
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Taller Regional “Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”. Toronto
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2018). *Las obras sociales en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*. Fundación Cece, Buenos Aires



- De Fazio, F. (2013). *Relaciones entre el estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político*. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires
- De Souza Minayo, M. C. (organizadora) et al. (2003). *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Lugar editorial. Buenos Aires
- Garay, O. (2017) *Obras sociales: antecedentes*. Ministerio de Salud de la Nación. Consultado en <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales-antecedentes>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2007). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. México
- Isuani, E. y Mercer, H. (1988). *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. Consultado en <https://catalogo.uces.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-search.pl?q=an:9837>
- Maceira, D. (2004). *Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso de Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Documento elaborado para la Oficina de Salud, Nutrición y Población del Departamento de América Latina del Banco Mundial
- Maceira, D. (2018) *Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Pág. 141
- Maceira, D. (2020). *Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano*. Revista Estado y Políticas Públicas. Año VIII. N.º 14. Pág. 155-179
- Maceira, D. y Cicconi, V. (2003). *Obras Sociales Nacionales Financiamiento y Equidad*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires
- Marshall, A. (1988). *Políticas sociales: el modelo neoliberal*. Legasa. Buenos Aires
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1982). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo. N.º 1. Caracas
- Repetto, F. y Alonso, G. (2004). *La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización*. Serie Políticas Sociales N.º 97. División de Desarrollo Social, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



- Rovere, M. (2016). *El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Artículos centrales. Año 6. N.º 12
- Sabino, C. y Reyes, J. (1999). *El proyecto de investigación: Guía para su elaboración*. Oriol Ediciones. 3.^{era} edición. Caracas, Venezuela
- Steinberg, C., Gatto, F. y Cetrángolo, O. (2011). *Desigualdades territoriales en la Argentina: insumos para el planeamiento estratégico del sector educativo*. Serie Documentos de Proyectos N.º 391. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Tobar, F. (coordinador) et al. (2014). *Respuestas a las enfermedades catastróficas*. Fundación CIPPEC. Buenos Aires
- Vargas de Flood, M. C. (2006). *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*. Editorial La Colmena. Buenos Aires
- Vasilachis de Gialdino, I. (coordinadora) et al. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Capítulo 4: La teoría fundamentada en los datos. Editorial Gedisa. Barcelona



Normativa consultada

Leyes

- Ley 18610 de 1970. Por la cual se estructuran las obras sociales. 5 de marzo de 1970
- Ley 19032 de 1971. Por la cual se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. 13 de mayo de 1971
- Ley 22431 de 1981. Por la cual se crea el Sistema de protección integral de los discapacitados. 20 de marzo de 1981
- Ley 23660 de 1989. Por la cual se establece el régimen de aplicación de las obras sociales. 20 de enero de 1989
- Ley 23661 de 1989. Por la cual se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud. 20 de enero de 1989
- Ley 24091 de 1997. Por la cual se instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. 5 de diciembre de 1997
- Ley 24754 de 1997. Por la cual se establece la cobertura o los servicios de la medicina prepaga. 2 de enero de 1997
- Ley 24901 de 1997. Por la cual se instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. 2 de diciembre de 1997
- Ley 25865 de 2004. Por la cual se instituye un Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes. 19 de enero de 2004
- Ley 26565 de 2009. Por la cual se implementa un Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico. 25 de noviembre de 2009
- Ley 26682 de 2011. Por la cual se dispone el Marco Regulatorio de Medicina Prepaga. 16 de mayo de 2011
- Ley 27541 de 2019. Por la cual se crea la Ley de solidaridad y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública. 23 de diciembre de 2019



Decretos

Decreto 1368 de 2013. Por el cual se establece el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial. 13 de septiembre de 2013.

Decreto 1609 de 2012. Por el cual se instituye el subsidio de mitigación de asimetrías. 6 de septiembre de 2012.

Decreto 251 de 2019. Por el cual se establece la reasignación de fondos para la cobertura universal de salud. 8 de abril de 2019.

Decreto 260 de 2020. Por el cual se amplía la emergencia pública en materia sanitaria. 13 de marzo de 2020.

Decreto 297 de 2020. Por el cual se dispone el aislamiento social, preventivo y obligatorio. 11 de marzo de 2023.

Decreto 330 de 2010. Por el cual se decreta el Cálculo de aportes y contribuciones. 9 de marzo de 2010.

Decreto 366 de 2012. Por el cual se transfiere la administración de programas especiales a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud. 7 de marzo de 2012.

Decreto 438 de 2021. Por el cual se modifica el derecho de opción de cambio. 6 de julio de 2021.

Decreto 488 de 2011. Por el cual se actualiza la base del monto del haber mínimo para el cálculo de los aportes y contribuciones previstos en el Régimen Nacional de Obras Sociales. 27 de abril de 2011.

Decreto 504 de 1998. Por el cual se reglamenta el derecho de opción de cambio. 13 de mayo de 1998.

Decreto 53 de 1998. Por el cual se crea la Administración de Programas Especiales como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional. 15 de enero de 1998.

Decreto 554 de 2018. Por el cual se modifica la distribución automática del subsidio de mitigación de asimetrías. 15 de junio de 2018.

Decreto 9 de 1993. Por el cual se establecen los beneficios comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley 23660. 18 de enero de 1993.



Decreto 904 de 2016. Por el cual se crea un fondo solidario de redistribución. 3 de agosto de 2016.

Decreto 908 de 2016. Por el cual se dispone la afectación de los recursos del fondo solidario de redistribución. 2 de agosto de 2016.

Decreto 921 de 2016. Por el cual se actualizan los valores fijados en el inciso c) del artículo 24 del anexo II del Decreto 576/93. 9 de agosto de 2016.

Decisiones administrativas

Decisión administrativa 894 de 2021. Por la cual se modifica el Presupuesto General de la Administración Nacional. 6 de septiembre de 2021.

Resoluciones

Resolución 1072 de 2021 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se aprueba el procedimiento de pago a cuenta a los agentes del seguro de salud. 14 de junio de 2021.

Resolución 1200 de 2012 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se crea el Sistema Único de Reintegros. 21 de septiembre de 2012.

Resolución 1293 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se prorrogan las prestaciones en curso. 13 de octubre de 2020.

Resolución 1561 de 2012 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se crea el procedimiento para autorización de reintegros. 5 de diciembre de 2012.

Resolución 1641 de 2017 [Ministerio de Salud]. Por la cual se acepta el ofrecimiento de pago formulado por la Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE). 29 de septiembre de 2017.

Resolución 1991 de 2005 [Ministerio de Salud y Ambiente]. Por la cual se aprueban como parte integrante del Programa Médico Obligatorio las previsiones de la Resolución 201/2002. 5 de enero de 2006.



- Resolución 201 de 2002 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia. 9 de abril de 2002.
- Resolución 247 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se aprueba el pago a cuenta a los Agentes de Seguro de Salud. 26 de agosto de 2020.
- Resolución 257 de 1992 [Ministerio de Salud y Acción Social]. Por la cual se aprueba el convenio tipo que las Entidades Mutuales deben suscribir con la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. 7 de abril de 1992.
- Resolución 269 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se intima a los Agentes del Seguro de Salud y Entidades de Medicina Prepaga. 27 de marzo de 2020.
- Resolución 282 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se dispone la implementación de las plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta. 2 de abril de 2020.
- Resolución 308 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se aprueban los requisitos y modalidades que deberán cumplimentar los agentes del seguro de salud. 7 de abril de 2020.
- Resolución 310 de 2004 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se modifica la resolución 201/2002. 15 de abril de 2004.
- Resolución 326 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se modifican los módulos prestacionales y valores. 15 de abril de 2020.
- Resolución 360 de 2022 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se sustituye el anexo I de la resolución 887-e/17 de la Superintendencia de Servicios de Salud. 3 de marzo de 2022.
- Resolución 381 de 2019 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se establecen las comunicaciones y notificaciones en la plataforma de trámites a distancia. 21 de mayo de 2019.
- Resolución 400 de 2016 [Ministerio de Salud]. Por la cual se aprueban los requisitos generales, específicos, coberturas, medicamentos y valores máximos a reintegrar a los agentes del seguro de salud. 28 de octubre de 2016.
- Resolución 406 de 2016 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establece la apertura de la cuenta especial denominada “cuenta discapacidad”. 31 de octubre de 2016.



- Resolución 420 de 2020 [Ministerio de Salud]. Por la cual se sustituye la denominación del programa de ampliación de la cobertura efectiva en salud -PACES-. 3 de marzo de 2020.
- Resolución 420 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se aprueba el procedimiento de pago a cuenta a los agentes del seguro de salud. 4 de mayo de 2020.
- Resolución 428 de 1999 [Ministerio de Salud y Acción Social]. Por la cual se aprueba el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad. 23 de junio de 1999.
- Resolución 4806 de 2008 [Administración de Programas Especiales]. Por la cual se establece la metodología de las solicitudes de apoyo financiero. 26 de marzo de 2008.
- Resolución 500 de 2004 [Administración de Programas Especiales]. Por la cual se establece el nuevo programa de cobertura de prestaciones médico asistenciales. 27 de enero de 2004.
- Resolución 522 de 1993 [Administración Nacional del Seguro de Salud]. Por la cual se dispone la inscripción en el registro nacional de entidades mutuales que acrediten determinados requisitos. 18 de agosto de 1993.
- Resolución 576 de 2004 [Superintendencia Servicios de Salud]. Por la cual se dispone la Opción de cambio de obra social para beneficiarios 'Monotributistas'. 21 de julio de 2004.
- Resolución 582 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se crea la unidad de orientación y gestión de las prestaciones para las personas con discapacidad. 26 de junio de 2020.
- Resolución 731 de 2023 [Superintendencia Servicios de Salud]. Por la cual se crea el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE). 28 de marzo de 2023.
- Resolución 781 de 2020 [Ministerio de Salud]. Por la cual se suspende la recepción de pedidos de inscripción. 16 de abril de 2020.



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



Resolución 887 de 2017 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se aprueba el procedimiento y requisitos que deben cumplimentar los agentes del seguro de salud. 27 de octubre de 2017.

Resolución 894 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se rechaza la solicitud formulada por la Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas. 19 de agosto de 2020.

Resolución 950 de 2020 [Superintendencia de Servicios de Salud]. Por la cual se aprueba el pago a cuenta a los agentes del seguro de salud. 28 de agosto de 2020.

Resolución 987 de 2021 [Ministerio de Salud]. Por la cual se autoriza a todas las Entidades de Medicina Prepaga inscriptas en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) un aumento general y complementario. 10 de abril de 2021.

Páginas web consultadas

Boletín Oficial de la República Argentina (s. f.). <https://www.boletinoficial.gob.ar/>

Confederación General del Trabajo (CGT) (8 de julio de 2021). *Los trabajadores no nos confundimos*. <https://cgtoficial.org/los-trabajadores-no-nos-confundimos/>

Ministerio de Salud de la Nación (s. f.). <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (s. f.). <https://www.who.int/es>

Superintendencia de Servicios de Salud (s. f.). <https://www.argentina.gob.ar/sssalud>



Anexo. Cuestionarios de entrevistas

Entrevista 1.1. Funcionario de alto nivel de decisión y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud

- 1- ¿Cómo es el procedimiento administrativo regular del SUR para el recupero de recursos de las OOSS?
- 2- ¿Cuáles son los cambios que se debieron hacer durante la emergencia sanitaria para no suspender el envío de recursos?
- 3- ¿Cuáles fueron los criterios/fórmulas para distribuir recursos del SUR durante la emergencia sanitaria?
- 4- ¿Qué es el Fondo de Emergencia y Asistencia? ¿De dónde surgen los recursos?

Entrevista 1.2. Funcionario de alto nivel de decisión y coordinación de la Superintendencia de servicios de Salud (segunda entrevista)

Consulta sobre acuerdo económico entre la Superintendencia y OSDE.

Entrevista 2.1. Funcionario de alto nivel de decisión del área discapacidad de la Superintendencia de Servicios de Salud

1. Incorporación de educación y transporte a cobertura de discapacidad
2. Mecanismo Integración: funcionamiento, características de proceso administrativo
3. Medidas en ASPO y DISPO. Cambios de gestión
4. ¿Hay proyectos de cambios permanentes en las coberturas del rubro discapacidad?

Entrevista 2.2. Funcionario técnico del área discapacidad de la Superintendencia de Servicios de Salud

1. Nuevos requisitos para tramitar el subsidio integración durante ASPO y DISPO.
2. Cómo fueron los procesos administrativos durante ASPO y DISPO



Entrevista 3.1. Funcionario de alto nivel de decisión y coordinación de la Superintendencia

1. ¿Qué motivó la decisión del Decreto 438/2021?
2. ¿Qué rol ocupó la Superintendencia en el proceso de decisión?
3. ¿Cómo fue la relación con los gremios durante el proceso?
4. ¿Por qué el plazo de un año para que los beneficiarios permanezcan cautivos en su obra social del origen?
5. ¿Se pensó el decreto para la coyuntura de la pandemia o como una reforma permanente?

Entrevista 3.2. Funcionario técnico del área del registro de obras sociales

1. ¿Cuál es el número oficial de obras sociales?
2. ¿Qué porcentaje del total son sindicales?
3. ¿Hay tipificación del total de obras sociales?
4. Información sobre obras sociales que comercializan planes superadores.
5. Sobre convenios entre obras sociales y prestadoras: ¿Qué rol tiene la Superintendencia? ¿Hay convenios modelo?