

**Escuela de Negocios**

**Tipo de documento:** Tesis de maestría



*Maestría en Finanzas*

## **La ineficiencia en las obras sociales nacionales: hacia un modelo integrado de distribución del riesgo**

**Autoría:** Díaz, María Laura

**Año:** 2020

### **¿Cómo citar este trabajo?**

Díaz, M. (2020). *“La ineficiencia en las obras sociales nacionales: hacia un modelo integrado de distribución del riesgo”*. [Tesis de maestría. Universidad Torcuato Di Tella]. Repositorio Digital Universidad Torcuato Di Tella.

<https://repositorio.utdt.edu/handle/20.500.13098/14316>

El presente documento se encuentra alojado en el **Repositorio Digital de la Universidad Torcuato Di Tella** bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional  
**Dirección:** <https://repositorio.utdt.edu>

# Trabajo Final de Graduación

## Maestría en Finanzas UTDT

*Año Académico 2020*

*Alumno: María Laura Díaz*

*Tutor: Julio Fermo*

La ineficiencia en las obras sociales nacionales: hacia un modelo integrado de distribución del riesgo.

*Mi agradecimiento a:*

*Gustavo Lase por tomarse el tiempo de contarme su clara visión del sistema.*

*Julio Fermo por su apoyo, confianza y capacidad para mejorar mis ideas.*

*Franco Dal Lago por su paciencia y apoyo.*

*Carlos Alfredo Díaz por su valiosa ayuda y a Laura García por estar siempre.*

## Resumen

En este trabajo se estudia el sistema de salud argentino desde una perspectiva del aseguramiento y provisión de los servicios de salud. El objetivo del análisis es, por un lado, comprender cuán eficientes son las obras sociales nacionales en su asignación de recursos y, por otro, cuán equitativas son en términos de cobertura y provisión de servicios. Se presentan, en un primer momento, las distintas modalidades de distribución del riesgo utilizando como marco teórico el trabajo de Smith y Witter sobre las implicancias del *risk pooling* en la *performance* del sistema de salud. Luego, se hace una breve introducción al surgimiento y evolución del sistema de salud argentino, se explican sus fuentes de financiamiento y los posibles problemas asociados. Para esto, se analiza la concentración de recursos y afiliados de las obras sociales nacionales, el efecto de los distintos mecanismos redistributivos del Fondo Solidario de Redistribución y algunos datos financieros (gastos administrativos sobre egresos y solvencia). De esta forma, el autor concluye que la multiplicidad de fondos y la fragmentación del sistema generan un efecto negativo en la eficiencia y en la equidad del mismo. Luego explicita, a partir de un análisis comparado con Colombia y Alemania, las pautas de diseño para lograr un sistema de obras sociales nacionales más eficiente y equitativo.

Palabras claves: Argentina, reforma al sistema de salud, seguridad social, pool de riesgo, análisis financiero, obras sociales, equidad y eficiencia del sistema de salud.

## Índice

1. Introducción	5
2. Algunas consideraciones sobre el sistema de salud argentino	11
2.1. Modelos de distribución del riesgo	11
2.2. Surgimiento y evolución de las obras sociales nacionales	17
2.3. Sistema actual y cobertura	21
2.4. Fuentes de financiamiento	25
3. Obras sociales nacionales: una mirada financiera	29
3.1. Taxonomía de Obras Sociales Nacionales	29
3.2. Análisis de eficiencia	39
3.2.1. Tasa de sustentabilidad	39
3.2.2. Gastos administrativos	40
3.2.3. Ratio financiero	41
4. Análisis comparado de modelos de distribución del riesgo: hacia un modelo integrado	44
4.1. El Sistema de Salud en Alemania	47
4.2. El Sistema de Salud en Colombia	50
4.3. Reflexiones	55
5. Conclusión	57
6. Anexos metodológicos	59
7. Listado de Gráficos	59
8. Listado de Cuadros	59
9. Listado de Tablas	60
10. Bibliografía	61

## 1. Introducción

En Argentina el acceso a un sistema de salud pública se considera un derecho social universal aunque en la constitución en su art. 33 se considera un derecho implícito no enumerado. Independientemente de que los ciudadanos estén asegurados, ya sea en alguna forma de seguridad social o por el subsector privado, todos los habitantes del país tienen acceso a la provisión pública en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal (PNUD, 2011).

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, esto incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud, materiales e insumos (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación deben ser suficientes para cubrir a toda la población (PAHO, 2014<sup>1</sup>).

Según el Banco Mundial<sup>2</sup>, el gasto de salud, compuesto por gasto público, gasto de seguridad social y gasto privado o directo, en Argentina representa entre el 9 y el 10% del PBI<sup>3</sup>, uno de los más elevados de América Latina y con niveles casi similares a los países desarrollados. Si bien el promedio del gasto en salud en Argentina es alto<sup>4</sup>, no se observa una correspondencia proporcional en cuanto a resultados en salud. Sin embargo, esta afirmación es engañosa. Siendo que Argentina tiene un PBI menor a los países desarrollados, no podemos pasar por alto que ante la misma proporción de PBI destinada a salud, necesariamente el servicio va a ser inferior, ya que en términos per cápita esa proporción representa un presupuesto menor (digamos que Argentina dedica 10% y Alemania 9%, y Argentina tiene un PBI de alrededor 700.000 millones de USD Paridad de Poder Adquisitivo (PPA)<sup>5</sup> y Alemania de alrededor de 3,677 billones de USD PPA, entonces, Alemania destina 330.000 millones de USD y Argentina 70.000 millones de USD, por lo que si lo pensamos en PBI per cápita (para analizar el gasto por habitante), Argentina con 15.000 USD por habitante, dedica 1.500 USD por año en salud por habitante, mientras que Alemania con 44.000 USD dedica 4.000 USD por habitante.

Si consideramos buscar una correspondencia más realista en su relación con los países comparados, el gasto directo que refiere al pago voluntario de servicios de salud (por ejemplo la cuota de una prepaga) y al gasto de bolsillo de los hogares (por ejemplo para adquirir medicamentos o pagar consultas médicas y estudios privados) incurrido por los hogares puede ser un indicador más preciso. Al evaluar este tipo de gasto erogado por los hogares, podremos entender mejor la brecha de equidad en el financiamiento de la salud. Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO por sus siglas en inglés), el gasto directo es considerado como una de las fuentes de financiamiento más ineficientes y regresivas. Este tipo de erogación, ya sea en el momento de prestación de los servicios o para la obtención de una mejora en la cobertura, representa un flujo inestable de recursos financieros, suele ser una barrera

---

<sup>1</sup> Según "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud", PAHO.

<sup>2</sup> Según Banco Mundial, el promedio de gasto total en salud (GTS) en la Región de América Latina se encuentra alrededor del 6,6% del Producto Interno Bruto (PIB) - mínimo es 1% Venezuela y máximo 12% Cuba.

<sup>3</sup> En 2017, 9,4% del PBI

<sup>4</sup> Promedio OCDE en 2018 fue del 8,8% del PBI - Fuente: OCDE

<sup>5</sup> Según la definición de la OCDE, la Paridad de Poder Adquisitivo es un indicador que permite "igualar el poder adquisitivo de las diferentes monedas, eliminando las diferencias en los niveles de precios entre países".

de acceso que dificulta la atención y vuelve al sistema más costoso e ineficiente. Además comprende un mecanismo altamente regresivo – según la Ley de Engel, cuanto más rica es una persona, el impacto de bienes de primera necesidad sobre sus ingresos es menor dado que la elasticidad de la demanda de este tipo de bienes a medida que aumentan los ingresos tiende a cero. De forma análoga a dicha Ley, el impacto del gasto directo es relativamente mayor en las personas con menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto.

En el caso argentino, según el estudio de Van der Kooy et al<sup>6</sup>, para el año 2019 el gasto directo en salud fue cercano al 30% del gasto total en salud, cifra que da cuenta de ineficiencias del sistema. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tener un gasto directo en salud inferior al 20% del gasto total en salud; basados en esta afirmación (que podría ser reformulada tras los resultados de la crisis global del coronavirus) un gasto superior a esta cifra, como en nuestro caso, aumenta el riesgo de los habitantes a tener que afrontar gastos empobrecedores o catastróficos para hacer frente a prestaciones de servicios necesarios o la adquisición de medicamentos. Por ende, se advierte que la utilización de mayores recursos no necesariamente se traduce en mayor o mejor cobertura; claramente la clave no solo se encuentra en destinar más recursos sino también en hacerlo de forma eficiente. La Argentina enfrenta el gran desafío de reducir las inequidades del sistema al lograr una asignación eficiente del gasto en salud.

El presente trabajo busca esclarecer algunos aspectos en relación con los conceptos de equidad y de eficiencia con respecto al sistema de salud en la Argentina. Para ello se propone, a partir de un análisis económico-financiero enfocado en los modelos de distribución de riesgos y de asimetría de la información, estudiar el subsistema de seguridad social.

El *risk pooling* permite desacoplar el gasto en servicios de salud del riesgo de enfermedad de un individuo. Los principales argumentos que fundamentan el *pooling* son en relación a la equidad y eficiencia. En general, los que suelen tener un riesgo mayor de enfermedad suelen ser quienes menos pueden pagarlo. La existencia de un *pool* de riesgo permite una redistribución entre aquellos que tienen un menor riesgo y menor consumo de servicios médicos y aquellos con mayor riesgo y mayor nivel de demanda en prestaciones médicas. En términos de eficiencia, la consolidación de un *pool* de riesgo puede llevar a grandes ganancias en relación a la productividad: permite estructuras de costos más eficientes y logra disminuir la morbilidad (entendida como la cantidad de personas que se enferman en una población y en un tiempo determinado) y la mortalidad. (Smith y Witter, 2004).

A la hora de abordar este trabajo es necesario definir los conceptos de equidad y eficiencia que son aspectos centrales en nuestro estudio. Existe un amplio debate en torno a las distintas definiciones y mediciones de la eficiencia y de la equidad al igual que de sus implicancias<sup>7</sup>. No obstante, en vistas de simplificar el análisis propuesto, a lo largo de nuestro análisis asumiremos la definición introducida por Carr-Hill (1994). El autor explica que la eficiencia refiere a lograr la producción de ganancias en salud. Para ello es necesario “comparar los costos (o recursos gastados) y beneficios (o bienestar producido) de las distintas intervenciones competitivas de atención médica y asegurar una asignación de recursos que maximice, en lo relativo a salud, las ganancias para la

---

<sup>6</sup> Van Der Kooy et al, (2019). “PMO 2019 · Estimación del Gasto Necesario para garantizar la cobertura”.

<sup>7</sup> Carr-Hill, R. (1994). “Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reforms”, *Social Science and Medicine*, 39(9): 1189-1201. (T2)

sociedad". Con respecto a la equidad, el académico menciona que, en primer lugar, dicho término está asociado a la justicia y no al concepto de igualdad. En muchos casos, los sistemas de salud considerados equitativos suelen brindar un mayor acceso a los servicios a quienes son más propensos a estar enfermos (mayor riesgo). En segundo lugar, un sistema de salud equitativo busca lograr una distribución justa de la salud. Dos grandes preguntas nos ayudarán a clarificar la situación al analizar el componente equitativo de un sistema: 1) ¿Los ciudadanos frente a una misma necesidad sanitaria reciben el mismo tratamiento? 2) ¿Las personas con condiciones desiguales, ya sean médicas o económicas, reciben tratamientos distintos?<sup>8</sup>

Según la teoría de Manning (1992), los seguros de salud, entendidos como los agentes financiadores que cubren la provisión de los servicios de salud de los ciudadanos y que pueden ser tanto públicos como privados, implican "un *trade-off* entre las ganancias por la reducción del riesgo y las pérdidas asociadas al uso desmedido de servicios de salud". Los seguros de salud tienen como principal objetivo reducir la incertidumbre financiera asociada a posibles problemas de salud en el futuro. Para ello tienen que lograr encontrar la mejor combinación del *trade-off* entre *risk sharing* y la existencia de incentivos que fomenten abusos de servicios, es decir un uso ineficiente de los recursos.

Según Smith y Witter (2004), existen cuatro modelos de *pool* de riesgo que van desde la inexistencia de un fondo en donde toda la responsabilidad del gasto recae en el individuo, hasta el modelo unitario donde el riesgo se distribuye entre todos los miembros de una misma nación. La mayoría de los países se encuentra en un punto intermedio en donde suelen operar varios *pools* de riesgos segmentados según ubicación geográfica, nivel de ingreso, condición laboral, edad productiva, etc. Si bien, el modelo ideal en términos de equidad y eficiencia es el unitario, dado que se reducen los costos administrativos, existe un mayor poder de negociación y una distribución del riesgo ideal, en la práctica no resulta muy factible.

En el caso argentino se observa la presencia de un modelo fragmentado e inequitativo, el cual se divide en tres subsistemas en base a la fuente de financiamiento: **público** (puede ser a nivel nacional, provincial y municipal, y está integrado por los hospitales, los centros de atención primaria de la salud, los vacunatorios públicos, los programas nacionales, provinciales y municipales entre otros), **seguridad social** (obras sociales nacionales, provinciales, especiales y la de los jubilados y pensionados) y **privado** (empresas de medicina prepaga). El acceso a los servicios de mayor calidad está limitado por cuestiones monetarias y por el acceso al mercado laboral formal. El nivel de cobertura en términos de posibilidades de acceso a prestaciones médicas presenta grandes diferencias no solo entre los distintos subsectores sino que también por dentro de estos. En palabras del doctor Adolfo Rubinstein<sup>9</sup>, ministro de salud entre 2017 y 2018 de la Argentina, *"el tiempo al tratamiento inicial del infarto de miocardio varía ampliamente entre provincias u obras sociales ricas y pobres. Aún más, la mortalidad por cáncer de cuello de útero, asociado a la pobreza, varía casi ocho veces y la de cáncer colorrectal, casi cinco veces entre regiones ricas y pobres de nuestro país debido a menores prácticas preventivas. Estas diferencias también se ven en mayores demoras para el inicio del tratamiento del cáncer de mama, o menor detección y tratamiento de hipertensión o diabetes en las provincias más pobres"*. En el caso del

---

<sup>8</sup> Según Carr Hill hay dos formas de medirlo: financiamiento progresivo basado en la capacidad de pago (tasas progresivas del impuesto sobre los ingresos) y acceso a la salud desigual según el tipo de afección (condiciones graves vs condiciones comunes).

<sup>9</sup> En "Un aporte crucial contra la pobreza" publicado por el diario La Nación, 30/01/2020.

sector público se observa, por un lado, que no está garantizado que todos los ciudadanos reciban atención médica según su necesidad (por ejemplo por la prolongada espera para obtención de turnos o demoras para el inicio de tratamientos) y, por otro, una gran disparidad geográfica en la atención brindada por los tres niveles administrativos del Estado. Para el subsistema público, que es universal, el Programa Médico Obligatorio (PMO) no se encuentra vigente, los servicios están definidos según la normativa a nivel jurisdiccional. Dependiendo de la jurisdicción, suelen ofrecer una cobertura menor a la que acceden los beneficiarios de la seguridad social y del sector privado. Al mismo tiempo, el subsector de la seguridad social se encuentra atomizado en cientos de obras sociales organizadas por rama de actividad. Esta fragmentación al interior del subsistema se acompaña de una gran dispersión en términos de cobertura y calidad de las prestaciones.

Esta coexistencia de distintas agrupaciones de riesgo conlleva a la existencia de un sistema de riesgo fragmentado. En general, los trabajadores del sector formal<sup>10</sup> están cubiertos por la seguridad social; los grupos de mayores ingresos pueden pagar una prima más alta accediendo a la medicina prepaga y el gobierno brinda cobertura automática en las instalaciones de salud pública para aquellos que están excluidos de estos acuerdos de seguro, principalmente los grupos de bajos ingresos y del sector informal. Como resultado, el riesgo de salud se distribuye en diversas instituciones con diferente capacidad de recaudación de ingresos y el acceso a beneficios de salud suele variar en base al nivel socioeconómico y al acceso al mercado de empleo formal. La fragmentación resultante genera preocupaciones sobre la equidad en el uso del servicio en diferentes grupos. También plantea preocupaciones sobre la sostenibilidad financiera de estos pequeños grupos de riesgo.

A lo largo del tiempo, el subsistema de la seguridad social fue sufriendo distintas modificaciones. Podemos destacar la incorporación de la obligatoriedad de los aportes de los trabajadores formales a la seguridad social en 1970 y la libre elección de obras sociales en 1993. Asimismo, a partir del cambio normativo en el año 2000, las obras sociales empezaron a competir no solo entre ellas (libre elección a partir de 1993) sino que también con el sector privado por sus afiliados generando un quiebre en la lógica solidaria por el efecto descreme, esta analogía hace referencia a los mecanismos para seleccionar a los mejores aportantes. Esto significa que, por un lado, las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) mediante distintos mecanismos y discriminaciones trataron de atraer a los afiliados de bajo riesgo y de evitar a los más riesgosos y, por otro, que los afiliados con sueldos más altos tendieron a derivar sus aportes a prepagas que brindaran un mejor servicio. Al eliminar ciertos subsidios cruzados se empezó a desfinanciar el sistema de seguridad social. Estos arreglos institucionales dan cuenta de las inequidades sanitarias. Estas características no solo complejizan el rol de rectoría del Estado Nacional bajo la supervisión del Ministerio de Salud sino que también afectan la sustentabilidad del sistema. Como hemos explicado tanto la fragmentación como la descentralización llevan a problemas de equidad y acceso. Para poder conseguir estos objetivos es necesario iniciar el camino de la reforma.

En este sentido, a la hora de elaborar una agenda de reforma en Argentina consideramos que es de suma importancia hacer foco en resolver los problemas estructurales persistentes que afectan la calidad del sistema. En particular podemos

---

<sup>10</sup> Por sector formal entendemos a los trabajadores en relación de dependencia, los autónomos, los trabajadores de casas particulares y los monotributistas.

destacar los siguientes cuatro problemas: la fragmentación, la descentralización, la desigualdad y la falta de acceso.

En perspectiva comparada, un área de política pública central en los procesos de reformas de los últimos tiempos fue la relativa a la cobertura de salud. Varios países de América Latina, tomando como referencia a los sistemas de cobertura universal de los países desarrollados que otorgan cobertura en base a las necesidades de atención de la familia (y no según las capacidades financieras), han transitado reformas enfocadas en lograr una misma oferta de cobertura entre el sector público y la seguridad social. Los grupos privados que administran los recursos se configuran como fuertes núcleos de poder económico y político. Este proceso se vio acompañado de un rediseño del tipo de *pool* de riesgo, con la intención de ir hacia la integración de los distintos fondos.

Cetrángolo y Goldschmit en su trabajo sobre las obras sociales en Argentina (2018), mencionan que si bien la Argentina no fue ajena a este proceso, las reformas no fueron orientadas a cerrar la brecha sino que reforzaron las diferencias. Por un lado, con el objetivo de reducir las inequidades al interior del subsistema de la seguridad social en 1988 se dio el primer paso hacia la integración de los distintos *pools* de riesgo del subsistema de las Obras Sociales Nacionales con la creación del Fondo Solidario de Redistribución (“FSR”) administrado por la Superintendencia de Salud (SSS). Sus recursos provenientes de una retención del 15% (y 20% de aquellas obras sociales del personal de dirección) del total de ingresos de cada obra social, iban a integrar un gran fondo redistributivo. En principio, el FSR mediante la asignación de fondos a Programas Especiales y el establecimiento de un Programa Médico Obligatorio de servicios (PMO) permitiría atenuar las diferencias entre cada obra social.

Empero, la presencia de mecanismos discrecionales y la falta de incentivos por mejorar la eficiencia dentro de las obras sociales demostraron que los intentos de reforma en el modelo de distribución del riesgo fueron insuficientes. Asimismo, la desregulación de las obras sociales (Decreto 446/2000) habilitando la transferencia de recursos a la medicina prepaga tuvo como principal consecuencia una desfinanciación de la seguridad social. Los aportantes con mayores salarios empezaron a derivar sus aportes al sector privado dejando a los salarios más bajos cubiertos por las Obras Sociales. Además, desde el año 2011, con la sanción de la Ley 26.682<sup>11</sup>, las cuotas o primas de los adherentes voluntarios a planes superadores o complementarios (pagos directos) a las empresas de medicina prepaga y a las obras sociales dejaron de aportar al Fondo Solidario de Redistribución, reforzando las inequidades.

El sistema actual presenta distintos mecanismos que, a simple vista, dan lugar a situaciones de selección adversa (en inglés *adverse selection*), debido a la falta de información por parte de los financiadores, las personas con mayor riesgo o enfermas van a procurar tener un seguro de salud mientras que las personas sanas no, y de riesgo moral (en inglés *moral hazard*), es decir que los individuos tienen incentivos para alterar

---

<sup>11</sup>Ley 26.682 (2011) - ARTÍCULO 23. — Planes de Adhesión y Fondo Solidario de Redistribución. Por los planes de adhesión voluntaria o planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales.

su comportamiento cuando el riesgo asociado lo asume un tercero.<sup>12</sup> Los miembros del sistema de seguridad social no tienen incentivos para moderar su demanda de recursos, por ende van a querer consumir de forma excesiva los servicios de salud generando un problema de *moral hazard*. Estos incentivos pueden generarle mayores costos al *risk pool* perjudicando su sustentabilidad financiera. Estos argumentos basados en la teoría de asimetría de la información podrían ayudarnos a explicar la naturaleza y la dinámica actual de la seguridad social en Argentina.

El presente trabajo está estructurado en tres capítulos: el primero atiende a cuestiones de carácter descriptivo acerca de la organización y el funcionamiento del sistema de seguridad social en Argentina haciendo foco en los orígenes del sistema de seguro de salud nacional y de los cambios ocurridos en los últimos años. En particular, la interpretación del marco teórico tendrá en cuenta la literatura sobre los modelos de distribución de riesgos y de asimetría de la información. El segundo se centra en el comportamiento de las obras sociales nacionales en relación a los conceptos de equidad y de eficiencia. La intención es comprender a partir del análisis financiero por qué las premisas y características del sistema de distribución de riesgo actual no se condicen con los principios de sustentabilidad financiera a los que se aspira. Para ello se tomarán como indicadores cuantitativos el grado de concentración de las obras sociales (recursos y afiliados), el ingreso promedio por afiliado, los subsidios otorgados y una serie de indicadores (tasa de sustentabilidad, gastos administrativos en relación a egresos y solvencia). La última sección dará cuenta, a partir de una mirada comparativa, de dos experiencias internacionales en el rediseño de sus modelos de distribución del riesgo en salud que pueden servirnos como marco de referencia a la hora de encarar un proceso de reforma. Finalmente, se sintetiza con una reflexión sobre futuras líneas de investigación.

---

<sup>12</sup> Para más información ver Akerlof, George A. (1970). "The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism". *Quarterly Journal of Economics*. The MIT Press. 84 (3): 488–500. doi:10.2307/1879431. JSTOR 1879431.

## 2. Algunas consideraciones sobre el sistema de salud argentino

### 2.1. Modelos de distribución del riesgo

Según Smith y Witter (2004), el gasto de los hogares en salud, a diferencia de otros gastos como comida o alojamiento, suele ser impredecible. Dicha incertidumbre está principalmente asociada a dos conceptos: tiempo y magnitud. Si bien es posible hacer algunas predicciones, por ejemplo para la gente mayor el gasto en salud suele ser más costoso en función de la carga de enfermedad, es difícil estimar de forma individual en qué momento y con qué magnitud el gasto en salud impactará en la economía individual. Esto se debe a la existencia de enfermedades crónicas o catastróficas (diabetes, discapacidades, hemofilia, cáncer, etc) y a factores externos que generan variaciones sustanciales en el gasto asociado al cuidado de la salud de cada individuo. Si bien a nivel individual es complejo de predecir, al analizarlo en términos de sociedad, se pueden lograr algunas aproximaciones.

Considerando que la mayoría de los individuos tienden a no estimar ni considerar adecuadamente el riesgo y dado que es sumamente complejo hacer previsiones en relación al costo futuro relacionado a posibles enfermedades, los servicios que ofrecen protección financiera frente a este tipo de gastos inciertos suelen ser valorados por la sociedad. Bajo esta premisa, se fueron desarrollando distintos tipos de seguros de salud fundados con una lógica de distribución del riesgo como por ejemplo, las asociaciones mutuales de finales del siglo XIX. Este tipo de instituciones fueron creadas, por un lado, para unir en un mismo grupo a individuos con necesidades de atención médica distinta, aumentando la previsibilidad del gasto y por otro, para reducir la variabilidad per cápita en gastos totales de atención médica. En suma, el riesgo relacionado con el financiamiento de las intervenciones de salud es asumido por todos los miembros de la agrupación, y ya no por cada contribuyente individualmente. Cada *pool* de riesgo busca proporcionar protección financiera a los hogares frente a los altos costos de atención médica. En otras palabras, su principal objetivo es compartir el riesgo financiero asociado con el gasto en atención médica para las cuales la necesidad es incierta.

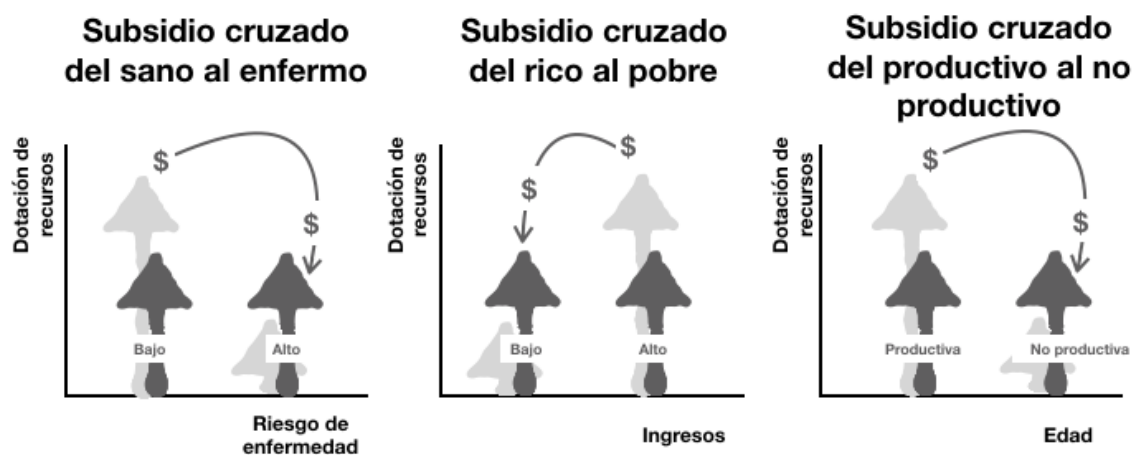
Al crear un *pool* de riesgo se busca disminuir el pago directo del paciente destinado a los servicios de salud al mismo tiempo que asegurar una protección financiera en caso de cargos catastróficos por enfermedades, y brindar equidad en el uso de los servicios. Ahora bien, administrar los ingresos del sistema de salud de modo que se garantice una asignación equitativa y eficiente no es tarea fácil. Frente a este gran desafío, los países fueron introduciendo distintos arreglos para proteger a sus ciudadanos del riesgo financiero asociado a la enfermedad.

Las economías mundiales al diseñar sus sistemas de salud se encontraron frente a la decisión de optar entre distintos modelos de distribución del riesgo. La naturaleza del arreglo fue consecuencia del contexto nacional y de las prioridades de los hacedores de políticas públicas (en inglés *policy makers*) en su momento de surgimiento. Smith y Witter explican que, al crear una configuración específica, los *policy makers* tienen la capacidad de determinar en qué medida el acceso a la cobertura médica de un individuo dependerá de su contribución financiera. El diseño en el modelo de distribución de riesgo se vuelve un instrumento poderoso para lograr los objetivos redistributivos y de equidad en el acceso a la salud.

A la hora de analizar los distintos tipos de *risk pooling*, Smith y Witter (2004) presentan una tipología de distribución de riesgo con cuatro modelos ideales que tomaremos como marco teórico a lo largo de nuestro trabajo. Según estos autores, la

implementación de un *pool* de riesgo en la sociedad está asociada a cuestiones redistributivas puesto que se genera una transferencia de recursos del saludable al no saludable (distribución del riesgo en salud), del rico al pobre (distribución en relación al ingreso) y del productivo al no productivo (distribución en relación al ciclo de la vida) - gráfico 1. Según cómo sea el diseño y configuración del modelo, las características redistributivas tendrán un mayor o menor impacto sobre la población. Cuando una política de seguridad social permite transferir ingresos entre grupos en distinta situación, y cuando a su vez los aportes y contribuciones de los trabajadores activos ayudan a financiar las prestaciones de los pasivos, se evidencia dicha capacidad redistributiva.

Gráfico 1: Las transferencias asociadas al pool de riesgo



Fuente: elaboración propia en base a Smith y Witter (2004).

*Ejemplo del subsidio cruzado del productivo al no productivo: Seguramente a lo largo de su vida, todos los miembros del fondo aporten un monto financiero parecido y hagan un uso similar de los servicios de salud, la clave reside en que el fondo permite la transferencia de recursos (compensación entre los distintos aportes y las necesidades individuales de los miembros) dependiendo del momento del ciclo productivo individual.*

A continuación pasaremos a describir cada uno de los tipos ideales que desarrollan dichos autores: inexistencia de distribución del riesgo, distribución unitaria, distribución fragmentada y distribución integrada.

#### Inexistencia de distribución del riesgo

En este modelo la cobertura está asociada exclusivamente a la capacidad de financiamiento individual. Cada individuo es responsable de cubrir los costos de los servicios de atención médica a medida que surgen. En su forma más pura, el Estado no provee ningún tipo de subsidio para los pobres o personas mayores en caso de requerir atención. Inclusive se puede negar el acceso a la atención médica de un individuo en caso de carecer de los medios necesarios para cubrir el servicio. Al no existir ningún mecanismo de *pooling*, el riesgo relacionado con el financiamiento de las intervenciones de salud es asumido por cada contribuyente individualmente y no por todos los miembros. Este modelo individualista no tiene en cuenta problemas de salud pública como pueden serlo la prevención de epidemias, estrategias de vacunación, consecuencias sanitarias de desastres, conflictos, malnutrición, enfermedades crónicas, entre otros. La existencia de un *pool* de riesgo puede actuar como foco para resolver cuestiones de salud pública que el individuo no puede abordar. No es casual entonces la aplicación de modelos de distribución de riesgo en la mayoría de los países, según lo explican Smith y Witter (2004):

*“Hay dos grandes categorías de argumentos a favor de la agrupación de riesgos en la atención médica, que reflejan consideraciones de equidad y eficiencia. Los argumentos de equidad reflejan la opinión de la sociedad de que no es justo que las personas asuman todos los riesgos asociados con sus necesidades de gastos de atención médica. En cambio, todo o parte de ese riesgo debe extenderse a través de un grupo de riesgo dado. Esto implica un objetivo de equidad de ofrecer acceso igualitario a la atención médica para los miembros del grupo de riesgo con igual necesidad, independientemente de sus circunstancias personales. En los países en desarrollo, el argumento de la equidad es particularmente agudo por dos razones. Primero, el patrón de carga de la enfermedad (aún enfermedades predominantemente transmisibles) está estrechamente relacionado con la pobreza: los pobres (los que menos pueden pagar) son los que más necesitan tratamiento. En segundo lugar, los bajos niveles absolutos de ingresos significan que incluso las contribuciones financieras modestas pueden conducir a la imposibilidad de buscar tratamiento o consecuencias adversas de la búsqueda de tratamiento (como el endeudamiento o la reducción del gasto en otros elementos esenciales). Este principio ordenador puede explicar la creación en algunos países como en la Unión Soviética o Cuba de un único fondo que centraliza todos los recursos y luego redistribuye: este modelo implica una distribución del riesgo unitaria.” (Smith y Witter, 2004)*

### Distribución unitaria

Como describen los autores mencionados, el mecanismo unitario se caracteriza por centralizar todos los recursos (impuestos generales, aportes y contribuciones a la seguridad social, seguros de salud y tasas a los usuarios) en un único fondo con miras de lograr que todos los ciudadanos accedan a una idéntica canasta básica de atención médica. Los ingresos de salud recaudados de forma centralizada se transfieren a las organizaciones de compras y prestadores en base a la demanda de los pacientes. Su objetivo principal es compartir el riesgo financiero asociado con las intervenciones de salud para las cuales la necesidad es incierta. Para que el sistema funcione es condición *sine qua non* que la contribución sea obligatoria para todos los ciudadanos sin importar su edad, nivel de ingresos o estado de salud. A pesar de considerarse un sistema ideal a la hora de contrarrestar las ineficiencias y las desigualdades asociadas con la selección adversa, el descreme y los costos de transacción, en la práctica presenta ciertas limitaciones que complejizan ampliamente su *performance*.

En definitiva, este tipo de distribución del riesgo conlleva dos grandes problemáticas: la presencia de demanda inducida por el prestador y la existencia de *moral hazard* (consumo excesivo de servicios de salud por parte de los ciudadanos). El acceso libre e indiscriminado de los ciudadanos a la atención médica puede llevar a un abuso por parte de ellos. Desde esta perspectiva, los individuos cuentan con incentivos para consumir de forma desmedida (servicios más costosos injustificadamente) y en exceso, puesto que ello no implica ninguna erogación directa o riesgo financiero para ellos (consumir más no genera costos adicionales para el ciudadano). Una forma de paliar estos problemas es a través de la implementación de mecanismos de atención administrada ya sea con revisión de prácticas o médicos de cabecera, y de pagos a prestadores en base a servicios globales en lugar de cobrar un *fee* por prestación. Vale como ejemplo en este sentido, la práctica de cobrar los servicios de emergencias y guardias del sistema de salud de Colombia en el caso que el servicio requerido no haya sido encuadrado realmente en la necesidad de aplicación. En otras palabras, el paciente requirió una atención de emergencia cuando la situación no lo ameritaba.

Otro rasgo importante de los sistemas obligatorios es que se le impone a la ciudadanía un paquete de atención médica a un precio determinado. De esta forma, las

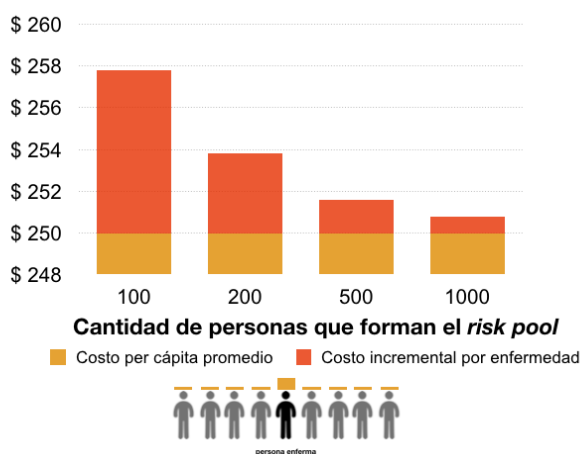
personas en vez de obtener un paquete de atención acorde con sus preferencias y de poder destinar los recursos que ellos consideren óptimos, estos se ven obligados a formar parte del sistema perdiendo así la capacidad de elegir libremente ya sea el tipo de cobertura como también el monto.

### Distribución fragmentada

Aun si los sistemas unitarios distribuyen en un solo fondo todo el riesgo de una nación logrando así minimizar las variaciones en el gasto esperado, en la práctica su implementación se dificulta con relación a problemas de control y coordinación. En consecuencia, la mayoría de los países fueron optando por delegar en organizaciones más pequeñas los distintos mecanismos de gestión y provisión de seguros de salud. Este tipo de arreglos integran el modelo de distribución del riesgo fragmentada.

Para que surja una fragmentación, deben coexistir distintos fondos en un mismo país. Estos pueden organizarse de forma geográfica, por condición laboral, edad o preferencias personales. El aporte puede ser obligatorio (como suele ser el caso con los fondos definidos por situación laboral) o voluntario (como en el caso de los seguros privados). El tamaño al igual que el gasto esperado no será el mismo para todos los fondos. La variabilidad en términos de gastos será menor en un sistema conformado por pocos fondos pero de gran tamaño, que en uno con muchos fondos, pero muy pequeños. Esto aplica también en relación al ingreso promedio de sus beneficiarios. Como bien explican Smith y Witter, el nivel de incertidumbre en la predicción de tales necesidades aumentará a medida que el grupo de riesgo se reduzca, debido al creciente impacto de las fluctuaciones aleatorias en la población en riesgo. Como podemos ver en el gráfico 2, a medida que el tamaño del fondo aumenta, el costo incremental per cápita de tener una persona enferma se reduce. En otras palabras, al incrementar el tamaño del fondo se diluye la variabilidad aleatoria per cápita.

*Gráfico 2: Impacto según el tamaño del fondo de una persona enferma en el costo per cápita*



*Fuente: Elaboración propia en base a [Future Healthcare Payment Models de Rina Vertes \(Northwestern University\)](#)*

Ahora bien, en el caso de sistemas de salud competitivos, las variaciones en las necesidades per cápita se acompañan por variaciones en las primas de seguro, generando un efecto negativo en la equidad y eficiencia del sistema. Para poder subsistir los fondos con mayor riesgo, ya sea por tener miembros enfermos, de edad avanzada o con un bajo poder adquisitivo, cobran una prima superior a la de sus competidores menos desfavorecidos en su composición. En los modelos de fragmentación pura no existen transferencias entre los distintos fondos, esto se traduce en una alta incertidumbre (nivel de

volatilidad muy alto) en torno al valor de las primas de seguro. Estas no solo varían sustancialmente en el tiempo intrafondo sino que también interfondos. Por ejemplo, en un fondo chico con un ingreso per cápita bajo, el efecto de tener un miembro con una enfermedad de alto costo como la esclerosis múltiple o diabetes puede ser catastrófico.

En otras palabras, se configura un escenario de asimetría de la información. Específicamente, se da una situación de selección adversa. La falta de información por parte del asegurador va a conducir hacia una distribución desbalanceada entre personas con mayor riesgo o enfermas con acceso a un seguro de salud y de personas sanas sin cobertura, lo que conlleva a un encarecimiento del sistema. Las personas sanas o con un riesgo bajo son menos propensas a participar del mercado de seguros de salud dado que no perciben un riesgo de pérdida ya que el individuo lo entiende como un gasto ineficiente y deduce que por tanto al entrar pierde más de lo que gana. En cambio, la demanda por parte de individuos enfermos o con alto riesgo es muy alta. Esto se traduce en un aumento de la proporción de pólizas de alto riesgo dentro de los fondos y por ende en un aumento de las primas de seguro (mercado desregulado). Esto termina generando que más personas sanas renuncien a sus pólizas debido al aumento de los costos del seguro de salud y así es como comienza el espiral de la selección adversa. Los fondos con el fin de mejorar su competitividad y su rentabilidad van a definir la prima mensual del beneficiario en relación a condiciones preexistentes de cada beneficiario. En caso de no estar regulados, los fondos van a preferir excluir a los pacientes muy costosos o riesgosos. Un ejemplo de esto se daba en los Estados Unidos antes de la sanción del *Affordable Care Act* en 2010.<sup>13</sup>

### Distribución integrada

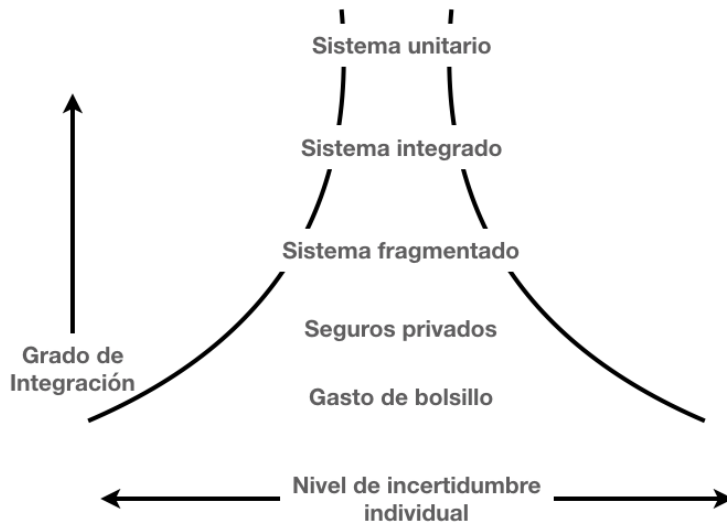
A fin de dar una respuesta a los problemas de eficiencia y equidad que son consecuencia del modelo fragmentado, y considerando la complejidad de implementar un sistema unitario, los *policy makers* desarrollaron una especie de híbrido entre ambos: el modelo integrado de *pool* de riesgos. En dicho modelo, si bien se mantiene la fragmentación en varios fondos, se compensan las variaciones (diferencias en relación al costo y riesgo) causadas por la fragmentación pura por medio de transferencias financieras interfondo. En otras palabras, un mismo paquete básico de atención médica es brindado para todos los miembros del sistema por medio de una reasignación de recursos entre los distintos fondos.

En resumen, como bien demuestran Smith y Witter, si bien el modelo ideal es el sistema unificado, su puesta en funcionamiento es muy compleja. En la práctica, lo más probable es que se desarrollen sistemas fragmentados. El gran desafío se encuentra en lograr mecanismos que permitan la transición hacia un modelo integrado. En concreto, en términos de nivel de incertidumbre y aplicabilidad, se trata del modelo óptimo. Como bien observamos en el gráfico 3, a medida que aumenta la integración del sistema, disminuye el grado de incertidumbre soportado por el individuo. Al sumarle una tercera dimensión, en base a la factibilidad de la puesta en marcha, podemos concluir que el equilibrio se logra a partir de una solución sub-óptima, es decir con un sistema integrado (gráfico 4).

---

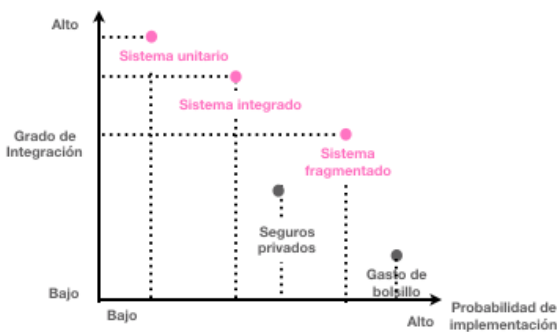
<sup>13</sup> Entre las medidas se incluyó la prohibición de restringir el acceso a la atención de personas con condiciones preexistentes.

Gráfico 3: La pirámide de la integración



Fuente: elaboración propia en base a Smith y Witter (2004).

Gráfico 4: Probabilidad de implementación según el grado de integración del pool de riesgo



Fuente: elaboración propia en base a Smith y Witter (2004)

Ahora bien, con lo que respecta al caso argentino, se observa un sistema fragmentado en donde coexisten tres grandes grupos de riesgo o como se suelen denominar tres subsistemas: el público, la seguridad social y el privado. Cada uno de estos fondos, presentan disparidades internas. En el caso particular de las obras sociales nacionales (OSN), se observa un modelo fragmentado con varios fondos que operan bajo la lógica de la solidaridad. Este principio se rige bajo una premisa redistributiva, existe solidaridad cuando se transfieren ingresos entre generaciones, entre grupos socioeconómicos y de sanos a enfermos (gráfico 1). La creación del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) conllevó la implementación de nuevos subsidios cruzados entre OSN para mitigar asimetrías. Un dato no menor es que los beneficiarios de la seguridad social al igual que del sector privado hacen un aporte dual ya que el sistema público se financia con impuestos generales. En el caso de los beneficiarios con doble cobertura (obra social y prepaga), podríamos hablar de un aporte triple. Si bien con la creación en el 2000 de la desregulación de aportes en favor de una empresa de medicina prepaga (EMP), los

ciudadanos obtuvieron la posibilidad de transferir los aportes y contribuciones de la seguridad social al sistema privado reduciendo su gasto directo (sin tener que incurrir a un gasto doble), la doble cobertura en muchos casos se mantuvo ya que los mismos siguen siendo beneficiarios de la obra social como de la prepaga. De esta forma, se pone en evidencia una ineficiencia del sistema de salud en su globalidad.

## **2.2. Surgimiento y evolución de las obras sociales nacionales**

A la hora de estudiar la génesis y evolución del sistema de salud argentino, debemos remontarnos a las asociaciones de socorros mutuos o asociaciones mutuales, uno de los pilares gestacionales del modelo financiador del servicio de salud actual. Estos grupos, a partir de finales del siglo XIX, empezaron a asociarse frente a la necesidad de prevenir y mitigar riesgos. Su objetivo era lograr la previsión y absorción colectiva de los riesgos frente a las contingencias de la enfermedad, el accidente laboral, el desempleo y la muerte. Inicialmente vinculadas a las asociaciones obreras, para 1910 se organizaban mayormente por el principio de nacionalidad<sup>14</sup> asociado al fuerte proceso inmigratorio característico del país latinoamericano. En esta primera etapa voluntaria y espontánea, las agrupaciones no contaban con la presencia del Estado en ninguna de sus formas.

El surgimiento de las primeras obras sociales sindicales aflora en la década del cuarenta en el marco de la nueva vinculación entre el peronismo y los sindicatos con la instauración de dos grandes medidas. Por un lado, la creación de la Comisión de Servicio Social, en 1944, que fijaba el desarrollo de servicios sociales, entre ellos la cobertura del seguro social, asociado a la categoría ocupacional. Por otro lado, la implementación de un nuevo régimen de financiamiento compuesto por el ya existente aporte del trabajador y por una nueva contribución patronal por rama de actividad. Esta lógica de expansión de las obras sociales sindicales se vio acompañada por el desarrollo de una estrategia de universalización de la salud pública liderada por el Ministro Carrillo. La cobertura de la población funcionaba bajo un esquema de doble patrón, dependía del subsector público, de la seguridad social y del sector privado. Durante el peronismo se instauró un diseño institucional fragmentado y con organizaciones heterogéneas, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Según Cetrángolo y Goldschmit, *“poco después de la sanción de esa legislación que favorecía a los gremios, el propio gobierno justicialista propició su derogación, según consta en el texto del “Plan Trienal para la Reconstrucción y Liberación Nacional”, presentado en diciembre de 1973 por el Presidente Perón. En su página 122 se puede leer que con el sistema de obras sociales se había cristalizado “una estratificación de la población en tres grupos: pudientes, asalariados cubiertos por las Obras Sociales e indigentes, cada uno de los cuales recibe una asistencia médica de calidad muy diferenciada”. De ahí en más, el peronismo adoptaría una posición más pragmática, defendiendo el financiamiento compulsivo de este esquema de salud tan poco solidario en manos de los gremios.”*

Hacia fines de la década del sesenta, un 37% de la población estaba cubierta por las obras sociales (Cetrángolo y Devoto, 2002). Si bien dicha cifra podría considerarse como un éxito en términos de expansión considerando su relativa corta evolución, en comparación con el crecimiento en la década del setenta<sup>15</sup> no lo fue. En dicho periodo, un

---

<sup>14</sup> Según Isuani y Mercar, “en 1910 sólo el 10% del total de afiliados al mutualismo correspondía a las mutuales obreras”. (Alonso, 1993)

<sup>15</sup> Según Alonso (1993), “en 1967 las obras sociales brindaban cobertura a tres millones y medio de personas, para los primeros años posteriores a la sanción de la ley 18.610 el número de afiliados había llegado a aproximadamente dieciséis millones”.

desarrollo sin precedente tuvo lugar impulsado por la promulgación de la ley N° 18.610 bajo el gobierno cívico-militar de Onganía. Dicha ley creaba el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como organismo descentralizado, con funciones de promoción, coordinación entre Obras Sociales y control técnico, administrativo y contable. En simultáneo, el Instituto tenía a su cargo la administración de un Fondo de Redistribución tendiente a reducir las asimetrías financieras entre las distintas obras sociales. Sin embargo, el gran cambio en los setenta no fue gracias a la creación del INOS sino que se debió a la instauración de la obligatoriedad tanto de aportes y contribuciones para todo trabajador dentro de la nómina salarial del ámbito nacional como de la constitución / creación de obras sociales por parte de los gremios reconocidos con “personería gremial” para sus representados. En otras palabras, se volvió obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad al igual que el aporte patronal para todos los trabajadores. Previo a la extensión de la obligatoriedad, solo los trabajadores de algunas ramas de actividad tenían la obligatoriedad de aportar a una obra social (por ejemplo, bancarios, de seguros, del personal ferroviario), para el resto el régimen era voluntario. El trabajador que voluntariamente no accedía a este régimen (muchos sindicatos ofrecían servicios sociales a sus afiliados a cambio de cuotas societarias), tenía dos opciones: apoyarse en el sistema público de salud o en el gasto privado. Pese a que la ley se sancionó con la idea de regular el funcionamiento de las obras sociales, el resultado fue un fortalecimiento del financiamiento de las mismas. De esta forma se dio un primer paso en la mejora de la distribución del riesgo.

Asimismo, en 1971, al extender el sistema de seguridad social a los jubilados y pensionados con la creación de Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), más conocido como PAMI –Programa de Asistencia Médica Integral–, se fortaleció aún más el proceso expansivo de la seguridad social. El PAMI fue constituido con el objetivo de brindar cobertura a un sector relegado que implicaba un mayor riesgo para las obras sociales dadas sus mayores necesidades de atención. De esta forma, el Estado, financiado por medio de aportes obligatorios a los trabajadores formales y una alícuota a los jubilados y pensionados, liberó a las obras sociales recientemente institucionalizadas de la obligación de brindar cobertura a este grupo etario sumamente costoso por su alta incidencia de enfermedades. Para mitigar los efectos de tener una composición sesgada en términos de alto costo per cápita de salud, se decidió que todos los trabajadores formales absorbieran el costo. A mediados de los setenta<sup>16</sup>, con pleno empleo y alta tasa de asalarización formal, el sistema lograba altos niveles de cobertura social.

Sin embargo, la situación económica en los años ochenta cambió rotundamente. La recesión económica de 1975, las políticas económicas del gobierno cívico-militar de 1976-1983, sumado a la crisis de la deuda externa, generaron un nuevo entramado marcado por un aumento del desempleo, del empleo informal y de la pobreza. Este nuevo funcionamiento de la economía tuvo un fuerte impacto en el financiamiento y la cobertura del sistema. Como las obras sociales sólo otorgaban beneficios para los trabajadores formales (cobertura asociada al trabajo formal), aquellos que estaban desempleados o precarizados quedaban excluidos. En el marco de pleno empleo, el sistema era exitoso; ahora bien en contextos de precarización laboral, aumento del desempleo y de la pobreza no lograba cumplir con el principio de equidad en el acceso y en la cobertura. Estas

---

<sup>16</sup> Entre 1963 y 1974, la Argentina presenció un crecimiento económico sostenido del PBI. En 1974, según la CEPAL, la Argentina consiguió el nivel de mayor igualdad de su historia: un coeficiente de Gini de 0,35. Además, el desempleo alcanzó un mínimo histórico, con 2,7%, en condiciones de pleno empleo. Para más información ver Palomino, Héctor (2003). Según Llach (1978), en 1970, “el sector informal en la Argentina puede estimarse en un millón y medio de personas, esto es, aproximadamente un 17% de la PEA, los niveles de desempleo abierto y subempleo encubierto son relativamente bajos”.

limitaciones del modelo que afloraron durante la crisis, fueron el puntapié inicial para repensar el sistema. (Alonso, 1996).

Con la intención de mejorar el sistema, en 1989, se sancionaron dos leyes importantes en términos de acceso y de financiamiento. Desde la perspectiva del sistema, se creó, con la Ley N° 23.661, el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), con los alcances de un seguro social, para procurar el pleno derecho a la salud para todos los habitantes. Desde la perspectiva del funcionamiento, se sancionó la Ley N° 23.660, actualmente vigente, que regula a las obras sociales<sup>17</sup> y establece su fuente de financiamiento (aporte del trabajador del 3% y contribución patronal del 6% de la remuneración). Además, se perfeccionó el Fondo de Redistribución creado en los años setenta, llamado ahora Fondo Solidario de Redistribución (FSR), al crear una retención direccionada al FSR entre el 10% y el 15% de los ingresos de las Obras Sociales. Se estipuló que estos recursos debían ser redistribuidos con el fin de reducir las asimetrías en torno al riesgo implícito de cada obra social.

Al fallar los intentos por mitigar las limitaciones del sistema en los ochenta, los *policy makers* en la década subsiguiente diseñaron una serie de reformas desde un enfoque distinto, a partir del cual se guiaron por una lógica mercantil e individual de la salud y por la competencia de mercado. Entre las principales reformas que dieron cuenta de esta tendencia, podemos destacar la reforma de 1993 que permitió la libre elección de obras sociales. Este nuevo mecanismo, cuya premisa se basaba en que “los aportes y contribuciones le pertenecen a cada afiliado que puede disponer de ellos para la libre elección del Agente del Seguro” (Art 16. Del Decreto 576/1993), fue debilitando la lógica solidaria existente por rama de actividad en cada obra social.

Para evitar diferencias en las prestaciones, se estableció un conjunto de prestaciones básicas obligatorias por parte de todas las obras sociales nacionales, denominado Programa Médico Obligatorio (PMO). Las obras sociales nacionales debían garantizar el acceso a la canasta básica de cobertura fijada en el PMO. A saber, los dirigentes políticos en los noventa creyeron que la creación de un mercado competitivo de obras sociales iba a mejorar el desempeño global del sistema, a pesar de lo cual esto no sucedió puesto que se reforzaron las desigualdades entre obras sociales.

---

<sup>17</sup>Se compone por las siguientes entidades: a) Las obras sociales sindicales, b) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y reparticiones u organismos creados por leyes de la nación, c) Las obras sociales de la Administración central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados; la del Poder Judicial y las de las Universidades Nacionales. Posteriormente la Ley 23.890 se excluyó a las Obras sociales de Poder Judicial y de las Universidades Nacionales., d) Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado, e) Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios, f) Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas, g) Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación h) Toda otra entidad creada o a crearse que tenga como fin lo establecido en la ley. (Cetrángolo y Goldschmit, 2018)

### **Apartado sobre el Programa Médico Obligatorio**

*En 1995, se crea el Programa Médico Obligatorio (PMO) con la intención de garantizar una cobertura básica para todos los beneficiarios de las obras sociales nacionales. El Ministerio de Salud está facultado a establecer el conjunto de servicios médico-asistenciales básicos que integran el PMO. Este último obliga a los agentes de seguro de salud (obras sociales y prepagas -a partir del 2011-) a cumplir con las siguientes prestaciones:*

*- Atención primaria: Plan Materno Infantil, cobertura materna durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento; atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad; cobertura del 100% en internación y ambulatorio; acceso al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673); prevención del cáncer femenino; odontología preventiva.*

*- Atención secundaria: por especialidades reconocidas a la fecha: consulta en consultorio e internación, consulta de urgencia y emergencia en domicilio, consulta programada en domicilio (mayores de 65 años); prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos; así como acceso a material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza; 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria).*

*- Atención de alta complejidad: las prestaciones de alta complejidad y que presentan un alto costo y una baja incidencia (por ejemplo: HIV, trasplantes, enfermedades congénitas, discapacidad, oncológicos, prótesis, etc.) están garantizadas mediante el financiamiento de la APE (Administración de Programas Especiales, que utiliza los recursos del Fondo Solidario de Redistribución). También se garantiza la cobertura parcial de la atención con medicamentos e insumos para el tratamiento de la diabetes. Además, se declara de interés nacional la atención médica –sumada a la investigación clínica y epidemiológica y la capacitación profesional– para la detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca. A partir de 2011, las prepagas también están obligadas a cumplir con el PMO.*

Fuente: Ministerio de Trabajo, 2012.

En resumen, podríamos pensar que las reformas en los noventa terminaron por quebrar uno de los principios fundacionales del sistema, el mecanismo de solidaridad, pero este no fue el caso. Estas reformas mercantiles fueron acompañadas por una estrategia de expansión, de tipo solidaria, del alcance de beneficiarios. Con la sanción de las leyes 24.977, creación del régimen simplificado para pequeños contribuyentes (monotributistas), y la 25.239, creación del régimen especial de seguridad social para empleados del servicio doméstico, se incluyeron nuevos beneficiarios al sistema contributivo de seguridad social. Sin embargo, los ingresos asociados a estos nuevos beneficiarios se definieron con montos por debajo del costo necesario para poder asegurar el PMO. La inclusión de estos nuevos aportantes favoreció el acceso a la salud de un grupo generalmente precarizado pero empeoró la situación financiera de varias obras sociales.

En el siglo XXI, esta tendencia se potenció con la llegada de la desregulación de las obras sociales (Decreto 446/2000). Al permitir la derivación de aportes de los trabajadores formales al sector privado, aquellos con mayores ingresos se vieron habilitados a transferir recursos a la medicina privada caracterizada por proveer un mejor servicio. Este fenómeno en economía se conoce como descreme. Algunas prepagas con el fin de cooptar afiliados de la seguridad social, hicieron acuerdos con obras sociales chicas sin capacidad de atención ni cobertura (ver apartado). Estas últimas, a cambio de una comisión por servicios, se transformaron en meros intermediarios entre el aportante (derivación) y la prepaga.

Asimismo, con la sanción de la ley 26.682, en el año 2011, se creó un marco regulatorio para las prepagas con el fin de mitigar los problemas de cobertura y acceso en relación a problemas de selección adversa. Para ello se obligó a las prepagas a cubrir las prácticas médicas fijadas en el Programa Médico Obligatorio (ver apartado sección 2.4.) y se definió que la edad al igual que las enfermedades preexistentes, no podían ser un criterio de rechazo. Como contrapartida, los pagos directos por planes de adhesión voluntaria, superadores o complementarios por mayores servicios comercializados por los Agentes del Seguro de Salud dejaron de realizar aportes al Fondo Solidario de Redistribución y de recibir reintegros o cualquier otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas

Especiales. Esto significó que se le dejó de aplicar la retención para financiar el Fondo Solidario de Redistribución al diferencial (pago voluntario) destinado a la mejora de los planes de atención. De esta forma, la medida intentó eliminar los incentivos de las prepagas por excluir a los pacientes muy costosos o riesgosos y de ofrecer planes baratos, pero con una cobertura deficiente. El problema fue que al hacerlo se reforzaron aún más las inequidades del sistema.

#### ***Apartado sobre la desregulación de aportes***

*A partir del 2011, los trabajadores formales pueden optar por derivar sus aportes a las empresas de medicinas privadas. Como no son obras sociales, se encuentran imposibilitadas a recaudar directamente los aportes y contribuciones de los trabajadores. En contrapartida, le pueden ofrecer prestaciones a las obras sociales. De esta forma, las prepagas negocian con las obras sociales en pos de conseguir nuevos afiliados. La obra social percibe el aporte y la prepaga ofrece el servicio. En este mecanismo, la obra social se termina llevando una comisión que suele ser del 0,7% del sueldo del trabajador sumándole un costo al sistema.*

*De este modo, traslada los riesgos a un tercero y las prepagas aumentan su cartera de beneficiarios, mejorando su situación competitiva dentro del mercado. Asimismo, las prepagas pueden acceder, en el caso de los beneficiarios triangulados, a los reintegros del programa SUR (FSR) saliendo beneficiadas. El subsistema de seguridad asume el riesgo en caso de enfermedades de alta costo o discapacidad beneficiando ampliamente a la prepaga. Con el aporte de los trabajadores se encubre un financiamiento a la medicina prepaga.*

A modo de resumen, podemos destacar que la organización de la seguridad social en Argentina, que sufrió un fuerte desfinanciamiento en los últimos años, se caracteriza por tener una excesiva fragmentación y serios problemas de coordinación. Según un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>18</sup>:

*“su falta de coordinación y articulación continúa impidiendo la conformación de un verdadero “sistema” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.”*

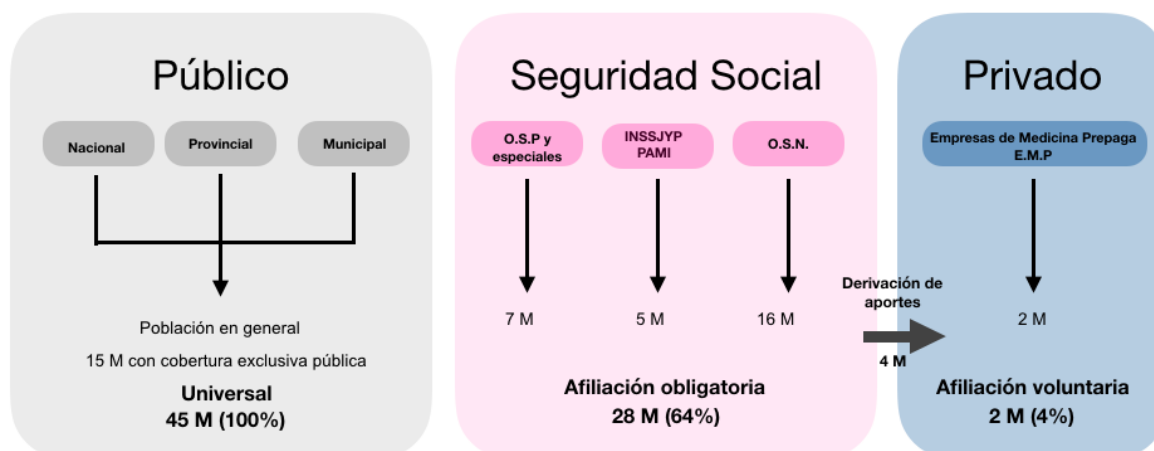
### **2.3. Sistema actual y cobertura**

Según Maceira, el sistema de salud argentino se define como “amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de participantes y con una marcada separación entre las funciones de aseguramiento y provisión”. Tanto el aseguramiento como el suministro de servicios provienen de fondos alternativos que se distribuyen entre tres sectores: público (nacional, provincial y municipal), seguridad social y sector privado. El sector público se caracteriza por ser no contributivo, esto quiere decir que la salud pública es de acceso universal, no existiendo ningún tipo de limitación o requisito para poder acceder a esta protección. En cambio, los otros dos subsectores, seguridad social y privado, son de tipo contributivo. La cobertura de una obra social o prepaga está supeditada a que tanto los trabajadores como los empleadores y los adherentes voluntarios hayan realizado los aportes correspondientes.

<sup>18</sup> El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD, 2011)

Cuadro 1: Distribución de la población por subsistema (2019)

## COBERTURA EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO, 2019



Fuente: elaboración propia en base a Cetrángolo y Goldschmit, SSS, Ministerio de Salud y proyecciones de población del Indec.

Tabla 1: Población según cobertura de Salud (2018)

Financiador	Población bajo cobertura (2018)	%
Obras Sociales Nacionales OSN (a)	16.191.198	36,39%
INSSJP (PAMI)(a)	5.169.802	11,62%
Obras sociales provinciales OSP (b)	7.182.000	16,14%
Población con Cobertura Pública (c)	15.938.100	35,82%
Empresas de Medicina Prepaga EMP (d)	5.936.000	13,34%
Empresas de Medicina Prepaga EMP (e)	1.640.072	3,69%
<b>Total (sin población que deriva de OSN a EMP)</b>	<b>46.121.172</b>	<b>103,66%</b>
<b>Población 2018(proyección INDEC)</b>	<b>44.494.502</b>	

**Nota: El exceso en cantidad y porcentaje de pobl. denota el porcentaje de doble cobertura**

(a)Superintendencia de Servicios de Salud, julio-2018

(b) Observatorio COSSPRA UNL (Nov-2018)

(c) Programa Sumar, Min. de Salud de la Nación (agosto 2018)

(d) En base a la declaración en SuSS a julio 2018

(e) Poblacion con cobertura directa (pago de bolsillo o plan corporativo)

Fuente: CADIME

La tabla 1 da cuenta del problema de la doble cobertura al desagregar la cantidad de afiliados de las EMP entre población con cobertura directa ("e"), es decir solo afiliados sin desregulación (que no aportan al sistema de seguridad social) y población total ("d"), es decir aquellos con cobertura directa y los que triangulan aportes desde una OSN para tener cobertura de una EMP. Esto mismo se observa en el cuadro 1, en el punto "derivación de aportes" de la seguridad social al sector privado.

El subsistema público se conforma por los tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal. Según datos del Ministerio de Salud, el sector público está compuesto por 108.962 efectores públicos (hospitales, centros de atención primaria de la salud -CAPS-, etc.) que reportan a las autoridades de los distintos niveles de gobierno. Su financiamiento depende de rentas generales y ofrece una cobertura universal, esto significa que se brinda atención a todos los habitantes que lo soliciten por más que cuenten con otro tipo de cobertura (seguridad social o privada). La provisión del servicio se encuentra

descentralizada y en general depende de los gobiernos provinciales o municipales. Se estima que unas 15 millones de personas tienen cobertura pública exclusiva.

El subsistema de seguridad social comprende a las obras sociales nacionales (OSN), obras sociales provinciales (OSP) y especiales (IOSFA, Universitarias, Policía, Justicia y Congreso) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), también conocido como Programa de Atención Médica Integral (PAMI).

- Las obras sociales provinciales son 24 y brindan cobertura a empleados públicos que trabajan en los gobiernos provinciales y CABA y sus respectivos municipios. Además se incluyen en esta categoría la obra social de las Fuerzas Armadas y Seguridad – IOSFA, la de universidades nacionales (DOSUBA), de la Policía, de la Justicia y del Congreso. En la actualidad cuentan con unos 7,1 millones de afiliados. Un dato no menor es que las OSP mantienen cautiva a su población ya que en la gran mayoría no existe la libre elección.
- El INSSJyP, o PAMI, se caracteriza por ser la institución que otorga cobertura a jubilados y sus familiares a cargo, discapacitados, pensionados y veteranos de Malvinas. Fue creado en 1971 con el objetivo de darle cobertura a la población específica de adultos mayores. Opera bajo la forma de sistema de reparto y se financia por medio de aportes (3%) y contribuciones (2%) sobre la masa salarial activa, los haberes pasivos (varía entre 3% y 6%) y un aporte del tesoro nacional que se define anualmente según la Ley de Presupuesto Nacional<sup>19</sup>. El Instituto brinda cobertura a casi 5 millones de argentinos en todo el territorio nacional. En la actualidad cuenta con más de 650 oficinas en capitales, ciudades y pueblos de todas las provincias argentinas.
- El sistema de obras sociales nacionales (OSN) fue creado mediante la ley 18.610 a principios de la década del '70 e incluye a los trabajadores asalariados, a los trabajadores independientes (autónomos y monotributistas) y al personal de casas particulares de nuestro país. Las obras sociales se encuentran principalmente organizadas por rama de actividad y brindan cobertura de salud a los titulares y sus familiares. En sus inicios la pertenencia a las mismas se encontraba asociada a la ocupación del afiliado, pero desde la modificación en 1998 este componente es de libre elección. Con respecto al financiamiento, los recursos provienen de aportes salariales y contribuciones patronales obligatorias. Con el objetivo de mitigar las asimetrías entre las distintas obras sociales, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) retiene entre un 15% y un 20% del total de la recaudación para financiar al Fondo Solidario de Redistribución administrado por la SSS. El sistema de OSN da cobertura a más de 16 millones de argentinos (10 millones de afiliados titulares y 6 millones de familiares).

Por último, las instituciones que brindan cobertura de seguro (medicina prepaga, planes médicos de hospitales, mutuales y cooperativas), entendida como provisión de los servicios de salud, y las empresas que ofrecen atención de salud conforman el subsistema privado. Este grupo de actores da cobertura mediante una contratación directa a asociados voluntarios de ingresos medios-altos. Asimismo, los aportantes a la seguridad social, en el caso de las obras sociales nacionales, pueden optar por un plan superador o por desregular sus aportes a estas empresas para lograr una mejora en sus planes de cobertura. En muchos casos, la derivación de aportes se acompaña de una cuota adicional ya que con los aportes no se llega a cubrir el costo del plan deseado.

---

<sup>19</sup> Para más información ver el artículo 8º de la ley 19.032 (conf. ley 25.615).

Este tipo de seguros privados se encuentra regulado por la Ley 26.682 de 2011, que obliga a garantizar una cobertura mínima equivalente al Programa Médico Obligatorio (PMO) que deben asegurar las Obras Sociales Nacionales. Según los datos relevados por el Ministerio de Salud, se estima que el total de afiliados de empresas de medicina prepaga alcanzó aproximadamente a 6 millones para el año 2019, incluyendo a aquellas personas que realizaron la derivación y complementación de sus aportes (4 millones).

Tabla 2: Ranking de las principales EMP según cantidad de afiliados - 2019

Ranking	Institución	Cápitales	% sobre cobertura total	Cobertura acumulada	Cantidad de Prestadores en cartilla (aprox.)*
1	Osde	2.200.000	34,8%	34,8%	180.000
2	Swiss Medical	1.000.000	15,8%	50,7%	20.000
3	Galeno	750.000	11,9%	62,5%	68.000
4	Sancor Salud	460.000	7,3%	69,8%	152.000
5	Omint	320.000	5,1%	74,9%	10.000
6	Medicus	240.000	3,8%	78,7%	12.000
7	Accord Salud (UPCN)	190.000	3,0%	81,7%	10.000
8	Medife (ASE)	300.000	4,7%	86,4%	12.000
9	Hospital Italiano	160.000	2,5%	89,0%	2.000
10	Hospital Británico	42.000	0,7%	89,6%	
11	Hospital Alemán	54.000	0,9%	90,5%	
	<i>Resto de las EMP</i>	<i>600.000</i>	<i>9,5%</i>	<i>100%</i>	
	<b>Total EMP</b>	<b>6.316.000</b>	<b>100%</b>		

Fuente: [CADIME - informe sectorial octubre 2019](#)

Cuadro 2: Gastos por subsistemas (2015)

<b>Gasto de los subsistemas de Salud en Argentina, 2015</b>		
	<i>En % del PIB</i>	<i>Estructura %</i>
<b>Gasto en Salud Público (1)</b>	<b>3,02</b>	<b>28,29</b>
Nacional	0,62	5,81
Provincial	1,89	17,70
Municipal	0,51	4,78
<b>Gasto en Seguridad social en Salud (2)</b>	<b>4,08</b>	<b>38,21</b>
Obras Sociales Nacionales	2,10	19,67
INSSJyP	1,05	9,83
Obras Sociales Provinciales	0,93	8,71
<b>Subtotal Público y Seguridad social ( (1) + (2) )</b>	<b>7,10</b>	<b>66,50</b>
<b>Gasto en Salud Privado (3)</b>	<b>3,58</b>	<b>33,50</b>
<b>Total Gasto en Salud ( (1) + (2) + (3) )</b>	<b>10,68</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cetrángolo y Goldschmit (2018)

La presencia de estos distintos fondos de cobertura da cuenta de la existencia de mecanismos de aseguramiento mixto en la Argentina. Este sistema segmentado suele fallar a la hora de otorgar los mismos derechos a toda la población pues no logra ofrecer un paquete de servicios homogéneo. El acceso a este tipo de paquetes no depende de una condición universal, sino que se encuentra vinculado a la capacidad de pago de cada

beneficiario. Esta capacidad puede ser de tipo compulsiva (aportes y contribuciones salariales) o voluntaria.

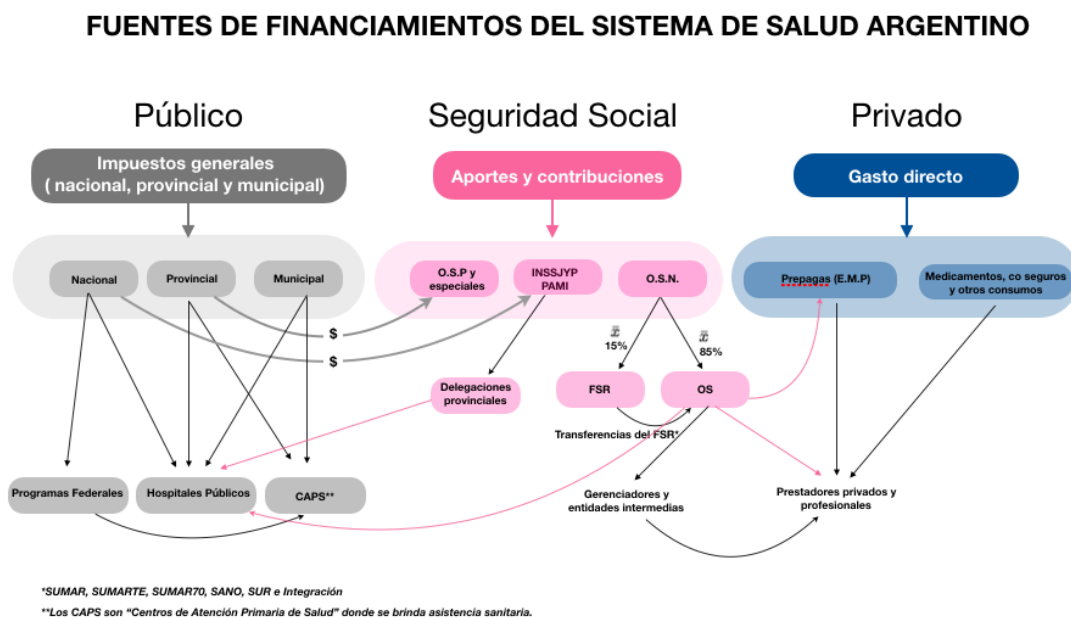
Al observar el sistema de salud argentino desde una perspectiva de aseguramiento y provisión de servicios de salud, podemos concluir que la multiplicidad de fondos y la fragmentación del sistema generan un efecto negativo en la eficiencia y en la equidad del mismo. En las últimas dos décadas observamos estrategias contrarias en relación a los esfuerzos por mejorar la integración de los distintos fondos de riesgo. Por un lado, se buscó mejorar el acceso y la cobertura de un amplio sector de la población históricamente relegado de la seguridad social al igual que disminuir los abusos por parte de la medicina prepaga. Sin embargo, estos esfuerzos se vieron opacados por el surgimiento de nuevos mecanismos como la desregulación de obras sociales y el desfinanciamiento tanto del FSR como de las obras sociales.

## 2.4. Fuentes de financiamiento

Hasta el momento hemos dado cuenta, de manera sucinta, de los diferentes subsistemas en los cuales se organiza el sistema de salud argentino. Como ya señalamos, el objeto de nuestro análisis es poner en discusión, el modelo de distribución de riesgo de tipo fragmentado que componen las obras sociales nacionales. Para abordar esta hipótesis, como ya se apuntó en un apartado anterior, se observará el modo en el cual se asignan los recursos de las mismas desde un enfoque de eficiencia y equidad. Para ello es necesario entender cuáles son sus fuentes de financiamiento y cuáles son sus gastos.

Antes de ahondar en el caso particular de las obras sociales nacionales, nos pareció interesante recapitular (cuadro 3) el financiamiento de cada subsistema del sistema de salud y las distintas transferencias entre subsistemas.

Cuadro 3: Fuentes de Financiamiento por subsector: Financiamiento, Aseguramiento y Prestación (2019)



Fuente: elaboración propia en base a Maceira (2014) y Cetrángolo y Goldschmit.

Como hemos mencionado en la sección anterior, las obras sociales se financian por medio de aportes y contribuciones del trabajador formal (relación de dependencia, monotributo y casas particulares). En el caso de los trabajadores en relación de dependencia el ingreso representa un 9% del sueldo bruto (3% a cargo del trabajador y 6% a cargo del empleador) y en el caso de monotributistas y empleados de casas particulares es un monto fijo que se va actualizando año a año. En el caso del monotributo representa un 4% de los ingresos brutos mensuales máximos de la categoría más baja y un 0,03% de la más alta (en 2019 el monto era de \$689 pesos para todas las categorías). Del total de recursos, las obras sociales deben transferir entre un 10% y 20% al FSR (promedio últimos 3 años de todo el sistema es del 15%). El porcentaje varía según el tipo de obra social y según la remuneración bruta mensual. En el caso de las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios el aporte es del 20% o del 15% de la suma de aportes y contribuciones según se supere el tope de remuneración bruta mensual, para el resto es del 15% o del 10% según se supere dicho tope<sup>20</sup>. El FSR, administrado por la SSS, nació con la idea de lograr, de forma parcial, un mecanismo solidario en el subsistema fragmentado de obras sociales. Con este fin, por medio de una transferencia equitativa por parte de cada obra social, se financia este FSR cuyos recursos son destinados, entre otras aplicaciones, a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios. El FSR transfiere recursos a las obras sociales a partir de distintos mecanismos redistributivos. El cuadro 4 resume los principales mecanismos existentes en la actualidad.

**Cuadro 4: Los seis mecanismos redistributivos del FSR**

<i>Mecanismo</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Operativo desde</i>	<i>Recursos</i>	<i>Distribución</i>
<b>SUMA</b>	<i>Tiene como objetivo compensar a aquellas obras sociales que presentan menor nivel de ingreso por afiliado y menor cantidad de afiliados.</i>	<i>nov-12</i>	<i>6%*</i>	<i>20% a agentes con más de 5000 afiliados. Mismo monto en términos absolutos para cada uno. 80% a todos los agentes. Montos proporcionales a la población beneficiaria 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, calculado luego de la aplicación de los componentes anteriores, recibirán además una compensación económica mensual que le permita alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema (financiado con excedentes del FSR).</i>
<b>SUMARTE</b>	<i>Este subsidio busca compensar el ingreso de monotributistas, trabajadores sociales,</i>	<i>nov-12</i>	<i>1.5%*</i>	<i>En proporción a cantidad de beneficiarios del régimen de trabajo especial</i>

<sup>20</sup> Según los artículos 1 y 2 del decreto 10/2009, la obra social recibirá el noventa por ciento (90%) de la suma de la contribución y los aportes, cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta pesos dos mil cuatrocientos (\$ 2.400) inclusive, y del ochenta y cinco por ciento (85%) cuando dichas remuneraciones superen los pesos dos mil cuatrocientos (\$ 2.400). Para el caso de las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios, dicho porcentaje será del ochenta y cinco por ciento (85%) cuando las remuneraciones brutas mensuales sean de hasta pesos dos mil cuatrocientos (\$ 2.400), inclusive, y del ochenta por ciento (80%) cuando superen ese tope.

	agropecuarios y de casas particulares.			
<b>SUMA 65</b>	Este subsidio tiene en cuenta a los afiliados con más de 65 años (hasta 2018 era más de 70) no afiliados al PAMI. Se asigna a las obras sociales con el objetivo de complementar el financiamiento de la cobertura de este grupo de alto riesgo.	nov-12	1,2%*	En proporción a cantidad de beneficiarios con más de 65 años. En caso que un afiliado cumpla condiciones para ser incluido en la base de SUMARTE y SUMA 65, se realizarán ambos subsidios.
<b>SANO</b>	Garantiza a las entidades beneficiarias del sistema, un valor mínimo de aportes por afiliado, destinado a subsidiar las prestaciones médicas de los beneficiarios cuyos aportes no llegan al mínimo necesario.	sep-06	Número de afiliados x cápita estipulada, actualizada automáticamente por ley 26417	La cápita variable es en base a género y edad de los afiliados de cada agente. Se calcula a partir de la Matriz de Ajuste por Riesgo.
<b>SUR</b>	Apoyo financiero a las prestaciones de Alto costo / baja incidencia como las crónicas.	2012	En base a excedentes FSR, la demanda y a la discrecionalidad de SSS	Reintegros establecidos de acuerdo a un catálogo de las patologías, con precisiones respecto del tipo de enfermedad, edad, etiología y tratamiento de diversas enfermedades. Las patologías cubiertas son: HIV, discapacidad, droga dependencia, trasplantes, prótesis y medicación oncológica. El reintegro se define como 100% del gasto incurrido hasta un techo determinado en términos nominales. Los anexos contienen precisiones sobre los montos a reintegrar por cada patología.
<b>INTEGRACIÓN</b>	Apoyo financiero a las prestaciones para personas con Discapacidad.	ago-16	En base a excedentes FSR, la demanda y a la discrecionalidad de SSS	Reintegros establecidos según las prestaciones contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Financiamiento directo a contraprestación de declaración jurada.

\*% de los aportes y contribuciones establecidos en los incisos a y b del artículo 16 de ley 23.660.

Fuente: elaboración propia en base a información provista por Virginia Poggio Monteverde y [digesto SSS](#).

Observar los distintos recursos financieros que tiene el subsistema, a través del FSR, para mitigar las diferencias entre las obras sociales nos permite dar cuenta del intento de los *policy makers* por llevar el modelo fragmentado hacia uno más integrado. Si bien entre el 2006 y el 2019 se triplicaron los arreglos redistributivos del FSR, el resultado fue poco esperanzador.

Para clarificar esta idea, es necesario observar el comportamiento de los actores en ese periodo de tiempo. Durante la presidencia de Cristina Fernández de Kirchner, una queja constante de la CGT estaba asociada a la gestión del FSR. Se recriminaba que el gobierno, al no aumentar los montos para determinar el aporte mínimo del SANO (se mantuvo fijo de 2011 al 2016) en un contexto inflacionario y al no pagar los correspondientes reintegros por SUR, estaba reteniendo recursos que eran de las obras sociales. Este problema deriva de la discrecionalidad con la que cuenta el poder ejecutivo para administrar el FSR. La

administración de este último depende del Superintendente de Salud, designado por el Presidente de la Nación. Este último no solo tiene la potestad de definir las cápitas mínimas de SANO y los montos a ser reintegrados por las distintas prestaciones médicas, sino que también, por medio de la SSS tiene el poder de decidir cuándo se liberan los pagos de los reintegros por Integración y SUR. Es una forma de coaccionar a los sindicatos.

En el periodo 2016- 2019, bajo la presidencia de Mauricio Macri, se intentó trabajar en reformas para mejorar la cobertura y el financiamiento del sistema en su totalidad y reducir la discrecionalidad del FSR. Por el lado de los subsidios, se automatizó la actualización de la cápita de SANO de acuerdo al índice de movilidad jubilatoria, se mejoró la asignación de recursos para compensar a las obras sociales por tener población dentro del grupo etario más riesgoso (porcentaje pasa del 0,7% al 1,2% del total de recursos y se disminuyó la edad para beneficiarse del subsidio de 70 a 65 años) y se creó el programa Integración para reembolsar de forma ágil los gastos por discapacidad. Por otro lado, se decretó el pago de la deuda millonaria, de casi \$ 30.000 millones, que tenía el FSR con las obras sociales. Si bien el decreto protocolizó la manera de distribuir los recursos excedentes del FSR y, por su ingeniería, apuntó a darle un destino a toda la deuda reconocida con las obras sociales sindicales, la decisión final para efectuar los pagos sigue en manos del Gobierno –es decir que no será automático- a través de la SSS.

Una problemática recurrente en los estudios sobre sistemas de salud es cómo lograr un uso eficiente y equitativo de los recursos. Como bien hemos demostrado en el apartado metodológico, una forma de lograrlo es a través de la eliminación de los distintos mecanismos de selección adversa. Esto se puede lograr implementando auditorías robustas, aprovechar el poder de negociación de todo el subsistema con la implementación de compras estratégicas lideradas por la SSS y avanzar en un análisis de procedimientos basados en costo-efectividad.

### **3. Obras sociales nacionales: una mirada financiera**

Antes de abordar el análisis comparativo y poner en discusión el modelo actual de distribución del riesgo, es menester entender desde el punto de vista financiero el estado de situación del sistema de obras sociales nacionales. De este modo, creemos que podremos dar cuenta del modo en que operan las distintas ineficiencias del sistema de obras sociales.

Para ello analizaremos, en base a la concentración de recursos y afiliados del sistema, cuán eficiente son los distintos mecanismos que tiene el FSR a la hora de redistribuir los recursos asociados al riesgo de enfermedad.

#### **3.1. Taxonomía de obras sociales nacionales**

En el año 2019, la AFIP recaudó en concepto de aportes y contribuciones<sup>21</sup> 331 mil millones de pesos, lo que representa un aporte promedio mensual por beneficiario de \$1.696,24. El 15% fue transferido al FSR y el resto a las obras sociales. En las próximas líneas pasaremos a entender, en un primer lugar, como es la distribución de afiliados entre las distintas obras sociales y en segundo lugar cómo se reparten los ingresos totales entre las distintas obras sociales. Para ello, analizaremos como fue la distribución del 85% restante, por parte de la AFIP a las obras sociales en base a información provista en el boletín anual de seguridad social 2019 elaborado por la AFIP.

Actualmente de las 290 obras sociales en funcionamiento, el 5% (15 obras sociales) absorbe más del 50% de los beneficiarios. Esto puede observarse en la tabla 3 que desagrega la cantidad de afiliados de las principales obras sociales en términos de población cubierta.

---

<sup>21</sup> Según el boletín anual "Informe de Seguridad Social" de la dirección de Estudios de la AFIP del año 2019. El monto percibido se compone de multiplicar la nómina salarial por los aportes del trabajador y la nómina salarial por las contribuciones del empleador.

Tabla 3: Principales obras sociales por cantidad total de titulares y familiares (2018)

Denominación	Q de afiliados	%	% acum
OSECAC	1.899.548	11,8%	11,8%
OSDE	1.389.698	8,6%	20,4%
OSPRERA	948.589	5,9%	26,3%
OSPECON	666.343	4,1%	30,4%
UNION PERSONAL	572.020	3,6%	34,0%
PETROLEROS	385.788	2,4%	36,4%
GASTRONÓMICOS	377.019	2,3%	38,7%
UOM	293.923	1,8%	40,5%
ASE	273.769	1,7%	42,2%
SANIDAD	265.183	1,6%	43,8%
A. MUTUAL SANCOR	239.597	1,5%	45,3%
ORG DE CONTROL EXT	221.065	1,4%	46,7%
CONDUCTORES DE CAMIONES	208.723	1,3%	48,0%
CHOFERES DE CAMIONES	205.948	1,3%	49,3%
DOCENTES PARTICULARES	194.469	1,2%	50,5%
Resto (271 OSN)	7.954.069	49,4%	100%
<b>Total</b>	<b>16.095.751</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia en base a información SSS.

Como ya señalamos, a la hora de analizar la estructura de riesgo y la eficiencia en la provisión de servicios por parte de las instituciones, es fundamental comprender el tamaño y el ingreso promedio del *pool* de riesgo (gráfico 1 y 2). La presencia de economías de escala en la prestación de servicios de salud mejora la capacidad de negociación de los actores reduciendo los costos. Asimismo a mayor tamaño, el impacto económico del tratamiento de una determinada patología costosa se vuelve marginal (gráfico 2). La existencia de una elevada concentración de la cobertura al interior de la seguridad social en un grupo reducido de instituciones en términos de población genera grandes disparidades en la financiación de las prestaciones de salud.

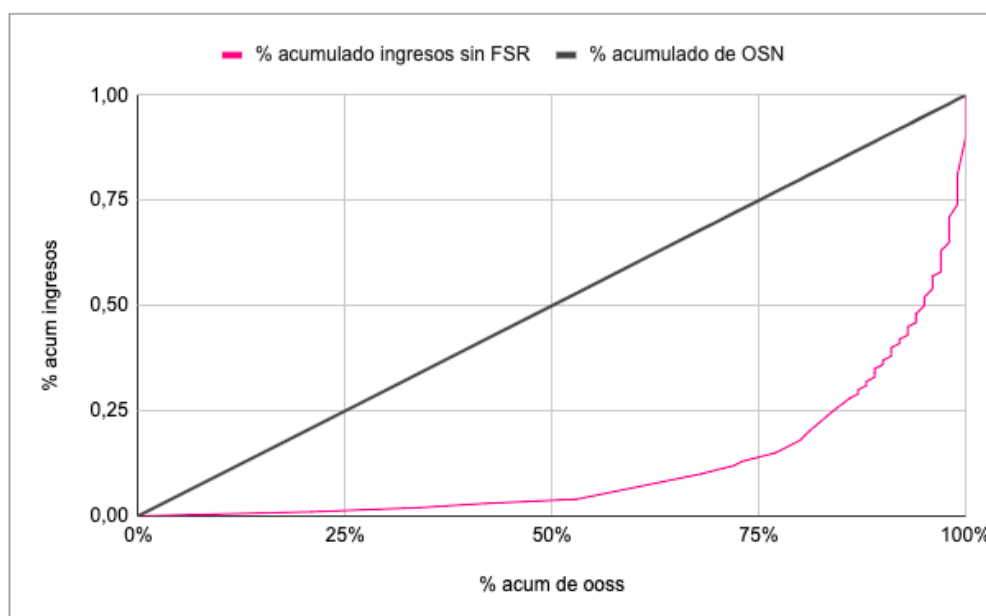
Ahora bien, si analizamos la distribución de recursos percibidos por aportes y contribuciones entre las distintas obras sociales, se observa el mismo comportamiento que en relación a los ingresos, donde el 5% concentra el 47% de los recursos totales (tabla 4). Como bien podemos observar en el gráfico 5, la distribución de los ingresos es muy desigual. Con el 21% de las obras sociales se cubre tan solo el 1% de los ingresos directos. En contrapartida, el 19% de los recursos se concentran en dos obras sociales.

Tabla 4: Principales obras sociales en relación al monto distribuido por AFIP al Sistema Nacional de Salud en 2019 (en millones de pesos)

Obra Social	Total 2019 [M]	%	% acum
OSDE	\$28.259	10%	10%
OSECAC	\$24.082	9%	19%
UNION PERSONAL	\$11.022	4%	23%
COMISNAVALES	\$9.620	3%	26%
ASE	\$9.550	3%	29%
OSPECON	\$7.753	3%	32%
ORG DE CONTROL EXT	\$6.960	2%	34%
PETROLEROS	\$6.889	2%	36%
TECNICOSVUELO	\$6.465	2%	38%
OSPRERA	\$6.151	2%	40%
A. MUTUAL SANCOR	\$4.764	2%	42%
PATRONES DE CABOTAJE	\$4.124	1%	43%
SANIDAD	\$4.092	1%	44%
MANDOS MEDIOS TELECOMUNICACIONES	\$4.001	1%	45%
GASTRONOMICOS	\$3.980	1%	46%
JERAQ. BANCOS	\$3.546	1%	47%
UOM	\$3.372	1%	48%
DOCENTES PARTICULARES	\$3.113	1%	49%
MEDICOS CIUDAD	\$3.065	1%	50%
ELECTRICONAVAL	\$3.057	1%	51%
Resto (266)	\$126.055	49%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>\$279.920</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia en base a información de AFIP

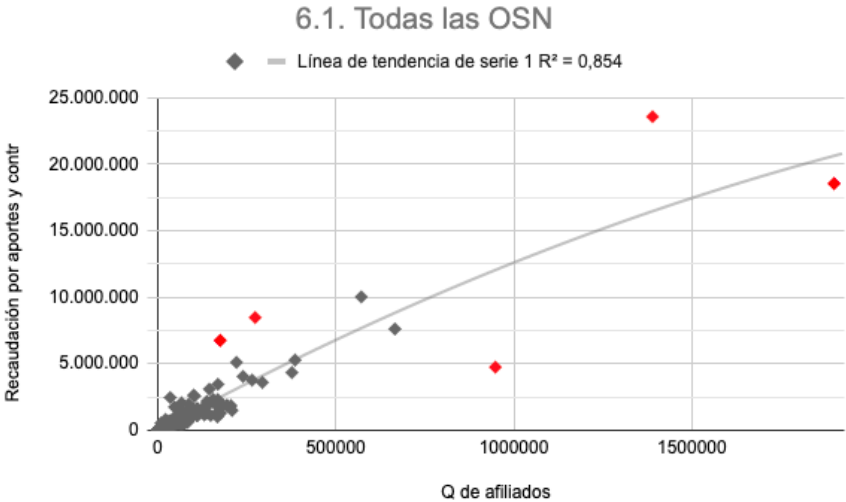
Gráfico 5: Distribución de recursos por OSN - total de recursos en 2019



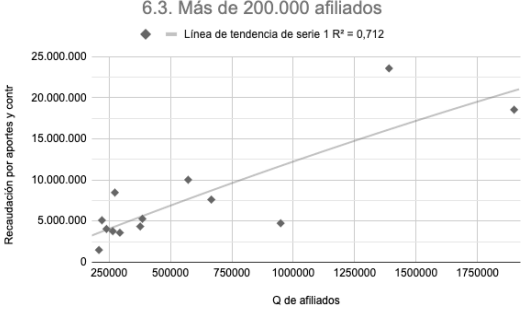
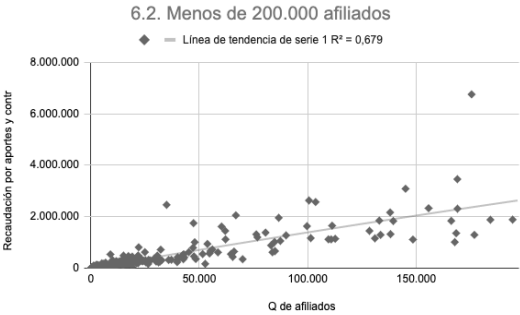
Fuentes: elaboración propia en base a AFIP y SSS.

En síntesis, como era de esperarse, en términos absolutos, podemos decir que existe una correlación entre cantidad de ingresos transferidos a la OSN y el tamaño de la misma (Gráfico 6). Ahora bien, para poder comparar los recursos de obras sociales con tamaños tan dispares es necesario analizar los ingresos en términos relativos per cápita, es decir ingreso promedio por beneficiario y no ingresos totales.

**Gráfico 6: Relación cantidad de ingresos percibidos por aportes y contribuciones y cantidad de beneficiarios - 6.1. Todas las obras sociales / 6.2. Menos de 200.000 afiliados / 6.3. más de 200.000 afiliados**

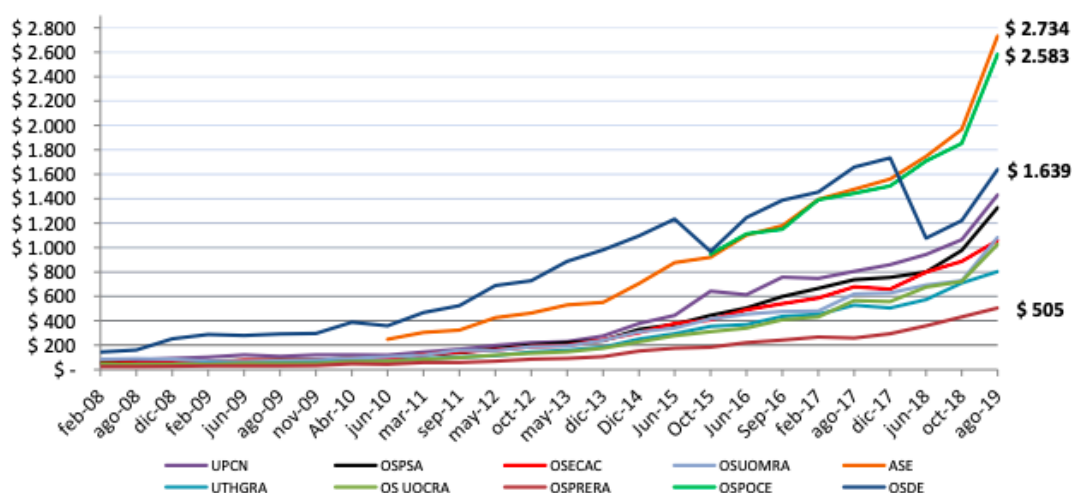


Fuente: elaboración propia



A continuación, pasaremos a analizar los ingresos directos per cápita, es decir el monto promedio que reciben las OSN por afiliado.

Gráfico 7: Distribución per cápita recaudación OSN (feb 08 / ago 19)



Fuente: Área Técnica CA.DI.ME. en base a AFIP y SSSalud.

Tabla 5: Distribución recursos principales OSN (monto per cápita)<sup>22</sup>

Obra Social <sup>23</sup>	Total 2019 [\$M]	Q afiliados	Aporte per cápita promedio mensual
COMISARIOS NAVALES	9.620	175.553	\$4.567
TÉCNICOS VUELO	6.465	145.078	\$3.714
PATRONES DE CABOTAJE	4.124	103.627	\$3.316
ASE	9.550	273.769	\$2.907
ORG DE CONTROL EXT	6.960	221.065	\$2.624
ELECTRONAVAL	3.057	100.592	\$2.533
MANDOS MEDIOS TELEC	4.001	168.956	\$1.973
JERÁRQUICOS BANCOS	3.546	169.025	\$1.748
OSDE	28.259	1.389.698	\$1.695
A. MUTUAL SANCOR	4.764	239.597	\$1.657
UNION PERSONAL	11.022	572.020	\$1.606
PETROLEROS	6.889	385.788	\$1.488
MÉDICOS CIUDAD	3.065	184.190	\$1.387
DOCENT PARTICULARES	3.113	194.469	\$1.334
SANIDAD	4.092	265.183	\$1.286
OSECAC	24.082	1.899.548	\$1.056
OSPECON	7.753	666.343	\$970
UOM	3.372	293.923	\$956
GASTRONÓMICOS	3.980	377.019	\$880
OSPRERA	6.151	948.589	\$540
TOTAL - representa el 42% del total	153.865	8.774.032	\$1.912

<sup>22</sup> Estimado en base a monto distribuido a cada OSN (AFIP) y población bajo cobertura en las OSN (SSS).

<sup>23</sup> Es importante remarcar que Comisarios Navales y Patrones de Cabotaje tienen acuerdos de derivación de aportes con OSDE (EMP) y ASE con Medifé (EMP).

Como bien podemos evidenciar, existe una gran dispersión en la distribución per cápita de los recursos de aportes y contribuciones con un piso de \$540 para Personal Rural, un techo para Comisarios Navales con \$4.567 y un promedio de \$1.912. Asimismo, cabe remarcar que esta distribución de ingresos percibidos por medio de aportes y contribuciones no incluye otros ingresos y subsidios del Sistema (SANO, SUR, SUMA, SUMARTE, etc.), ni los copagos y coseguros en el caso de Obras Sociales Sindicales, como tampoco los aportes de adherentes, que como mínimo agregarían dos mil millones de pesos mensuales<sup>24</sup> a lo recaudado por todo el sistema. Todo esto indica que los recursos per cápita de la seguridad social son aún mayores a los aquí mencionados.

Antes de ahondar en el análisis comparado de la eficiencia o falta de eficiencia en la estructura de costos de los distintos fondos, debemos establecer algún parámetro de agrupación de las obras sociales para simplificar la comparación. Maceira y Cicconi (2004) en “Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad” proponen, con el fin de mostrar la magnitud en la heterogeneidad entre las instituciones que conforman el subsistema, una taxonomía de obras sociales nacionales muy útil. Dicha clasificación se estructura según dos dimensiones: el número de beneficiarios totales de cada obra social (cotizantes y su grupo familiar) y el salario promedio de los trabajadores adheridos a cada una de ellas. A los fines de nuestro trabajo, hemos decidido utilizar el ingreso promedio per cápita de cada obra social como *proxy* para entender el nivel de ingreso promedio de la población que integra cada obra social en vez de estimar el salario promedio.

En la Tabla 6 se presenta la matriz de agrupamiento de obras sociales propuesta. La misma está organizada en 16 grupos que surgen del cruce de dos variables. Cada grupo surge de la conformación de cuatro grupos de instituciones en función de su cantidad de afiliados (cobertura) y del mismo número de divisiones en términos del ingreso promedio por afiliado.

- Dimensión 1 - Cobertura: “La variable está asociada con el número de beneficiarios, los grupos son: (a) aquél constituido por las Obras Sociales “minúsculas”, aquellas que no superan los 1.000 beneficiarios, (b) el conformado por Obras Sociales denominadas “pequeñas”, de entre 1.001 y 10.000 beneficiarios, (c) las “intermedias”, con 10.001 a 100.000 beneficiarios por Obra Social, y (d) las “grandes”, de más de 100.000 beneficiarios por institución”
- Dimensión 2 - Ingresos: La variable se divide en cuatro niveles de ingreso promedio por afiliados de las obras sociales nacionales, definidos como “bajo”, “medio-bajo”, “medio-alto” y “alto”. El primer nivel se encuentra conformado por todas aquellas obras sociales con remuneración promedio menor o igual al valor mínimo de aportes por afiliado estimado para toda la población destinado a cubrir las prestaciones médico-asistenciales según la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo del SANO<sup>25</sup> equivalente a \$585<sup>26</sup>. El segundo se constituye por las instituciones entre \$585 y \$1170, es decir entre 1 y 2 veces el valor promedio estimado de aportes por afiliado

---

<sup>24</sup> Solo de OSDE se estiman ingresos mensuales correspondientes a las cuotas de adherentes de aproximadamente \$2,5 mil millones.

<sup>25</sup> Este subsidio del FSR garantiza a las entidades beneficiarias del sistema, un valor mínimo de aportes por afiliado, destinado a cubrir las prestaciones médico asistenciales.

<sup>26</sup> En base a la Resolución 758/2019 y a las proyecciones del Censo 2010 (Indec) se estimó un valor promedio en base a la Matriz de Ajuste SANO.

destinado a cubrir las prestaciones médico-asistenciales. en tanto que el tercer y cuarto nivel incluye OSN de entre 2 y 3 y más de 3, respectivamente.

Para desgranar aún más esta interconexión de ineficiencias, nos pareció relevante incluir en la clasificación una comparación entre el ingreso promedio por afiliado y el costo del PMO<sup>27</sup> considerando solo lo que deben financiar las OSN y las Empresas de Medicina Prepaga (EMP). En la Tabla se muestra, en gris, a aquellas categorías de Obras Sociales Nacionales con un aporte promedio por afiliado menor a los \$1.883,81 pesos definidos para dar cobertura al PMO.

Tabla 6: Taxonomía de obras sociales nacionales

		Ingreso promedio por afiliado			
		Bajo	Medio - Bajo	Medio - Alto	Alto
Cobertura	<b>Minúsculas: aquellas que no superan los 1.000</b>	Categoría I 4 OSN 4.330 beneficiarios \$278 dist PMO \$: - 1.556	Categoría II 6 OS 4.412 beneficiarios \$855 dist PMO \$: - \$979	Categoría III 6 OS \$1353 dist PMO \$: - \$480	Categoría IV 14 OS 6.942 beneficiarios \$5457 dist PMO \$: + \$3623
	<b>Pequeñas: entre 1.001 y 10.000</b>	Categoría V 12 OS 83.432 beneficiarios \$361 dist PMO \$: - \$1.473	Categoría VI 46 OS 288.724 beneficiarios \$939 dist PMO \$: - \$895	Categoría VII 22 OS 122.549 beneficiarios \$1426 dist PMO \$: - \$407	Categoría VIII 32 OS 133.555 beneficiarios \$3230 dist PMO \$: + \$1.397
	<b>Intermedias: entre 10.001 y 100.000</b>	Categoría IX 5 OS 192.564 beneficiarios \$338 dist PMO \$: - \$1.496	Categoría X 48 OS 1.815.516 beneficiarios \$932 dist PMO \$: - \$901	Categoría XI 32 OS 1.121.199 beneficiarios \$1476 dist PMO \$: - \$358	Categoría XII 25 OS 955.820 beneficiarios \$2415 dist PMO \$: + \$582
	<b>Grandes: más de 100.000</b>	Categoría XIII 1 OS 948.589 beneficiarios \$445 dist PMO \$: - \$1.388	Categoría XIV 16 OS 5.155.849 beneficiarios \$920 dist PMO \$: - \$914	Categoría XV 13 OS 4.177.630 beneficiarios \$1426 dist PMO \$: - \$407	Categoría XVI 8 OS 1.259.592 beneficiarios \$2705 dist PMO \$: + \$871

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP, periodo fiscal 2019 para ingresos. Para cada grupo, se presenta el número de instituciones participantes (OS), los beneficiarios totales de las categorías, el ingreso promedio per cápita, y la distancia entre el aporte y la contribución -promedio- directo y los \$ del PMO vigente al 2019 según Van der Kooy et al.

Al desagregar la información vemos que tan solo un 27% de las obras sociales (79 OSN) pueden cubrir el costo del PMO para todos sus afiliados. Es importante remarcar que el costo del PMO en julio 2018 era de \$1.105,96<sup>28</sup> sin considerar los gastos de administración. En julio del 2019, el costo sufrió un incremento del 65,8% muy por encima de la inflación (54,4%), del promedio de paritarias y del aumento promedio de recaudación de las OSN. La fuerte devaluación entre julio 2018 y julio 2019, que fue del 61%, tuvo un impacto en el costo de los medicamentos que son en su mayoría importados y cotizan en dólares (ya sea porque el principio activo es importado o porque el medicamento lo es). Además, los precios de los medicamentos de producción local no suelen ser muy competitivos en relación a los precios de los medicamentos importados<sup>29</sup>. De hecho, a pesar

<sup>27</sup> Según Prosanity Consulting e ISALUD (estudio de Van der Kooy et al, 2019), la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura del PMO en julio 2019 era de \$1833,81 sin costos de administración. Para estimar el costo del PMO en 2019 se utilizaron valores promedio de referencia y en algunos casos el precio de venta al público (precios de referencia de vademecums / Kairos) de los medicamentos.

<sup>28</sup> Según Prosanity Consulting e ISALUD, estudio de Van der Kooy et al. (2019)

<sup>29</sup> Por ejemplo al comparar el precio del medicamento oncológico Mabthera (Roche) con el de su biosimilar de producción local Novex (Elea) en base al Precio de Venta al Público (fuente Kairos) observamos una reducción de tan solo el 6% del precio de la versión local en el formato 500mg /50ml F.Amp. x 1.

de la fuerte competencia que presenta la industria, los precios, fijados libremente por los laboratorios, son altos para el consumidor argentino.<sup>30</sup> Del valor total del PMO, los medicamentos representan como mínimo el 36%, siendo los medicamentos especiales (alto costo) y en su mayoría importados los de mayor incremento.

Otro punto a tener en cuenta es que dadas las características de nuestro mercado de salud, no todos los prestadores incurren el mismo costo para garantizar el PMO. En general los grandes jugadores del mercado de la salud, aquellos que tienen un alto presupuesto, suelen negociar descuentos importantes con los distintos laboratorios, abaratando sus costos. Inclusive algunas obras sociales se agrupan para negociar formando pooles de compra (compra conjunta). Estos acuerdos suelen ser confidenciales y se estima que los montos también difieren entre las distintas obras sociales. El descuento va a depender de la capacidad de negociación de cada obra social. Esto suele estar vinculado a su tamaño, sus ingresos y la demanda esperada.

En el siguiente cuadro, con el objetivo de entender cuán efectiva es la redistribución de ingresos que generan los distintos mecanismos del FSR, le hemos sumado a la recaudación por aportes y contribuciones las transferencias provenientes del FSR, ya sea mediante subsidios (SANO, SUMA, SUMARTE, SUMA70<sup>31</sup>) o a través de reintegros (SUR e Integración).

Tabla 7: Taxonomía de obras sociales nacionales con impacto redistributivo FSR

		Ingreso promedio por afiliado			
		Bajo	Medio - Bajo	Medio - Alto	Alto
Cobertura	<b>Minúsculas: aquellas que no superan los 1.000</b>	Categoría I 3 OSN 3.755 beneficiarios \$ 194 dist PMO \$: - 1639	Categoría II 0 OS beneficiarios \$ dist PMO \$:	Categoría III 7 OS 4.300 beneficiarios \$ 1435 dist PMO \$: -398	Categoría IV 20 OS 10.403 beneficiarios \$ 4672 dist PMO \$: +2838
	<b>Pequeñas: entre 1.001 y 10.000</b>	Categoría V 3 OS 31.052 beneficiarios \$ 280 dist PMO \$: -1.554	Categoría VI 13 OS 107.814 beneficiarios \$ 922 dist PMO \$: -912	Categoría VII 39 OS 227.089 beneficiarios \$ 1490 dist PMO \$: -344	Categoría VIII 57 OS 262.305 beneficiarios \$ 2959 dist PMO \$: +1125
	<b>Intermedias: entre 10.001 y 100.000</b>	Categoría IX 2 OS 67.539 beneficiarios \$ 450 dist PMO \$: -1.384	Categoría X 14 OS 638.207 beneficiarios \$ 1017 dist PMO \$: -817	Categoría XI 40 OS 1.415.501 beneficiarios \$ 1420 dist PMO \$: -413	Categoría XII 54 OS 1.963.852 beneficiarios \$ 2398 dist PMO \$: +564
	<b>Grandes: más de 100.000</b>	Categoría XIII 0 OS beneficiarios \$ dist PMO \$:	Categoría XIV 3 OS 1.293.189 beneficiarios \$ 931 dist PMO \$: -903	Categoría XV 22 OS 8.247.814 beneficiarios \$ 1446 dist PMO \$: -388	Categoría XVI 13 OS 2.000.657 beneficiarios \$ 2660 dist PMO \$: +826

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP, periodo fiscal 2019 para ingresos y promedio enero a junio 2019 en el caso de subsidio. Para cada grupo, se presenta el número de instituciones participantes (OS), los beneficiarios totales de las categorías, el ingreso promedio per cápita, y la distancia entre el aporte y la contribución -promedio- directo y los \$ del PMO vigente al 2019 según Van der Kooy et al.

Al sumar los ingresos que provienen del FSR, la composición de la taxonomía en términos de ingreso promedio por OSN mejora. En líneas generales, las obras sociales se desplazan un casillero hacia la derecha. Los ingresos del 50% de las OSN permiten garantizar la cobertura del PMO. No obstante, solo el 26% de la población cubierta tiene

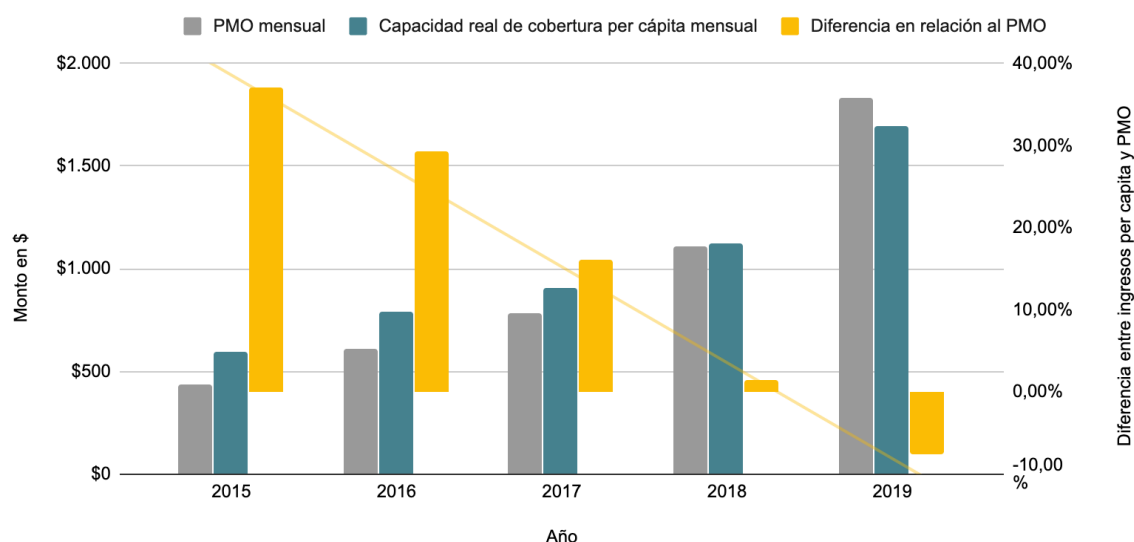
<sup>30</sup>Para más información ver el informe de ICEX sobre el mercado farmacéutico en Argentina.

<sup>31</sup> Se considera solo el SUMA70 ya que la implementación del SUMA65 empezó a aplicarse en mayo 2019.

garantizado el costo teórico del PMO, ya que ese 50% comprende a solo el 26% de la población. Por ende, podemos concluir que la provisión de prestaciones médicas es muy inequitativa. Se evidencia una gran desigualdad entre las distintas obras sociales; por un lado están aquellas que tienen los recursos para garantizar el PMO a todos sus afiliados y por otro las que no. El gran problema es que la cobertura teórica del PMO del 74% de la población (100% - 26%) no está garantizada.

Al analizar la solvencia del sistema en su totalidad en el lustro 2015-2019 observamos que año a año la capacidad de cobertura del PMO fue decreciendo. En consecuencia, en 2019 los ingresos del sistema en su totalidad, incluyendo lo destinado al FSR, no permiten cubrir el 100% del PMO para toda la población. El impacto de la devaluación en el costo de medicamentos no se vio acompañado por un aumento de ingresos. Si bien, en los años anteriores, había una distribución desigual de los ingresos, el sistema en su globalidad era financieramente solvente en relación al PMO. El año 2019 fue el punto de quiebre del sistema, debido a que el encarecimiento de los medicamentos, insumos y procedimientos médicos no fue acompañado por un aumento de los ingresos totales del sistema (Gráfico 8).

**Gráfico 8: Ingresos per cápita mensuales de la seguridad social en el quinquenio 2015 - 2019 en comparación al precio del PMO mensual.**



Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP, CADIME y análisis de PMO de Van der Kooy et al.

El fracaso del sistema se puede atribuir a la falta de mecanismos de compra conjunta o a la multiplicación de costos de administración. Si nos enfocamos en la capacidad de compra de las OSN, creemos que hay una oportunidad de mejora de precios por medio de la compra centralizada. Un ejemplo interesante de ello es la estrategia que implementó el gobierno nacional entre 2018 y 2019. Por medio de compras conjuntas de medicamentos entre varios organismos se lograron reducciones sustanciales en los precios de medicamentos. En el caso de medicamentos oncológicos, con la compra centralizada que realizó el Ministerio de Salud junto a PAMI, Incluir Salud, IOSFA y OBSBA, se consiguió un ahorro del 56% del precio de referencia, es decir un ahorro de \$1.328 millones de pesos anuales. En el caso de medicamentos para el tratamiento de la Hemofilia, en la compra conjunta participaron PAMI, el IOMA, el Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud, y se logró un ahorro del 70% del precio de referencia, es decir \$1.500 millones de pesos anuales. Es importante destacar que el PAMI

es el principal comprador de medicamentos del país, con un 40% del mercado. Un avance de reforma debería ser hacia la consolidación de compras conjuntas de todas las OSN. Por ello es importante determinar qué tan sensible es el porcentaje de cobertura con respecto al valor del PMO. A continuación se muestran los resultados obtenidos al modificar las variables.

*Tabla 8: Análisis de sensibilidad - impacto de una variación en el valor del PMO en el % de población que tiene garantizado el costo teórico del PMO en relación a la capacidad de cada obra social y en relación a la capacidad del subsistema de OSN en su totalidad.*

	Variación	Población cubierta
Valor del PMO	30%	26%
	25%	26%
	20%	26%
	10%	26%
	0%	26%
	-10%	26%
	-20%	35%
	-25%	87%
-30%	87%	

2019	Ingresos mensuales promedio [en millones de pesos]	Monto mensual por beneficiario	% descuento para cubrir PMO de toda la población
PMO		\$1.833,8	
Recaudación total promedio mensual (85% OSN + 15% FSR)	\$27.603	\$1.696,2	-7,50%
Recaudación promedio mensual 85% + subsidios promedio FSR	\$27.368	\$1.682,0	-8,28%

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se puede observar en la tabla 8, logrando una reducción del 25% del precio del PMO se podría llegar a cubrir el del 87% de la población. Por otra parte, observamos que un aumento de hasta el 30% del precio del PMO no afecta el nivel de cobertura actual.

En la sección anterior hemos construido una serie de indicadores para ayudarnos a entender mejor la solvencia financiera en términos de tamaño e ingresos de nuestro universo de estudio. En términos generales los ingresos totales, es decir incluyendo los subsidios y reintegros del FSR, no son suficientes para cubrir el PMO de toda la población. Empero con lograr un descuento del 7,5% del valor del PMO, se lograr cubrir con los ingresos totales del subsistema de OSN (tabla 8), el coste de todos los beneficiarios. Ahora bien, para lograr que un 87% de la población tenga cobertura garantizada por parte de su obra social es necesario que se reduzca un 25% el valor del PMO. Una vez más, este análisis da cuenta de la ineficiencia en la distribución de ingresos entre las obras sociales. Es importante mencionar que otro factor que encarece el sistema actual, es la alta judicialización por parte de los beneficiarios para lograr la cobertura de ciertos tratamientos por parte de las obras sociales. En la mayoría de los casos la justicia determina que la obra social debe cubrir tratamientos sin ningún tipo de análisis costo-efectividad o de intervención de una agencia de evaluaciones tecnológicas. Una forma de reducir esto sería con la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET), organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud que contenga la creciente

judicialización de casos ante negativa (o demora) de cobertura por parte de obras sociales, prepagas y del sistema público de salud.

### 3.2. Análisis de eficiencia

En esta sección trataremos de brindar una aproximación a la estructura de eficiencia de las obras sociales. En pos de abordar este objetivo, estudiaremos en primer lugar, la tasa de sustentabilidad de cada grupo de obras sociales nacionales (medido como el número de beneficiarios por titular). En segundo lugar, el porcentaje del gasto administrativo sobre el total de egresos. Por último, haremos un análisis comparativo de la solvencia de las OSN organizadas en las 16 categorías en base a los balances y estados de resultados de las obras sociales para los años 2017 y 2018.

#### 3.2.1. Tasa de sustentabilidad

En base al trabajo de Maceira y Cicconi (2004), en la tabla 9 se muestra un índice de sustentabilidad para cada una de las categorías de la taxonomía, calculado a partir de la relación entre beneficiarios (grupo familiar) y titulares (aportante). Para cada una de las categorías se presentan valores promedio, máximo y mínimo, de modo de dar cuenta de la existencia de dispersiones al interior de cada una de las categorías. Como bien muestra la tabla 9, existen grandes dispersiones no solo entre categorías, sino que también al interior de las mismas. El índice promedio del subsistema es relativamente bajo, de 1,75 beneficiarios por titular. El mínimo del subsistema se encuentra en la Categoría IV - Obras sociales minúsculas y ricas con 1, y el máximo en la categoría IX - Obras sociales ricas y pequeñas con 1,92 beneficiarios por titular. Se verifica que dentro de las instituciones de un mismo tamaño las más pobres en general muestran una tasa menor de sustentabilidad. Asimismo, a mayor nivel de ingresos per cápita, mayor es la dispersión entre tasas de sustentabilidad mínima y máxima. A diferencia de lo esperado, los resultados no fueron lo suficientemente consistentes como para concluir de forma más categórica.

Tabla 9: Tasa de sustentabilidad promedio y dispersión por categoría de obras sociales<sup>32</sup>

**Taxonomía en base a recursos totales ( OSN + FSR)**

Categoría	Tamaño	Ingreso	Sustentabilidad (beneficiario/titular)		
			MIN	PROM	MAX
I	Minúsculas: aquellas que no superan los 1.000	Bajo	1,10	1,33	1,55
II		Medio - Bajo			
III		Medio - Alto	1,10	1,34	1,74
IV	Pequeñas: entre 1.001 y 10.000	Alto	1,00	1,58	2,28
IX		Bajo	1,35	1,58	1,72
V		Medio - Bajo	1,01	1,65	2,34
VI	Intermedias: entre 10.001 y 100.000	Medio - Alto	1,04	1,77	2,70
VII		Alto	1,17	1,84	3,21
VIII		Bajo	2,17	2,18	2,19
X	Grandes: más de 100.000	Medio - Bajo	1,11	1,85	2,72
XI		Medio - Alto	1,08	1,86	2,73
XII		Alto	1,05	1,71	2,65
XIII		Bajo			
XIV		Medio - Bajo	1,08	1,49	2,16
XV		Medio - Alto	1,35	1,78	2,51
XVI		Alto	1,01	1,57	2,08

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP y SSS tomando como modelo Maceira y Cicconi (2004)

<sup>32</sup> No contamos con el dato de la obra social RNOS 30230 - MINERA AGUILAR

### 3.2.2. Gastos administrativos

Al no contar con información contable de todas las OSN para los años 2017 y 2018, tomaremos dos muestras de obras sociales en base a la taxonomía para comparar los gastos administrativos correspondientes a dichos años.

Nos parece interesante comparar el gasto administrativo per cápita de las principales obras sociales en términos de ingresos y tamaño. Según la normativa, las obras sociales pueden destinar como máximo un 8% de sus egresos en este concepto. Sin embargo esto no se respeta, en especial en las obras sociales pequeñas. Esto da cuenta de la ineficiencia que surge de tener una atomización de obras sociales tan dispersa y desigual. En líneas generales, según la información relevada en las tablas 10 y 11, podemos inferir que las obras sociales grandes en promedio destinan el porcentaje más bajo. Asimismo, la mayor dispersión se presenta en las obras sociales con ingresos medios y altos, a pesar de que seguramente en muchos casos se haga un uso ineficiente. Esta variabilidad entre las obras sociales dentro de cada categoría nos lleva a pensar que hay potencial para mejorar la forma en la cual se administran los recursos. Nuestro desafío está en encontrar mecanismos que fomenten el uso eficiente.

*Tabla 10: Gastos Administrativos sobre egresos para año 2017 en base a una muestra de OSN*

**Base 2017**

Categoría	Tamaño	Ingreso	Gastos administrativos		
			MIN	PROM	MAX
I	Minúsculas: aquellas que no superan los 1.000	Bajo	8%	8%	8%
II		Medio - Bajo			
III		Medio - Alto	3%	7%	13%
IV		Alto	2%	12%	22%
V	Pequeñas: entre 1.001 y 10.000	Bajo			
VI		Medio - Bajo	3%	11%	31%
VII		Medio - Alto	2%	13%	43%
VIII		Alto	2%	10%	38%
IX	Intermedias: entre 10.001 y 100.000	Bajo	4%	5%	6%
X		Medio - Bajo	2%	7%	10%
XI		Medio - Alto	3%	8%	29%
XII		Alto	3%	7%	14%
XIII	Grandes: más de 100.000	Bajo			
XIV		Medio - Bajo	3%	5%	7%
XV		Medio - Alto	3%	6%	13%
XVI		Alto	1%	3%	8%

*Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP y SSS tomando como modelo Maceira y Cicconi (2004)*

Tabla 11: Gastos Administrativos sobre egresos para año 2018 en base a una muestra de OSN

Base 2018

Categoría	Tamaño	Ingreso	Gastos administrativos		
			MIN	PROM	MAX
I	Minúsculas: aquellas que no superan los 1.000	Bajo			
II		Medio - Bajo			
III		Medio - Alto	4%	8%	11%
IV		Alto	2%	10%	30%
V	Pequeñas: entre 1.001 y 10.000	Bajo	7%	9%	11%
VI		Medio - Bajo	1%	11%	21%
VII		Medio - Alto	2%	9%	30%
VIII		Alto	1%	7%	22%
IX	Intermedias: entre 10.001 y 100.000	Bajo			
X		Medio - Bajo	5%	8%	13%
XI		Medio - Alto	2%	6%	23%
XII		Alto	1%	6%	20%
XIII	Grandes: más de 100.000	Bajo			
XIV		Medio - Bajo	7%	7%	7%
XV		Medio - Alto	3%	6%	10%
XVI		Alto	2%	4%	7%

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP y SSS tomando como modelo Maceira y Cicconi (2004)

### 3.2.3. Ratio financiero

#### Ratio de solvencia a largo plazo (A/P)

Este ratio mide la seguridad de los acreedores para el cobro de sus deudas, muestra la capacidad global que aportan los activos de la empresa para afrontar la totalidad de sus deudas con terceros independientemente del vencimiento de las mismas. Asimismo, cuanto mayor sea el valor de activo total frente al pasivo, mayor será la capacidad para reembolsar las deudas contraídas por la empresa.

Se ha comprobado que empresas excesivamente solventes suelen ser menos rentables al tener un exceso de patrimonio neto. Este ratio nunca debería ser inferior a 1, reflejo de problemas financieros que se amplifican a medida que nos alejamos de la unidad, ya que se han consumido capitales propios, normalmente debido a la acumulación sucesiva de pérdidas en ejercicios anteriores. Pero tampoco debería estar por encima de 1,5 ya que se estaría recurriendo poco al endeudamiento, desaprovechando oportunidades de expansión y de negocios que se podrían financiar con deuda.

Como bien podemos concluir de la tabla 12, un 30% de las obras sociales (88 OSN) se encuentran en situación crítica con un ratio inferior a 1,4 (7% están en situación de riesgo de insolvencia). Asimismo un 65% de las obras sociales están desaprovechando su capacidad de endeudamiento volviéndose menos rentables.

Tabla 12: Tipo de solvencia en relación a las categorías de la taxonomía

Categoria	Tamaño	Ingreso	Endeudamiento - cantidad de OSN				Total
			Riesgo de insolvencia <1	Delicada 1<x<1,4	Equilibrada 1,4<x<1,5	Activos improductivos >1,5	
I	Minúsculas: aquellas que no superan los 1.000	Bajo		1		1	2
II		Medio - Bajo					0
III		Medio - Alto		2		5	7
IV		Alto	2	1		16	19
V	Pequeñas: entre 1.001 y 10.000	Bajo				3	3
VI		Medio - Bajo	3	1	2	7	13
VII		Medio - Alto	4	3	1	31	39
VIII		Alto	4	9	1	43	57
IX	Intermedias: entre 10.001 y 100.000	Bajo				2	2
X		Medio - Bajo	1	6	1	5	13
XI		Medio - Alto	3	16	1	19	39
XII		Alto	3	17	4	29	53
XIII	Grandes: más de 100.000	Bajo					0
XIV		Medio - Bajo		2		1	3
XV		Medio - Alto	1	9	1	11	22
XVI		Alto				13	13
Total			21	67	11	186	285

Fuente: Elaboración propia en base a información de AFIP y SSS tomando como modelo Maceira y Cicconi (2004)

La gran heterogeneidad entre los distintos fondos de riesgo constituye un desafío desde la perspectiva de la organización de un sistema de seguridad social sustentable y de acceso equitativo. La multiplicidad de obras sociales incrementa no solo los gastos de administración sino que también los gastos asociados a las prestaciones médicas. Esto se debe a que no se aprovecha el poder de negociación, como por ejemplo frente a los laboratorios, los proveedores de insumos médicos, los profesionales de la salud y los prestadores de salud, que puede llegar a tener todo el subsistema si se consolida como un único *pool* de compra. Al mismo tiempo, esta atomización de obras sociales limita un esquema de riesgo compartido, necesario para el funcionamiento de una estructura exitosa de seguros. En un modelo donde aproximadamente 142 instituciones –el 49% del total– cuentan con un número de beneficiarios inferior a 10.000 beneficiarios cada una y donde en promedio tan solo el 26% de las obras sociales está en condiciones de cubrir el costo teórico del PMO de sus beneficiarios, muy difícilmente se pueda lograr un sistema exitoso. (Maceira y Cicconi, 2004).

La atomización en varios fondos de riesgos pequeños conlleva a incentivos administrativos que pueden afectar fuertemente la *performance* del sistema. Según Smith y Witter (2004), pueden surgir cuatro tipos de incentivos distintos:

- i) Los fondos pequeños al percibir que sus gastos caerán por debajo de su presupuesto pueden decidir "gastar de más" para proteger su posición presupuestaria en los próximos años.
- ii) Los grupos de riesgo que perciben que sus gastos exceden su presupuesto pueden verse en crisis, lo que puede llevar a un racionamiento no planificado grave, ya que buscan ajustarse al presupuesto.
- iii) Las grandes diferencias en los presupuestos de los distintos fondos de riesgo se suelen acompañar por un acceso inequitativo del servicio de salud. Los fondos en una situación

financiera más complicada proveerán un servicio de menor calidad e intentarán dificultar el acceso de sus beneficiarios a tratamientos costosos.

iv) Los grupos de riesgo pueden adoptar una variedad de estrategias defensivas, como descreme o asegurarse con un tercero.

A modo de conclusión, en esta sección hemos elaborado un análisis del grado de concentración de las obras sociales (recursos y afiliados), el ingreso promedio por afiliado, los subsidios otorgados y dos indicadores financieros (tasa de sustentabilidad, gastos administrativos en relación a egresos y solvencia). En base a esto, hemos demostrado las ineficiencias existentes en el sistema de obras sociales nacionales. El próximo desafío que se nos presenta es diseñar una propuesta de mejora al modelo actual basándonos en la teoría de Smith y Witter (2004).

## 4. Análisis comparado de modelos de distribución del riesgo: hacia un modelo integrado

Uno de los principales desafíos que tiene la Argentina en su búsqueda por lograr una cobertura universal de salud está asociado al financiamiento de la salud, en particular el reto está en mejorar la configuración de los distintos *pools* de riesgo. ¿Qué camino de reforma debería priorizarse al diseñar una reforma del sistema de salud? ¿Los *policy makers* deberían inclinarse por la consolidación del sistema fragmentado con múltiples grupos de riesgo o por la creación de un único pool de riesgo nacional? ¿Debería el país intentar fusionar algunos de los esquemas de seguro de salud existentes o mantenerlos separados?

En esta sección trataremos de responder o al menos delinear las posibles respuestas. Para ello abordaremos un análisis sobre las reformas posibles en relación a la consolidación del *pool* de riesgo aprovechando la experiencia de dos países que hicieron frente a desafíos similares. El foco estará puesto en Colombia y Alemania, dos países que en el camino de la reforma optaron por estrategias que buscaran consolidar el sistema manteniendo la fragmentación inicial, en otras palabras, buscaron una solución a partir de la integración del *risk pool*. Estos dos casos son muy relevantes dadas las similitudes con la Argentina. Por un lado, el caso colombiano, un país latinoamericano de ingresos medios y con una población de 47 millones de habitantes. Por otro, el caso alemán que si bien es un país desarrollado y mucho más grande en términos de población (83 millones de habitantes), la estructura de su sistema presenta características históricas muy similares al caso argentino (país federal, descentralizado con un sistema de seguridad social con más de 100 fondos de salud - en los noventa eran más de mil - y aporte de tipo contributivo asociado a la situación laboral). Cada uno de estos países introdujo un enfoque único en el diseño e implementación de la reforma en la distribución del riesgo en pos de lograr una cobertura universal de salud.

Al encarar una reforma del sistema de salud, es importante considerar las implicancias políticas que puede llegar a tener. Una reforma de la política de salud implica un cambio en la configuración del Estado de Bienestar entendido como un conjunto de instituciones políticas que otorgan derechos sociales para proteger a la ciudadanía contra riesgos sociales como vejez, enfermedad, desempleo y pobreza. Como bien explica Paul Pierson, ésta no es una tarea fácil puesto que los programas sociales presentan un apoyo político de gran índole. Los intereses en juego se convierten en la principal barrera a la hora de reformar. El gobierno debe tener en cuenta que se trata de un proceso político y la única forma de llevarlo a cabo es lograr consensos u otorgar concesiones suficientes para hacer frente a los opositores naturales de la medida y a otras limitaciones que puedan surgir.

Paul Pierson (1996) explica que las fuentes de fuerza política de los Estados de Bienestar son diversas, pero se pueden clasificar en dos grandes tipos: incentivos electorales y "stickiness" institucional.

- Incentivos Electorales

En las democracias, el rol de los votantes es central. Para mantenerse en el poder y llevar a cabo sus políticas, en particular reformas duraderas, los gobiernos necesitan del apoyo electoral. Los Estados de Bienestar suelen tener un gran apoyo público en especial por la expansión de los sistemas de protección social. Como comprobó Peter Flora (Pierson, 2002), las "*core constituencies*" del Estado de Bienestar son de gran tamaño y muy representativas ya que hoy en día, en muchos países, casi la mitad del electorado recibe transferencias o salarios del Estado de Bienestar. Además, muchos votantes que hoy no reciben ningún tipo de ingreso por parte del Estado de Bienestar, esperan algún día

recibirlo. Pierson demuestra que el apoyo al Estado de Bienestar ha sido amplio e intenso en los países centrales. Dicha intensidad se debe a dos factores.

Por un lado, las "core constituencies" del Estado de Bienestar tienen un beneficio concentrado en mantener el sistema de protección social, en cambio los beneficios para los que proponen reformarlo son difusos e inciertos. Como supone el autor siguiendo la teoría de la elección racional, las personas priorizan los beneficios concentrados sobre los difusos, lograr apoyo a reformas del Estado de Bienestar que prometen beneficios difusos es más complejo que defender los beneficios concentrados del *status quo*. Por otro lado, aquellos que apoyan el Estado de Bienestar tienen incentivos para pelear por mantener los beneficios existentes. El autor explica que esto se debe al "sesgo negativo", los individuos reaccionan con mayor intensidad al tratarse de pérdidas potenciales que en el caso de ganancias potenciales. Los votantes, al percibir la reducción como una pérdida potencial, suelen castigar fuertemente a los políticos que llevaron a cabo dichas reformas. Como las constituencies del Estado de Bienestar, y en particular del sistema de seguridad social, son amplias, los políticos reformistas deberán prever una potencial oposición a sus medidas por parte de los beneficiarios del programa, al igual que de los votantes.

- "Stickiness" Institucional

Con la expresión "*stickiness*" institucional, Pierson se refiere a los arreglos políticos existentes que refuerzan los obstáculos electorales a las reformas radicales. Por un lado, la existencia de "*veto points*" puede dificultar los cambios bruscos de política, favoreciendo en su lugar cambios de tipo incremental (Tsebelis, 1995, Bonoli, 2001). Por otro lado, los procesos de tipo trayectorias dependiente ("*path dependence*") son difíciles de revertir puesto que se trata de estructuras institucionales que se refuerzan a sí mismas. En el momento que se inicia el sendero, es decir la elección de política, el gobierno tiene libertad, existe contingencia, pero una vez iniciado hay determinismo, se vuelve difícil volver atrás. Al crear una política pública se inicia el proceso de retroalimentación positiva por medio del cual las instituciones generan intereses y redes que complejizan la vuelta atrás (Thelen, 1999). Los arreglos sociales, que afectan el diseño organizacional, institucional o político, fomentan la creación de redes sociales y económicas dificultando la posibilidad de salida al mismo tiempo que logran retroalimentarse con el tiempo. A mayor grado de institucionalización de las políticas, menor capacidad de realizar cambios radicales. Es por ello que el cambio en políticas institucionalizadas suele ser de tipo incremental.

Según Guillermo Alonso<sup>33</sup> (2000), esta mayor permeabilidad de las políticas de seguridad social a las presiones y resistencias de los actores sociales es reforzada por la "rigidez" característica de las instituciones del Estado de Bienestar que "crean derechos garantizados e incorporados como derechos adquiridos en la conciencia de la población", lo que alienta el rechazo de la sociedad frente a la amenaza del cambio. Las obras sociales nacionales tienen un alto grado de institucionalización sumado a que, en su gran mayoría, dependen de los sindicatos. Tomando en cuenta el trabajo de Pierson sobre la resiliencia del Estado de Bienestar, observamos que modificar el sistema de salud es una tarea compleja. Se requiere del apoyo político de los *constituencies* y de los sindicatos. Para ello es necesario que la población perciba a la reforma como una expansión del sistema de protección social o bien en respuesta a una situación externa de gran temor social, cambio de *statu quo* y solución a la misma. De esta forma, los *policy makers* tendrán un gran apoyo electoral además de fuertes incentivos electorales.

Como bien hemos mencionado, una posible manera de instrumentar una reforma en los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud es en relación a los distintos

---

<sup>33</sup> En Alonso, G. (2000). *Política y Seguridad Social en la Argentina de los &#39;90*. Buenos Aires: Miño y Davila Editores.

modelos de distribución del riesgo. Al diseñarla, es sumamente importante entender qué modelo de distribución del riesgo es más conveniente dadas las características estructurales del sistema vigente. Como bien sabemos, podemos encontrar ventajas y desventajas en contar con una menor cantidad de fondos de riesgo de tipo centralizado en lugar de tener fondos de riesgos atomizados. La existencia de un único grupo de riesgo nacional tiene ventajas en términos de eficiencia y equidad: los costos administrativos se reducen y es posible una mejor distribución del riesgo entre poblaciones heterogéneas. Empero, la implementación de este tipo de fondos suele ser muy compleja, por razones administrativas ya que suelen surgir inconvenientes técnicos en relación al control y auditoría del gasto, así como por razones políticas. En la tabla 13 incluimos las recomendaciones elaboradas por el Development Institute (2011) a la hora de encarar una reforma que busque consolidar o fusionar el sistema de riesgo fragmentado.

*Tabla 13: Ventajas y desventajas de una reforma que busque consolidar o fusionar los pools de riesgos existentes*

<b>Ventajas y desventajas de instrumentar una reforma que busque consolidar o fusionar los distintos pool de riesgos existentes</b>	
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduce los costos administrativos</li> <li>- Posible optimización de la red de proveedores</li> <li>- Reducción del gasto en salud gracias al poder de monopsonio</li> <li>- Selección adversa mínima</li> <li>- Solidaridad por medio de un acceso común al sistema de salud</li> </ul>
<b>Desventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticamente y técnicamente es muy complejo y lleva mucho tiempo la centralización administrativa, de beneficios y de los métodos de pago a proveedores.</li> <li>- Peligro por fallas del sistema en caso de que "all eggs are in one basket"</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia en base al Development Institute (2011)*

Como bien hemos demostrado en las secciones anteriores, los distintos pools de riesgos que operan dentro del sistema de salud argentino lo hacen con lógicas muy dispares. La búsqueda por integrar o consolidar estos distintos subsistemas puede ser muy desafiante. En particular, el sistema de riesgo actual de las obras sociales nacionales se caracteriza por ser muy fragmentado a pesar de presentar ciertos mecanismos (subsídios y reintegros del FSR) que permiten tender hacia la integración. Un posible plan de reforma podría ser la consolidación de un único fondo de riesgo a nivel nacional que unifique el sistema público con la seguridad social. De esta forma, el *pool* de riesgo nacional sería lo suficientemente grande como para diluir el riesgo y podría tener mejor cobertura a nivel local. A modo ilustrativo, se podría pensar en replicar un modelo como el del INSSJyP (más conocido por su programa "PAMI") pero que incluya a toda la población sin importar sus aportes ni su rango etario. Desde una mirada política, ¿cuán factible es centralizar la cobertura de salud pública que hoy funciona a nivel jurisdiccional? En nuestra opinión, esta opción no es viable. Antes de avanzar en entender nuestra propuesta, creemos que la experiencia internacional nos puede servir como puntapié inicial. En otros países, ¿cuáles fueron los impulsores de la reestructuración del modelo de riesgo? ¿Estos países optaron por combinar e integrar los distintos fondos o los mantuvieron separados? ¿Cuáles fueron los *trade-offs* financieros y políticos claves en la transición? ¿Cuáles fueron las *lecciones aprendidas en el proceso*?

Tomaremos como referencia el estudio “*Should India Create a Single National Risk Pool? Some Lessons from Thailand, Mexico, and Colombia Results for Development Institute*” de abril del 2011<sup>34</sup> que presenta cuatro recomendaciones muy interesantes:

1. Muchos países han logrado altos niveles de cobertura en términos de acceso y de provisión de servicios sin la necesidad de crear un *pool* de riesgo unitario a nivel nacional. Muchos países en vías de desarrollo han intentado construir nuevos modelos de riesgos partiendo de su legado de políticas públicas a partir del rediseño y la integración de los *pooles* de riesgo de los subsistemas existentes al mismo tiempo que de la ampliación de la base de cobertura (por ej. Colombia). Asimismo, países desarrollados y federales como Alemania, han intentado mejorar la heterogeneidad en la composición de sus distintos fondos al consolidar los ingresos del sistema de seguridad social y del sistema público en único fondo redistributivo, pero manteniendo la atomización de los fondos de riesgo. De esta forma, se integra el riesgo del sistema en un solo fondo diluyendo los riesgos, pero se evita el conflicto político de fusionar obras sociales.
2. La integración gradual de los distintos modelos de riesgo suele hacer más viable a una reforma. Los países que han logrado fusionar, de forma exitosa, sus distintos fondos lo han hecho de forma gradual, tomando en cuenta las necesidades (y los temores) de las partes interesadas y despolitizando de forma efectiva un tema potencialmente explosivo. La clave se encuentra en evitar que las “*core constituencies*” perciban la reforma como una forma de quitarles derechos adquiridos.
3. La implementación de subsidios cruzados entre grupos de riesgos dispares puede ser una solución efectiva cuando la consolidación de fondos existentes no es factible. Si bien administrativamente es más complejo, la creación de un fondo que transfiera recursos entre los distintos *pooles* de riesgo en base a un mecanismo ajustado por riesgo (Colombia y Alemania), puede ser más fácil, desde el punto de vista político, que combinar todos los fondos en uno para todo un país.
4. En los países federales, es de suma importancia conseguir un fuerte apoyo de los gobiernos subnacionales a la hora de instaurar nuevos *pooles* de riesgos que expanden la cobertura o al fusionar esquemas existentes. Sin el apoyo de los gobernadores y de los intendentes, la creación de un fondo de riesgo unificado y la implementación de un sistema para compartir los costos entre los distintos niveles de gobierno puede fracasar.

La existencia de transferencias entre sectores es esencial ya que sin estos subsidios cruzados, el sector público cuenta con menos recursos y termina recibiendo a los pacientes más “costosos”. Si los ricos pueden “optar por no contribuir” al seguro de salud público y contratar un seguro privado en su lugar, la viabilidad financiera (y el apoyo político) del *pool* de riesgo público puede verse amenazada. Cuando el sector público solo puede proporcionar un paquete de atención limitado, como en el caso argentino, una solución más estable es insistir en que todos los ciudadanos contribuyan al grupo de riesgo público. La elección dependerá en cierta medida de los propósitos del esquema de agrupación de riesgos (Smith & Witter, 2004).

#### **4.1. El Sistema de Salud en Alemania<sup>35</sup>**

En perspectiva comparada, el sistema de salud alemán tiene una canasta de beneficios amplia, con uno de los niveles más altos en relación a su capacidad, así como

---

<sup>34</sup> Para más información ver <https://www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D-PHFI-Risk-Pooling-Technical-Note-11-April-2011-final.pdf>

<sup>35</sup> Busse, R y Blumel, M (2014)

niveles relativamente bajos de gastos de bolsillo. El gasto per cápita es relativamente alto, pero el crecimiento del gasto desde principios de la década de 2000 ha sido leve a pesar del creciente número de servicios prestados tanto en la atención hospitalaria como ambulatoria, demostrando una mejora en la eficiencia.

En el sistema político alemán la toma de decisión es descentralizada, se reparte entre los *Länder*, el gobierno federal y organizaciones legitimadas de la sociedad civil. Esta misma lógica se replica en el sistema de salud. Este se organiza en base a la separación de poderes entre nacional, *Länder* (estado/provincias) y el componente corporativista. La estructura nacional se ocupa de delinear las políticas públicas, de auditar el sistema y de administrar el fondo central de redistribución (Gesundheitsfonds) y el esquema de riesgo ajustado. Los *Länder* se ocupan de asegurar la provisión de salud pública; en muchos casos esta función se delega al gobierno local<sup>36</sup>, junto con la inversión en infraestructura y el monitoreo de la calidad de los servicios de los profesionales de salud. Por último, el nivel corporativista se divide entre los proveedores de salud (asociaciones de médicos y dentistas a nivel regional y federal) y los financiadores (todos los GKV y la asociación federal de GKV).

En Alemania, el sistema de salud ofrece cobertura universal a toda la población. El sistema está organizado en base a un mecanismo de aporte obligatorio a distintos fondos de salud, llamados Seguros de Salud Impuestos Legalmente (en alemán *Gesetzliche Krankenversicherung* – GKV por sus siglas en alemán) similares a las obras sociales, las contribuciones están relacionadas al nivel de salario y el gobierno subsidia las contribuciones de aquellos que no pueden pagarlo (desempleados o grupos vulnerables). (Busse, Reinhard & Blümel, Miriam, 2014) La cobertura de salud puede ser provista por los Seguros de Salud Obligatorios (GKV) - alrededor del 90% de la población - o por los Seguros de Salud Privados (en alemán *Private Krankenversicherungen* – PKV por sus siglas en alemán). Todos los trabajadores están obligados a pertenecer a un GKV a menos que sus ingresos brutos superen el tope definido. En caso de superarlo, tienen que aportar al PKV al igual que los autónomos y los empleados públicos. Es importante remarcar que la movilidad entre sistemas está limitada, si se opta por el sistema privado el retorno al GKV es muy restringido. Solo se puede realizar si el cambio tuvo lugar en los últimos 5 años, los ingresos son menores al umbral y el individuo es menor de 55 años. La gran diferencia entre ambos sistemas es que uno es solidario (GKV) y el otro no.

### **El sistema solidario GKV**

Alemania es considerado el primer país en haber introducido un sistema nacional de seguridad social. En 1883, bajo el mandato de Otto von Bismarck, se instaura la obligatoriedad de tener un seguro de salud. Este sistema, conocido como modelo bismarckiano, se basa en que los ciudadanos gozan de atención sanitaria a través de organizaciones privadas y, para ello, tanto empresarios como trabajadores pagan cuotas que van directamente a las empresas que gestionan los servicios médicos.

El esquema GKV se financia con los aportes y contribuciones de los trabajadores y sus empleadores (14,6% de los ingresos, dividido en partes iguales), y con subsidio complementario del gobierno federal. En la actualidad existen alrededor de 130 GKV. En un primer momento la afiliación a estos fondos se daba en base a la rama de actividad o ubicación geográfica. La historia del modelo alemán en relación al esquema de salud presenta grandes similitudes con el argentino.

---

<sup>36</sup> Un ejemplo es en relación a la administración de hospitales públicos que suele ser a nivel local como en la Argentina.

La sanción del *Heath Care Act* en 1993 tuvo como principal fin lograr cambios estructurales a largo plazo, entre ellos podemos destacar la búsqueda de incentivos para mejorar la eficiencia entre los distintos sectores de salud. Una de las medidas fue la implementación, a partir de 1995, de la libre elección de GKV que buscaba fortalecer la competencia entre fondos. El resultado fue positivo, de 1.123 fondos en 1992 pasaron a ser 130 en 2019. Esta decisión fue acompañada por otras dos normativas, por un lado la obligación de aceptar a todos los ciudadanos al fondo para evitar los problemas de selección adversa y la creación de un esquema de compensación ajustado por riesgo como una forma de mitigar las diferencias ("Risikostrukturausgleich", RSA). La redistribución de ingresos se basaba en el género, la edad, subsidios otorgados al beneficiario y participación en el programa de Manejo de Enfermedades. En caso de tener afiliados con ingresos bajos, se les otorgaba a los fondos un subsidio por cada miembro de forma anticipada. En caso de gastar menos del promedio, el fondo se quedaba con la diferencia. El objetivo era mejorar los incentivos económicos para una buena gestión fiscal. (Henke, K.-D., Ade, C., & Murray, M. A, 1994)

En el año 2009, se llevó a cabo una reforma ambiciosa al crearse el Fondo Central de Redistribución (Gesundheitsfonds, ex RSA, FCR). Su financiamiento proviene de los aportes y contribuciones (14,6% de los ingresos brutos) de la seguridad social y de los subsidios que otorga el Estado Federal. En realidad, los fondos se recaudan por medio de los GKV que luego transfieren la totalidad al FCR. Los recursos son luego transferidos a cada GKV en base a un esquema de ajuste de riesgo basado en morbilidad (Morbi- RSA). En caso de que los costos sean mayores a la transferencia de ingresos, los GKV pueden cobrarles una prima adicional a sus afiliados. Ahora bien, dada la libre elección, los GKV van a intentar evitar cobrarles esta prima a sus afiliados. La lógica detrás de este mecanismo es imponerles presiones ex ante a los administradores en relación a la eficiencia de los GKV. Para evitar perder afiliados, los administradores deben mejorar la estructura de costos.

### **La importancia del esquema Morbi-RSA**

Antes de la reforma del 2009, la redistribución de ingresos se realizaba de forma retroactiva en base a los ingresos de los asegurados y según factores sociodemográficos. Al no tomar en consideración el riesgo de los afiliados, era ineficiente en prevenir el descreme y creaba incentivos para ofrecer una cobertura médica de mala calidad y limitada en relación a enfermedades crónicas. La introducción de un ajustador de riesgo basado en morbilidad tuvo como fin mejorar la distribución de recursos.

La redistribución de recursos parte de la siguiente premisa: todos los GKV reciben una tarifa plana por asegurado, a esto se le suman adicionales o descuentos según las características de los miembros que componen el GKV. A la hora de definir el monto se toma en consideración la edad, género, pensiones por invalidez, seguro por enfermedad y un cálculo de morbilidad en base a un listado con 80 enfermedades (enfermedades crónicas que suelen ser costo-intensas y complejas). Este cálculo se realiza de forma prospectiva y no en base a los gastos de años anteriores.

### **El sistema privado - PKV**

El sistema PKV está compuesto con dos lógicas distintas. Por un lado, su objetivo es cubrir una parte de la población que no tiene cobertura del GKV (empleados públicos, autónomos y trabajadores con un sueldo alto) y por otro, ofrecer cobertura complementaria a los beneficiarios del GKV, por ejemplo, para tener una cartilla de prestadores más amplia

o acceder a mejores *amenities* o instalaciones hospitalarias. En la actualidad hay aproximadamente 42 PKV federales y 30 PKV pequeños que funcionan a nivel regional.

Desde el año 2009, los PKV deben proveer una tarifa básica que incluya los mismos beneficios que el paquete GKV y cuyo costo no sea mayor al nivel más alto de aporte del SHI. Esta regulación del sistema privado se hizo para crear un marco legal para las personas que estaban excluidas del sistema GKV. Las primas de seguro se calculan en base al sexo, edad y las condiciones médicas preexistentes al momento de afiliarse. En el sistema privado, a diferencia del GKV, el grupo familiar debe pagar un adicional (por eso suele ser atractiva para los jóvenes con sueldos altos).

### Los aprendizajes de la reforma

1. Alemania demostró que es políticamente viable en un país federal la integración de un sistema fragmentado a partir de la creación de un fondo de redistribución centralizado.
2. Al instaurar un fondo centralizado es muy importante la utilización de un mecanismo de ajuste de riesgo basado en morbilidad y no solo en factores sociodemográficos para evitar distintos mecanismos de selección adversa.
3. En un modelo regulado que exige un paquete de beneficios fijo para la población, una forma de incentivar la eficiencia entre los distintos fondos es permitir un cobro adicional al beneficiario en caso de que el fondo no logre cubrir sus gastos anuales.

## **4.2. El Sistema de Salud en Colombia**

En Colombia al igual que en la Argentina, el acceso a la salud es considerado un derecho social y su acceso debería estar garantizado, a pesar de no figurar de forma explícita en la Constitución. Sin embargo, hasta 1993 tan solo un 23% de los colombianos formaba parte de la seguridad social al hacer aportes y contribuciones en relación al salario destinados al Instituto de Seguros Sociales (ISS), un 10% accedía por medio de seguros privados y más de la mitad del gasto en salud era por gasto de bolsillo. Hay que tomar en cuenta que la mitad de la población colombiana se autopercibe como pobre y es un país con una alta polarización social.<sup>37</sup> La principal barrera al acceso de salud era la económica, *“alrededor del 60% de los que requerían atención médica en 1993, no accedían a los servicios necesarios por el costo que implicaban”*.

El año 1993 fue un año de inflexión en el modelo de salud colombiano al introducir, mediante la Ley 100, una reforma ambiciosa al ser socialmente progresiva y orientada al mercado. Esta estableció una provisión universal de servicios de salud, subsidios para aquellos que no podían hacer contribuciones y la libre elección entre distintos prestadores de servicios. Por medio de la creación del *Sistema de Seguridad Social en Salud*, la vinculación pasa a ser en base a dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo (RC) de afiliación obligatoria para quienes son empleados o tienen capacidad de pago (se extiende a familiares directos) y el régimen subsidiado (RS), para la población pobre. De esta forma se separan las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros, de la de prestación de servicios.

---

<sup>37</sup> En María-Luisa Escobar, Ursula Giedion, Antonio Giuffrida, and Amanda L. Glassman, Capítulo 1: Colombia: After a Decade of Health System Reform.

Las principales fuentes de financiamiento provienen de los aportes y contribuciones de los trabajadores y sus empleadores (RC), del Sistema General de Participaciones (SGP)<sup>38</sup>, es decir transferencias nacionales de rentas generales, y en la explotación de los juegos de suerte y azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), además de la coparticipación, pero esta tiene menor envergadura.

En el *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, el Ministerio de Salud actúa como organismo de coordinación, dirección y control, las instituciones prestadoras de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, son las encargadas de prestar la atención a los usuarios, y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son responsables de la afiliación, de la recaudación de aportes y contribuciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS). Estas instituciones ofrecen un mismo plan de salud regulado por el estado (POS) y los beneficiarios tienen libre elección. En el caso del RC, las EPS pueden ofrecer planes complementarios de tipo voluntario además de cobrar una cuota moderadora. Existen aproximadamente 44 EPS y compiten sobre la base de la calidad de sus servicios, pueden ser públicas o privadas y están reguladas según estándares financieros y administrativos. De alguna forma pueden ser consideradas similares a las obras sociales nacionales del sistema argentino. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

Entre la década del noventa y principios del dos mil, si bien el objetivo era lograr una cobertura similar entre el RC y el RS, este no fue el caso. En la práctica, la cobertura de los beneficiarios del RS fue mucho menos integral al excluirse los servicios secundarios, ciertas especialidades y tecnologías de diagnósticos más avanzadas. Finalmente en el año 2012, los beneficios en prestaciones de servicios entre los distintos regímenes fueron igualados. Según cifras oficiales, en enero 2020 las coberturas del sistema de salud fueron del 45% para el RC, del 45% para el RS y del 4% para Regímenes Especiales; sólo el 5,4% de la población permanecía por fuera<sup>39</sup>. (tabla 14).

---

<sup>38</sup> El SGP corresponde a los recursos que la Nación debe transferir a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) en cumplimiento de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, reformados por los Actos Legislativos 01 de 2001 y 04 de 2007, para la financiación de los servicios a su cargo en EDUCACIÓN, salud, agua potable y los definidos en el Artículo 76 de la Ley 715 de 2001. (Fuente: Ministerio de Educación Nacional, República de Colombia).

<sup>39</sup> Son los PPNA, las personas que cumpliendo los requisitos para estar en el RC o en el RS, no lo están por diferentes razones.

Tabla 14: Cifras del aseguramiento en salud con corte enero de 2020

?	Nacional		
	diciembre 2018	diciembre 2019	enero 2020
Sisbén 1	27.140.038	27.867.556	27.867.556
Sisbén 2	2.787.974	2.920.321	2.920.321
PPNA	525.698	312.696	0
Contributivo	22.378.384	22.909.679	22.557.009
Subsidiado	22.658.108	22.808.930	22.885.046
Excepción & Especiales	2.138.117	2.244.341	2.243.974
Afiliados	47.174.609	47.962.950	47.686.029
Población DANE	49.834.240	50.374.478	50.418.886
Cobertura	94,66%	95,21%	94,58%

Fuente: Ministerio de Salud de Colombia

### La reforma y el diseño del sistema actual

Antes de 1993, no existía una distribución del riesgo entre el sector privado y el sector público. Las empresas de seguro privado no participaban en el financiamiento del sistema obligatorio. La clave de la reforma de los noventa fue unificar el sistema de seguridad social con el público y el privado bajo el paraguas del *Sistema General de Seguridad Social de Salud* (SGSSS), incluyendo la obligatoriedad de la afiliación. Uno de los objetivos de la reforma fue crear competencia en términos de calidad, entre los proveedores de servicios y las aseguradoras al permitir que las aseguradoras puedan negociar las tarifas de los servicios del plan básico obligatorio con proveedores públicos y privados.

Para financiar el Régimen Subsidiado, la Ley 100 de 1993 conjugó recursos públicos de diferentes fuentes con fondos privados provenientes de la solidaridad de las cotizaciones, es decir a la redistribución de los aportes y contribuciones de los trabajadores a partir de los subsidios cruzados. Estas fuentes fueron organizadas administrativamente en torno al municipio con el fin de que este fuera la cabeza del aseguramiento y ejecutara aquellos procesos indispensables para la operación del régimen subsidiado. Dando cumplimiento a la Sentencia T760 de 2008 de la Corte Constitucional y atendiendo el principio de equidad en el derecho de acceso a los servicios, en 2009 se inició la Unificación del Plan Obligatorio de Salud en los dos regímenes.

### El Sistema subsidiado (RS)

Este régimen está orientado a la población más vulnerable y opera en base a un subsidio cruzado entre impuestos generales y el sistema contributivo. La selección de beneficiarios se realiza según una encuesta, el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), que clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas con un puntaje entre 0 y 100, siendo el nivel 1 el de mayor pobreza. Quienes se ubiquen en niveles 1 y 2 de esta evaluación (entre 0 y 54,86 puntos) se encuentran cubiertos por el régimen subsidiado y deben inscribirse de manera libre a una EPS de ese régimen. Además

se contempla la inclusión de las poblaciones especiales.<sup>40</sup> Si bien no se contemplan cuotas moderadoras, a los beneficiarios con nivel 2 SISBEN se les pueden cobrar copagos hasta un límite y dentro de las prestaciones habilitadas<sup>41</sup>.

### El Sistema Contributivo (RC)

Todos los trabajadores formales e independientes, los jubilados y los pensionados cuyos ingresos sean mayores al salario mínimo mensual deben aportar de forma obligatoria al RC. La recaudación de los aportes y contribuciones salariales la realizan directamente las EPS y son responsables de transferir los ingresos al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), por medio del cual se agrupan todos los fondos para luego instaurar los subsidios cruzados que permiten la cobertura en atención médica de los pobres. Los fondos se devuelven a la EPS en forma de una unidad de pago de capitación ajustada al riesgo (UPC). Además del aporte, los afiliados del RC deben contribuir con una cuota moderadora y en muchos casos existen copagos de servicios. La instalación de este mecanismo de pagos adicionales tiene un doble propósito: financiar el *Sistema General de Seguridad Social en Salud* e inculcar la necesidad de hacer uso pertinente y necesario de los servicios de salud.

Es importante remarcar que también coexisten Regímenes Especiales (RE) y una oferta privada de servicios de salud. Por un lado, los RE se organizan en relación a sectores laborales, que se componen por los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas. Por otro, el sector privado implica un mecanismo de doble aseguramiento o consulta particular y suele ser utilizado por la población de mayores ingresos. En algunos casos puede incluir los gastos de bolsillo de las familias que carecen de cobertura o no tienen acceso oportuno al SGSSS (Maceira, 2014).

El gobierno nacional es el responsable de consolidar los fondos del sistema y transferir el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS. En Colombia el rol de “regulador” le corresponde al gobierno nacional, con la responsabilidad exclusiva de definir las reglas que buscan cumplir con los objetivos del SGSSS, armonizadas con los objetivos de salud pública, bienestar social y crecimiento económico<sup>42</sup>. (Montaño Caicedo, J., 2015)

Según Montaño Caicedo (2015), el SGSSS de Colombia cuenta con mecanismos que ayudan a mitigar las situaciones de asimetría de la información: competencia regulada; afiliación abierta y obligatoria; paquete básico estándar; prima de aseguramiento proporcional al ingreso e independiente del riesgo individual<sup>43</sup>; consolidación de las primas en un fondo de compensación único y el pago a cada EPS por cada afiliado que le haya escogido como su aseguradora, sujeto a dos mecanismos de riesgo compartido que se describen a continuación, uno ex ante y otro ex post.

---

<sup>40</sup> Según el Ministerio de Salud de Colombia se incluye en la categoría de poblaciones especiales prioritarias a las personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como RROM), entre otros.

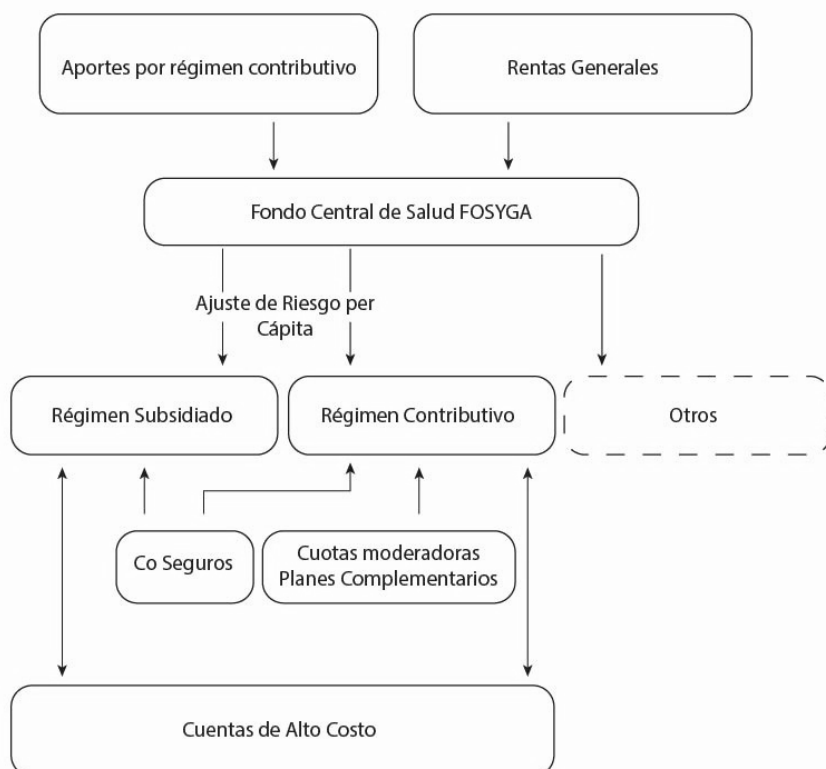
<sup>41</sup> Para más información: ver EPS Salud Total - <http://www.saludtotal.com.co/>

<sup>42</sup> Montaño Caicedo, J., “Selección de riesgo en el sistema de seguridad social en salud de Colombia”, 2015.

<sup>43</sup> En el régimen contributivo, la prima mensual por la afiliación corresponde a 12,5% del salario para los empleados, distribuidos así: el valor de la prima por 8,5 % es pagado por el empleador y el valor de la prima por 4% es pagado por el empleado. En el caso de los trabajadores independientes, ellos pagan completa la prima mensual de afiliación correspondiente al 12,5% de su ingreso base. En el régimen subsidiado, los clasificados como más pobres no pagan prima mensual por la afiliación, los clasificados como menos pobres hacen pagos parciales.

En primer lugar, encontramos un ajuste de riesgo ex ante que se calcula en base a los siguientes parámetros: régimen de afiliación, rango etario, sexo, el municipio de afiliación (específicos y dispersión geográfica) y una prima adicional para los EPS públicos. Por otro, el mecanismo de ajuste de riesgo ex post entre las distintas aseguradoras, basado en el exceso de concentración de pacientes con algunas enfermedades denominadas enfermedades de alto costo. Este mecanismo es administrado por la Cuenta de Alto Costo (CAC) (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2015a), que se creó en el año 2007.

**Gráfico 9: Financiamiento del SGSSS de Colombia**



Fuente: Elaboración propia en base a Bauhoff, S, Rodríguez-Bernate I, Gopfarth, D, Guerrero R, Galindo-Henriquez y Nates, F. (2016)

Al analizar el gráfico 9, debemos tener en cuenta que las cuotas moderadoras y los copagos no se redistribuyen entre los sistemas, sino que son ingresos exclusivos del EPS. Con respecto a los aportes y contribuciones, el 12,5% del salario bruto se asigna al fondo central (4% empleado y 8,5% empleador). En el caso de los trabajadores autónomos, es un 12,5% del 40% de sus ingresos brutos esperados, con una contribución mínima del 8,5% del salario mínimo a tiempo completo. Las contribuciones del 12,5% se distribuyen de la siguiente forma: 11% serán destinados al RC y un 1,5% restante es un aporte solidario al RS.

### **Los aprendizajes de la reforma**

1. Colombia fue exitosa al ampliar la cobertura del sistema de salud en poco tiempo a partir de la creación de un sistema mixto basado en contribuciones vinculados al trabajo e impuestos generales. Si bien la recaudación es centralizada, se transfiere luego a los distintos EPS, en base a criterios de riesgo ajustado, para que provean un paquete básico y equitativo de prestaciones de salud a toda la población.

2. Un sistema fragmentado puede tener resultados similares a los de un fondo unitario. En el caso colombiano, esto se obtuvo por medio de subsidios cruzados entre un *pool* de riesgo conformado por beneficiarios de mayores ingresos que transfieren recursos a aquellos con menores ingresos.

3. En un modelo regulado que exige un paquete de beneficios fijo para la población, la competencia puede darse en relación a la calidad y la capacidad de respuesta en términos de provisión de servicios. Una agencia central también puede redistribuir las cápitas en función del riesgo.

4. Al instaurar un modelo dual, es importante ofrecer una cobertura básica similar para todos los beneficiarios del sistema.

### **4.3. Reflexiones**

En la mayoría de los sistemas de salud, la implementación de un sistema puro / unitario no solo es poco probable sino que no es deseable. Idealmente conviene poner en práctica un esquema ajustado por riesgo que mitigue las diferencias existentes en relación a las carteras de riesgos y a los ingresos. El camino hacia la integración es justamente redistribuir una cápita promedio a todos los beneficiarios a cambio de conseguir que se ofrezca una cobertura básica para todos los afiliados. En vistas de los distintos aprendizajes en Alemania y Colombia, creemos que la mejor propuesta no es buscando una reforma radical del sistema de salud sino más bien liderando el camino hacia una mejor integración del sistema fragmentado actual.

Una forma de cumplir con esta meta se puede dar con una reforma radical de la operatoria del FSR similar a la que hizo Alemania en el 2009. Nuestra propuesta abarca, en primer lugar, una modificación de los mecanismos del FSR. En vez de existir varios mecanismos redistributivos y dos mecanismos de reintegros (SUR e Integración), debería ser una única transferencia en base a un ajustador de riesgo basado en morbilidad. Este ajustador para prever consumos futuros, debería tomar como referencia la información de la historia clínica electrónica y los consumos pasados de cada afiliado a efectos de evitar abusos por parte de las obras sociales. El FSR debería financiarse con la totalidad de aportes y contribuciones y no con el 15% / 20%. Al igual que en Alemania, las obras sociales deficitarias podrían cobrarles una cuota adicional a sus afiliados en caso de que las transferencias del FSR no sean suficientes para cubrir sus costos. De esta forma, el principio de libre elección de obras sociales empezaría a fomentar la eficiencia en la administración de las obras sociales. Además, el FSR estaría encargado de centralizar la compra de insumos y medicamentos para así aprovechar el poder de negociación. Frente al riesgo de oposición por parte de los grandes laboratorios, proponemos que el FSR centralice no solo la compra sino que también el pago. De esta forma se les aseguraría a los laboratorios el pago de todos los financiadores juntos en tiempo y forma. Una moneda de cambio para los sindicatos podría ser la creación de la Agencia Nacional de Evaluaciones Tecnológicas (AGNET)<sup>44</sup>, fundamental para reducir el problema de la judicialización de tratamientos muy costosos no incluidos en el PMO. Además, con esta

---

<sup>44</sup> Organismo que se encargaría de evaluar los medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos y quirúrgicos que cubriría el sector público y el Programa Médico Obligatorio (PMO) y que funcionaría como organismo descentralizado bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

nueva redistribución de ingresos se estaría dando una respuesta al reclamo histórico de las obras sociales en relación a los aportes deficitarios de los monotributistas y de los empleados de casas particulares.

## 5. Conclusión

El presente documento ha tenido como objeto brindar una evaluación acerca de las OSN en Argentina en términos de equidad y eficiencia. A lo largo del mismo, hemos visto que las OSN forman parte de un sistema de salud sumamente fragmentado al que, a su vez, contribuye con su propia atomización. Si bien existe el PMO, la segmentación por dentro del subsistema de OSN genera que no todos los beneficiarios de la seguridad social accedan al mismo nivel de prestaciones. La disparidad en los ingresos de las distintas obras sociales donde el 5% concentra el 47% de los recursos totales explica en parte los problemas de equidad del sistema. En especial, los mecanismos solidarios, que existen en el sistema, centralizados en el FSR no tienen efectos sustanciales en la redistribución. Por un lado, la discrecionalidad en la asignación de recursos es muy alta y por otro, los mecanismos automáticos existentes solo toman en cuenta parámetros sociodemográficos. En términos de eficiencia, hemos observado que no hay incentivos para fomentar el uso racional de los recursos ni tampoco lograr ahorros en la gran mayoría de las obras sociales. Los problemas de selección adversa y riesgo moral coexisten con el sistema actual. El sistema de seguro de salud argentino es sumamente ineficiente e inequitativo en la asignación de los recursos. Consideramos que las características de la distribución de riesgo en especial aquellas relacionadas con fallas del mercado de salud (problemas de agencia, regulación desigual del sector) nos ayudan a explicar el porqué de este comportamiento.

A partir de un análisis comparado de las reformas implementadas en Colombia y Alemania, hemos concluido que si bien los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud para resolver sus problemas de eficiencia y equidad son complejos, hay oportunidad para mejorar el sistema. En la última sección del estudio hemos presentado una primera aproximación al boceto de reforma. Consideramos que el principio de solidaridad y la existencia de subsidios cruzados son esenciales en el camino hacia la integración de las OSN. Para ello, proponemos la ampliación del FSR en términos de financiamiento y de responsabilidades y su transformación en un fondo central de redistribución similar al alemán. Los cambios propuestos son hacia una mayor solidaridad y homogeneidad en las prestaciones de salud cubiertas y accesibles en pos de lograr equidad a largo plazo. Si bien instalar la relevancia y necesidad de reforma en la salud resulta difícil, las medidas adoptadas frente a la expansión del coronavirus en el mundo pueden ser la ventana de oportunidad que los políticos reformistas estaban esperando.

Desde la mirada política, sabemos que se trata de un sector con importantes actores de veto (sindicatos, industria farmacéutica, prestadores privados, profesionales de la salud, entre otros) pero creemos que el camino de la reforma es posible siempre y cuando sea gradual. Un comienzo posible es a través de la instrumentación de mecanismos solidarios que permitan mejorar la eficiencia y la equidad dentro del subsistema, para luego, expandir el sistema al sector público con el objetivo de lograr una verdadera cobertura universal de salud.

A la luz de esta investigación, sería interesante explorar la propuesta de reformas por medio de otros estudios comparados haciendo un mayor énfasis en el análisis del legado de políticas públicas, las opciones en base al *path dependence* y el rol de los actores de veto. Al mismo tiempo, profundizar el análisis de las obras sociales por medio de entrevistas de campo para entender mejor la visión de los financiadores de la salud. Idealmente, sería deseable estudiar el caso de reforma uruguayo con la creación del Fondo de Medicamentos de Alto Costo (Fondo Nacional de Recursos) puesto que ha sido muy exitoso en su implementación. En pos de este trabajo, su análisis es interesante al implicar un cambio menos radical que el propuesto. Asimismo, los argumentos aquí presentados

requieren de estudios adicionales sobre los modelos de riesgo ajustado, que permitan extender y complementar la argumentación del estudio.

Como bien sabemos, a la hora de liderar una reforma el contexto político lo es todo. El *policy maker* tiene que aprovechar la existencia de ventanas de oportunidad como puede serlo el impacto del coronavirus (Covid19) en el mundo. En particular las falencias del sistema de salud que se han visibilizado con esta pandemia pueden permitirles a los políticos conseguir el apoyo popular para encarar los cambios aquí propuestos. Como gran incógnita queda pendiente definir los mecanismos institucionales para evitar el uso discrecional de los fondos del FSR. La respuesta tendrá que quedar para futuras investigaciones.

## 6. Anexos metodológicos

Tabla con los valores a mayo 2019 de la matriz de ajuste de riesgo (SANO) y la proyección de distribución poblacional INDEC.

GRUPO ETARIO	MASCULINO	%	FEMENINO	%
0 - 14	\$334	12,61%	\$334	11,90%
15 - 49	\$525	22,35%	\$617	22,24%
50 - 64	\$617	9,42%	\$617	10,14%
65 o más	\$1.365	4,70%	\$1.365	6,66%

## 7. Listado de Gráficos

Gráfico 1. Las transferencias asociadas al pool del riesgo

Gráfico 2. Impacto según el tamaño del fondo de una persona enferma en el costo per cápita

Gráfico 3. La pirámide de la integración

Gráfico 4. Probabilidad de implementación según el grado de integración del pool de riesgo

Gráfico 5. Distribución de recursos por OSN - total de recursos en 2019

Gráfico 6: Relación cantidad de ingresos percibidos por aportes y contribución y cantidad de beneficiarios - 6.1. Todas las obras sociales / 6.2. Menos de 500.000 afiliados / 6.3. más de 500.000 afiliados

Gráfico 7: Distribución per cápita recaudación OSN (feb 08 / ago 19)

Gráfico 8: Ingresos per cápita mensuales de la seguridad social en el quinquenio 2015 - 2019 en comparación al precio del PMO mensual.

Gráfico 9: Financiamiento del SGSSS de Colombia

## 8. Listado de Cuadros

Cuadro 1. Distribución de la población por subsistema (2019)

Cuadro 2: Gastos por subsistema (2015)

Cuadro 3: Fuentes de Financiamiento por subsector: Financiamiento, Aseguramiento y Prestación (2019)

Cuadro 4: Los seis mecanismos redistributivos del FSR

## 9. Listado de Tablas

Tabla 1. Población según cobertura de Salud (2018)

Tabla 2. Ranking de las principales EMP según cantidad de afiliados – 2019

Tabla 3: Principales Obras Sociales por cantidad total de titulares y familiares (2018)

Tabla 4: Principales obras sociales en relación al monto distribuido por AFIP al Sistema Nacional de Salud en 2019 (en millones de pesos)

Tabla 5: Distribución recursos principales OSN (monto per cápita)

Tabla 6: Taxonomía de Obras Sociales Nacionales

Tabla 7: Taxonomía de Obras Sociales Nacionales con impacto redistributivo FSR

Tabla 8: Análisis de sensibilidad - impacto de una variación en el valor del PMO en el % de población que tiene garantizado el costo teórico del PMO y en relación a la capacidad del subsistema de OSN en su totalidad

Tabla 9: Tasa de sustentabilidad promedio y dispersión por Categoría de Obras Sociales

Tabla 10: Gastos Administrativos sobre egresos para año 2017 en base a una muestra de OSN

Tabla 11: Gastos Administrativos sobre egresos para año 2018 en base a una muestra de OSN

Tabla 12: Tipo de solvencia en relación a las categorías de la taxonomía

Tabla 13: Ventajas y desventajas de una reforma que busque consolidar o fusionar los pools de riesgos existentes

Tabla 14: Cifras del aseguramiento en salud con corte enero de 2020

## 10. Bibliografía

- Ahangar, Ali & Ahmadi, Ali & Mozayani, Amir & Faraji Dizaji, Sajjad. (2018). "Why Are Risk-Pooling and Risk-Sharing Arrangements Necessary for Financing Healthcare and Improving Health Outcomes in Low and Lower Middle-Income Countries. *Health*".
- Akerlof, G. A. (1970). "The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism". *Quarterly Journal of Economics*. The MIT Press. 84 (3): 488–500. doi:10.2307/1879431. JSTOR 1879431.
- Alonso, G. (1993). "Las políticas de reforma del sistema de obras sociales hacia el nuevo orden del mercado y su modelo de gestión estatal". Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Escuela de Estudios de Posgrado.
- Alonso, . (2000). *Política y Seguridad Social en la Argentina de los &#39;90*. Buenos Aires: Miño y Davila Editores.
- Arrow, K., (1963) "Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 53, 941-973
- Baeza, C, Kress, D, Schieber, G and Maier M, "Financing Health Systems in the 21st Century".
- Bauhoff, S, Rodriguez-Bernate I, Gopfarth, D, Guerrero R, Galindo-Henriquez y Nates, F.(2015) "Health Plan Payment in Colombia" en *Risk adjustment, Risk Sharing and Premium Regulations in Health Insurance Markets*.
- Beck, R. (2016). "Obras Sociales Nacionales: Financiamiento del Plan Médico Obligatorio". Universidad San Andrés.
- Belló, M., y Becerril-Montekio, V. M. (2011). "Sistema de salud de Argentina". *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s96-s109.
- Bicchieri, C. (1993). "Rationality and Coordination", *Cambridge Studies*
- Brav, A., J. Graham, C. Harvey and R. Michaely, (2003). "Payout Policy in the 21st. Century", *NBER Working Paper No. 9657*.
- Busse, R & Blümel, M (2014). "Germany. Health system review". *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Carr-Hill, R. (1994). "Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reforms", *Social Science and Medicine*, 39(9): 1189-1201. (T2)
- Cetrángolo, O and Goldschmit, A (2018). "Orígen y situación actual de un sistema altamente desigual", *CECE*.
- Development Institute (2011). "Should India Create a Single National Risk Pool? Some Lessons from Thailand, Mexico, and Colombia Results for Development Institute".
- Escobar, M, Giedion, U, Giuffrida, A and Glassman, A. "Chapter 1 Colombia: After a Decade of Health System Reform".
- Gaskins, M and Busse, R. "Morbidity-based risk adjustment in Germany: Long in coming, but worth the wait?", *Eurohealth* vol. 15 no 3.
- Giménez A, Pérez de Goldaracena, M., Rath, N. and Gonzalez C.(2018). "Understanding Healthcare in Latin America: The case of Uruguay's Health System" April 2.
- Govindaraj, R., Murray, C., and Chellaraj, G. (1995). "Health Care Expenditures in Latin America", *World Bank Technical Paper no. 274*.
- Grossman (1972). "Capital Humano, Capital de Salud y Demanda de Servicios"
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2006). "What are disease management programs (DMPs). Germany Long in coming, but worth the wait?"
- Informe de la AGN sobre la SSS (2012)
- Henke, K.-D., Ade, C., y Murray, M. A. (1994). "The German health care system: Structure and changes". *Journal of Clinical Anesthesia*, 6(3), 252–262. doi:10.1016/0952-8180(94)90069-8
- Katz, J., y A. Muñoz (1988). "Organización del sector salud. Pujas distributivas y equidad". Centro Editor para América Latina, Buenos Aires, Argentina.

- Larrañaga, O. (1997). "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno", CEPAL, Serie Reformas de Políticas Públicas, no. 49.
- Llach, J. (1978). "Estructura ocupacional y dinámica del empleo en la Argentina: Sus peculiaridades. 1947-1970". *Desarrollo Económico*, 17(68), 539-591. doi:10.2307/3466409
- Maceira, D. y Murillo, V. (2001) "Reforma de los Sectores Sociales en América Latina y el Papel de los Sindicatos.", Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Investigación, Documento de Trabajo No 456, Julio.
- Maceira, D. (2014) "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina", Documento de Trabajo no.122, Área de Economía, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/UNICEF LACRO. Diciembre.
- Maceira, D. (2014) "Envejecimiento y Desafíos para el Sistema de Salud Argentino", Capítulo 6 en Gragnolati y Roffman, compiladores. "Oportunidades y Desafíos Económicos de la Transición Demográfica en Argentina", The World Bank Group.
- Maceira, D. (2007) "Actores y reformas en salud en América Latina", Nota Técnica de Salud no.1/2007, Banco Interamericano de Desarrollo- Departamento de Desarrollo Sostenible.
- Maceira, D. (2001) "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe.", *Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID)*, Edición Especial 3.
- Martin, S., Rice, N. and Smith, P. (1998), "Risk and the general practitioner budget holder", *Social Science and Medicine*, 47, 1547-1554.
- Manning, W., Marquis, M. (1992). "Health Insurance: The Trade-Off Between Risk Pooling and Moral Hazard"
- Ministerio de Salud de la Nación (noviembre 2019). "¿Cuánto gasta argentina en salud?"
- Maceira, D. (1). "Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina". *Cuadernos Del Claeh*, 32(99), 7-17.
- Maceira, D y Cicconi, V (2003). "Obras Sociales Nacionales Financiamiento y Equidad". CEDES.
- Medici, A., (2000). "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe, en Sánchez, H., et al, "La hora de los usuarios", BID y Centro de Estudios Salud y Futuro.
- Mera, J. y Bello, J. (2003). "Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción", OPS, Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (2010). "Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal". Ginebra.
- Palomino, H. (2003). "Pobreza y desempleo en la Argentina: problemática de una configuración social", CESPA (FCE).
- Pauly (1986). "Impuestos, Seguros de Salud y Fallas de Mercado".
- PNUD (2011). "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" / 1a ed. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - 2011.
- Sáenz, M.; Acosta, M.; Muiser J.; y Bermúdez J.L. (2011). "Sistema de Salud de Costa Rica", *Salud Publica Mex*, no 53, vol. 2: 156-167.
- "Smith, P.C.; Witter, S. N. 2004. "Risk Pooling in Health Care Financing : The Implications for Health System Performance". *Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper*. World Bank, Washington, DC. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13651> License: CC BY 3.0 IGO.
- Smith, P.C. and Witter, S.N. (2004). "Resource Allocation and Purchasing in Health: Value for Money, Reaching the, Poor Risk Pooling in Health Care Finance". World Bank, Centre for Health Economics, Washington DC.
- Sollazo, A. and Berterretche, R. (2011). "El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria". *Ciênc. saúde coletiva* vol.16, n.6, pp.2829-2840.
- Van Der Kooy et al. (2019). "PMO 2019: Estimación del Gasto Necesario para garantizar la cobertura".
- Van Doorslaer, E. and A.Wagstaff (1992). "Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons", *Journal of Health Economics*, 11:389-411.
- Vertes, R. (2020), "Future Healthcare Payment Models", Northwestern University. Programa

*Especializado "Healthcare Trends for Business Professionals" para Coursera.*

- Xu K, Saksena P, Jowett M, Indikadahena C, Kutzin J, Evans DB.(2010). "Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk". *World Health Report, Background paper 19 (OMS)*.