



FLACSO
ARGENTINA

Maestría en Economía Política con mención en Economía Argentina

Tesis de Maestría:

**EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES NACIONALES
ORIGEN, DESEMPEÑO Y PERSPECTIVAS**

Alumno: Manuela Robba

Director de tesis: Mg. Luis Pablo Casanova

Buenos Aires, 31 de Julio de 2015

INDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción	5
2.	Origen del sistema.....	7
2.1	La Ley Nº 18.610.....	9
2.2	La Ley Nº 22.269.....	10
2.3	Ley Nº 23.660	12
2.4	Ley Nº23.661	14
2.5	Decretos 2284/1991, 9/1993 y 576/1993: desregulación y opción de cambio	16
2.6	Decreto 1615/1996, 53/1998 y 366/2012	17
3.	Fragmentación y equidad.....	20
4.	Estructura del sistema.....	25
4.1	El subsector público	25
4.2	El subsector privado	29
4.3	El INSSJyP – Cobertura de los adultos pasivos	31
4.4	Las Obras Sociales	33
5.	Desempeño de las Obras Sociales Nacionales	37
5.1	Cobertura	38
5.2	Recursos	46
5.2.1	Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución	48
	Sistema Único de Reintegros (SUR).....	48
	Subsidios.....	48
5.3	Acceso	52
5.4	Prestaciones	55
6.	Equidad.....	58
6.1	Diagnóstico.....	58
6.2	Cálculo del Coeficiente de Gini y la Curva de Lorenz	63
6.3	Resultados del cálculo. Curva de Lorenz de los recursos de las OS	64
7.	Perspectivas a futuro.....	73
8.	Conclusiones.....	75
9.	Bibliografía	77
10.	Anexos	79

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Figura 1: Línea de tiempo del sistema de salud	19
Figura 2: Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal	21
Figura 3: Mancomunación para distribuir riesgo y subsidio para la equidad	1
Figura 4: Sistema de Salud en Argentina.....	35
Cuadro 1: Gasto del Ministerio de Salud, 2013.....	27
Cuadro 2: Cobertura de planes y programas estatales – por jurisdicción	29
Cuadro 3: Valores de transferencia por beneficiarios del INSSJyP a las OS.....	31
Cuadro 4: Subsectores del sistema de salud: cobertura, gasto y acceso.....	34
Cuadro 5: Médicos, enfermeros y camas en establecimientos con internación	36
Cuadro 6: Evolución de cantidad de Obras Sociales. 1994 a 2013	38
Cuadro 7: Evolución de afiliados, por naturaleza institucional de OS. 1982 a 2013.....	40
Cuadro 8: Evolución de los valores de la matriz de ajuste por riesgo del SANO	51
Cuadro 9: Tipo Cobertura de salud, por quintil de IPCF.....	53
Cuadro 10: Población de OS que realizó una consulta médica en el último año.....	53
Cuadro 11: Población de OS con prescripción de estudios o análisis	54
Cuadro 12: Obtención de los medicamentos para los afiliados a OS	55
Cuadro 13: Características de las Obras Sociales- Por grupo. Agosto 2013.....	61
Gráfico 1: Afiliados a Obras Sociales	37
Gráfico 2: Evolución de afiliados. 1982 a 2013	39
Gráfico 3: Estructura % de los afiliados, por naturaleza de la Obra Social. 1982 a 2013.....	42
Gráfico 4: Recaudación de las Obras Sociales en el total de la Seg. Social. 2003-2013.....	47
Gráfico 5: Var. de la rec. de OS, Rem. promedio y puestos de trab. S. Privado. 2003-2013.....	47
Gráfico 6: Concentración de recursos y afiliados.....	59
Gráfico 7: Segmentación de OS por cantidad de afiliados y cápita	60
Gráfico 8: Ingreso real promedio por cotizante y por beneficiario. Mayo 2003 - Ago. 2013	61
Gráfico 9: Evolución del salario promedio de los trab. de OSN. Sept. 2003 - Ago. 2013.....	62
Gráfico 10: Curva de Lorenz de la dist. de recursos per cápita de las OS.2003-2013.....	64
Gráfico 11: Evolución de puestos de trabajo registrados del S. Privado. 2003-2013	66

Cuadro 14: Puestos de trabajo registrados del S. Privado. 2002-2013.....	68
Gráfico 12: Convenios y acuerdos homologados. 2004-2013.....	69
Gráfico 13: Evolución del SMVM real. 2003 - 2013.....	70
Gráfico 14: Curva de Lorenz de la dist. del salario medio por cotizante. 2003-2013	71
Gráfico 15: Coeficiente de Gini según distribución del FSR. 2012	72
Cuadro A.1: Evolución de los puestos de trabajo reg. del S. Privado.2002-2013	79
Cuadro A.2: Contribución a la var. de los puestos de trab. reg. del S. Privado. 2002-2013	80
Cuadro A.3: Contribución a la var. de los puestos de trab. reg. del S. Privado. 2002 - 2013.....	81
Cuadro B.1: Resumen de normativa vinculada a la creación del sistema.....	82
Cuadro B.2: Normativa complementaria a la Ley N°22.269	84
Cuadro B.3: Modificaciones de alícuotas de ap y cont. a las OS. 2001-2013.....	85
Cuadro B.4: Normativa SANO (artículos modificados).....	93
Cuadro B.5: Normativa de medicamentos incluidos en PMO.....	99
Cuadro B.6: Incorporaciones a la Resolución 201/2002 - PMOE	103
Cuadro B.7 Medidas de desigualdad	105
Cuadro B.8: Modificaciones del SMVM.....	111

1. Introducción¹

El sistema de salud en Argentina se caracteriza por su alto grado de fragmentación y por la convivencia de tres subsectores claramente identificados: el público, el privado y la seguridad social.

Esta fragmentación tiene consecuencias en términos de inequidad en la cobertura, en el acceso y en el financiamiento. En efecto, la cobertura de salud a la que accede un afiliado de una Entidad de Medicina Prepaga no es la misma a la que accede un afiliado de la seguridad social ni a aquella que recibe quien acude al subsector público. No sólo varían las prestaciones de salud que se brindan, sino también su calidad y el volumen de recursos con que se financian.

En el presente trabajo se analiza el subsector de Obras Sociales Nacionales, en el marco del sistema en su conjunto, a fin de evidenciar los cambios producidos en los últimos años en relación a la cobertura, financiamiento y acceso, con especial énfasis en la evolución de la equidad en términos de los recursos destinados al sistema.

El Sistema de Obras Sociales Nacionales cuenta actualmente con casi 300 entidades que brindan servicios de salud a grupos de población de marcadas diferencias tanto en términos de perfil demográfico como epidemiológico y en sus niveles de ingreso. Se observa asimismo una alta concentración de afiliados y de recursos en un pequeño grupo de obras sociales. Este diagnóstico da cuenta de la distinta capacidad de respuesta que tiene cada entidad que depende de la población beneficiaria involucrada.

Uno de los principales objetivos de este estudio es analizar la evolución de la distribución de recursos a lo largo del tiempo y evaluar si se evidenció una mejora o desmejora en términos de distribución de recursos al interior del sistema en el período 2003 a 2013.

Adicionalmente se realiza un análisis de la formación histórica del sistema y las modificaciones que ocurrieron en términos de población cubierta, prestaciones y financiamiento, tomando como punto de partida la sanción de la Ley N°18.610 de 1970.

Para ello, en el capítulo siguiente se presenta una reseña histórica del origen y las distintas modificaciones en la normativa que configuran el actual Sistema de Obras Sociales Nacionales.

¹ Agradezco la guía brindada por el director, Luis Casanova, para la elaboración de esta tesis y los comentarios y aportes de Demián Dalle, Pablo Bortz, Malena Aprile, Ariela Goldschmit y a mi familia.

El tercer capítulo aborda la problemática de la fragmentación y las dificultades que presentan los objetivos de equidad en este tipo de sistemas. A continuación, en el capítulo cuarto, se presenta la estructura del Sistema de Salud en la Argentina, describiendo brevemente las características de los tres subsectores involucrados.

En la sección quinta se analiza el desempeño de las Obras Sociales Nacionales en términos de cobertura, recursos, acceso y prestaciones.

Por su parte, en el sexto apartado se realiza un análisis de equidad partiendo de la base del diagnóstico del sistema caracterizado por un alto nivel de concentración, en el que sólo quince obras sociales absorben el 51,3% de los recursos y el 49,5% de los afiliados. Adicionalmente, se identifican diferencias marcadas entre las distintas entidades, en función de la cantidad de afiliados y de sus ingresos per cápita en relación a los valores del sistema en su conjunto. Por su parte, se analizan los cambios ocurridos en términos de equidad mediante el cálculo del coeficiente de Gini y la elaboración de la Curva de Lorenz de la distribución del ingreso en las Obras Sociales en el período analizado

Finalmente, en el séptimo capítulo, se plantea una serie de temáticas para discutir a futuro y en el octavo capítulo se sintetizan las conclusiones generales del análisis.

2. Origen del sistema

La primera organización sanitaria en nuestro país fue el Protomedicato, surgido en 1780, con la responsabilidad de realizar la regulación sanitaria que hasta entonces había estado a cargo de particulares.

Posteriormente, en 1822, se crea la Academia Nacional de Medicina, como entidad sin fines de lucro destinada a fomentar la investigación científica junto con la Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires, a cargo de la acción social y la atención hospitalaria.

En 1822 el Protomedicato es reemplazado por el Tribunal de Medicina y Farmacia (Ley de Arreglo de la Medicina) para el ejercicio de la policía sanitaria, el control de la atención médica, la enseñanza de médicos y parteras, entre otros. Dicha entidad dejaría de funcionar en 1852, momento en el cual se conformaría el Consejo de Higiene Pública.

Entre los años 1825 y 1835 se constituyen las primeras mutuales organizadas por los inmigrantes provenientes de Europa. Estas entidades se crean con la lógica de cubrir necesidades previsionales, de asistencia médica, invalidez y sepelios para sus socios. A partir de estas instituciones aparecen los Hospitales de Comunidad, para brindar atención médica especialmente a los inmigrantes. Es así que, en 1844 se crea el Hospital Británico, en 1852 el Hospital Español, en 1867 el Hospital Alemán y en 1872 el Hospital Italiano. Finalmente en 1896 se crea la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA). De esta forma, las mutuales tomaron a su cargo la prestación de los servicios de salud, en conjunto con los hospitales de colectividades extranjeras que tuvieron una gran importancia en términos de salud social.

Respecto a la evolución de las mutuales, se destaca que en 1875 existían 74 mutuales; en 1910 había 560; en 1914 existían 710 mientras que en 1927 se relevan 1.141 mutuales con 552.986 afiliados (SSSALUD; 2010).

Entre 1943 y 1970 se da una transición muy importante en la organización del sistema de salud. Con el objetivo de satisfacer las necesidades de los trabajadores y sus familias en lo referido a la salud, en la década del 40 se fueron conformando las primeras Obras Sociales, de origen mutualista, que con el paso del tiempo irían transformando su modelo organizativo y se vincularían al sistema de seguridad social. En efecto, en 1943 se contabilizan 2000 mutuales que agrupaban 1,9 millones de afiliados y en 1973 el total asciende a 2.500 mutuales (SSSALUD; 2010).

En 1944, por el Decreto N° 30655/44 se crea la Comisión de Servicio Social, institución encargada de propulsar la implementación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de actividad humana donde se presten tareas retribuidas. En dichos establecimientos debían brindarse servicios de atención médica gratuita, atención farmacéutica al precio de costo y suministro de artículos de alimentación, de vestir y de uso indispensable para el hogar a precio de costo.

Posteriormente, en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública, dependiente directamente de la Vicepresidencia de la Nación, con la designación de Ramón Carrillo como principal miembro, que en 1949 se convertiría en Ministerio de Salud Pública. Previamente a la creación de la Secretaría, el Estado fue definiendo lazos con los sindicatos de mayor poder de negociación que dificultaría la construcción de un sistema de salud centralizado. Paralelamente, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social comenzó a acumular más funciones dedicadas tanto a cuestiones de trabajo como de seguridad social, entre ellas la salud de los trabajadores. A partir de allí se otorgaría reconocimiento jurídico-institucional a las mutuales y nuevas facilidades de financiamiento, abandonando la concepción de un sistema de salud centralizado (De Fazio, F.; 2013).

En lo que hace específicamente al período que va de 1955 a 1970, gran parte de la literatura reconoce que el sistema de salud se caracteriza por una progresiva desestructuración de la centralidad instaurada por la gestión de Carrillo y por la proyección influyente del sindicalismo peronista y de la corporación médica. Una vez derrocado Perón, tanto el breve mandato del gobierno de facto de Lonardi como el de Aramburu tuvieron una mira común: la reducción del gasto público y la descentralización administrativa. De aquí que se haya producido un debilitamiento del subsistema público y una expansión de las Obras Sociales hasta los años setenta. Sin embargo, la relación entre el Estado y los sindicatos, basada principalmente en el conflicto y en las resistencias, cambiaría al llegar Frondizi a la presidencia, quien cumple con el pacto al sancionar la nueva Ley 14455 de Asociaciones Profesionales de Trabajadores que restituía la regulación peronista en materia gremial, dado que el Decreto-Ley 23852/45 había sido derogado por Aramburu. Esta nueva regulación vuelve a centralizar al movimiento sindical otorgándole amplias facultades a las cúpulas sindicales. Dicha ley establecía la obligatoriedad en las retenciones de los empleadores para cuotas sindicales y los llamados "aportes solidarios", incluyendo también la retención de aportes y contribuciones destinados a las obras sociales. (De Fazio, F.; 2013)

A su vez, en 1968 se crea la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales, mediante la Ley N°17.230/67, con el objetivo de establecer un diagnóstico y elaborar un proyecto orientado a

integrar en un sistema coherente y homogéneo a las Obras Sociales y servicios estatales. En paralelo, el Decreto N° 2318/67 establece la comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales, que también pone en marcha un relevamiento de la materia bajo jurisdicción (Belmartino, S.; sin fecha).

Finalmente, como consecuencia de varios procesos de diagnóstico y negociación, se crea el Sistema de Obras Sociales en 1970, mediante la ley N°18.610.

2.1 La Ley N° 18.610

La ley N°18.610 de febrero de 1970, crea el Sistema de Obras Sociales, en el contexto del golpe de Estado de 1966 conducido por el General Onganía, ordenando las entidades ya existentes. Coincide con un momento de alta conflictividad política, tras el Cordobazo de 1969, como un gesto conciliatorio por parte del Gobierno frente a una importante presión ejercida por parte de los sindicatos.

Esta ley extiende la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia, estableciendo como obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad, que quedaba en manos de los sindicatos.

La ley implicó la asunción por parte del Estado del papel de regulador de las Obras Sociales y ordenó el funcionamiento de los entes que ya existían mediante la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como organismo descentralizado, con funciones de promoción, coordinación e integración entre Obras Sociales y control técnico, administrativo y contable. Tal regulación involucró a las Obras Sociales de la Administración Central del Estado, Organismos Descentralizados, empresas del Estado, paraestatales, de la Municipalidad de Buenos Aires, de administración mixta y de las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial.

De esta forma, se universaliza la cobertura a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares.

El relación al financiamiento, se establece que el sistema perciba recursos provenientes de aportes y contribuciones sobre la nómina salarial, fijándose una contribución a cargo del empleador del 2% de la remuneración y a cargo del empleado un aporte del 1%, más un 1% adicional por cada integrante del grupo familiar.

A su vez, se establecen como prestaciones médico-asistenciales mínimas (Decreto 4714/71) la atención médica en consultorio a domicilio, la internación de pacientes, la atención de urgencia, los servicios de diagnóstico y tratamiento y la atención odontológica.

También se crea, mediante esta ley, el Fondo de Redistribución, destinado a incrementar o mejorar la capacidad instalada y la asistencia financiera de las Obras Sociales que lo requieran. Los recursos del Fondo provenían principalmente de aportes y contribuciones correspondientes al sueldo anual complementario, fijados en 3% a cargo de empleador y 3% a cargo de empleado. A su vez se componía de reintegros de préstamos, subsidios, subvenciones, herencias, recursos producidos por multas y otros. Con posterioridad, la ley 21.640 de 1977 incluyó como ingresos del fondo el 10% de la recaudación de las Obras Sociales en concepto de aportes y contribuciones y el 50% de los correspondientes a recursos de otra naturaleza. Luego la ley Nº22.269 suprimiría los aportes sobre el aguinaldo, pero llevaría al 60% la contribución de los recursos de otra naturaleza.

En línea con esta normativa, la Ley Nº 19.032 de 1971 hace extensiva el sistema de obras sociales a los jubilados y pensionados, mediante la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP, ex PAMI), que aportarían al sistema una alícuota del 2%.

Posteriormente, la ley Nº19.710, sancionada en 1972, estableció la forma de contratación de los servicios y atención médica. Quedaban determinadas cinco modalidades de contratación: por profesionales en relación de dependencia, por acto profesional o prestación, por cápita, por cartera fija y por formas mixtas.

2.2 La Ley Nº 22.269

La Ley Nº 22.269 de 1980 se sanciona durante el denominado “Proceso de Reorganización Nacional”, que corresponde al a la dictadura del General Videla, derogando la ley 18.610 por considerar deficiente la situación de las Obras Sociales y encontrar imprecisas e insuficientes las atribuciones y facultades asignadas al INOS.

En términos prácticos, la sanción de esta ley significó la intervención de las Obras Sociales. Se preveía que sus fondos sean considerados de naturaleza pública, con administración estatal y se dispuso que los “entes de obras sociales” posean una individualidad jurídica, administrativa y financiera, quedando totalmente desvinculados de las asociaciones gremiales de trabajadores. Cabe citar al respecto, un fragmento del mensaje del proyecto de ley, que justifica esta decisión *“Por otra parte, de acuerdo con la ley citada la afiliación a las asociaciones gremiales de*

*trabajadores es voluntaria. En consecuencia, dichas asociaciones no representan a la totalidad de los trabajadores. De ahí que los sindicatos no puedan asumir su representación total ante los respectivos entes de obra social*². O como lo indica el artículo 25 de la ley: *“Los entes de obra social que se constituyan poseerán individualidad jurídica, administrativa y financiera, quedando totalmente desvinculados de las asociaciones gremiales de trabajadores. Su denominación no podrá incluir, en ningún caso, la de una asociación gremial.”*

En este sentido, a partir de la vigencia de la ley se suprime de la denominación de las obras sociales toda mención a una asociación gremial (artículo 67º), a cuyo fin se dispone que el INOS le asigne una nueva denominación ajustada a la ley.

Asimismo, se establece la transferencia de los bienes adquiridos con fondos de la Ley Nº18.610 a los entes de obras sociales, en el marco de la desvinculación pretendida entre las obras sociales y los sindicatos. Al respecto, el artículo 58º establece que: *“Los bienes de las asociaciones gremiales de trabajadores, afectados directa o indirectamente a la prestación de servicios médico-asistenciales, o de apoyo administrativo para dicha prestación, se transferirán a los entes de obra social que se constituyan, sin compensación alguna cuando los mismos hubieren sido adquiridos con fondos provenientes de la Ley N° 18.610..”*

En relación a los servicios brindados, establece que los entes de obra social deben destinar al menos el 80% de sus recursos al otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales.

En cuanto al financiamiento, se establece una contribución a cargo del empleador del 4,5% de la remuneración de los trabajadores en relación de dependencia y un aporte a cargo de los empleados del 3%, más un 1% adicional por cada beneficiario a cargo del titular.

Asimismo se crea el Fondo de Redistribución como cuenta especial administrado por el INOS. Se prevé un financiamiento del 10% de los ingresos de los entes de obras sociales en concepto de aportes y contribuciones³; el 60% de los ingresos de los entes de obras sociales en concepto de recursos de otra naturaleza; reintegros e intereses de préstamos; el producido de multas, las rentas de inversiones y subsidios, subvenciones, legados donaciones y otros. En ese momento se establece que dichos recursos podrían ser utilizados por el INOS para financiar prestaciones básicas de los entes deficitarios, para creación de infraestructura y para la financiación de planes y programas de carácter social.

² Ley 22.269 de 1980. Mensaje del Proyecto

³ A excepción de los jubilados y pensionados

En relación a la infraestructura propia, el artículo 31 prohíbe su instalación y recomienda explícitamente reducir la existente: *“Los entes de obra social actuarán como financiadores de servicios, sin desarrollar capacidad instalada propia, y procurando reducir la existente”*.

La ley 22.269 mantuvo su vigencia durante los años 1980 a 1988, lapso en el cual se emitieron normas complementarias orientadas a mejorar su cumplimiento y a facilitar y ajustar la actuación de los componentes del sistema (Anexo B. Cuadro B.2)

2.3 Ley N° 23.660

La Ley N°23.660 de 1989, aprobada ya bajo gobierno el democrático de Alfonsín, implicó importantes cambios, en principio por el reconocimiento de los sindicatos vinculados nuevamente a las obras sociales. En este sentido, se incluyen dentro del sistema a:

- 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, por 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) Tota otra entidad creada o a crearse que tenga como fin lo establecido en la ley

Se establece que el 80% de los recursos brutos de las Obras Sociales, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, se debe destinar a la prestación de servicios de salud.

En términos de financiamiento se plantea una contribución por parte del empleador de 6% de la remuneración y un aporte a cargo del empleado también del 3%. Cabe aclarar al respecto, que en 1999 se bajó la contribución a cargo del empleador a 5% (Ley 25.239, artículo 23) pero fue restituido en 2002 (Ley N°25.565, artículo 80º). En relación al aporte con los integrantes del grupo familiar se estableció una alícuota de 1,5% adicional sobre la remuneración del titular a cargo del empleado.

Inicialmente se determinó que el 90% (85% en el caso de las obras sociales de dirección) de los aportes y contribuciones, se destinaba a la obra social; mientras que el importe restante era transferido a las cuentas recaudadoras habilitadas por la ANSSAL. Posteriormente, el Decreto 486/2002 modificó esta norma y se definió que los empleadores cuyos trabajadores pertenecían a Obras Sociales Sindicales debían destinar el 90% de los aportes y contribuciones, cuando las remuneraciones brutas mensuales fueran de hasta \$1.000, y 85% cuando superaran los \$1.000; siendo el 10% y 15% restante destinado al Fondo Solidario de Redistribución. Para el caso de las obras sociales de dirección se determinó el 85% y 80% respectivamente⁴.

En esta Ley se crea la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad de aplicación de la ley.

Respecto de los bienes, el artículo 30º indica que *“Los bienes pertenecientes a la Administración Central del Estado organismos descentralizados, empresas y sociedades del Estado, para estatales o de administración mixta afectados a la prestación de los servicios médico-asistenciales del seguro nacional de salud, serán transferidos a la obra social correspondiente”*.

Por otra parte se decide la condonación de la deuda que las obras sociales y asociaciones de obras sociales mantenían con el INOS hasta la fecha, tal como se indica en el Art. 31.- *Dispónese la condonación de la deuda que las obras sociales y las asociaciones de obras sociales mantienen con el Instituto Nacional de Obras Sociales (Fondo de Redistribución) por los conceptos enumerados en el art. 21, inc. c) de la ley 18.610 y art. 13, incisos a) y b) de la ley 22.269, contraída hasta el último día del mes inmediato anterior al de la fecha de promulgación de la presente.*

Finalmente cabe mencionar que esta ley fue aprobada con un solo voto en contra, y si bien sufrió modificaciones a lo largo del tiempo, constituye el marco normativo del actual sistema de Obras Sociales Nacionales.

⁴ El decreto 10/2009 modificó la remuneración bruta a la que se hace referencia pasando de \$1000 a \$2400.

2.4 Ley Nº23.661

La **Ley Nº23.661** de 1989, sancionada bajo el gobierno de Alfonsín, crea el **Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS)**, con los alcances de un seguro social, para procurar el pleno de derecho a la salud para todos los habitantes.

A partir de esta ley, se define como Agentes del Seguro de Salud (ASS) a las Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema. Incluye como beneficiarios a los definidos en la Ley de Obras Sociales, a los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones y a las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales. El personal dependiente y los jubilados, pensionados y retirados de los gobiernos provinciales y municipales, no quedan obligatoriamente incluidos en el Seguro, pero se les brinda la posibilidad de optar por su incorporación mediante convenios de adhesión.

Se establece como autoridad de aplicación del seguro a la Secretaría de Salud de la Nación, de quien depende la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSAL).

Por su parte, el Fondo de Redistribución queda bajo el ámbito de la ANSSAL, como cuenta especial, integrado actualmente por los siguientes recursos:

a) El quince por ciento (15%) o el diez por ciento (10%), respectivamente, de la suma de las contribuciones y los aportes que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley Nº 23.660 — según se supere o no el tope de las remuneraciones brutas mensuales de mil pesos (\$ 1.000) inclusive—. Para las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios el porcentaje mencionado precedentemente será del veinte por ciento (20%) o del quince por ciento (15%), respectivamente, según se supere o no la retribución mencionada; (Inciso sustituido por art. 22 del Decreto Nº 486/2002 B.O. 13/03/2002) ⁵

b) El cincuenta por ciento (50%) de los recursos de distinta naturaleza a que se refiere la última parte del artículo 16 de la Ley de Obras Sociales;

c) Los reintegros de los préstamos a que se refiere el artículo 24 de la presente ley;

⁵Idem nota anterior

- d) Los montos reintegrados por apoyos financieros que se revoquen con más su actualización e intereses;
- e) El producido de las multas que se apliquen en virtud de la presente ley;
- f) Las rentas de las inversiones efectuadas con recursos del propio fondo;
- g) Los subsidios, subvenciones, legados y donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al Fondo Solidario de Redistribución;
- h) Los aportes que se establezcan en el Presupuesto General de la Nación, según lo indicado en los incisos b) y c) del artículo 21 de la presente ley;
- i) Con el cinco por ciento (5%) de los ingresos que por todo concepto, perciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Este inciso fue posteriormente derogado por el art. 1° de la Ley N° 24.189 (B.O. 13/01/1993);
- j) Los aportes que se convengan con las obras sociales de las jurisdicciones, con las asociaciones mutuales o de otra naturaleza que adhieran al sistema;
- k) Los saldos del Fondo de Redistribución creado por el artículo 13 de la ley 22.269, así como los créditos e importes adeudados al mismo.

Dicha ley también establece el destino de los fondos, que tras la actualización realizada por el Decreto 446/2000⁶ quedaron definidos de la siguiente manera:

- a) Atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, con el tres por ciento (3%) de la totalidad de los recursos del mencionado fondo en cada período presupuestario.
- b) Subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que, por todo concepto, perciban menores ingresos, con el propósito de equiparar sus niveles de cobertura obligatoria, según establezca la reglamentación.
- c) La cobertura de prestaciones médicas especiales de alta complejidad o elevado costo y baja frecuencia de utilización y las de discapacidad. Se distribuirá, automáticamente, entre los agentes del Seguro de Salud que lo soliciten y que cumplan con los requisitos técnicos y

⁶ Suspendido por Decreto 377/2001 hasta tanto recaiga sentencia definitiva con relación a las medidas cautelares dictadas en los procesos judiciales en trámite.

financieros para garantizar la cobertura de dichas prestaciones, un monto mínimo de PESOS UNO (\$ 1) mensual por beneficiario.

d) Supletoriamente, constituir reservas líquidas destinadas a atender posibles desequilibrios financieros originados por la mora en los aportes y contribuciones del Sistema.

e) El eventual excedente del Fondo Solidario de Redistribución permanecerá en el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

2.5 Decretos 2284/1991, 9/1993 y 576/1993: desregulación y opción de cambio

En agosto de 1989, con el gobierno de Menem, se promulga la Ley Nº 23.696 y se inicia el proceso de reorganización administrativa que alcanzó al Sistema Nacional de Obras Sociales mediante el Decreto 2284/1991 denominado de desregulación financiera.

En 1993, ya con Cavallo de Ministro de Economía, mediante el Decreto Nº 9 se establece la libertad para elegir la Obra Social, como un mecanismo para “contribuir a la eficiencia del sistema” por el mayor clima de competencia que genera. Se argumenta, que la mayor competencia incentivaría el control sobre la calidad de las prestaciones a partir del protagonismo activo de los beneficiarios, liberando al Estado para concentrar su capacidad de fiscalización en aspectos del sistema que no pueden ser vigilados por los usuarios”.

Para ello se propicia la libertad de afiliación y la desregulación de la contratación de los prestatarios de los servicios relacionados al cuidado de la salud.

En este sentido, en su artículo 1º se indica que los beneficiarios del sistema tendrán libre elección de su Obra Social dentro de las comprendidas en los, incisos a), b), c), d) y h) del artículo 1º de la Ley 23.660. Es decir, excluye a las Obras Sociales del personal de dirección y asociaciones de profesionales, a las constituidas por convenios con empresas privadas o públicas y a las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario y sus retirados, jubilados y pensionados.

Se prevé también que la elección sea sobre una sola entidad, una vez por año. Se deja sin efecto las restricciones que limitan la libertad de contratación entre prestadores y obras sociales, así como aquellas que regulen aranceles de cualquier tipo.

Por su parte, en el Decreto 576/93 se terminaron de definir algunos aspectos de la libre elección, como la prohibición de la doble afiliación (artículo 1° del Anexo II). Adicionalmente se habilita a que los agentes pacten con sus afiliados prestaciones adicionales sobre las obligatorias (artículo 28° del Anexo II). Aquí se plantea la posibilidad de crear planes diferenciales, ya que en el artículo 16° del decreto se indica que *“Los aportes y contribuciones que, por imperativo legal, se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador en favor del Sistema de Salud, le pertenecen y puede disponer de ellos para la libre elección del Agente del Seguro, pues constituyen parte de su salario diferido y solidario. Los trabajadores y empleadores, de manera individual o colectiva, pueden pactar entre sí o con el agente del seguro respectivo un aporte adicional. Las obras sociales podrán recibir aportes y contribuciones adicionales voluntarias.”*

Esta normativa implicó el conocido fenómeno de “descreme” que implica el traspaso de afiliados de obras sociales hacia entidades del subsector privado.

2.6 Decreto 1615/1996, 53/1998 y 366/2012

A través de estos decretos se produce el desdoblamiento de la ANSSAL en Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y la Administración de Programas Especiales (APE).

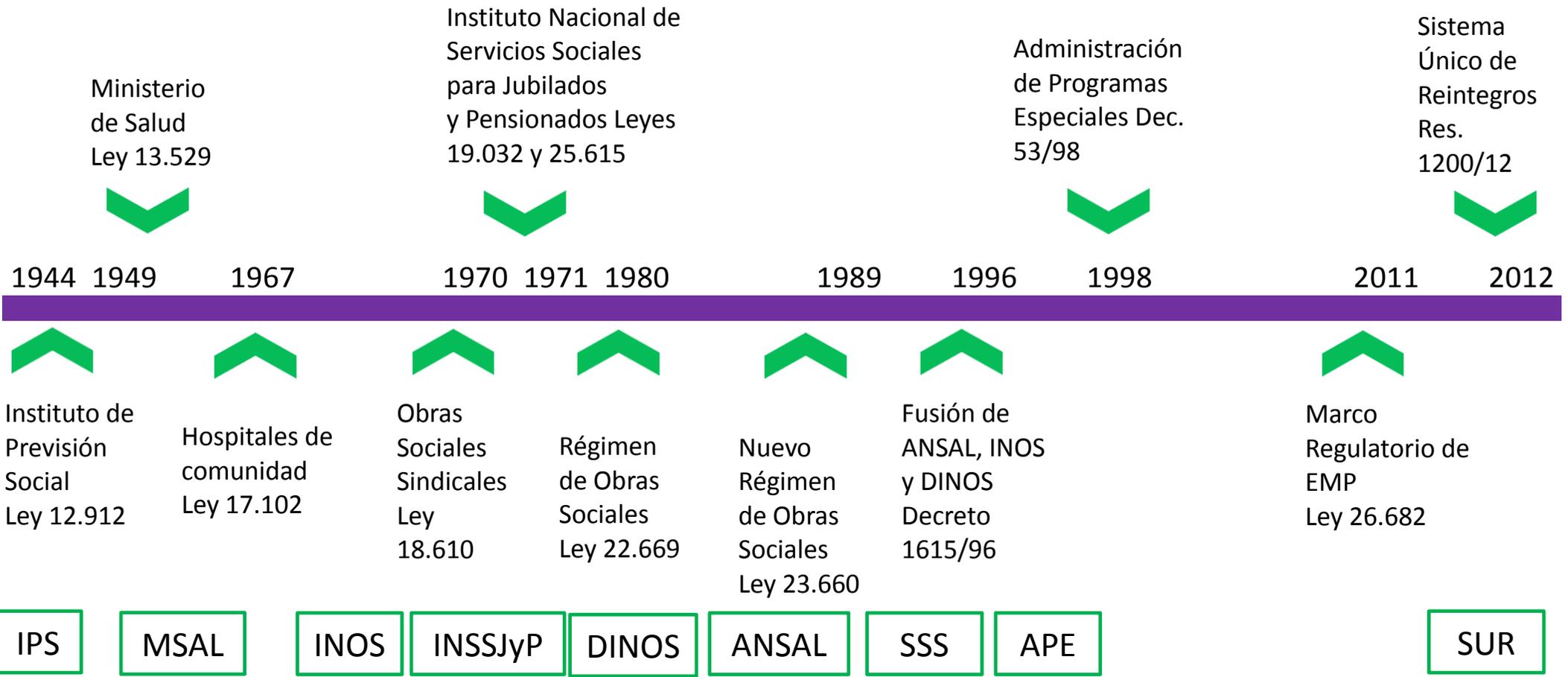
El Decreto 1615/1996 crea la Superintendencia de Servicios de Salud, como organismo descentralizado del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, como consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales. Dicho organismo se crea como órgano de control del Sistema Nacional de Seguro de Salud. Asimismo en este decreto se crea la Dirección de Programas Especiales, en el ámbito del entonces Ministerio de Salud y Acción Social, con la función de implementar y administrar los recursos afectados a los Planes y Programas de Salud destinados a los beneficiarios del sistema.

Posteriormente, el Decreto 53/1998 crea la Administración de Programas Especiales como organismo descentralizado de la Administración Pública, ante la necesidad de desplazar del sistema central de administración a la Dirección de Programas Especiales, para permitirle su funcionamiento con la eficiencia y eficacia que requiere.

Finalmente, en 2012, bajo el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, el Decreto 366/2012 establece la transferencia de la Administración de Programas Especiales a la Superintendencia de Servicios de Salud con el objetivo de unificar la política estratégica en materia de

prestaciones médicas y fortalecer el desarrollo y la promoción de la salud, optimizando el uso de los recursos públicos.

Figura 1: Línea de tiempo del sistema de salud



Fuente: elaboración propia

3. Fragmentación y equidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la promoción y la prevención de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Hay muchas maneras de promover y preservar la salud, algunas de las cuales se encuentran más allá del sector sanitario. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo tienen un impacto en la salud. Por lo tanto, corregir las desigualdades en estos aspectos contribuye a disminuir las desigualdades que se producen en la sanidad. No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios es crítico sin un sistema de financiación sanitaria adecuado. Reconociendo esta realidad, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras para pagar por ellos. Este objetivo se definió como “cobertura universal”. En línea con este objetivo los Estados debieran garantizar que la cobertura sea equitativa y establecer medios de confianza para controlar y evaluar el progreso (OMS; 2010).

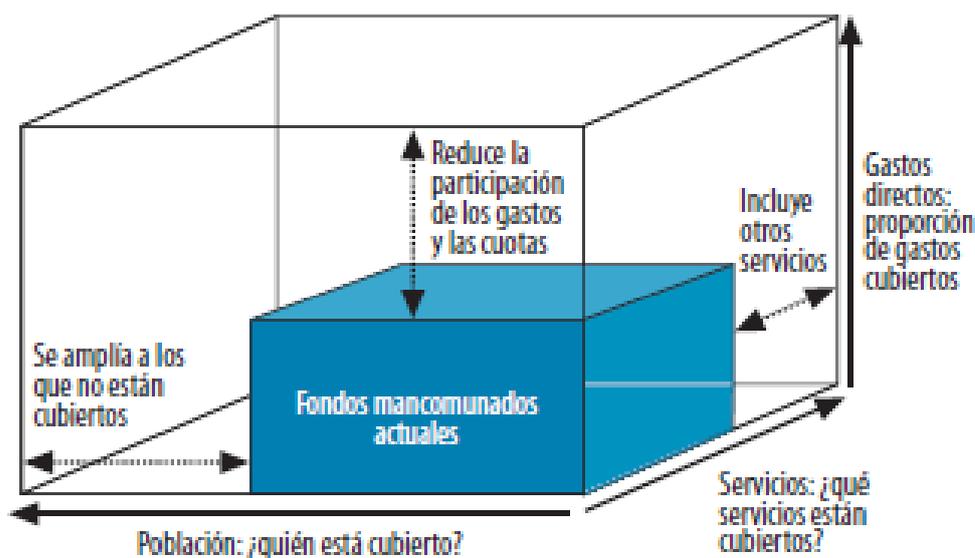
Desde el punto de vista del financiamiento, existen -en términos generales- dos opciones para alcanzar la cobertura universal: mediante rentas generales (impuestos) y mediante la seguridad social. En el primer caso, los servicios de salud pueden ser provistos por medio de la red pública y/o contratando agentes del subsector privado. En este caso, el seguro es implícito debido a que la población no sabe precisamente cuánto de sus impuestos va a financiar el sistema de salud. En el segundo caso, se requiere la afiliación obligatoria de toda la población al seguro y el sistema es financiado a partir de las contribuciones de los asalariados, empleadores, trabajadores independientes y del Gobierno. En un esquema de cobertura universal mediante seguro social, es el Gobierno el encargado de financiar total o parcialmente las contribuciones de aquellos grupos de la población que no tienen capacidad contributiva. En la práctica se observa una combinación de financiamiento a través de impuestos y a través del seguro social, aunque también ocurre en muchos casos que el subsector privado adquiere un papel suplementario relevante, brindando servicios no cubiertos por el seguro de salud, reduciendo tiempos de espera o cubriendo copagos (Carrin y James, 2005 citado en OIT, 2013).

En el camino para lograr la cobertura universal, los países se encuentran con tres problemas relacionados entre sí. El primero es la disponibilidad de recursos, el segundo es la dependencia excesiva de los pagos directos (pago de bolsillo) y el tercero es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos. En este sentido, el primero de los problemas requiere el aumento de la

eficiencia en la recaudación de ingresos, el restablecimiento de las prioridades en los presupuestos del Estado, la financiación innovadora y la ayuda para el desarrollo. Por su parte, la manera de disminuir la dependencia de los pagos directos es que los gobiernos fomenten el prepago con mancomunidad de los riesgos. Es decir, un mecanismo de pago antes de sufrir una enfermedad. En estos casos, las políticas desarrolladas para administrar el prepago se vuelven fundamentales y la experiencia internacional revela que tres grandes lecciones. En primer lugar, la existencia de una parte de la población demasiado pobre como para contribuir a través de impuestos sobre los ingresos o de primas de seguro, hace necesaria la subvención con fondos mancomunados (generalmente, con rentas públicas). Dicha ayuda puede ofrecerse en forma de acceso directo a los servicios financiados por el gobierno o mediante subvenciones en primas de seguro. En segundo lugar, las contribuciones deben ser obligatorias; de lo contrario, los ricos y las personas sanas se desentenderán y la financiación no será suficiente para cubrir las necesidades de los pobres y enfermos. En tercer lugar, los fondos mancomunados que protegen las necesidades sanitarias de una pequeña cantidad de personas no son eficientes ni viables a largo plazo y dificultan la consecución de la equidad (OMS; 2010).

En función de esto, el país deberá decidir la cantidad de personas a cubrir, la oferta de servicios a brindar y el porcentaje de gastos para alcanzar la cobertura universal

Figura 2: Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal

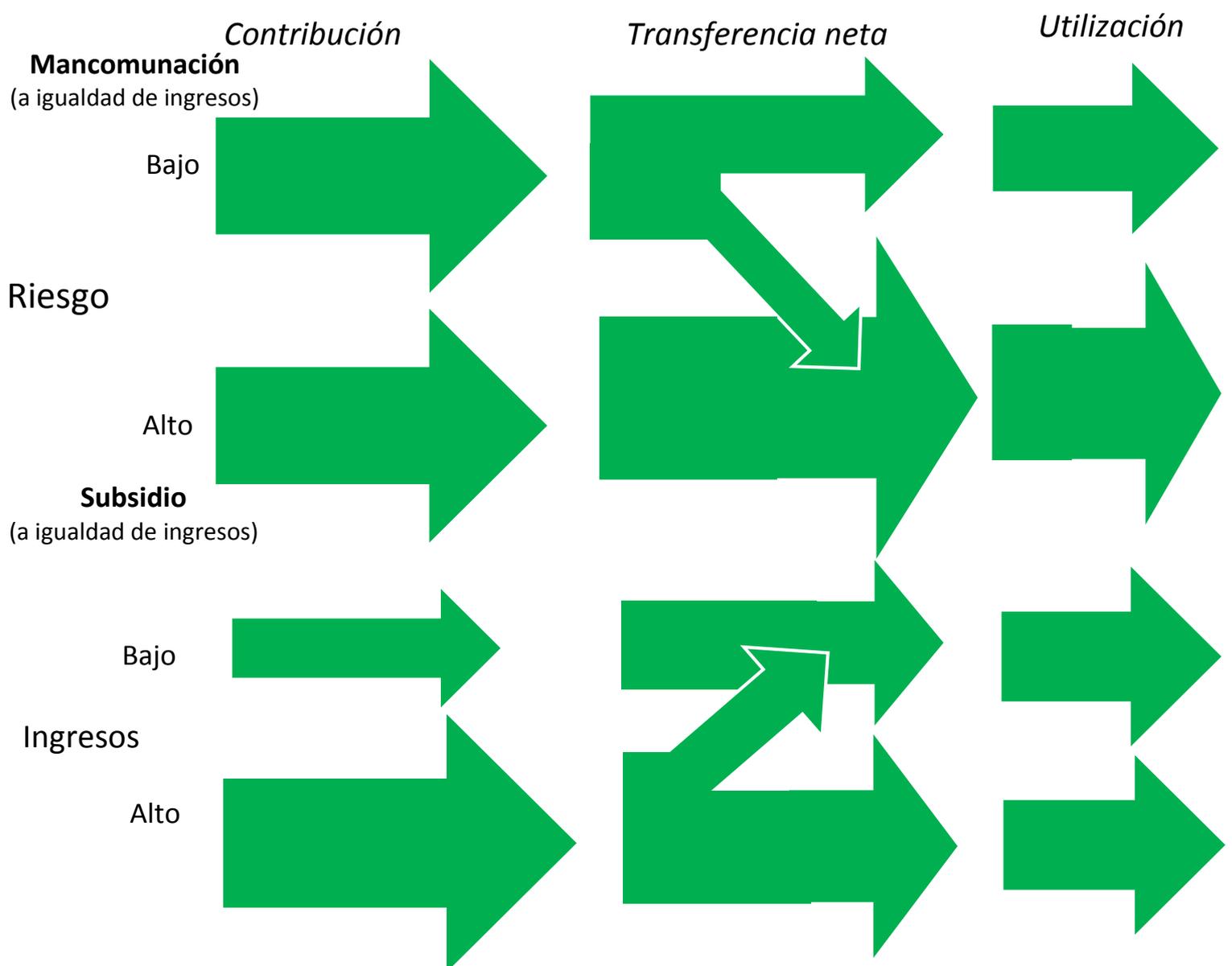


Fuente: OMS 2010

Un aspecto a mencionar es que si bien la mancomunación de recursos es la principal forma de repartir el riesgo entre los participantes del sistema, no garantiza un funcionamiento justo si el pago anticipado se hace únicamente en forma individual. En este sentido, los subsidios cruzados de los jóvenes y sanos hacia los ancianos y enfermos, benefician a los últimos sin perjudicar a los primeros. A su vez, dichos subsidios pueden incorporar la variable ingreso, para evitar que los pobres de bajo riesgo subsidien a los ricos de alto riesgo.

Por ello, los sistemas de salud en muchos países intentan repartir el riesgo y subsidiar a los pobres mediante diversas combinaciones de arreglos organizativos y técnicos. En general se combinan dos métodos: mancomunación y subsidios gubernamentales. Los subsidios cruzados pueden existir también entre miembros de fondos diferentes (en un sistema de mancomunación múltiple) por medio de mecanismos explícitos de nivelación de riesgos e ingresos (OMS; 2000).

Figura 3: Mancomunación para distribuir riesgo y subsidio para la equidad



Fuente: OMS 2000

En Argentina, la fragmentación en el Sistema de Salud se presenta de varias maneras y repercute en la equidad del sistema. En primer lugar, conviven tres subsectores con esquemas de cobertura y financiamiento diferentes: el subsector público, el privado y la seguridad social. Adicionalmente, estos subsectores comprenden a varias entidades que participan en la recaudación de ingresos, la mancomunación de recursos y la compra, dificultando el acceso equitativo a la salud.

En efecto, al interior del subsector público el servicio de salud es brindado de manera descentralizada por las 24 jurisdicciones que determinan la organización de sus sistemas, en conjunto con sus organismos dependientes centralizados descentralizados y los 2.171 Municipios. Esto implica disparidades en términos de cobertura, acceso, financiamiento y equidad.

Asimismo, al interior del subsector de seguridad social existen tres actores diferenciados: las Obras Sociales Provinciales, el INSSJyP y las Obras Sociales Nacionales. Sólo considerando este último componente, la cantidad de entidades asciende a cerca de 300 (282 Obras Sociales Nacionales en 2013).

Por su parte, el subsector privado, involucra más de 600 Entidades de Medicina Prepaga, más de 10 mil prestadores, laboratorios, farmacias y otros actores.

De esta manera, quedan en evidencia las disparidades que se presentan en el Sistema de Salud Argentino, en términos de acceso, cobertura y financiamiento, atentando contra el objetivo de equidad.

Al respecto, pueden mencionarse posturas muy diversas en relación al criterio de equidad que debe prevalecer en la provisión y financiamiento de la salud. Entre las posiciones más destacadas se encuentran, por un lado, aquellos que entienden que la utilización de servicios de salud no debe ser objeto de elección individual ni debe depender de la situación económica de cada familia, sino que debe respetar el sentido "igualitario". En el otro extremo, están quienes entienden que cada uno debe consumir los servicios de salud que puede y quiere adquirir, siguiendo un criterio "libertario extremo". Como una alternativa a esta última visión, se encuentran aquellos que defienden el derecho a un conjunto mínimo de prestaciones, en un sentido "libertario moderado" (Cetrángolo, O. y Devoto, F.; 1999).

En nuestro país, el Sistema de Obras Sociales Nacionales debe garantizar las prestaciones incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) a todos sus beneficiarios sin distinción. Sin embargo, en términos de financiamiento aparecen algunas disparidades debido a que la principal fuente de financiamiento del sistema depende del nivel salarial que no es homogéneo entre los trabajadores. En este sentido, mientras que las Obras Sociales que concentran los afiliados de mayores recursos cuentan con una cápita promedio alta para hacer frente a la provisión de servicios de salud, aquellas cuya mayor parte de afiliados corresponde a trabajadores de menor nivel salarial tienen mayores dificultades a la hora de brindar prestaciones a sus beneficiarios. Esta dinámica se ve parcialmente compensada por el efecto de los recursos transferidos a través del Fondo Solidario de Redistribución, cuyo objetivo es fortalecer a aquellas entidades que presentan mayores dificultades.

4. Estructura del sistema

Argentina se caracteriza por ser uno de los países de la región Latinoamericana con mayores niveles de cobertura de salud. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el sistema se caracteriza por una alta fragmentación, donde conviven tres subsectores: público, seguridad social y privado. Ello sumado a la complejidad propia de ser un país federal, en el cual el componente público presenta diferentes modos de organización de la salud en cada una de sus provincias.

En nuestro país la salud es un derecho constitucional y el Estado es proveedor y financiador de dichos servicios. Los trabajadores formales que se desempeñan tanto en el subsector público como en el privado cuentan adicionalmente con algún tipo de aseguramiento, ya sea a partir de la cobertura provista por Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales u otras Obras Sociales⁷. También existe la posibilidad de contratar seguros en el ámbito privado. En tanto que los adultos mayores (jubilados y pensionados) cuentan con la cobertura que provee el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).

4.1 El subsector público

El componente público funciona con una lógica universalista, brindando atención de salud a toda la población de manera gratuita. Este subsector tiene como efectores a los hospitales públicos de nivel nacional, provincial y municipal y a los centros de atención primaria de salud.

La organización federal del país y el proceso de descentralización de los servicios de salud dio como resultado la implementación de diferentes políticas de salud en cada jurisdicción, altamente fragmentadas. En este sentido, el subsector público de salud está compuesto por el Ministerio de Salud de la Nación y los 24 Ministerios Provinciales y sus organismos dependientes centralizados y descentralizados y los 2.171 Municipios.

El papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud de la Nación, que se interrelaciona con los ministerios provinciales en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA). Dicha tarea comprende el trazado de los grandes

⁷ Obras Sociales del Poder Judicial de la Nación, Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, Instituto de Obras Sociales de las Fuerzas Armadas, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal, Obra Social de la Federación Argentina del Trabajador de las Universidades Nacionales, entre otras.

lineamientos de la política sanitaria, en materia de prevención de enfermedades, planeamiento y formación de recursos humanos, condiciones de gestión de los establecimientos de salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos y productos farmacéuticos. Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además de por el ministerio, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

En relación al COFESA, cabe mencionarse que se creó en 1981 por la Ley Nº22.373 en el marco del proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a provincias. Posteriormente el Decreto 1269/1992 definió la redistribución de funciones entre jurisdicciones, a partir de la aprobación de las políticas sustantivas y en el año 2000, mediante el Decreto 455/2000, se estableció el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, que incluía dos estrategias principales. Por un lado, afianzar la Atención Primaria de la Salud y, por el otro, contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud, a partir de un accionar basado en la concertación, siendo su ámbito natural de articulación el COFESA.

En 2003, en el marco del COFESA y su rol en la coordinación de las políticas públicas de salud, se impulsó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos que constituyó uno de los antecedentes inmediatos del Plan Federal de Salud 2004-2007. Entre las metas propuestas se incluyeron el Control del tabaco -disminuir el consumo-, la Salud del niño y adolescente y la Salud Materno-Infantil, derivando en una serie de programas de Prevención y control del consumo de alcohol, Salud Mental, Prevención de enfermedades cardiovasculares y Salud Sexual y Reproductiva.

Por su parte, en 2002, tras la Emergencia Sanitaria decretada, se plantearon las directrices de un programa que sería profundizado a partir de 2003, con dos líneas fundamentales: la ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico y el Programa Remediar. La sanción de la ley de genéricos habilitó a los pacientes a elegir la marca y el precio para acceder al medicamento prescripto. Por su parte, el Remediar tuvo como objetivo garantizar el acceso a los medicamentos de la población en situación de pobreza.

Actualmente el Ministerio de Salud de la Nación desarrolla distintas estrategias destinadas a la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS, de medicamentos, que se detallan a continuación.

Cuadro 1: Gasto del Ministerio de Salud, 2013

En pesos corrientes y %

GASTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD	Devengado En \$	Est. %
Total Ministerio de Salud	9.312.255.113	100,0%
Atención Médica a los Beneficiarios de Pensiones no Contributivas	3.898.320.878	41,9%
Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos Específicos	1.412.838.958	15,2%
Plan Nacional en Favor de la Madre y el Niño	839.128.767	9,0%
Desarrollo Estrategias en Salud Familiar y Comunitaria	576.398.584	6,2%
Desarrollo de Seguros Públicos de Salud (BIRF N° 7409-AR y N°8062-AR)	552.974.243	5,9%
Lucha Contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual	436.681.358	4,7%
Reforma del Sector Salud (BID 1903/OC-AR y AR-L1142)	395.592.759	4,2%
Funciones Esenciales de Salud Pública (BIRF 7412-AR y 7993-AR)	261.806.524	2,8%
Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales	194.892.143	2,1%
Determinantes de la Salud, Relaciones Sanitarias e Investigación	160.827.909	1,7%
Atención Sanitaria en el Territorio	125.023.886	1,3%
Apoyo al Desarrollo de la Atención Médica	81.585.901	0,9%
Prevención y Control de Enfermedades Endémicas	80.925.321	0,9%
Planificación, Control, Regulación y Fiscalización de la Política de Salud	77.219.155	0,8%
Inv. para la Prev. y Control de Enfermedades Tropicales y Subtropicales	65.072.850	0,7%
Detección y Tratamiento de Enfermedades Crónicas y Factores de Riesgo para la Salud	45.435.255	0,5%
Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable	39.062.657	0,4%
Investigación para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer	25.218.742	0,3%
Detección Temprana y Tratamiento de Patologías Específicas	13.707.036	0,1%
Cobertura de Emergencias Sanitarias	10.515.804	0,1%
Fortalecimiento de la At. Primaria de la Salud	9.625.726	0,1%
Sanidad Escolar	9.400.657	0,1%

Fuente: elaboración propia en base a Contaduría General de la Nación, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

Dentro de los seguros nacionales de salud, actualmente existen dos, el Plan SUMAR y el Programa Incluir Salud (ex PRO.Fe):

a) Plan SUMAR:

El programa SUMAR tiene como objetivos disminuir la mortalidad materna e infantil, profundizar el cuidado de la salud de los niños y niñas en toda la etapa escolar y durante la adolescencia, mejorar el cuidado integral de la salud de la mujer, promoviendo controles preventivos y buscando reducir la muerte por cáncer de útero y de mama y crear y desarrollar los Seguros de Salud Provinciales, destinados a la población más vulnerable.

El diseño del Programa prevé el financiamiento de los Seguros Públicos de Salud (SPS) mediante transferencias en base a cápitas desde la Nación hacia las Provincias. Este tipo de mecanismo es

el instrumento escogido para operativizar una estrategia de pago por desempeño, donde el monto total a transferir por período depende del grado de cumplimiento en un conjunto de indicadores de resultados, tales como el porcentaje de población elegible con cobertura básica en salud (60% del valor de la cápita) y de indicadores trazadores de la situación sanitaria provincial escogidos por la Nación (40% del valor de la cápita). Luego la provincia transfiere los recursos a los efectores a través de un modelo de pago por prestaciones definidas en un nomenclador cuyo precio es acordado por cada provincia con el nivel nacional. El valor de la cápita es equivalente a la diferencia entre el costo financiero del paquete prestacional priorizado por el Programa SUMAR bajo estándares de cobertura (tasas de uso) y calidad que resultan socialmente deseables y el costo financiero del mismo paquete bajo las condiciones observadas de cobertura y calidad, por beneficiario potencial (brecha de cobertura y calidad per cápita). Actualmente, con la inclusión de hombres adultos de entre 20 y 60 años, se estima que el total de beneficiarios alcanza los 14 millones.

b) Programa Incluir Salud (ex Pro.Fe)

Incluir Salud (ex Pro.Fe) es un programa del Ministerio de Salud de la Nación que financia cobertura médico-asistencial a madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años en situación de pobreza, entre otros grupos.

Para ello, se transfieren recursos presupuestarios a todas las provincias, que son las responsables de brindar las prestaciones médicas a los titulares de las pensiones asistenciales y no contributivas, con la intervención de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

El objetivo principal del programa es asegurar el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los beneficiarios suscriptos a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido por el Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras leyes nacionales.

En términos operativos, está a cargo de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas del Ministerio de Salud de la Nación y es financiado en un cien por ciento por el Estado Nacional (a través de las partidas estipuladas en el presupuesto nacional para la atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas).

Actualmente el programa beneficia a más de un millón de ciudadanos en todo el territorio nacional.

Cuadro 2: Cobertura de planes y programas estatales – por jurisdicción

Jurisdicción	Programas y Planes Estatales	% Cobertura programas y Planes Estatales
CABA	40.269	1,42%
BUENOS AIRES	198.333	1,28%
CATAMARCA	6.698	1,85%
CORDOBA	55.258	1,70%
CORRIENTES	36.420	3,70%
CHACO	24.329	2,32%
CHUBUT	8.876	1,78%
ENTRE RIOS	18.121	1,48%
FORMOSA	18.059	3,43%
JUJUY	18.381	2,76%
LA PAMPA	12.283	3,90%
LA RIOJA	6.528	1,97%
MENDOZA	22.676	1,32%
MISIONES	50.623	4,64%
NEUQUÉN	9.645	1,78%
RIO NEGRO	9.912	1,58%
SALTA	31.015	2,58%
SAN JUAN	16.096	2,39%
SAN LUIS	9.681	2,26%
SANTA CRUZ	12.252	4,68%
SANTA FE	51.411	1,62%
SANTIAGO DEL ESTERO	21.517	2,48%
TUCUMÁN	37.848	2,63%
TIERRA DEL FUEGO	6.711	5,5%
TOTAL	722.942	1,8%

Fuente: elaboración propia en base a Censo 2010

4.2 El subsector privado

El subsector privado está conformado por más de 600 de Entidades de Medicina Prepaga (EMP) que atienden a más de 2.029.716 afiliados directos y 4.192.827 beneficiarios provenientes de la seguridad social (Censo 2010). El financiamiento de este subsector proviene de las cuotas de los beneficiarios directos que contratan planes de salud y, en el caso de los afiliados que provienen de la seguridad social, de los aportes y contribuciones que son transferidos desde las Obras Sociales. A su vez conforman este espacio los prestadores de servicios médico-asistenciales, los

laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias, centros de diagnóstico e instituciones privadas responsables de la formación de recursos humanos.

En relación a la regulación de este componente, en 1997 la Ley 24.754 obliga a estas entidades a cubrir, como mínimo, con las prestaciones obligatorias dispuestas para las Obras Sociales.

Posteriormente, en 2011, La ley N°26.682 y los Decretos 1991/2012 y 1993/2012 regulan de manera más detallada la actividad de este subsector, comprendiendo a las empresas de medicina privada, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarias por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en la Ley 23.660 y 23.661, como así también se incluye a las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto total o parcial consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios.

Entre los aspectos que regula la ley, se destacan los siguientes puntos:

- Prestaciones: las entidades quedan obligadas a cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico-asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- Contratos: los modelos de contrato deben ser autorizados por la autoridad de aplicación, pudiendo los usuarios rescindirlo en cualquier momento y sin penalidad alguna. Asimismo se establece que no se pueden incluir períodos de carencia o espera en los contratos de afiliados para todas aquellas prestaciones incluidas en el PMO
- Edad y Preexistencias: no se puede rechazar a nadie por edad ni por preexistencia. Adicionalmente, a los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura, no se les puede aplicar aumento de cuota en razón de su edad.
- Aumentos: el Gobierno es quien autoriza el aumento de cuota de los planes
- Información: se obliga a presentar ante la Autoridad de Aplicación información demográfica, epidemiológica, prestaciones y económico-financiera.

La ley prevé la creación de un Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP) que está actualmente en proceso de elaboración. Se estima que existen más de 600 entidades que desarrollan sus actividades en todo el territorio nacional.

En relación con el componente privado prestador, se estima que existen cerca de 12 mil establecimientos, con y sin internación, de diagnóstico y tratamiento, especializados en maternidad, pediatría, salud mental y en tercera edad (MSAL, 2015). Existen distintos tipos de

establecimientos, algunos originados como ampliaciones de la práctica de uno o más profesionales de los grandes sanatorios que funcionan como empresas de salud destinadas a las poblaciones de mayores ingresos, en particular en las grandes ciudades (PNUD, 2011 de Mera y Bello, 2003). En la actualidad cada prestador contrata libremente con los financiadores.

4.3 El INSSJyP – Cobertura de los adultos pasivos

El INSSJyP (ex PAMI) brinda cobertura única social, universal y obligatoria a los adultos mayores jubilados y pensionados.

La cobertura de prestaciones médicas para los jubilados fue institucionalizada a partir de la Ley Nº19.032 de 1971, con la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El objetivo principal del instituto consiste en brindar prestaciones médico asistenciales a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, destinadas al fomento, protección y recuperación de la salud. Asimismo se incorpora la prestación de otros servicios destinados a la promoción y a la asistencia social de los afiliados.

En cuanto a los beneficiarios, se incluyen a los titulares de un beneficio de jubilación o pensión, veteranos de guerra, los mayores de 70 años y los familiares a cargo. Sin embargo, a partir de 1995 (Decreto Nº2992/95) se permite a los beneficiarios de PAMI, jubilados y pensionados y sus grupos familiares a optar por otro Agente del Seguro de Salud entre los que se inscriban en el Registro de receptores de beneficiarios jubilados y pensionados, y a partir de allí se establecen los valores a transferir mensualmente por beneficiario, al agente seleccionado. A continuación se presenta la evolución de la cápita transferida por el INSSJyP:

Cuadro 3: Valores de transferencia por beneficiarios del INSSJyP a las OS

En pesos corrientes

	1995	2004	2006	2007	2008	2010	2011-2015
65 años y más	36						
40 a 59 años	19						
menos de 40 años	12						
Sin discriminar edad		51,5	61,4	81,0	91,5	148,0	192,0

Fuente: Decreto 292/1995 y Resolución Conjunta 128/2010; 274/2010 y 428/2010 y Resolución conjunta 705/2012, 1047/2012 y 1941/2012

Cabe destacar al respecto que en 2012 el valor de la cápita transferida por el Instituto, quedó atado al valor establecido en la matriz de ajuste por riesgo del Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales, tal como se indica en la Resolución Conjunta Nº705/2012, 1047/2012 y 1941/2012 cuya última actualización refiere al año 2011 (Decreto 488/2011).

En relación al financiamiento del INSSJyP, los recursos provienen actualmente de los aportes (3%) y contribuciones (6%) de la remuneración de los trabajadores formales activos, de los aportes de los pasivos (3%-6%) según el monto de los haberes percibidos y de otros ingresos tal como queda especificado en el artículo 8º de la Ley Nº19.032 actualizada:

a) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), tengan o no grupo familiar calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario, equivalente al tres por ciento (3%) hasta el importe del haber mínimo y al seis por ciento (6%) sobre lo que excede dicho monto.

b) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (Ex Caja de Jubilaciones para Trabajadores Autónomos), y SIJP (Ex Trabajadores Autónomos), tengan o no grupo familiar, del seis por ciento (6%) calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario.

c) El aporte de los trabajadores autónomos en actividad del cinco por ciento (5%) del monto que corresponda a su categoría conforme a las disposiciones de la Ley Nº 24.241.

d) El aporte del personal en actividad comprendido en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones consistente en el tres por ciento (3%) de su remuneración conforme a las disposiciones de la Ley Nº 24.241.

e) La contribución de los empleadores comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, consistente en el dos por ciento (2%) de las remuneraciones que deban abonar a sus trabajadores.

f) El aporte que el Poder Ejecutivo nacional fije para los afiliados a que se refiere el art. 4º de la presente ley, importe que no será inferior al promedio por cápita que el Instituto erogue por afiliado y familiares a cargo.

g) El producido de los aranceles que cobre por los servicios que preste.

- h) Las donaciones, legados y subsidios que reciba.
- i) Los intereses y las rentas de los bienes que integran ese patrimonio y el producido de la venta de esos bienes.
- j) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.
- k) Los aportes del Tesoro que determina la Ley de Presupuesto Nacional por cada período anual.

Actualmente atiende a cerca de 4.600.000 afiliados y más de 650 oficinas de atención en todo el territorio nacional.

4.4 Las Obras Sociales

El subsector de las Obras Sociales incluye las Obras Sociales Provinciales (OSP) y las Obras Sociales Nacionales (OSN).

En relación a las Obras Sociales Provinciales, se estima que comprenden a 5,5 millones de beneficiarios. Estas entidades agrupan a los empleados estatales de cada provincia y a los jubilados de cajas provinciales (excepto aquellas provincias que han transferido la atención de sus jubilados al INSSJyP al momento de transferir su Caja Provincial)

En cuando al financiamiento, estas entidades presentan realidades sumamente heterogéneas, ya que son un reflejo del desarrollo de las distintas jurisdicciones en las que actúan. En términos generales, sus recursos provienen del aporte de los afiliados y contribuciones del Estado provincial correspondiente, que en la mayoría de los casos se ubica en torno a los rangos de 3-5% y el 4-6% respectivamente. También brindan atención a los jubilados y pensionados (con aportes del 1% a 6,4%), mientras que existen casos en los que se presta cobertura a los empleados municipales, docentes del sector privado y personal de las Universidades Nacionales, mediante convenios de adhesión. Además cuentan con la posibilidad de incorporar afiliados voluntarios (PNUD; 2011).

En lo que respecta a las Obras Sociales Nacionales, son las instituciones que ofrecen la mayor cobertura de salud, en comparación al resto de los actores del sistema, y son financiadas principalmente con aportes y contribuciones sobre la nómina salarial. El análisis de este subsector será abordado a lo largo de todo el documento.

Cuadro 4: Subsectores del sistema de salud: cobertura, gasto y acceso

4. a Cobertura y gasto

SUBSECTOR	ENTIDAD	BENEFICIARIOS	COBERTURA	GASTO en %PIB
Privado	Ent. Med. Prepaga ⁽¹⁾	2.029.716	5,1%	2,6%
Seguridad Social	Obras Sociales ⁽²⁾	18.461.449	46,5%	2,5%
	INSSJyP	4.142.342	10,4%	0,9%
Público 100%		39.671.131	37,9%	2,2%
			100,0%	8,2%

Notas: (1) incluye sólo afiliación voluntaria

(2) incluye Obras Sociales Provinciales

Fuente: elaboración propia sobre la base del Censo 2010 y OIT 2014

4. b Tipo de cobertura por quintil

Tipo de cobertura de salud					
Quintiles de IPCF	Total	PAMI / PROFE	Obra social	Seguros privados	Hospital público
1° quintil	100,0	6,4	29,6	3,0	3,0
2° quintil	100,0	11,1	46,6	2,4	2,4
3° quintil	100,0	16,8	56,0	3,7	3,7
4° quintil	100,0	15,7	63,2	5,8	5,8
5° quintil	100,0	13,8	72,0	7,5	7,5

4. c Acceso

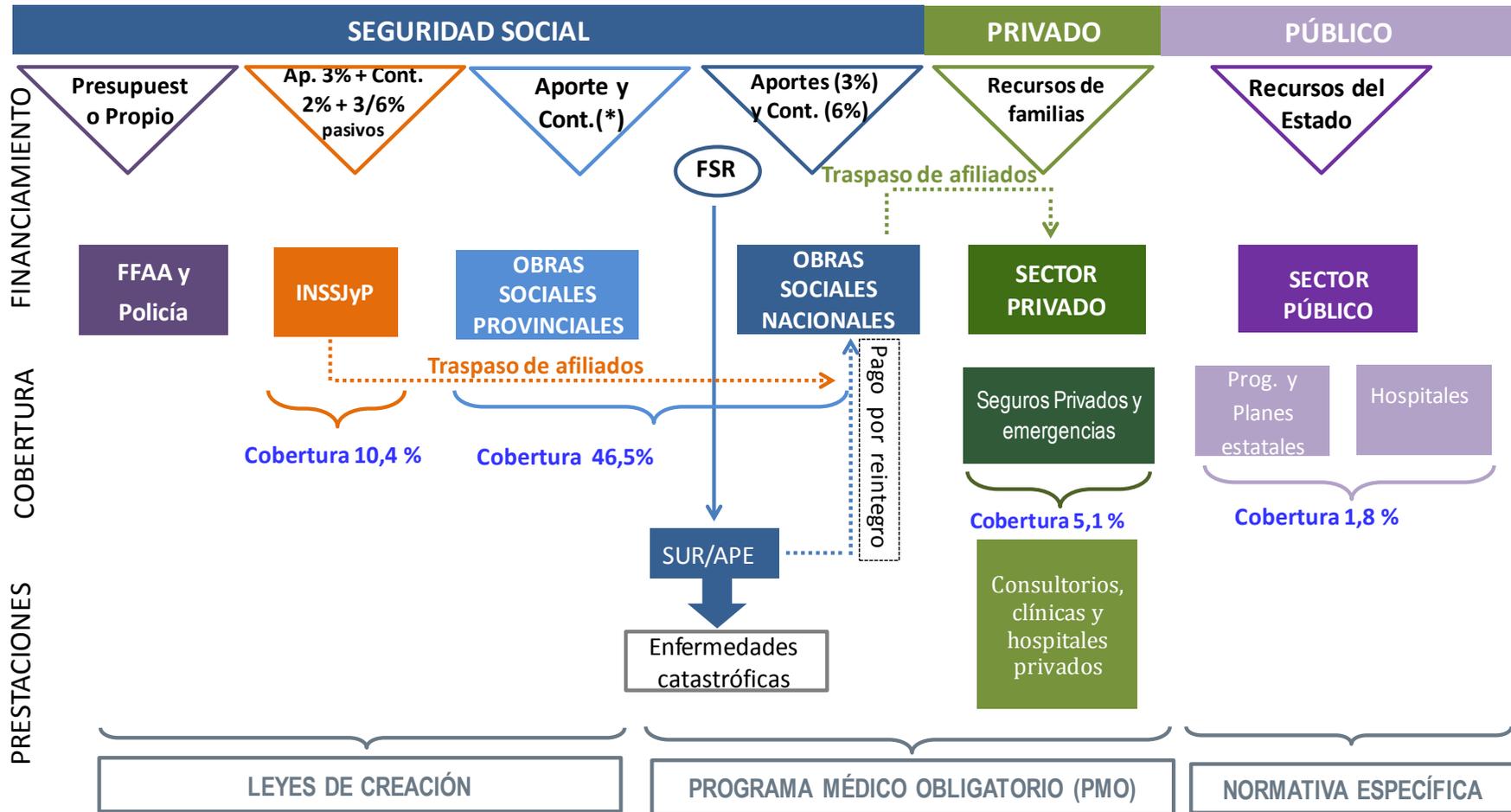
ACCESO: Modalidad de acceder a los medicamentos						
	Total (1)	Entrega gratuita	Compra		Otra modalidad	Otra modalidad (2)
			Con descuento	Sin descuento		
Total	100	21,8	53,5	23,3	1,3	
Quintiles de IPCF						
1° quintil	100	40,6	24,2	33,9	1,3	**
2° quintil	100	26,5	42,9	29,2	1,3	**
3° quintil	100	16,2	60,9	21,3	1,6	**
4° quintil	100	12,3	68,3	18,8	0,6	**
5° quintil	100	10,9	75,8	10,8	2,5	**

Notas: (1) Se excluyen los casos sin respuesta en consulta al médico, al odontólogo y al oftalmólogo. (2) Incluye las categorías "Lo tenía en casa", "Los reemplazó por remedios caseros" y "Ns/Nc".

**Coeficiente de variación mayor a 25%.

Fuente: MTEySS, SSPTyEL. ENAPROSS 2011.

Figura 4: Sistema de Salud en Argentina



Fuente: elaboración propia

(*)La alícuota de aportes y contribuciones que se descuenta para las Obras Sociales Provinciales, varía por jurisdicción

A nivel país, es posible conocer indicadores de oferta de servicios a nivel provincial.

Cuadro 5: Médicos, enfermeros y camas en establecimientos con internación
Por jurisdicción

PROVINCIA	Médicos x 1000	Enfermeros x 1000	Camas Est. con internación(c/1000)
CABA	41,83	36,10	7,24
BUENOS AIRES	0,49	s/d	3,72
CATAMARCA	2,73	3,30	5,18
CORDOBA	5,40	2,53	4,21
CORRIENTES	5,44	4,77	3,69
CHACO	5,04	5,17	3,53
CHUBUT	3,86	4,74	3,70
ENTRE RIOS	5,02	4,98	4,00
FORMOSA	3,34	1,67	4,13
JUJUY	2,75	3,19	3,46
LA PAMPA	3,30	4,78	3,86
LA RIOJA	4,22	3,13	4,72
MENDOZA	4,26	2,71	2,97
MISIONES	2,52	1,83	2,98
NEUQUÉN	7,36	7,43	3,31
RIO NEGRO	7,72	6,80	3,12
SALTA	2,51	s/d	3,38
SAN JUAN	5,31	4,12	3,06
SAN LUIS	3,90	2,88	2,82
SANTA CRUZ	4,27	8,91	3,48
SANTA FE	4,96	1,03	3,28
SANTIAGO DEL ESTERO	2,42	6,04	3,97
TUCUMÁN	4,97	4,91	3,40
TIERRA DEL FUEGO	6,74	4,39	2,83
TOTAL	5,66	4,39	3,90

Fuente: elaboración propia en base a SISA 2013
s/d: sin dato

5. Desempeño de las Obras Sociales Nacionales

La configuración del actual Sistema de Obras Sociales Nacionales es el resultado de la combinación de diferentes políticas que se implementaron a lo largo del tiempo.

Actualmente las Obras Sociales son las instituciones que ofrecen la mayor cobertura de salud, en comparación al resto de los actores del sistema. En efecto, existen un total de 285 entidades que brindan servicios de salud a más de 14 millones de personas en todo el territorio nacional.

Sin embargo, en la década de los noventa⁸, muchos beneficiarios optaron por afiliarse a Obras Sociales que permitían acceder a la prestación de servicios por parte de Entidades de Medicina Prepaga. Este fenómeno, denominado “descreme”, implicó también la pérdida de recursos de la seguridad social y atentó contra la solidaridad del sistema. En la actualidad se calcula que más de 4 millones de afiliados de Obras Sociales acceden a las prestaciones de las Entidades de Medicina Prepaga.

Gráfico 1: Afiliados a Obras Sociales



Fuente: Censo 2010

⁸ Decreto N°9/1993

5.1 Cobertura

Los datos del Censo 2010 indican que el 46% de la población –incluyendo los afiliados al INSSJyP– tiene cobertura de Obras Sociales, que representa a 18 millones de beneficiarios.

La tendencia creciente en la población beneficiaria de las Obras Sociales se vincula al incremento experimentado en el empleo registrado asalariado durante la última década, tal como se analiza más adelante.

Si bien la cantidad de beneficiarios alcanzados por el sistema de Obras Sociales Nacionales muestra una evolución creciente, la cantidad de entidades del sistema se mantuvo relativamente estable a lo largo del período analizado.

En efecto, se observa que mientras que en 1994 existían 312 obras sociales nacionales, actualmente se registran 285, con preponderancia de las obras sociales sindicales que representan más del 70% del total.

Cuadro 6: Evolución de cantidad de Obras Sociales. 1994 a 2013

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Obras Sociales⁽¹⁾	312	281	281	281	276	275	202	s/d	285	271
Sindicales	231	216	216	216	215	205	202	-	209	196
Personal de dirección	24	24	24	24	23	23	24	-	25	24
Administración mixta (2)	11	6	6	6	6	1	s/d	-	2	2
Resto	46	35	35	35	32	46	62	-	49	49

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Obras Sociales	276	290	287	288	283	287	292	290	289	285
Sindicales	199	205	205	205	206	206	207	207	207	208
Personal de dirección	25	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Administración mixta (2)	2	2	2	2	1	3	3	1	1	1
Resto	50	56	53	53	49	51	55	55	54	49

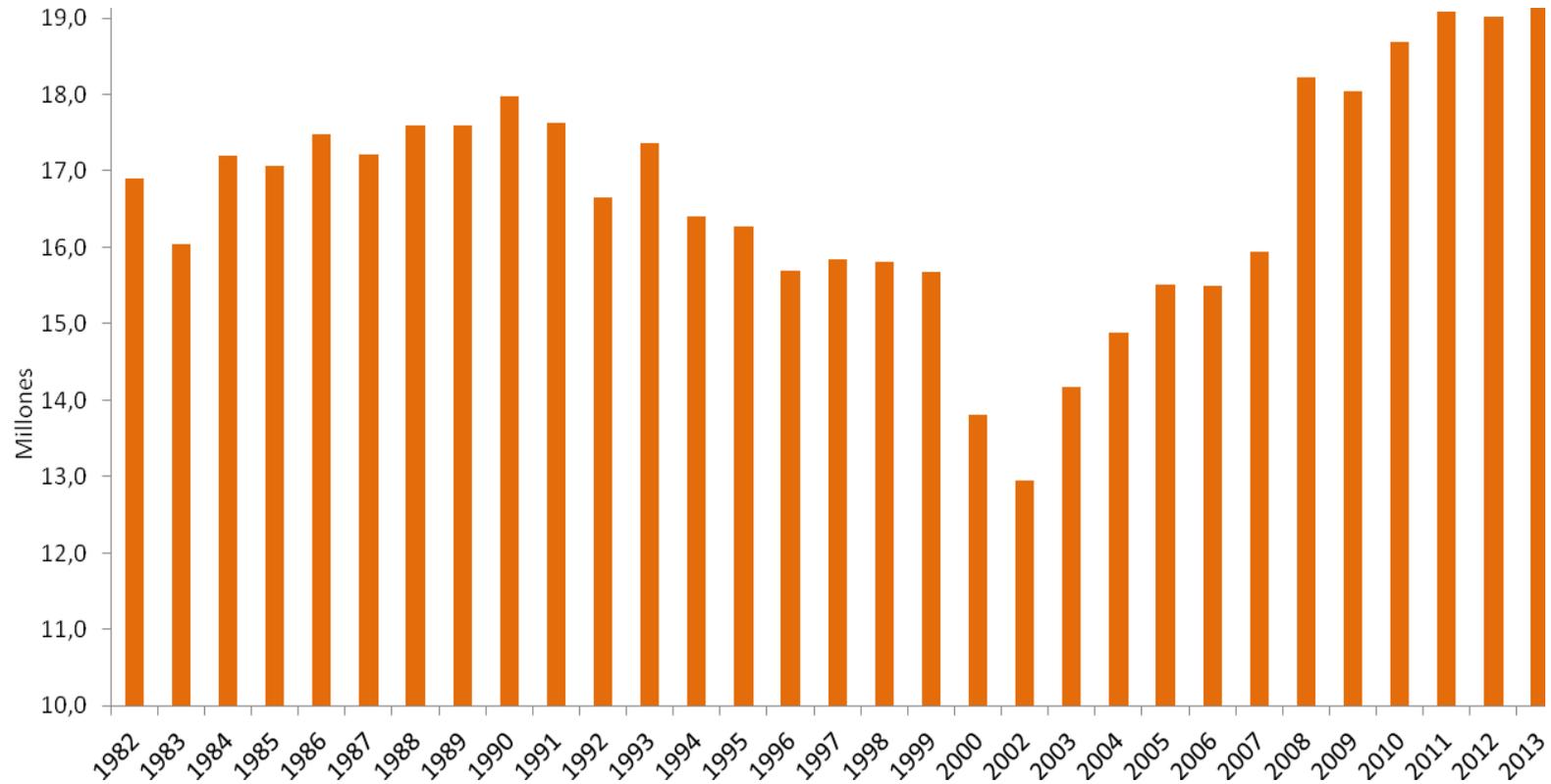
(1) En estos totales no están incluidos los ADOS -Asociaciones de Obras Sociales.

(2) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y otras menores.

Fuente: Anuario Estadísticos de la República Argentina (INDEC)

La tendencia creciente en la población cubierta, se acentúa especialmente luego de la crisis de 2001-2002, llegando a cubrir actualmente a más de 14 millones de beneficiarios distribuidos en todo el territorio nacional. Si se consideran los afiliados al INSSJyP, la población cubierta en 2013 supera los 19 millones de personas, principalmente afiliadas a Obras Sociales Sindicales.

Gráfico 2: Evolución de afiliados. 1982 a 2013



Fuente: Anuarios de Estadísticas de la República Argentina (INDEC)

Cuadro 7: Evolución de afiliados, por naturaleza institucional de OS. 1982 a 2013

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Total(1)	16.902.728	16.032.580	17.199.022	17.067.994	17.482.046	17.222.768	17.603.059	17.591.844	17.973.986	17.626.307
Sindicales	6.613.996	5.773.235	6.420.750	6.254.826	6.588.391	6.872.434	6.888.962	7.024.287	7.099.792	7.319.024
Estatales	682.720	550.635	732.025	737.352	735.225	723.621	744.725	764.555	763.512	522.968
Por convenio	214.024	221.341	240.662	234.737	239.462	236.658	234.810	233.635	216.143	92.855
Personal de dirección	762.298	722.231	817.918	841.126	903.217	836.495	936.039	979.200	964.081	940.145
Adm. mixta (2)	8.519.006	8.662.306	8.876.006	8.876.006	8.891.316	8.427.140	8.653.732	8.443.965	8.784.297	8.612.145
Por adhesión (3)	40.341	32.281	32.039	43.366	40.318	39.347	57.881	59.321	60.740	47.899
Ley Nº 21.476 (4)	47.976	49.087	55.455	55.813	57.264	58.480	59.377	60.073	60.367	60.176
De empresas (5)	22.367	21.464	24.167	24.768	26.853	28.593	27.533	26.808	25.054	26.628
Especiales (6)										4.467
Agentes seguro										
De otra naturaleza										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total(1)	16.660.156	17.369.191	16.401.408	16.270.660	15.693.124	15.842.245	15.810.560	15.673.223	13.807.884	s/d
Sindicales	7.585.003	8.031.908	6.699.849	9.508.330	9.397.069	9.351.876	9.333.172	9.205.331	8.749.214	-
Estatales	354.889	225.042	133.354	118.184	89.566	85.571	85.400	70.222	71.259	-
Por convenio	46.159	88.609	53.120	72.711	80.260	149.507	149.208	128.676	111.785	-
Personal de dirección	579.358	965.431	1.146.629	1.154.407	1.138.303	1.285.342	1.282.771	489.926	1.146.435	-
Adm. mixta (2)	7.973.358	7.933.218	8.291.224	5.284.278	4.018.917	4.018.917	4.010.879	4.002.857		-
Por adhesión (3)	45.723	47.795	29.639	51.057	36.765	32.605	32.540	53.112	23.339	-
Ley Nº 21.476 (4)	41.232	42.505	4.267	36.476	3.880	3.759	3.751	618.432	75.290	-
De empresas (5)	29.862	29.862	30.505	23.611	22.735	26.728	26.675	19.654	15.560	-
Especiales (6)	4.572	4.821	6.175	7.249	905.629	767.780	766.244	988.022	3.544.284	
Agentes seguro			6.646	14.357		17.237	17.203			
De otra naturaleza	16.660.156	8.031.908	6.699.849	9.508.330		102.923	102.717	96.991	70.718	

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total(1)	12.955.399	14.175.892	14.882.140	15.514.299	15.502.139	15.943.256	18.231.181	18.038.092	18.685.052	19.080.396
Sindicales	8.694.251	9.422.020	10.247.704	10.916.326	10.558.787	10.074.014	12.459.359	12.498.013	12.280.785	12.492.011
Estatales	30.970	31.078	27.804	27.694	22.390	16.438	16.830	14.437	11.460	11.582
Por convenio	63.585	54.756	22.727	67.541	58.080	42.729	18.814	18.663	19.927	19.769
Personal de dirección	760.300	748.386	916.015	922.595	979.900	952.103	1.038.416	1.038.651	1.000.902	997.936
Adm. mixta (2)	3.059.648	2.986.915	2.727.367	2.566.356	2.821.863	3.789.726	3.503.292	3.270.739	4.133.283	4.306.591
Por adhesión (3)	24.623	23.942	25.420	28.407	29.714	28.750	29.089	29.896	30.329	24.524
Ley Nº 21.476 (4)	19.673	19.014	18.179	17.339	16.716	15.341	22.495	21.887	23.873	22.782
De empresas (5)	6.523	6.726	6.450	6.874	9.516	11.049	15.814	15.643	15.558	18.740
Especiales (6)										
Agentes seguro										
De otra naturaleza	295.826	883.505	890.474	961.171	1.005.173	1.013.106	1.127.072	1.130.163	1.168.935	1.186.461
	2012	2013								
Total (1)	19.019.801	19.146.003								
Sindicales	12.399.151	12.425.724								
Estatales	9.301	9.324								
Por convenio	19.438	20.726								
Personal de dirección	992.978	1.012.760								
Adm. mixta (2)	4.312.990	4.317.374								
Por adhesión (3)	23.216	23.133								
Ley Nº 21.476 (4)	23.055	22.644								
De empresas (5)	20.683	21.548								
Especiales (6)										
Agentes seguro										
De otra naturaleza	1.218.989	1.292.770								

(1) En estos totales no están incluidos los ADOS -Asociaciones de Obras Sociales-.

(2) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y otras menores.

(3) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

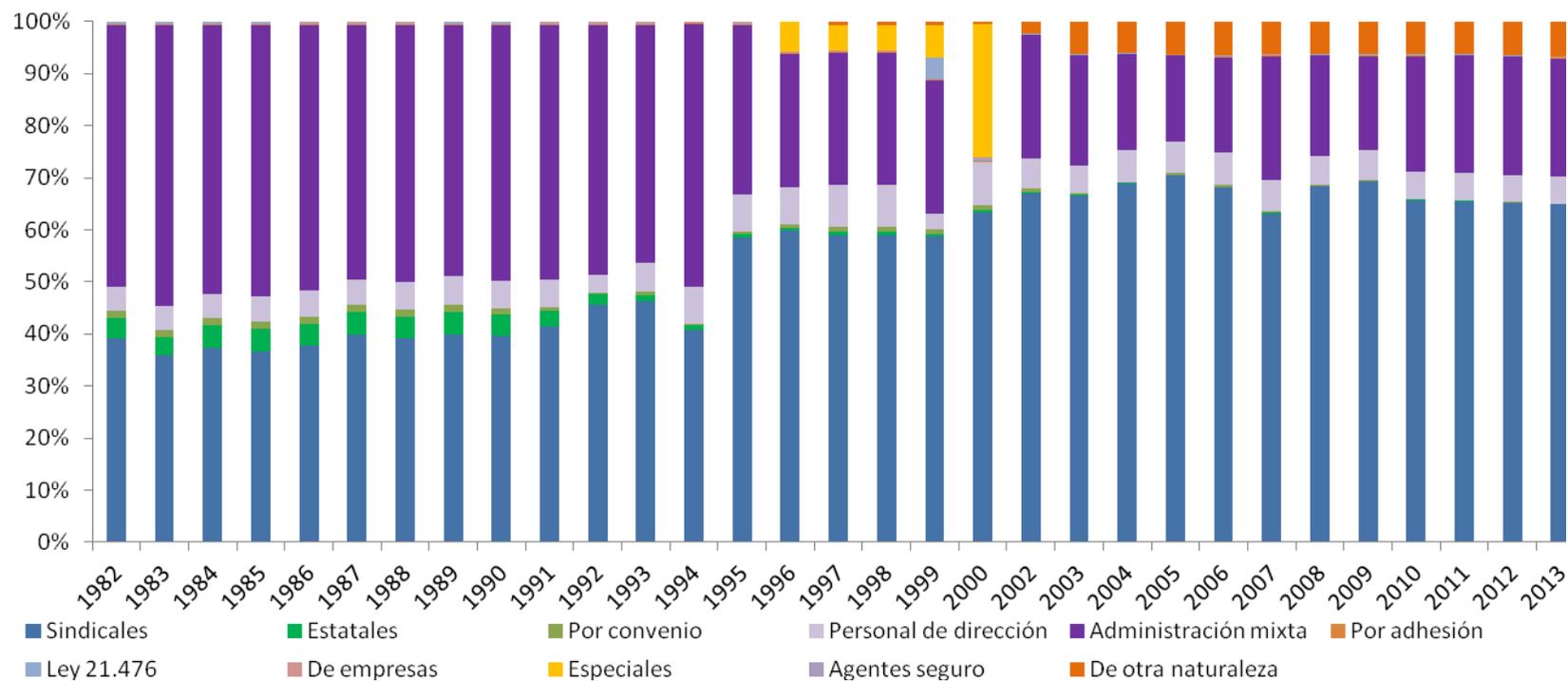
(4) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).

(5) Corresponde a una sola empresa.

(6) Autorizadas a funcionar por cumplir con los requisitos de la Ley Nº23.660, art. 1º, inciso h

Gráfico 3: Estructura % de los afiliados, por naturaleza de la Obra Social. 1982 a 2013

En %



Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos de INDEC

REGÍMENES ESPECIALES

Casas Particulares (ex Servicio Doméstico)

El origen del régimen de los trabajadores de casas particulares data del año 1956, mediante el Decreto Ley Nº 326/56 en el que se reconocen una serie de derechos con los que debía contar el personal empleado en casas particulares. Sin embargo, si bien dicha normativa establece derechos jubilatorios y otros, excluye la cobertura de salud. En el año 1999 se sanciona la Ley Nº25.239, en la cual se instituye -entre otras cosas- el Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, de carácter obligatorio para los empleados que brinden servicios dentro de la vivienda doméstica. En este marco, se establecen la Prestación Básica Universal, el Retiro por invalidez o pensión por fallecimiento, el Programa Médico Obligatorio para el titular y el grupo familiar –siempre y cuando se ingrese un aporte adicional- y Cobertura Médico asistencial para jubilados y pensionados por medio del INSSJyP. En dicha normativa se establecieron los montos de aportes y contribuciones obligatorios, previstos en su artículo 3º.

HS. SEMANALES TRABAJADAS	APORTES	CONTRIBUCIONES
6 o más	\$8	\$12
12 o más	\$15	\$24
16 o más	\$20	\$35

En términos de acceso a los beneficios, se establece que para recibir la Prestación Básica Universal y el Retiro por invalidez o pensión por fallecimiento se debe ingresar por cada mes de servicio prestado al menos \$35 y para acceder al Programa Médico Obligatorio el aporte al Régimen Nacional de Salud debe ser como mínimo \$20, pudiendo el trabajador ingresar la diferencia. Asimismo se habilita la inclusión de su grupo familiar a la cobertura de salud, mediante un aporte de \$20 por cada miembro adicional.

En el año 2001, el Decreto Nº294 establece que todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud tienen derecho a recibir los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), incluida la Obra Social del Personal Auxiliar de Casas Particulares, pero sólo por sus trabajadores domésticos dependientes y no por aquellos comprendidos dentro del Régimen Especial establecido por la Ley 25.239. Sin embargo, en 2005 esta situación se modifica mediante el art. Nº17 del Título VII de la Ley Nº26.063.

En 2005 la Ley 26.063 (art. 17º del Título VII) indica que el Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico, queda sujeto a las previsiones del Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Ley 24.977 y sus modificatorias). De esta manera, se modifican

los montos de aportes y contribuciones, y queda establecido que un 10% de los primeros serían destinados al FSR.

Hasta el año 2010, los aportes del personal auxiliar de casas particulares destinados al Sistema Nacional de Seguros de Salud acompañaron las modificaciones previstas para el Régimen de Pequeños Contribuyentes. Pero a partir de enero de 2011, la Resolución Conjunta del Ministerio de Economía y del Ministerio de Salud N°883/2010 y N°2293/2010 respectivamente, establece una actualización de los valores que mensualmente se ingresan a partir de un esquema basado en el promedio ponderado de la Matriz de Ajuste por Riesgo por individuo.

Posteriormente, en abril de 2013, mediante la Resolución Conjunta N°110/2013 y 299/2013 del Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas Públicas respectivamente, se vuelven a igualar el valor de los aportes al Régimen Simplificado, (es decir, a los establecidos en el Régimen de Monotributo), elevándose a \$100 tanto para el titular como para su grupo familiar. Finalmente, la actualización más reciente se dio a partir de la Resolución de AFIP 3653/2014 en la que se eleva el monto a \$233,0.

Casas Particulares: Valores históricos de los Aportes a OS

Período	Titular			Adherente		
	Aporte al FSR	a OS		Aporte al FSR	a OS	
Hasta 2005	20,0		20,0	20,0	2,0	18,0
Entre 2005-2006	22,0	2,2	19,8	19,0	1,9	17,1
02/2006 a 03/2008	24,4	2,4	22,0	22,2	2,2	20,0
04/2008 a 11/2008	37,0	3,7	33,3	33,3	3,1	27,9
12/2008 a 12/2010	46,8	4,7	42,1	39,1	3,9	35,1
01/2011 a 04/2013	60,0	6,0	54,0	60,0	6,0	54,0
05/2013 a 08/2014	100,0	10,0	90,0	100,0	10,0	90,0
09/2014 a actualidad	233,0	23,3	209,7	233,0	23,3	209,7

Fuente: elaboración propia en base a AFIP

En relación a las prestaciones, la Ley N° 26.844 sancionada en Marzo de 2013 introduce importantes modificaciones al Decreto-Ley de 1956. Entre los derechos que se incluyen o modifican, se encuentran la licencia por maternidad, vacaciones pagas, aguinaldo, indemnización por despido sin causa y la limitación de la jornada de trabajo a 8 horas diarias (o 48 semanales) para los trabajadores mayores a 18 años y de 6 horas diarias (36 horas semanales) para aquellos que tengan entre 16 y 18 años.

En términos de población involucrada, la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (INDEC, 2013) permite estimar el total de personal auxiliar de casas particulares. Según esta encuesta, en dicho año existían aproximadamente 1.192.762 personas empleadas en casas particulares, incluyendo

“obligados” y “no obligados”⁹a aportar (aproximadamente 89% “obligados” y 11% correspondiente a los “no obligados”). Dentro de los primeros, 223.764 tenían descuento jubilatorio y 220.622 tenían cobertura de salud.

Monotributo

En 1998 se crea el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes mediante la Ley N°24.977, con el objetivo de constituir un único tributo para los pequeños contribuyentes, estableciendo un régimen integrado y simplificado, relativo a los impuestos a las ganancias y al valor agregado y al sistema previsional. A estos fines, se definen “pequeños contribuyentes” a las personas físicas que realicen venta de cosas muebles, locaciones y/o prestaciones de servicios, incluida la actividad primaria, los integrantes de cooperativas de trabajo y las sucesiones indivisas, que no registren en los últimos doce meses inmediatos anteriores a la fecha de adhesión ingresos brutos mayores a la suma de \$ 144.000 o \$36.000 en el caso de profesionales. La ley establece ocho categorías en función a los ingresos brutos, la actividad, cantidad de empleados, consumo de energía eléctrica, superficie afectada y el monto de alquileres devengados. El aporte que se realiza a la Obra Social no depende de la categoría y actualmente alcanza los \$323.

En 1999, la Ley N°25.239, en su Título XVII modifica el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes, incorporando a las personas físicas integrantes de cooperativas de trabajo, modificando la cantidad de empleados por categoría, entre otras cuestiones. Asimismo se establecen las cotizaciones a ingresar.

En relación a los derechos establecidos, se incluye la prestación básica universal, el retiro por invalidez o pensión por fallecimiento, el PMO para titular y familiares en el caso que corresponda, la prestación que corresponda del Régimen de Capitalización o la Prestación Adicional por Permanencia en caso de que se haya decidido realizar un aporte voluntario y cobertura médico asistencial del INSSJyP.

En 2003, la Ley N° 25.865 cambió las categorías de los contribuyentes según el tipo de actividad desarrollada o el origen de sus ingresos y modificó los parámetros de categorización. También aumentó la frecuencia de re-categorización (de anual a cuatrimestral) y creó la figura de contribuyente eventual, que comprende a aquellos que desarrollen una actividad en forma ocasional y cuyos ingresos anuales no superen el límite establecido por la normativa.

⁹Los “no obligados” comprenden a menores de 18 años y personas que trabajan menos de 6 horas a la semana

A su vez eliminó del concepto de pequeño contribuyente a los empleadores, debiendo estos últimos ingresar los aportes y contribuciones por sus trabajadores dependientes conforme lo establece el Régimen General

Monotributo: Valores históricos de los Aportes a OS

Período	Titular			Adherente		
	Aporte	al FSR	a OS	Aporte	al FSR	a OS
Hasta el 01/04/2008	24,44	2,44	22,00	22,22	2,44	19,78
01/04/2008 a 01/12/2008	37,00	3,70	33,30	31,00	3,70	27,30
31/12/2008 a 31/12/2009	46,75	4,68	42,08	39,00	4,68	34,30
01/01/2010 a 30/06/2012	70,00	7,00	63,00	70,00	7,00	63,00
01/07/2012 a 31/10/2013	100,00	10,00	90,00	100,00	10,00	90,00
01/11/2013 a 31/08/2014	146,00	14,60	131,40	146,00	14,60	131,40
01/09/2014 a 30/06/2015	233,00	23,30	209,70	233,00	23,30	209,70
01/07/2015	323,0	32,30	290,70	323,00	32,3	290,70

Fuente: elaboración propia en base a AFIP

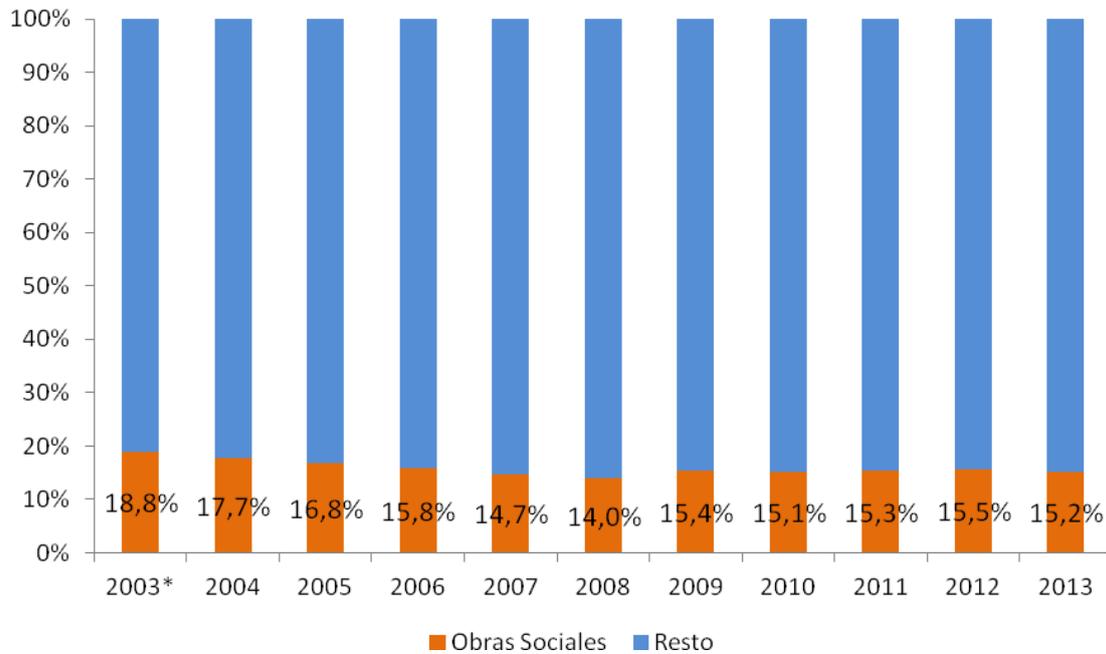
5.2 Recursos

La principal fuente de financiamiento de las Obras Sociales Nacionales proviene de los aportes y contribuciones sobre la nómina salarial. Actualmente, la ley establece una contribución patronal de 6% y un aporte personal de 3% sobre la remuneración de los trabajadores en relación de dependencia. Adicionalmente perciben otros recursos, correspondientes a ingresos de otros regímenes especiales (Monotributo, Personal Auxiliar de Casas Particulares, Jubilados), cuotas diferenciales para planes suplementarios, pago de beneficiarios voluntarios o adherentes, copagos, entre otros. Una tercera fuente de financiamiento son los recursos que reciben del Fondo Solidario de Redistribución (FSR).

En lo referido al cálculo de aportes y contribuciones, se introdujeron modificaciones a lo largo del tiempo, que impactaron en la masa de recursos que perciben las Obras Sociales. Entre las principales medidas se destaca la modificación de bases imponibles mínima y máxima para el cálculo de aportes y contribuciones destinados a las Obras Sociales. En este sentido, uno de los cambios más importantes fue la eliminación del límite máximo de las contribuciones a partir de noviembre de 2008 y las modificaciones en el Régimen Especial para empleados del Servicio Doméstico, cuyos aportes se fueron incrementando con el tiempo en paralelo a las modificaciones de los pequeños contribuyentes adheridos al Régimen Simplificado (Ver Anexo B. Cuadro B.3).

En términos de montos ingresados al sistema, los datos disponibles en AFIP permiten analizar su evolución a partir del año 2003: por un lado se observa una tendencia estable en términos de su participación en el total de recursos de la Seguridad Social y creciente a lo largo del tiempo.

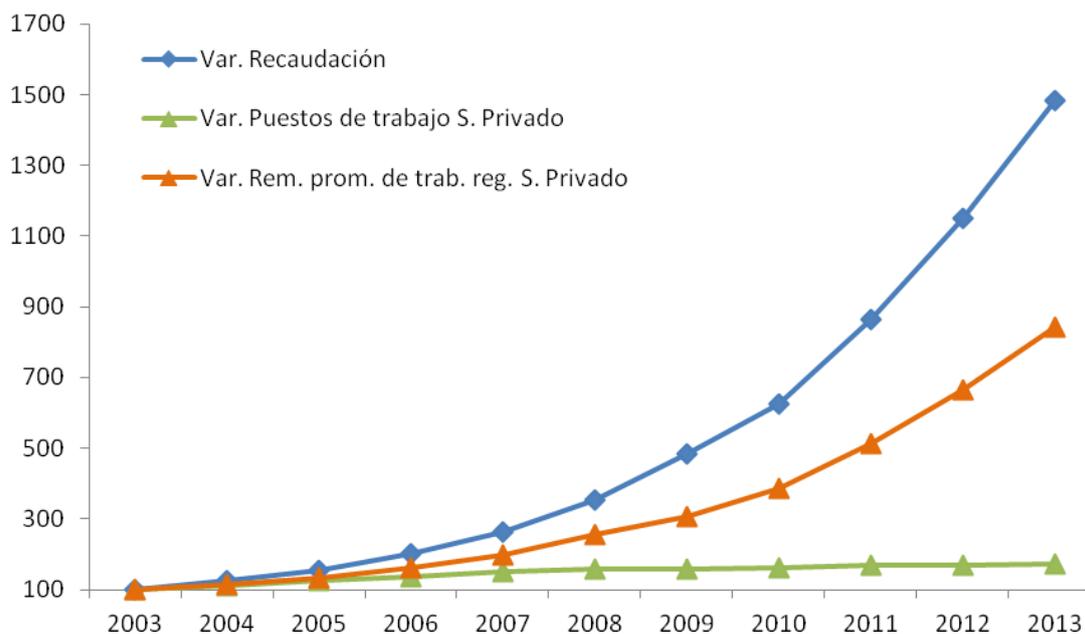
Gráfico 4: Recaudación de las Obras Sociales en el total de la Seg. Social. 2003-2013



Fuente: Elaboración propia en base a AFIP.

Gráfico 5: Variación de la recaudación de OS, de la Rem. promedio y var. puestos de trabajo del Sector Privado. 2003-2013

Base 2003 = 100



Fuente: Elaboración propia en base a AFIP y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

5.2.1 Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución

El mecanismo de distribución de los recursos del FSR a las Obras Sociales, presenta dos canales diferentes. Por un lado funciona como un reaseguro para cubrir enfermedades de alto costo y baja incidencia, a partir de reintegros otorgados por el Sistema único de Reintegros (SUR, ex-APE). Por otro lado, transfiere recursos a través de subsidios con un fin redistributivo.

Sistema Único de Reintegros (SUR)

En lo relativo al SUR, se trata de un sistema que brinda cobertura a patologías de alto costo y baja incidencia y discapacidad, mediante el otorgamiento de reintegros. Dicho sistema tiene como antecedente la Administración de Programas Especiales (APE), organismo anteriormente descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación, transferido por el Decreto 366/12 a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud. Su objetivo es implementar, reglamentar, administrar y entregar los recursos provenientes del FSR destinados a programas de prevención de patologías de alto impacto económico y que por sus características demanden una atención prolongada en el tiempo, patologías comúnmente conocidas como enfermedades catastróficas.

De esta manera se asegura a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud la atención de enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico, otorgando apoyo financiero a las obras sociales por dichas prestaciones así como por otras de largo tratamiento. En un principio el APE brindaba apoyos financieros bajo la forma de subsidios o reintegros pero la Resolución N°4806/2008 establece que todas las solicitudes de apoyo financiero deben ser presentadas con carácter de reintegro. Posteriormente, en 2012, se crea el SUR luego de haberse absorbido el APE, con el objetivo de agilizar el procedimiento de gestión de reintegros correspondientes a prestaciones básicas de discapacidad (Resolución 1511/2012 - Sistema Único de Reintegros por Prestaciones Otorgadas a Personas con Discapacidad), prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y aquellas relacionadas con las Tecnologías Sanitarias Emergentes (Resolución 1561/2012, Resolución 1048/2014 y Resolución 1709/2014).

Subsidios

El primer subsidio que utilizó recursos del FSR es el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), destinado a compensar a los beneficiarios de menores recursos.

En los últimos años se implementaron nuevos subsidios, que tienen como objetivo fortalecer a las Obras Sociales, compensar aquellas de menos de 5.000 afiliados que

presentan un menor nivel de ingreso per cápita y ayudar a grupos poblacionales considerados vulnerables.

A continuación se presentan los subsidios actualmente ejecutados y sus antecedentes normativos

Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO)

Este es el primer subsidio diseñado para financiar a los afiliados de menores recursos, cuyos aportes no alcanzan a cubrir una cotización mínima, determinada actualmente por una matriz de ajuste por riesgo.

La configuración de este subsidio es el resultado de la aplicación de distintas normativas que se detallan en el Cuadro B.4 del Anexo B.

El primer antecedente es el artículo 24 de la Ley N° 23.661 de 1989 en el cual se prevé el destino de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución. En su artículo 24º b), ítem 2 se indica que parte de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán distribuidos automáticamente entre los agentes con el fin de financiar a aquellos de menores ingresos: *“2.- Para su distribución automática entre los agentes en un porcentaje no menor al setenta por ciento (70%), deducidos los recursos correspondientes a los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL, con el fin de subsidiar a aquéllos que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria, según la reglamentación que establezca la ANSSAL”.*

Posteriormente, el Decreto N°576/93 modifica el destino de los fondos, otorgándose una porción de dichos recursos *“a las obras sociales cuyo promedio de ingresos en concepto de aportes y contribuciones sea menor al módulo básico sobre la base de padrones actualizados reconocidos por la ANSAL y los recursos disponibles”* (artículo 24).

Este artículo es modificado por el Decreto N°292/95, que cual establece una cotización mínima por afiliado titular de \$30 que será compensada por el Fondo, sin alcanzar a las Obras Sociales de Dirección ni a las Asociaciones Profesionales de Empresarios.

Posteriormente se establece como cotización mínima \$40, mediante el Decreto 492/1995

En 2001, el monto a compensar por el FSR se reduce a \$20 por afiliado titular mediante el Decreto 1400/01.

Con la declaración de la Emergencia Sanitaria en 2002, la cotización mínima garantizada pasa a \$47 a los beneficiarios titulares, a partir de una remuneración base de 3 MOPRES (Decreto 1867/02).

En 2003, el Decreto 741/03, vuelve a los valores anteriores de cotización mínima mensual, de \$20 por beneficiario titular \$15 por integrante de grupo familiar, (artículo 1º), a partir de una remuneración mínima de 3 MOPRES.

En 2003, la Decisión Administrativa 51/2003 eleva la cotización mínima de los integrantes del grupo familiar a \$17.

En 2004 es elevada a \$22 la cotización mínima de los titulares y a \$20 la correspondiente a los integrantes del grupo familiar, mediante la Decisión Administrativa 281/2004.

Un cambio importante surge con el Decreto 1901/06 que modifica la lógica de distribución automática del FSR pasando de valores fijos a valores ajustados por una matriz de riesgo. Dicha norma decreta que los beneficiarios *“tendrán derecho a la Distribución por Ajuste de Riesgo de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en caso que los titulares de afiliación pertenezcan al Cuarenta por Ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar”*.

Para ello se establece una matriz de ajuste por riesgo y se transfieren recursos por grupo familiar, a partir de una remuneración base de quince MOPRES.

Queda así instaurado el SUBSIDIO AUTOMATICO NOMINATIVO DE OBRAS SOCIALES (SANO) que distribuye los recursos disponibles del FSR una vez descontados los recursos destinados a los gastos operativos de la Superintendencia y los destinados al SUR (Ex. APE). Asimismo y en caso de no ser suficientes, la norma estipula que la compensación se efectivizará hasta el total de recursos disponibles.

En 2006, la Resolución 854/2006 establece el mecanismo de cálculo del SANO y su procedimiento. Posteriormente, en 2007 la Resolución 102/2007 modifica el mecanismo de cálculo, de manera de garantizar que grupos familiares con iguales aportes queden incluidos en el subsidio, independientemente de que se supere el 40% de la población.

En 2008, la Resolución 1765/2008 actualiza los valores de la matriz.

GRUPO EDAD	VALOR ASIGNADO	
EDAD	MASCULINO	FEMENINO
0 a 14	28	28
15 a 49	44	52
50 a 64	52	52
65 en adelante	114,5	114,5

En 2010, el Decreto 330/10 actualiza los valores de la matriz y establece para el cálculo de los aportes y contribuciones el equivalente a 2 bases mínimas.

En 2011, el Decreto 488/2011 eleva la base mínima a 4 y actualiza nuevamente los valores de la matriz

En definitiva, la Matriz de Ajuste por Riesgo de 2006 es actualizada en tres oportunidades, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 8: Evolución de los valores de la matriz de ajuste por riesgo del SANO

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

Fuente: Elaboración propia

Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA)

Más recientemente, en 2012, se implementó un nuevo Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), destinado a fortalecer a las Obras Sociales del Sistema y compensar a aquellas con menos de 5.000 afiliados y de menor nivel de ingreso per cápita (Decreto 1609/2012). Este subsidio distribuye de manera automática alrededor del 6% del total de recaudación del sistema:

- a) Un 20% en partes iguales a todos los Agentes con más de 5.000 afiliados;

- b) Un 80% en forma directamente proporcional al número de afiliados de cada Agente;
- c) Los Agentes de menos de 5.000 afiliados, cuyo ingreso mensual promedio por afiliado resulte inferior al ingreso mensual promedio por afiliado de todo el sistema, reciben una compensación económica mensual que les permita alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema.

Se establecen, asimismo, un mínimo y un máximo en los fondos a distribuir de modo que el monto del subsidio que reciban los Agentes de más de 100.000 afiliados no puede ser menor al 1,5% del total de su recaudación por aportes y contribuciones ni superior al 8,5% de la misma.

SUMARTE y SUMA70

En línea con este último subsidio, mediante el Decreto 1368/2013, se implementaron dos nuevas políticas; el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para Regímenes de Trabajo Especial (SUMARTE), destinado a financiar a las Obras Sociales por sus trabajadores/as de Casas Particulares y el Subsidio para Mayores de setenta años (SUMA70), destinado a financiar una cápita por los afiliados mayores de 70 años de cada Obra Social.

El primero de ellos distribuye el 1,5% de la recaudación mensual correspondiente a los aportes y contribuciones del sistema por afiliado que se encuentre comprendido por el Régimen de Personal Auxiliar de Casas Particulares. En este caso, se incluye como requisito para el cobro del subsidio que, al momento de la liquidación del mismo, la Obra Social no posea reclamos pendientes por negativa de afiliación ante la autoridad de aplicación (artículo 6º de Decreto Nº1368/2013)

El SUMA70, por su parte, distribuye el 0,70% de la recaudación mensual correspondientes a los aportes y contribuciones, a cada afiliado mayor de 70 años.

5.3 Acceso

Desde su concepción, el Sistema Nacional de Obras Sociales incluye una modalidad de financiamiento solidario y el acceso equitativo a los servicios de salud a todos sus afiliados. Sin embargo, el tipo de inserción de cada persona al mercado de trabajo, el nivel de ingresos y la localización son variables que condicionan el servicio de salud que recibe cada beneficiario.

En este sentido, los resultados de la Encuesta Nacional de Protección Social (ENAPROSS) de 2011 indican que la cobertura pública absorbe la mayor parte del primer quintil, dando cuenta del hecho de que la población de menores recursos accede a la cobertura que ofrece el Estado a través de los hospitales públicos. A partir del segundo quintil, adquieren relevancia las Obras Sociales¹⁰, aunque en el caso del segundo quintil de manera compartida con la cobertura pública que absorbe casi el 40%. En relación a la cobertura de PAMI/PROFE, se observa un incremento en los quintiles centrales, mientras que los seguros privados que son utilizados por la menor parte de la población, su mayor presencia se observa en los quintiles cuarto y quinto. En este último caso, cabe mencionar que la reducida participación es acentuada debido a que los afiliados desregulados -aquellos que reciben atención de las Entidades de Medicina Privada a partir de la derivación de sus aportes- se incluyen dentro de las Obras Sociales.

Cuadro 9: Tipo Cobertura de salud, por quintil de IPCF.

Quintiles de IPCF	PAMI / PROFE	Obra social	Seguros privados	Hospital público	Total
1° quintil	6,4	29,6	3,0	61,1	100,0
2° quintil	11,1	46,6	2,4	39,9	100,0
3° quintil	16,8	56,0	3,7	23,5	100,0
4° quintil	15,7	63,2	5,8	15,3	100,0
5° quintil	13,8	72,0	7,5	6,7	100,0

Fuente: MTEySS – SSPTyEL – ENAPROSS 2011

Según esta misma encuesta (ENAPROSS, 2011), los resultados de acceso a los servicios que brindan las Obras Sociales indican que del total de la población afiliada, el 77,4% realizó alguna consulta médica durante el último año, y se explica principalmente por consultas de control, chequeo y prevención (63,9%). De ese total, el 87,7% se atendió en clínica, sanatorio, hospital privado u otros.

Cuadro 10: Población de OS que realizó una consulta médica en el último año

Jurisdicción	SI	NO	
CABA	83,8%	16,2%	100,0%
Córdoba	76,4%	23,6%	100,0%
Mendoza	78,9%	21,1%	100,0%
Buenos Aires	73,7%	26,3%	100,0%
Santa Fe	79,1%	20,9%	100,0%
Tucumán	67,1%	32,9%	100,0%
Total	77,4%	22,6%	100,0%
Motivo de consulta			
Control / chequeo / prevención			63,9%

¹⁰ Incluye Obras Sociales Provinciales

Enfermedad / lesión / dolor	28,9%
Tratamiento en curso	5,3%
Control de embarazo	1,4%
Otro motivo	0,6%
Total	100,0%
Lugar de consulta	
En Hospital público o Centro de Salud o Salita	11,3%
En clínica, sanatorio u hospital privados u otros	87,7%
En el domicilio o casa del paciente	1,0%
Total	100,0%

Fuente: MTEySS – SSPTyEL – ENAPROSS 2011

En relación a la realización de estudios o análisis por parte de los afiliados a las Obras Sociales, los resultados indican que de la población que realizó una consulta médica en el último año, el 57,6% recibió prescripción de algún estudio o análisis. El 95,2% de los afiliados que recibieron prescripción de análisis o estudios realizaron todos o alguno de ellos, y el 37,2% recibió un requerimiento de pago del estudio.

Cuadro 11: Población de OS con prescripción de estudios o análisis

Prescripción de estudios o análisis en la última consulta	
SI	57,6%
No	42,4%
Total	100,0%
Realización de estudios o análisis indicados	
Todos	92,1%
Algunos	3,1%
Ninguno	4,8%
Total	100,0%
Requerimiento de pago para la realización de los estudios	
SI	37,2%
No	62,8%
Total	100,0%

Fuente: MTEySS – SSPTyEL – ENAPROSS 2011

En relación al acceso a los medicamentos, se observa que más de 88% de los afiliados a Obras Sociales los compra, mientras que un 10,4% de la población los recibe mediante entrega gratuita.

La normativa vigente al respecto establece distintos descuentos para medicamentos en función a la patología atendida. Por su parte, la Resolución 310/2004 (y sus modificaciones¹¹) establece una cobertura del 70% a cargo de la obra social para los medicamentos destinados a patologías crónicas prevalentes, que requieren su empleo de modo permanente o recurrente. Para ello se determina un precio de referencia para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de los medicamentos que al efecto se determinen. Por su parte, existen otro grupo de medicamentos cuyo precio es cubierto en un 40% y en un 70% dependiendo de la patología. (Ver Anexo B. Cuadro B.5)

Asimismo existen convenios entre el Poder Ejecutivo Nacional y la Industria farmacéutica sobre el precio de un listado de 600 productos medicinales, que reduce el precio que abona el afiliado, PAP (precio abonado por el público).

Cuadro 12: Obtención de los medicamentos para los afiliados a OS

Modo de obtención de los medicamentos prescriptos	
Se los entregaron gratuitamente	10,4%
Los compró	88,1%
Otra forma	1,5%
Total	100,0%
Descuento obtenido en la compra de los medicamentos	
Sin descuento	20,2%
Hasta el 25%	13,1%
Más del 25% hasta el 40%	35,9%
Más del 40% hasta el 50%	20,8%
Más del 50% hasta el 70%	7,9%
Más del 70%	2,1%
Total	100,0%

Fuente: MTEySS – SSPTyEL – ENAPROSS 2011

5.4 Prestaciones

La normativa que originó el sistema estableció la necesidad de que se garantice una canasta de prestaciones. En efecto, el artículo 2° de la Ley N° 23.661 establece que *“El seguro tendrá como objetivo fundamental el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un*

¹¹ Resolución N°758/2004 y 82/2005.

criterio de justicia distributiva.”. En cuanto a la definición de un programa de prestaciones, el artículo N°28 indica que *“Los agentes del seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo a lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran”.*

El desarrollo de este programa de prestaciones actualizable y de cumplimiento obligado por los agentes del sistema, se cristaliza a partir del Decreto N°492/1995 que instituye el Programa Médico Obligatorio (PMO). Este decreto indica en su artículo N°1 que *“Los beneficiarios de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1 de la ley 23.660, tendrán derecho a recibir prestaciones médicas asistenciales que se establezcan en el programa médico asistencial que será aprobado por el Ministerio de Salud y Acción Social a través de la Secretaria de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria. Dicho programa se denominará Programa Médico Obligatorio (PMO) y será obligatorio para todos los Agentes arriba consignados”.* Adicionalmente este decreto crea una Comisión Técnica en el ámbito ministerial para su confección, coordinada por la ANSSAL. El PMO desarrollado por esta Comisión fue finalmente aprobado en 1996 por el Ministerio de Salud, y publicado mediante Resolución 247/1996. Dicho programa incluía un conjunto de prácticas y procedimientos, el desarrollo de actividades de atención primaria de salud, plan materno infantil, de prevención oncológica y de odontología, la atención en segundo nivel por especialidades y la internación, el diagnóstico y tratamiento de HIV, hemodiálisis, trasplantes y prótesis entre, otros. También establecía niveles fijos de coseguros en la atención, la cobertura al 40% de los medicamentos incluidos en vademécums confeccionados por los propios agentes y del 100% de la medicación en internación y en algunas condiciones especiales (como inmunosupresores, entre otros). Normas posteriores incluyeron en el PMO a las insulinas, al tratamiento y prevención del HIV, y a algunos medicamentos adicionales.

En octubre de 2000, el Ministerio de Salud pública la Resolución N° 939. Dicha norma amplía las especificaciones de cobertura al incluir un modelo de atención basado en estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS), guías para el desarrollo de programas de prevención, ordenamiento de la cobertura de prótesis y ortesis, rehabilitación, salud mental, medicina paliativa, etc., la nomenclatura pormenorizada de un amplio catálogo de prácticas y procedimientos a cubrir y la inclusión de guías de atención para motivos de consulta prevalentes en APS. Una dificultad que presentó esta normativa es que no se acompañaba a la canasta con

medidas que fomentaran la formación y contratación de especialistas en medicina general o familiar, y no se trabajaba sobre el acceso a los medicamentos efectivos y seguros. Adicionalmente, otra dificultad creada por esta resolución estaba dada por la ambigüedad de sus conceptos; por ejemplo, mientras en uno de sus considerandos se señalaba que *“es necesario definir con claridad las prácticas incluidas en el Programa Médico Obligatorio y por tanto corresponde establecer un Catálogo de Prestaciones a brindar por los Agentes del Seguro”*; en otro considerando se expresaban que *“independientemente de la extensión de la cobertura planteada en este Programa Médico Obligatorio, no existen patologías excluidas del mismo”*.(SSSALUD; 2010)

La resolución 939 fue reemplazada en la Emergencia Nacional por el PMO contenido en la resolución 201/2002 de MSAL. En dicha norma *“se aprueba el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo N°1 de la ley 23.660, detalladas en los Anexos I, II, III y IV que forman parte de la presente Resolución y que en lo sucesivo se denominarán Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)*. Esta canasta básica, con algunas modificaciones, se constituiría en la cobertura básica de servicios a los cuales los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud (y posteriormente de la medicina prepaga y de algunos seguros provinciales), tienen derecho a acceder a la fecha.

Entre 2000 y 2002 un equipo especializado de la Superintendencia de Servicios de Salud trabajó en la revisión de tecnologías sanitarias, siendo la mayor parte del trabajo aplicado a la formulación del PMOE y sostenida posteriormente por el Grupo de Tecnologías Sanitarias (ETS). Hacia 2003, tan sólo 12 países de América disponían de un conjunto de prestaciones esenciales de manera explícita. De todos ellos, Argentina fue el primero en definir que su canasta de servicios fuera conformada en base a criterios de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, es decir observando la efectividad clínica y el costo-efectividad de las acciones.

En 2005, la Resolución 1991/2005 del Ministerio de Salud estableció una nueva canasta de servicios.

El PMO vigente en la actualidad es el incluido en esta última resolución y se basa en el PMOE desarrollado originalmente en la Resolución 201/2002. Desde 1995, la canasta de servicios del Sistema Nacional del Seguro de Salud fue periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud, basándose en las propuestas generales generadas por la ANSSAL-SSSALUD, y en adecuación a las situaciones por las que ha atravesado el país, los avances tecnológicos y el alcance de las nuevas leyes promulgadas (Anexo B. Cuadro B.6).

6. Equidad

6.1 Diagnóstico

El sistema de Obras Sociales se caracteriza por su alta concentración de afiliados en pocas entidades y una gran dispersión en el nivel de ingreso per cápita.

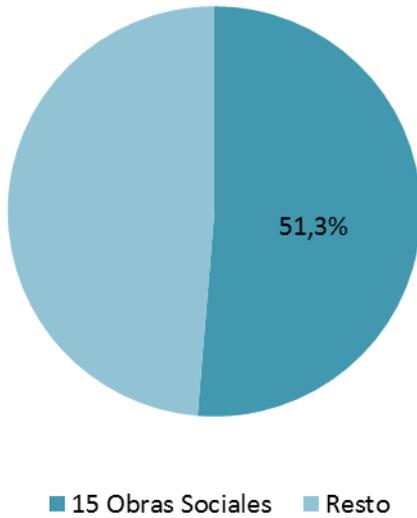
La situación actual no es ajena a las reformas que se sucedieron en el sistema a lo largo del tiempo. En particular, en los años noventa, el proceso de libre opción de Obra Social y desregulación de la contratación de los prestadores de los servicios relacionados al cuidado de la salud, acorde a lo dispuesto en el Decreto 9/1993, atentó notablemente contra la solidaridad fragmentada que caracterizaba previamente al Sistema de Obras Sociales, donde los afiliados aportaban a las distintas entidades en función de su rama de actividad. A partir de la desregulación, los afiliados cuentan con la posibilidad de derivar sus aportes y contribuciones a la Obra Social de su elección. De modo que, como se establece en el artículo 16º del Decreto 576/93, “los aportes y contribuciones le pertenecen a cada afiliado que puede disponer de ellos para la libre elección del Agente del Seguro”, lo cual debilita el efecto de los subsidios cruzados entre afiliados de mayores y menores ingresos al interior de cada rama de actividad y favorece la concentración de los afiliados de mayores aportes y menor riesgo en un grupo determinado de Obras Sociales. Ello es lo que suele denominarse como “descreme del sistema”, en alusión al hecho de que un conjunto de Obras Sociales se quedan con el mejor grupo de afiliados en términos riesgos involucrados y recursos aportados.

Adicionalmente, el carácter solidario del sistema también se vio afectado en su financiamiento por la transferencia de recursos al sistema privado de salud, a partir de la creación de planes superadores que prestan servicios mediante la contratación de empresas privadas de medicina prepaga que actúan bajo la figura de redes prestacionales. Si bien este subsector carecía de una regulación propia, desde la sanción de la Ley Nº 26.682 y su correspondiente reglamentación, el accionar de estas entidades ha comenzado a ser un ámbito de regulación creciente.

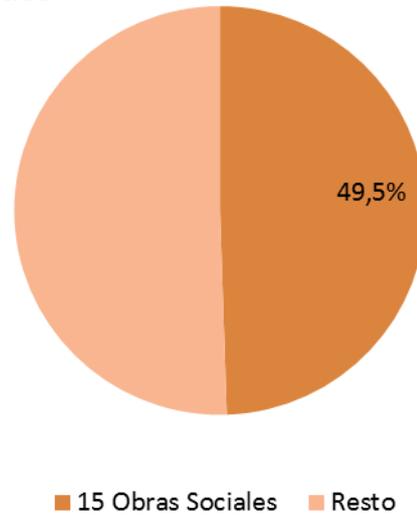
El análisis de recursos y afiliados del sistema da cuenta de un alto nivel de concentración en el cual sólo 15 Obras Sociales concentran el 51,3% de los recursos y el 49,5% de los afiliados.

Gráfico 6: Concentración de recursos y afiliados, Agosto 2013

Recursos



Afiliados

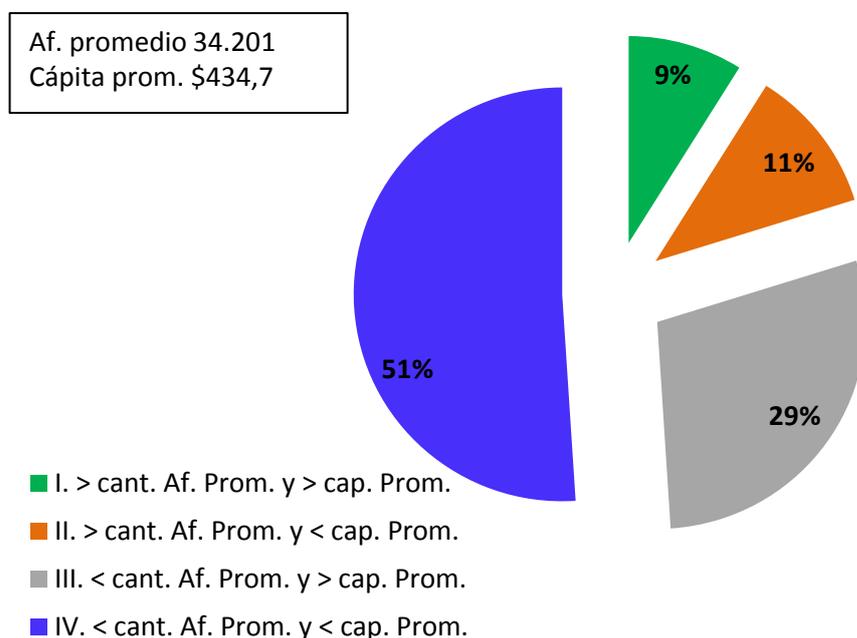


Fuente: elaboración propia en base a AFIP

En este sentido, el diagnóstico del sistema indica que existen grandes diferencias entre entidades, por lo que resulta útil agruparlas en función a la cantidad de afiliados y sus ingresos per cápita, tomando como referencia los valores promedio del sistema:

- I. Gran cantidad de afiliados y alto nivel de ingreso per cápita
- II. Gran cantidad de afiliados y bajo nivel de ingreso per cápita
- III. Baja cantidad de afiliados y alto nivel de ingreso per cápita
- IV. Baja cantidad de afiliados y bajo nivel de ingreso per cápita

Gráfico 7: Segmentación de OS por cantidad de afiliados y cápita, Agosto 2013



Fuente: elaboración propia en base a AFIP

Como se observa en el gráfico anterior, la mayor parte de las Obras Sociales se caracterizan por tener una población beneficiaria por debajo del promedio de afiliados del sistema y de menor nivel de ingreso per cápita. En efecto en el grupo IV se concentra el 51% de agentes del sistema.

A su vez, se observa que dentro del grupo de Obras Sociales de mayor ingreso per cápita y menor cantidad de afiliados se concentra un 29% de entidades (grupo III).

El grupo más favorecido es el I, que representa sólo un 9% del total de Obras Sociales.

Por su parte, el grupo II representa el 11% de la Obras Sociales, de gran cantidad de afiliados y bajo nivel de ingreso per cápita.

Cabe mencionar que las obras sociales con menor cantidad de afiliados presentan mayores problemas en términos de dilución de riesgo y la incidencia de alguna patología costosa puede ser mayor. Esta situación resulta más grave cuando las Obras Sociales además de contar con baja cantidad de afiliados, presentan menores recursos per cápita. Debe notarse, sin embargo, que ello se ve en parte atenuado por el sistema de reaseguro que existe para enfermedades catastróficas (SUR).

Asimismo, existen diferencias en relación a la cantidad de cotizantes en los distintos grupos. A continuación se sintetiza la información

Cuadro 13: Características de las Obras Sociales- Por grupo. Agosto 2013

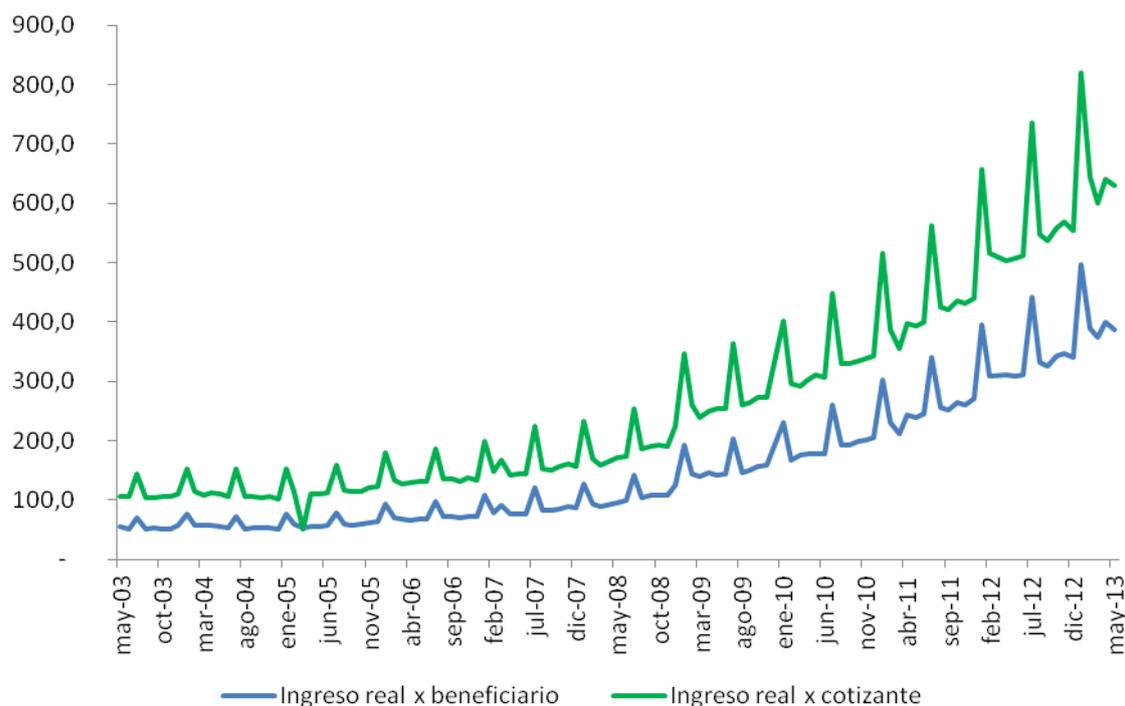
OS	Cantidad OS	Concentración de afiliados	Cot. / Total benef.	Cápita promedio
I. > cant. Af. Prom. y > cap. Prom.	26	27%	0,64	537,89
II. > cant. Af. Prom. y < cap. Prom.	33	55%	0,72	346,23
III. < cant. Af. Prom. y > cap. Prom.	84	5%	0,61	629,22
III. < cant. Af. Prom. y < cap. Prom.	149	12%	0,70	326,63
Total	292	100%	0,70	434,70

Fuente: elaboración propia en base a AFIP

En términos de recursos, es posible también analizar la evolución de la cápita promedio del sistema a partir de mayo de 2003, sin considerar los recursos transferidos del Fondo Solidario de Redistribución.

Gráfico 8: Ingreso real promedio por cotizante y por beneficiario. Mayo 2003 - Ago. 2013

Ajustado por IPC-9 PCIAS.



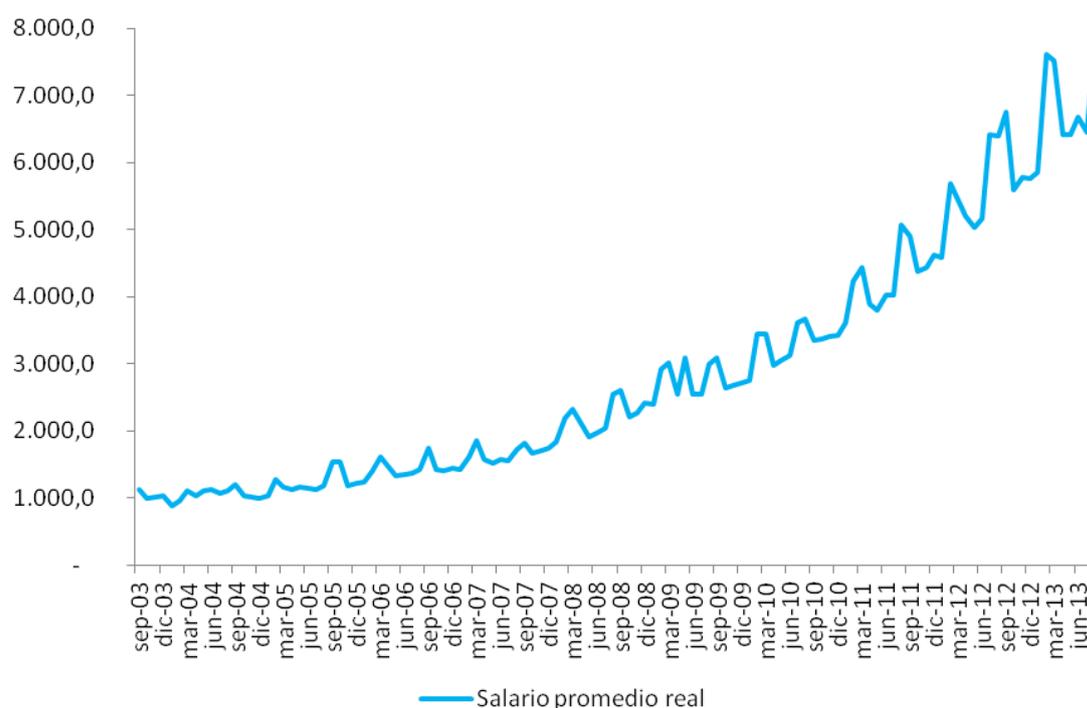
Fuente: elaboración propia en base a AFIP, INDEC y CIFRA

En el gráfico anterior se observa una tendencia creciente en la evolución de la cápita, con saltos importantes correspondientes al aguinaldo, por el incremento que experimentan los aportes y contribuciones en estos meses.

La evolución de los aportes y contribuciones se vincula directamente con la evolución de los salarios de los trabajadores en relación de dependencia, cuya evolución muestra una tendencia similar.

Gráfico 9: Evolución del salario promedio de los trabajadores de OSN. Sept. 2003 - Ago. 2013

Ajustado por IPC-9 PCIAS.



Fuente: elaboración propia en base a AFIP, INDEC y CIFRA

En términos generales se observa una tendencia creciente en la evolución de la cápita promedio del sistema en paralelo al crecimiento registrado en el salario promedio.

Sin embargo, teniendo en cuenta las disparidades existentes al interior del sistema en términos de concentración de afiliados y de recursos, resulta interesante realizar un análisis de equidad, a través de la utilización de alguna de las medidas de desigualdad disponibles.

6.2 Cálculo del Coeficiente de Gini y la Curva de Lorenz

Para medir el grado de desigualdad de la distribución de recursos de las Obras Sociales, se utiliza en este caso el Coeficiente de Gini (Ver Anexo B. Cuadro B.7). El cálculo se realiza a nivel mensual para el período de mayo de 2003 a agosto de 2013¹².

Para ello, se selecciona como variable de análisis el ingreso (\$) promedio por beneficiario de las distintas Obras Sociales que componen el sistema. Esta variable permite conocer exactamente la distribución de recursos por cada afiliado del sistema al interior del grupo familiar. Cabe aclarar que no se incluyen los recursos transferidos a partir del Fondo Solidario de Redistribución, debido a que no se cuenta con la información disponible por Obra Social.

El procedimiento de cálculo implica ordenar a las distintas Obras Sociales de menor a mayor, en función a los ingresos (\$) por beneficiario en concepto de Aportes y Contribuciones, acumular su ingreso per cápita y comparar la evolución de la distribución a través del tiempo.

En este procedimiento, la variable que genera el ordenamiento (ingreso per cápita) coincide con aquella que se utiliza para efectuar el análisis, evitando de esta forma las inconsistencias que pueden surgir de la combinación variables (por ejemplo, ordenar en función al ingreso per cápita y acumular ingreso total) y las subestimaciones que se produzcan en consecuencia. En efecto, cuando se calcula el Gini a partir de la combinación de variables, se denomina pseudo-Gini, ya que la variable que ordena no coincide con la que se utiliza para calcular la desigualdad, situación que difiere del planteamiento teórico que da sustento a la lógica de la construcción del Gini.

La transferencia de recursos se considera progresiva si la curva de concentración del mes posterior se encuentra por encima de la curva de ingreso del mes anterior.

De esta forma, se calcula el coeficiente de Gini sobre la base del ingreso por beneficiario de cada Obra Social a lo largo del tiempo.

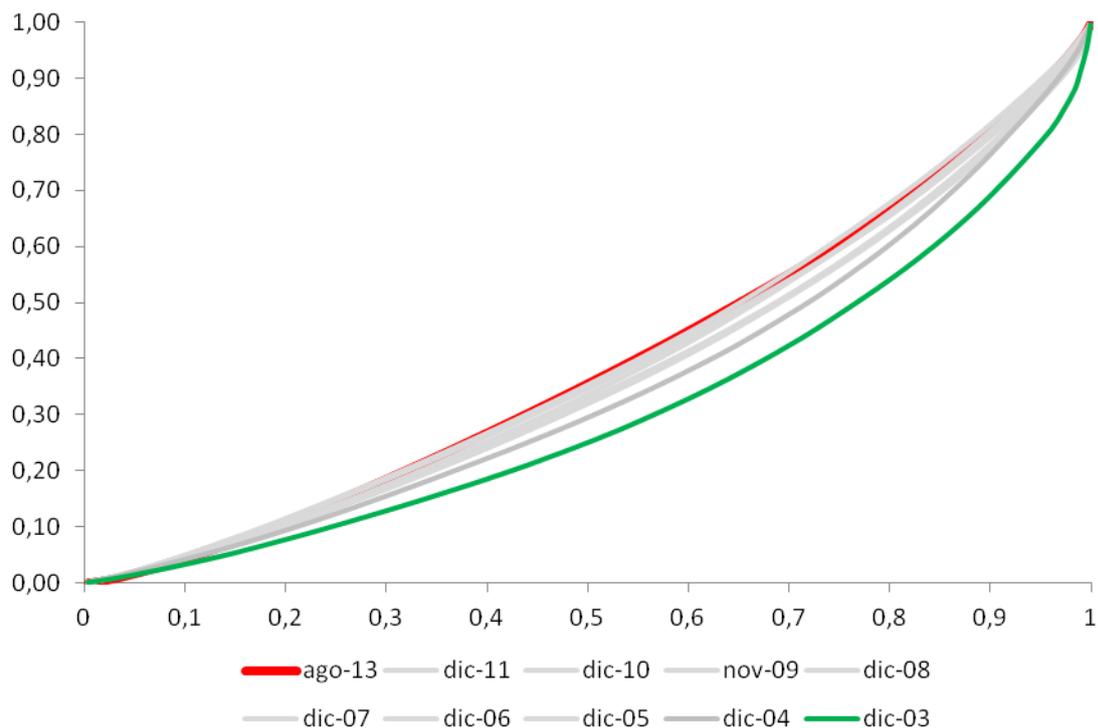
De manera adicional, debe notarse que el cálculo del Gini se efectúa con datos desagregados, lo que evita los sesgos de subestimación que surgen como consecuencia de agrupar datos, lo que genera pérdida de información individual sobre la desigualdad al interior de cada segmento.

¹² El período fue elegido en función a la disponibilidad de información de AFIP (Boletines de Seguridad Social – Estadísticas – Subsistemas)

6.3 Resultados del cálculo. Curva de Lorenz de los recursos de las OS

En este apartado se presenta la Curva de Lorenz obtenida para la distribución de recursos per cápita de las Obras Sociales, siguiendo la metodología que se indica en la sección anterior.

Gráfico 10: Curva de Lorenz de la distribución de recursos per cápita de las OS.2003-2013.



Fuente: elaboración propia en base a AFIP.

Como se observa en el gráfico anterior, existe un desplazamiento de la curva de Lorenz de la distribución de los recursos de las Obras Sociales hacia la línea de perfecta igualdad. Esto indica una mejora en términos de la equidad del sistema.

Esta mejora está relacionada con el comportamiento de la dinámica laboral del período, que mostró tendencias positivas en el período analizado.

6.3.1 Análisis del Mercado de Trabajo

En el período antecedente al analizado, entre 2000 y 2001, Argentina experimentó una crisis económica y social de gran magnitud, que impactó notablemente sobre las variables laborales y

sociales. El PIB se contrajo en más de 11%, el desempleo alcanzó el 21,5% y se llegó a que casi el 58% de la población viviese en hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza (Maurizio, 2009).

Adicionalmente, la modificación de las regulaciones laborales tendientes a la flexibilización empeoró la situación del mercado laboral. En 1991, la nueva ley de empleo introdujo cambios vinculados a la flexibilización del mercado y, en 1995 -ante el importante crecimiento del desempleo- se introdujeron nuevas reformas, entre las que se destacan:

- Reducción de las contribuciones patronales a la seguridad social, que implicó una disminución promedio del 40% de las tasas previas
- Autorización para que las Convenciones Colectivas de Trabajo acuerden acerca de la modulación de la jornada laboral de forma de flexibilizar el uso del tiempo de trabajo y reducir su costo medio (a partir de la reducción de las horas extras)
- Establecimiento de contratos a tiempo determinado, que tenían costos de salida y aportes a la seguridad social inferiores que los vigentes.
- Implantación del período de prueba, en 1995, que implicó la eliminación del preaviso y del pago de aportes patronales. Tenía una duración de tres meses y podía extenderse a seis a través de las convenciones colectivas de trabajo. En 1998 se redujo a 30 días, período durante el cual continuaron rigiendo las exenciones a las contribuciones de seguridad social mientras los costos de despido podían reducirse hasta un 50% en caso de extenderse el período –por acuerdo convencional- a seis meses. Finalmente, en el año 2000 se volvió a la duración de tres meses –aunque podía prolongarse hasta un año en las pequeñas y medianas empresas- pero se eliminaron las exenciones de las contribuciones patronales
- Reducción de la indemnización por despido para aquellos con menos de dos años de antigüedad

En este contexto, las mayores posibilidades de efectuar contrataciones atípicas así como la instauración del período de prueba empeoraron las condiciones del mercado de trabajo.

Como resultado de este proceso, también empeoró la distribución del ingreso. Pero, más allá del efecto negativo de las regulaciones del mercado laboral, el aumento de la desigualdad de los ingresos laborales fue el resultado del bajo dinamismo de la demanda agregada de trabajo y del

nivel persistentemente elevado de desempleo, determinados por la configuración económica vigente durante la convertibilidad.

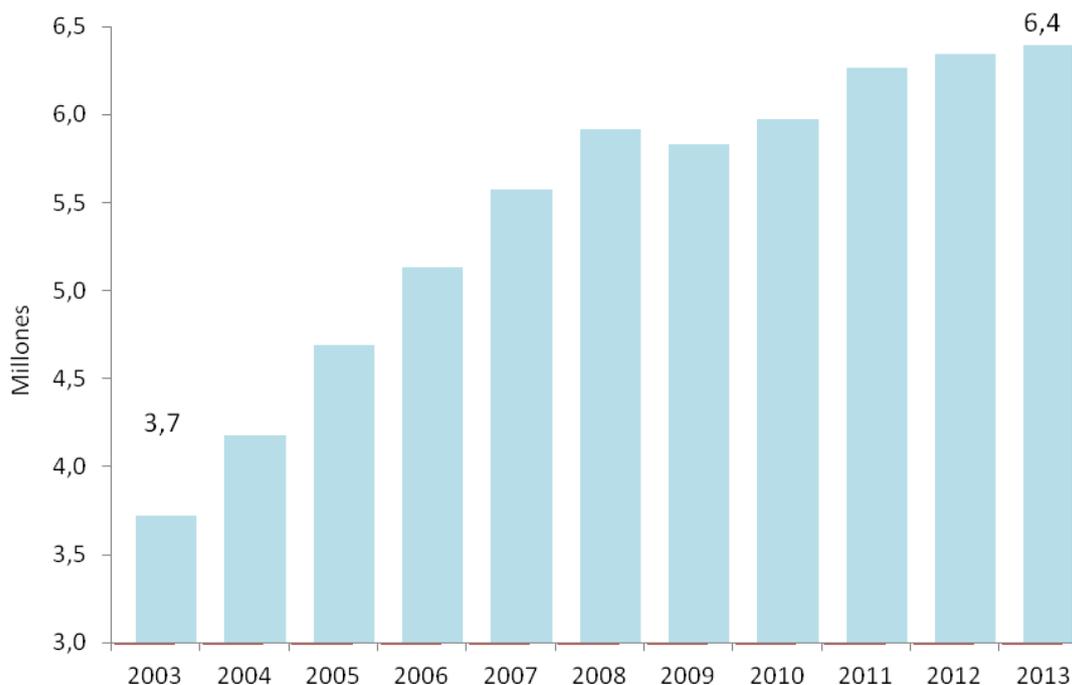
A partir del segundo semestre de 2002, comenzó a evidenciarse cierta reversión de las tendencias de los indicadores del mercado de trabajo como consecuencia de la consolidación de proceso de crecimiento económico.

La intensidad de la generación neta de puestos de trabajo asociada a la recuperación del nivel de actividad constituye un rasgo destacable del período.

En particular, en 2013 la cantidad de puestos declarados en el Sector Privado ascendió a 6.397.140, generándose entre 2003 y 2013 más de 2,5 millones de puestos de trabajo registrado.

Gráfico 11: Evolución de puestos de trabajo registrados del Sector Privado. 2003-2013

En millones de puestos de trabajo registrados



Fuente: Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial, MTEySS, en base a SIPA.

El importante crecimiento del empleo fue generalizado sectorialmente hasta 2011, con la excepción de 2009 que, por efectos de la crisis internacional, se evidencia una caída en la evolución de los puestos de trabajo del sector privado (-1,4%). A partir de 2012 el crecimiento de los puestos de trabajo del sector privado se recupera pero a tasas más bajas.

Del análisis por rama de actividad, se destaca entre 2003 y 2011 el ritmo de crecimiento de los puestos de trabajo registrados de las ramas de la construcción, del comercio, la industria

manufacturera y las actividades inmobiliarias, con variaciones promedio del 15,9%, 7,7%, 7,7% y 6,1% respectivamente en el período analizado (Cuadro A.1 de Anexo A).

Asimismo, en términos de contribución a la creación de puestos de trabajo, se destacan las ramas de la industria manufacturera, las actividades inmobiliarias y la construcción, que aportan en el período 2003-2011 el 21%,20% y 16% promedio respectivamente (Cuadro A.2 de Anexo A)

Cuadro 14: Puestos de trabajo registrados del Sector Privado. 2002-2013

Según Rama de Actividad (1). Promedios anuales

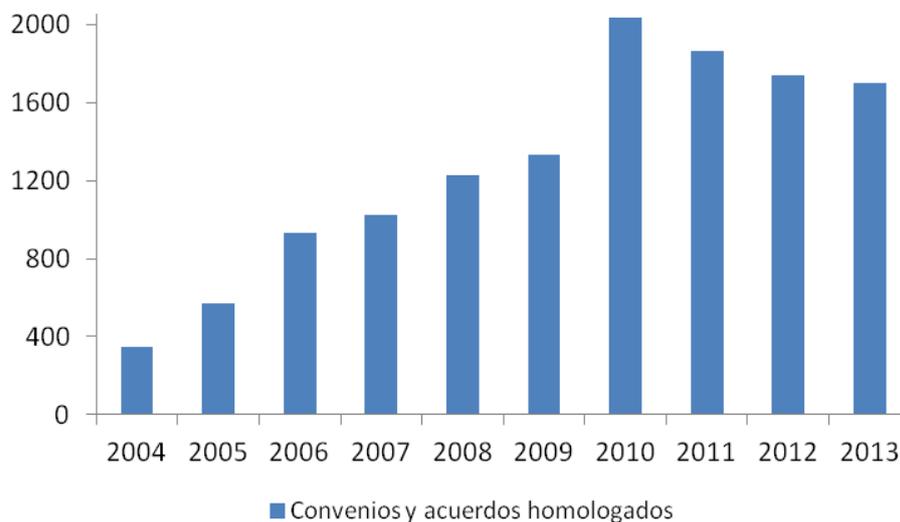
Año	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	Pesca	Explot. de minas y canteras	Industrias manufactureras	Suministro de elec., gas y agua	Construcción	Comercio al por mayor y al por	Hoteles y rest.	Transporte, almac. Y comuni.	Intermediación financiera	Actividades inmobiliarias, empres. y de alquiler	Enseñanza	Servicios y de salud	Otras actividades de Ss. comunitarios, ss y ps	Total
2002	236.148	13.047	33.186	747.459	47.196	131.670	580.063	112.355	328.585	127.838	456.545	289.392	174.471	241.529	3.519.482
2003	253.207	14.960	35.792	802.132	47.023	166.515	605.131	120.863	334.527	114.944	499.204	299.686	175.273	255.113	3.724.368
2004	278.199	15.930	40.651	904.820	48.948	226.212	690.669	140.176	351.904	118.326	575.807	317.544	184.938	284.509	4.178.630
2005	302.577	16.145	45.700	995.668	50.410	309.115	780.172	165.816	389.982	125.116	657.125	336.117	197.813	315.690	4.687.445
2006	319.883	17.315	51.346	1.077.669	52.236	378.839	858.491	190.112	425.827	133.691	726.744	352.817	210.520	338.714	5.134.202
2007	333.177	17.192	58.475	1.150.056	53.652	440.786	949.175	210.514	465.072	147.961	800.615	369.319	223.696	356.227	5.575.916
2008	351.023	16.513	64.059	1.215.439	55.255	449.174	1.028.391	230.227	500.659	157.392	851.095	383.866	238.857	372.490	5.914.439
2009	342.733	15.615	62.605	1.188.113	56.124	414.520	1.037.646	233.922	502.709	146.373	813.585	391.701	247.804	375.534	5.828.982
2010	340.762	15.363	64.447	1.211.758	57.160	417.449	1.071.658	242.931	514.249	149.238	840.495	404.466	258.691	387.814	5.976.480
2011	353.537	15.813	68.193	1.261.542	58.990	460.151	1.121.957	254.126	538.947	157.572	879.683	421.923	272.672	397.530	6.262.634
2012	348.874	14.755	70.081	1.276.628	60.779	453.496	1.141.566	263.037	553.267	162.976	875.402	434.217	284.875	404.876	6.344.827
2013	348.454	14.479	72.972	1.284.273	63.530	448.766	1.151.974	267.806	561.015	165.276	869.908	444.329	294.039	410.322	6.397.140

Fuente: Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial, MTEySS en base a SIPA.

(1)El empleo perteneciente a las empresas con participación accionaria privada y estatal se incluye dentro del sector privado.

Desde el punto de vista del comportamiento de los salarios, las iniciativas adoptadas por el gobierno en los últimos años favorecieron el desempeño del mercado de trabajo. En primer lugar, se destaca la reactivación del Consejo Nacional del Empleo, Productividad y Salario Mínimo Vital y Móvil en 2004 como así también la promoción de las Convenciones Colectivas de Trabajo, que facilitaron que el creciente poder de negociación de los trabajadores se refleje en la fijación de las remuneraciones. En relación a estas últimas, se destaca que entre los años 2003-2009 se homologaron alrededor de 1.000 convenios por año, y más de 1.500 entre 2010-2013. Estos valores están muy por encima de la media de negociaciones de los años 90 que en promedio no alcanzaba a las 200 unidades por año (MTEySS, Dirección de Estudios de Relaciones de Trabajo).

Gráfico 12: Convenios y acuerdos homologados. 2004-2013

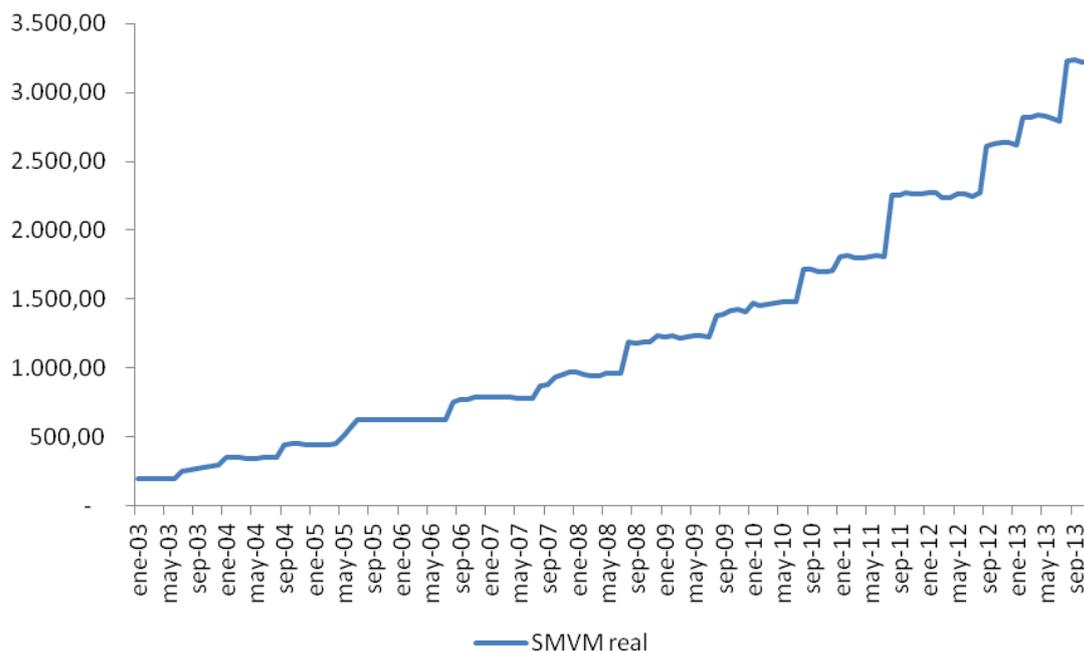


Fuente: elaboración propia en base a MTEySS - SSPTyEL- Dirección de Estudios de Relaciones del Trabajo

En lo que refiere al Salario Mínimo Vital, desde 2003 se otorgaron incrementos por decreto hasta la reactivación del Consejo Nacional del Empleo, Productividad y SMVM que continuó con la tendencia de mejora, tal como se muestra en el Cuadro B.8 del Anexo B.

Gráfico 13: Evolución del SMVM real. 2003 - 2013

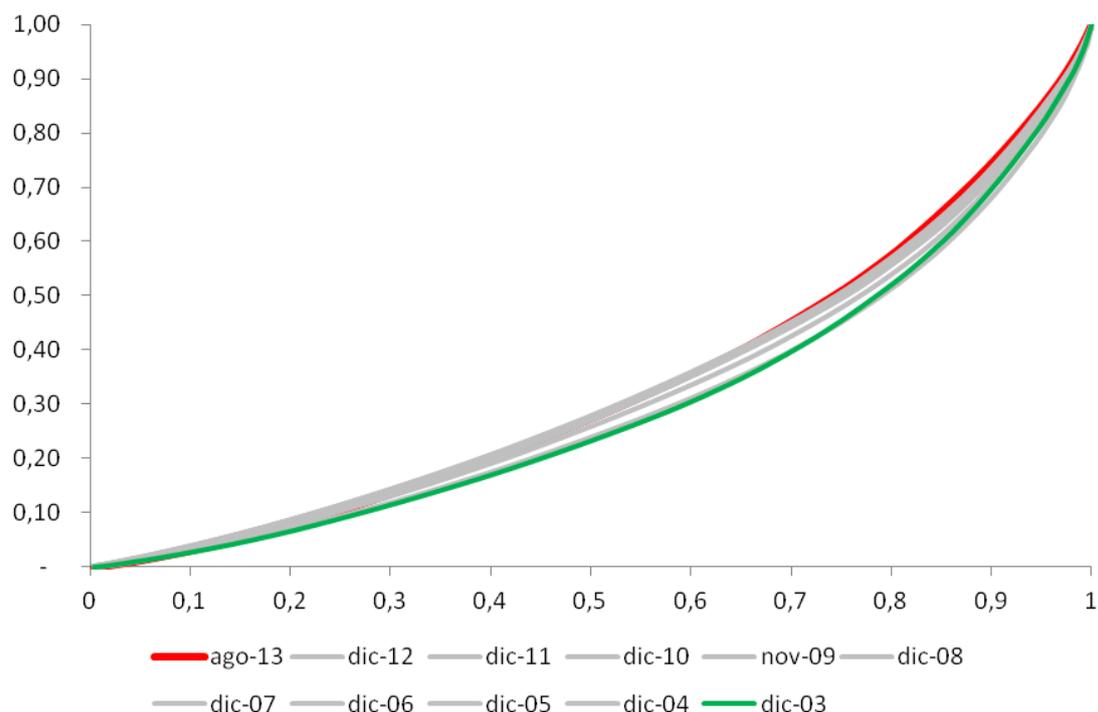
Mensual, ajustado por IPC 9 PCIAS



Fuente: Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación y CIFRA.

El crecimiento observado en los puestos de trabajo registrado y las mejoras salariales, especialmente el fortalecimiento del salario mínimo, tuvieron como consecuencia una mejora en la distribución de ingresos. Asimismo tuvo un efecto positivo el avance logrado en términos de formalización laboral. De aquí que, en el gráfico que sigue se observe un desplazamiento hacia la izquierda de la curva de Lorenz del salario promedio, implicando una mejora en términos de equidad.

Gráfico 14: Curva de Lorenz de la distribución del salario medio por cotizante. 2003-2013



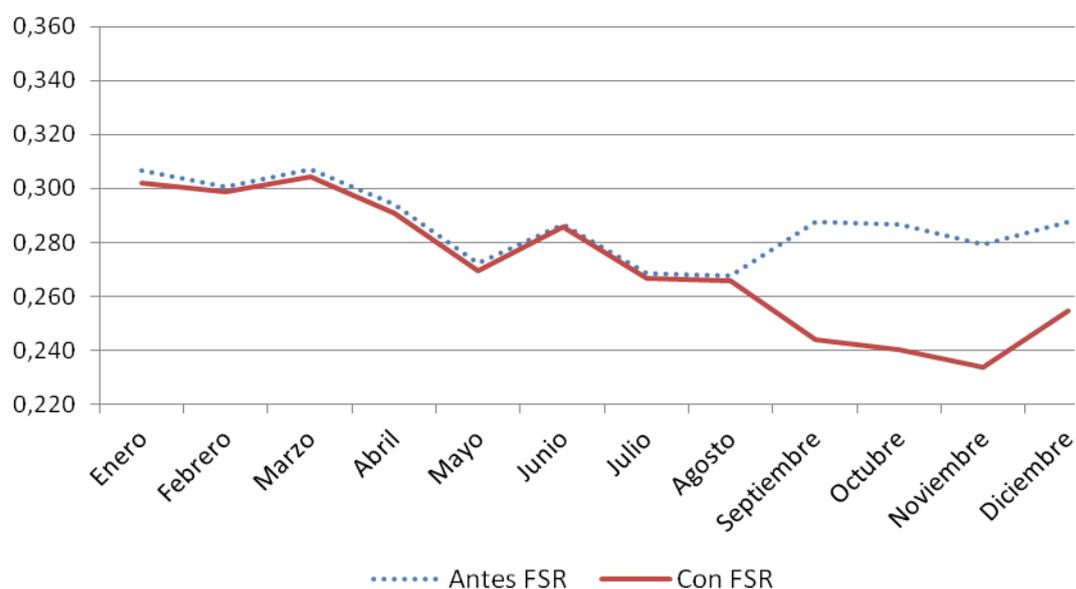
Fuente: elaboración propia en base a AFIP.

6.3.4 Impacto distribución del FSR

El análisis anterior, tiene en cuenta el impacto de la dinámica del mercado de trabajo sobre la distribución de recursos al interior del Sistema de Obras Sociales, pero no contempla el impacto distributivo de los recursos que se transfieren vía subsidios, financiados con el Fondo Solidario de Redistribución (FSR).

Al respecto, los resultados del estudio realizado por Lieutier, Aprile, Goldschmit y Robba (AEDA; 2013), indican que la transferencia de recursos del FSR en concepto de subsidios genera una mejora en la distribución de recursos. Este estudio compara el coeficiente de Gini antes y después de la transferencia de recursos del FSR, evidenciando una mejora en el Gini “ex post”, que se acentúa a partir de la implementación del SUMA en Septiembre de 2012. En efecto, mientras que en Agosto de 2012 -previo a la implementación del SUMA- la caída del coeficiente del Gini no supera el 2%; a partir de Septiembre de 2012 la caída registra valores cercanos al 15%.

Gráfico 15: Coeficiente de Gini según distribución del FSR. 2012



Fuente: Lieutier, Aprile, Goldschmit y Robba (AEDA, 2013)

Por otra parte, se señala que el efecto varía en función al tamaño de la Obra Social. El análisis por grupo indica que el efecto distributivo es mayor en aquellas Obras Sociales de menos de 5.000 afiliados, en donde se observa una caída del coeficiente del Gini luego de la transferencia de recursos del FSR, de alrededor 24% a partir de Septiembre de 2012. Por su parte, la caída del Gini en el segmento de Obras Sociales de entre 5.000 y 50.000 afiliados se aproxima al 10% mientras que en las Obras Sociales de más de 50.000 afiliados se observa una caída del 4%.

En definitiva, la evolución de la distribución de recursos al interior del Sistema de Obras Sociales, presenta dos características marcadas. Por un lado se observa una clara influencia de la dinámica del mercado de trabajo, que en los diez años analizados contribuyó a la mejora de equidad en el Sistema de Obras Sociales. En particular, se observa un desplazamiento de la curva de Lorenz hacia la curva de perfecta igualdad, reflejando una mejora en la distribución de recursos. Por otro lado, si se considera el efecto de los recursos transferidos en concepto de subsidios a partir de 2012, el impacto distributivo también arroja resultados positivos. En efecto, se evidencia una caída del Coeficiente de Gini de alrededor de 15% a partir de la instrumentación del SUMA, en Septiembre 2012.

7. Perspectivas a futuro

El Sistema de Obras Sociales Nacionales es el resultado de la combinación de muchos factores: contexto político, decisiones de política pública, interacción de los distintos actores, entre otros. En términos de financiamiento y de evolución de la cobertura, el análisis da cuenta de una profunda vinculación del sistema con el mercado de trabajo. En efecto, la dinámica del mercado laboral de los últimos diez años generó cerca de 3 millones de puestos de trabajo registrados en el Sector Privado, que tuvo efecto en la evolución de los afiliados y los recursos de las Obras Sociales. Más allá del efecto derivado de la mejora en el mercado de trabajo, también se aplicaron políticas públicas específicas para fortalecer el sector, en particular mediante el establecimiento del subsidio SUMA, y posteriormente SUMARTE y SUMA70. En este sentido, cabe plantear si **las acciones concretas focalizadas hacia el sector fueron suficientes** o si la mejora en la distribución de recursos del sistema descansó en la evolución del mercado de trabajo que jugó de manera favorable en este último tiempo.

En segundo lugar, un tema de debate frecuente en los distintos ámbitos de discusión son los efectos nocivos que tuvo **la desregulación de aportes**, que permitió el drenaje de beneficiarios y recursos hacia el sector privado. Dicho fenómeno, que atenta contra la solidaridad del sistema, no parece constituir un esquema sostenible en el tiempo pero cualquier tipo de solución no pareciera estar exenta de tensiones entre los actores involucrados, incluidos los beneficiarios.

A este último punto se le agrega la **transformación del rol que asumieron las Obras Sociales**. Actualmente, tras su fuerte vinculación con las redes prestacionales que contratan, que son muchas veces las mismas Entidades de Medicina Prepaga, muchas de las Obras Sociales pasaron de ser entidades prestadoras de servicios de salud a intermediarias o gerenciadoras de fondos. Al respecto, hay quienes consideran que el nuevo rol de meras gerenciadoras dota de ineficiencias al sistema ya que agrega costos de intermediación a la prestación de servicios de salud. Otros, en cambio, sostienen que el nuevo rol es producto del reacomodamiento del mercado y de la incorporación de nuevas tecnologías que hicieron necesario la contratación de servicios de terceros para brindar la atención de salud.

Por otra parte, cabe mencionar la ausencia de un **costeo actualizado del PMO** o de una canasta de servicios que pueda servir como proxy. Esto se vuelve fundamental a la hora de analizar la factibilidad económica para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO, teniendo en cuenta la constante actualización de las prestaciones incluidas.

Vinculado a lo anterior, se discuten también las condiciones de incorporación de nuevos grupos de población. En particular, se plantea que los Regímenes de Personal Auxiliar de Casas Particulares y de Monotributo, no garantizan una cápita suficiente al sistema para otorgar las prestaciones. Sin embargo, frente a la ausencia de un cálculo actualizado del PMO dicha afirmación se vuelve difusa. Asimismo, estos beneficiarios muchas veces sufren barreras de acceso, ya que se evidencia el cobro de copagos, excesivos tiempos de espera e incluso en algunos casos la negativa de afiliación. En este último aspecto se destaca las últimas modificaciones en la regulación por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud, que mediante el sistema de reclamos, penaliza a aquellas Obras Sociales que rechazan a estos beneficiarios, negándoles el subsidio que contempla los afiliados de Regímenes Especiales (SUMARTE).

De cara a futuro, resulta interesante estudiar propuestas que tengan en cuenta la realización de compras centralizadas, como la reciente experiencia con la compra de vacunas llevada a cabo por el Ministerio de Salud en concordancia con la Superintendencia de Salud.

No menos importante es el diseño de políticas vinculadas al destino de los recursos del FSR, que mejoren aún más el criterio distributivo de la transferencia de dichos fondos. En este sentido, cabe mencionar el carácter pro-cíclico sobre el cual descansa el financiamiento del sistema: como sus recursos provienen principalmente de cargas sobre la nómina salarial, ante una desmejora en los niveles salariales o caídas en el nivel de empleo formal, se traslada el efecto negativo sobre el financiamiento del Sistema de Obras Sociales, por caída de su principal fuente de ingresos. Esto hace pensar en la posibilidad de implementar algún tipo de mecanismos que compense este desbalance.

Finalmente, analizando la relación entre los Hospitales de Gestión Descentralizada y las Obras Sociales, el desafío que queda pendiente en términos de mejora de la vinculación no es menor. Es posible a futuro pensar en un sistema ágil, de intercambio de información y de mayor vinculación entre los actores.

En este sentido, la posibilidad de contar con una plataforma integrada de datos de afiliados de todos los subsectores del sistema de salud sería un mecanismo para iniciar una relación más eficiente entre los subsectores. En efecto, haría posible la identificación de la doble cobertura, facilitar la búsqueda de oferta prestacional y brindaría mejor servicio al ciudadano.

8. Conclusiones

El Sistema de Salud argentino presenta un rasgo característico que refiere a una profunda fragmentación. La convivencia de varios subsectores y la interacción de distintos actores configuran un esquema en el que la cobertura, el acceso y el financiamiento brindado presentan una heterogeneidad notable. Esto a su vez trae aparejado consecuencias en términos de equidad y eficiencia.

En lo que refiere específicamente al subsector de Obras Sociales Nacionales, la configuración del actual esquema es el resultado de la aplicación de variadas normativas y decisiones de política a lo largo del tiempo, no siempre consistentes entre ellas. Esto dio lugar a un sistema que, si bien ha evolucionado notablemente en los últimos 10 años, no resulta ajeno a contradicciones.

Como se menciona en el presente documento, la sanción de la Ley 18.610 en 1970 fue el inicio del actual sistema que terminaría de delinearse en 1989 con la sanción de las leyes Nº23.660 y Nº23.661. Dicho esquema interactúa con el subsector público y, también, con el subsector privado a través de la actual vinculación que presentan las obras sociales con las entidades de medicina prepaga. Es esta última vinculación la que da origen al fenómeno de “descreme”, que consiste en la transferencia de afiliados y de recursos desde la seguridad social hacia el sector privado, vulnerando la raíz solidaria del sistema.

Un recorrido histórico permite observar que a partir de la década de los noventa, algunas Obras Sociales pasaron de ser las entidades encargadas de brindar los servicios de salud a los trabajadores del sector formales, para convertirse en financiadoras de dichos servicios, mediando la contratación de una red prestacional, o entidades de medicina prepaga, que se fueron transformando poco a poco en importantes actores del sistema.

En este sentido, el financiamiento del sistema, concebido originalmente como solidario debido a que los mayores aportes compensaban los ingresos de los trabajadores de remuneraciones más bajas, se fue debilitando por la transferencia de recursos hacia el sector privado que provino principalmente de los mayores salarios del sistema.

A pesar de dicho rasgo regresivo, en términos de cobertura se observa un importante crecimiento en la cantidad de beneficiarios incluidos en el régimen como así también una ampliación de prestaciones obligatorias a ser cubiertas a partir del Programa Médico Obligatorio. En este sentido, tanto la cantidad de afiliados como de prestaciones fue evolucionando positivamente a lo largo de todo el período analizado.

El análisis de evolución de acceso a los servicios, en cambio, no muestra resultados contundentes debido a la escasa información disponible. Sin embargo, los resultados de una reciente encuesta del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (ENAPROSS, 2011), permiten obtener algunas conclusiones. En este sentido se observa que del total de la población afiliada, el 77,4% realizó alguna consulta médica durante el último año y que el 95,2% de los afiliados que recibieron prescripción de análisis o estudios realizaron todos o alguno de ellos.

El análisis de la equidad, por su parte, arroja conclusiones interesantes en términos de su evolución. En efecto, a pesar de la transferencia de ingresos que se observa desde la seguridad social hacia el sector privado, que vulnera fuertemente la solidaridad del sistema, la distribución de recursos al interior del sistema en los últimos diez años –incluso sin contemplar los recursos del FSR– experimentó una mejora.

En efecto, el análisis de la curva de Lorenz de la distribución del ingreso per cápita del sistema muestra un desplazamiento desde 2003 a 2013 hacia la línea de perfecta igualdad. Este desplazamiento refleja una mejora en la desigualdad vinculada principalmente con la dinámica del mercado de trabajo. Al respecto, entre 2003 y 2011 se evidencia una importante creación de puestos de trabajo registrados y hasta 2013 incluido se observan importantes mejoras salariales, en particular por el aumento del salario mínimo vital y móvil y por la promoción de las Convenciones Colectivas de Trabajo. Si se considera la transferencia de recursos del FSR, la mejora es aún mayor.

En síntesis, se evidencia la evolución de un subsector destinado a la prestación de servicios de salud, que sufre dificultades vinculadas a la pérdida de recursos que se transfieren al subsector privado, y problemas en el acceso y la calidad de los servicios, pero con una notable mejora en la distribución de recursos al interior del sistema. Dicha mejora se vincula notablemente con la dinámica favorable que ha experimentado el mercado de trabajo en los últimos años, originadas principalmente por el crecimiento económico y la creación de puestos de trabajo declarados.

El desafío a futuro es garantizar una cobertura equitativa y de calidad para todos los usuarios del sistema, y en el largo plazo pensar en compatibilizar las condiciones de acceso, financiamiento y cobertura entre todos los subsectores que conforman el sistema de salud de la Argentina.

9. Bibliografía

- AFIP, Informe de Seguridad Social, Boletín Mensual. Mayo 2003-Agosto 2013
- ANSES, (2011), “Análisis de la cobertura previsional del SIPA”, Gerencia de Estudios de la Seguridad Social, ANSES. Buenos Aires.
- ANSES, (2011), “Caracterización del Fondo de Garantía de Sustentabilidad”, Gerencia de Estudios de la Seguridad Social, ANSES. Buenos Aires.
- ANSES, (2011), “Marco conceptual del sistema de estadísticas e indicadores del Sistema Integrado Previsional Argentino”, Gerencia de Estudios de la Seguridad Social, ANSES. Buenos Aires.
- Beccaria, L., Maurizio, R. y Vázquez, G. (2015); Desigualdad e Informalidad: un análisis de cinco experiencias latinoamericanas – El caso de Argentina; CEPAL. Santiago de Chile.
- Beccaria L., Esquivel V., Maurizio R. (2005); “Empleo, Salarios y Equidad durante la reciente recuperación en la Argentina”; Revista Desarrollo Económico, vol. 45, Nº178 (julio-septiembre 2005).
- Belmartino, S.; (sin fecha); “Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría; Programa Buenos Aires”. La Historia política del siglo XXI.
- Bertranou, F., O. Cetrángolo, C. Grushka y L. Casanova. (2011), “Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones”; Oficina Internacional del Trabajo y CEPAL. Buenos Aires.
- Bertranou et al, (2014), "El desempeño reciente de la protección social en Argentina. Seguimiento de la Recomendación 202 sobre Pisos Nacionales de Protección Social", OIT. Buenos Aires.
- Cetrángolo, O. (2015); “Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el Sistema de Salud Argentino”; Revista de Economía Política de Bs. As. Año 8. Vol. 13; IIEP/UBA – UNTREFF
- Cetrángolo, O., Devoto, F. (1999); “La Salud en Argentina. Un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas”; FADE.
- Cetrángolo, O., Devoto, F. (2002); “Organización de la salud en Argentina y Equidad”; Regional Consultation Policy Tools: Equity in Population Health. Toronto 17/06/2002.
- CIFRA (2009), Documento de Trabajo Nº2: La evolución del sistema previsional argentino, CIFRA. Buenos Aires.
- De Fazio, F. (2013); “Las relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político”; Salud Colectiva. Artículo 301. Septiembre – diciembre 2013. Buenos Aires

- Gasparini, L., Cicowiez, M., Sosa Escudero, Walter (2012); “Pobreza y desigualdad en América Latina”; CEDLAS- Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires
- Lieutier, Aprile, Goldschmit (2013); “Estudio sobre el Impacto distributivo de Fondo Solidario de Redistribución”; AEDA. IV Congreso Anual, 11 y 12 de Septiembre de 2013. Buenos Aires.
- Maurizio, R. (2009); Tesis Doctoral “Inestabilidad en el Mercado de Trabajo. Un análisis dinámico para Argentina”.
- Medina, F. (2001); “Consideraciones sobre el índice de Gini para medir la concentración del ingreso”; PNUD. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014); Resultados de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social 2011.
- OIT; (2014); “Garantía de acceso a servicios de salud: Acciones, cobertura y financiamiento”, Debate sobre la Protección Social. El desempeño reciente de la protección social en Argentina. Seguimiento sobre la Recomendación 202 sobre Pisos Nacionales de Protección Social. 29 y 30 de Diciembre de 2014. Buenos Aires.
- OMS (2000); “Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Ginebra.
- OMS (2010); “Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud”. Ginebra.
- OMS –OPS (2012); “La estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2012-2016”. Argentina.
- PNUD (2011) “Aportes para el Desarrollo Humano en la Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”, PNUD. Buenos Aires
- SSSALUD (2010); Los 40 años del Sistema de Obras Sociales. Buenos Aires.
- Van Der Kooy, E., Lima Quintana, L.; Pezzella H. (2010); “Estimación del Gasto Necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO)”; Universidad del Salvador y Fundación Güemes. Buenos Aires.

10. Anexos

Anexo A

Cuadro A.1: Evolución de los puestos de trabajo registrados del Sector Privado.2002-2013

En %. Según rama de actividad ⁽¹⁾.

Año	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	Pesca	Explot. de minas y canteras	Industrias manufactureras	Suministro de elec., gas y agua	Construcción	Comercio al por mayor y al por	Hoteles y rest.	Transporte, almac. Y com.	Intermediación financiera	Actividades inmobiliarias, empres. y de alquiler	Enseñanza	Servicios y de salud	Otras act. de Ss. comunitarios, ss y ps	Total
2002	-5,8%	19,1%	-4,5%	-10,2%	-4,6%	-39,5%	-10,2%	-9,5%	-8,3%	-10,9%	-11,4%	-0,2%	-4,7%	-7,3%	-10,1%
2003	7,2%	14,7%	7,9%	7,3%	-0,4%	26,5%	4,3%	7,6%	1,8%	-10,1%	9,3%	3,6%	0,5%	5,6%	5,8%
2004	9,9%	6,5%	13,6%	12,8%	4,1%	35,9%	14,1%	16,0%	5,2%	2,9%	15,3%	6,0%	5,5%	11,5%	12,2%
2005	8,8%	1,4%	12,4%	10,0%	3,0%	36,6%	13,0%	18,3%	10,8%	5,7%	14,1%	5,8%	7,0%	11,0%	12,2%
2006	5,7%	7,2%	12,4%	8,2%	3,6%	22,6%	10,0%	14,7%	9,2%	6,9%	10,6%	5,0%	6,4%	7,3%	9,5%
2007	4,2%	-0,7%	13,9%	6,7%	2,7%	16,4%	10,6%	10,7%	9,2%	10,7%	10,2%	4,7%	6,3%	5,2%	8,6%
2008	5,4%	-3,9%	9,6%	5,7%	3,0%	1,9%	8,3%	9,4%	7,7%	6,4%	6,3%	3,9%	6,8%	4,6%	6,1%
2009	-2,4%	-5,4%	-2,3%	-2,2%	1,6%	-7,7%	0,9%	1,6%	0,4%	-7,0%	-4,4%	2,0%	3,7%	0,8%	-1,4%
2010	-0,6%	-1,6%	2,9%	2,0%	1,8%	0,7%	3,3%	3,9%	2,3%	2,0%	3,3%	3,3%	4,4%	3,3%	2,5%
2011	3,7%	2,9%	5,8%	4,1%	3,2%	10,2%	4,7%	4,6%	4,8%	5,6%	4,7%	4,3%	5,4%	2,5%	4,8%
2012	-1,3%	-6,7%	2,8%	1,2%	3,0%	-1,4%	1,7%	3,5%	2,7%	3,4%	-0,5%	2,9%	4,5%	1,8%	1,3%
2013	-0,1%	-1,9%	4,1%	0,6%	4,5%	-1,0%	0,9%	1,8%	1,4%	1,4%	-0,6%	2,3%	3,2%	1,3%	0,8%

Fuente: elaboración propia en base a Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial, MTEySS en base a SIPA.

Notas: (1) El empleo perteneciente a las empresas con participación accionaria privada y estatal se incluye dentro del sector privado

Cuadro A.2: Contribución a la var. de los puestos de trabajo registrados del Sector Privado. 2002-2013*En puestos declarados - Según rama de actividad (1)*

Año	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	Pesca	Explot. de minas y canteras	Industrias manufactureras	Suministro de elec., gas y agua	Construcción	Comercio al por mayor y al por	Hoteles y rest.	Transporte, almac. Y com.	Intermediación financiera	Actividad es inmob., empres. y de alquiler	Enseñanza	Servicios y de salud	Otras act. de Ss. comunitarios, ss y ps	Total
2002	-14.462	2.097	-1.582	-84.698	-2.297	-86.067	-65.805	-11.765	-29.663	-15.651	-58.811	-518	-8.609	-18.993	-396.823
2003	17.059	1.913	2.606	54.673	-173	34.845	25.068	8.508	5.943	-12.893	42.659	10.294	802	13.584	204.886
2004	24.992	970	4.859	102.688	1.925	59.697	85.538	19.313	17.377	3.381	76.603	17.858	9.666	29.396	454.262
2005	24.379	216	5.049	90.848	1.462	82.904	89.503	25.640	38.078	6.791	81.318	18.574	12.875	31.181	508.815
2006	17.306	1.170	5.647	82.001	1.826	69.723	78.319	24.296	35.846	8.575	69.620	16.700	12.706	23.024	446.757
2007	13.294	-124	7.128	72.388	1.416	61.948	90.685	20.402	39.245	14.269	73.871	16.503	13.176	17.513	441.713
2008	17.846	-679	5.585	65.383	1.603	8.388	79.216	19.713	35.586	9.432	50.480	14.547	15.161	16.263	338.523
2009	-8.290	-898	-1.455	-27.326	868	-34.654	9.254	3.695	2.051	-11.020	-37.510	7.836	8.948	3.045	-85.457
2010	-1.971	-252	1.843	23.644	1.037	2.930	34.013	9.009	11.540	2.865	26.911	12.765	10.887	12.280	147.498
2011	12.775	451	3.746	49.784	1.829	42.702	50.299	11.195	24.698	8.335	39.188	17.458	13.981	9.716	286.154
2012	-4.663	-1.059	1.888	15.086	1.789	-6.655	19.609	8.911	14.320	5.404	-4.281	12.294	12.204	7.346	82.193
2013	-420	-276	2.891	7.645	2.751	-4.730	10.408	4.769	7.748	2.300	-5.494	10.111	9.164	5.446	52.313

Fuente: elaboración propia en base a Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial, MTEySS en base a SIPA.

Notas: (1) El empleo perteneciente a las empresas con participación accionaria privada y estatal se incluye dentro del sector privado

Cuadro A.3: Contribución a la var. de los puestos de trabajo registrados del Sector Privado. 2002 - 2013

En %. Según rama de actividad (1)

Año	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	Pesca	Explot. de minas y canteras	Industrias manufactureras	Suministro de elec., gas y agua	Construcción	Comercio al por mayor y al por	Hoteles y rest.	Transporte, almac. Y com.	Intermediación financiera	Actividades inmov., empres. y de alquiler	Enseñanza	Servicios y de salud	Otras act. de Ss. comunitarios, ss y ps	Total
2002	4%	-1%	0%	21%	1%	22%	17%	3%	7%	4%	15%	0%	2%	5%	100%
2003	8%	1%	1%	27%	0%	17%	12%	4%	3%	-6%	21%	5%	0%	7%	100%
2004	6%	0%	1%	23%	0%	13%	19%	4%	4%	1%	17%	4%	2%	6%	100%
2005	5%	0%	1%	18%	0%	16%	18%	5%	7%	1%	16%	4%	3%	6%	100%
2006	4%	0%	1%	18%	0%	16%	18%	5%	8%	2%	16%	4%	3%	5%	100%
2007	3%	0%	2%	16%	0%	14%	21%	5%	9%	3%	17%	4%	3%	4%	100%
2008	5%	0%	2%	19%	0%	2%	23%	6%	11%	3%	15%	4%	4%	5%	100%
2009	10%	1%	2%	32%	-1%	41%	-11%	-4%	-2%	13%	44%	-9%	-10%	-4%	100%
2010	-1%	0%	1%	16%	1%	2%	23%	6%	8%	2%	18%	9%	7%	8%	100%
2011	4%	0%	1%	17%	1%	15%	18%	4%	9%	3%	14%	6%	5%	3%	100%
2012	-6%	-1%	2%	18%	2%	-8%	24%	11%	17%	7%	-5%	15%	15%	9%	100%
2013	4%	-1%	0%	21%	1%	22%	17%	3%	7%	4%	15%	0%	2%	5%	100%

Fuente: elaboración propia en base a Observatorio de Empleo y Dinámica Empresarial, MTEySS en base a SIPA.

Notas: (1) El empleo perteneciente a las empresas con participación accionaria privada y estatal se incluye dentro del sector privado.

Anexo B

Cuadro B.1: Resumen de normativa vinculada a la creación del sistema

Año (publicado en B.O.)	Norma	Concepto	Detalle
1944	Decreto 30.655/44	Creación de la Comisión de Servicio Social	Creación de la Comisión de Servicio Social, institución encargada de propulsar la implementación de los servicios sociales (atención médica gratuita, atención farmacéutica al precio de costo, suministro de artículos de alimentación, de vestir, y de uso indispensable para el hogar a precio de costo)
1968	Decreto 17.230/68	Creación de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales	
1970	Ley Nº18.610	Sistema de Obras Sociales	Creación del INOS como ente regulador de las Obras Sociales, que pasan a manos de los sindicatos. Universaliza la cobertura. Financiamiento: 2% contribución y 1% aporte (+1% aporte por integrante del grupo familiar). Creación de FSR, con financiamiento del 3% de aportes y 3% de contribuciones del SAC
1971	Decreto 4714/71	Establecimiento de las Prestaciones médico-asistenciales mínimas	Incluía atención médica en consultorio a domicilio, internación de pacientes, atención de urgencia, servicios de diagnóstico y tratamiento y atención odontológica
1971	Ley Nº19.032	Creación del INSSJyP	Inclusión de los jubilados y pensionados al sistema de Obras Sociales
1977	Ley Nº21.640	Modificación financiamiento FSR	Inclusión como ingresos del FSR el 10% de la recaudación de OS por aportes y contribuciones y el 50% de los recursos de otra naturaleza

1980	Ley Nº22.269	Modificación del Sistema de Obras Sociales	Intervención de las Obras Sociales, separación de los sindicatos. Financiamiento: 4,5% contribución y 3% aporte + 1% adicional de aporte por cada integrante del grupo familiar. El financiamiento del FSR pasa a ser de 10% de los aportes y contribuciones de las "entes" de las OS + 60% de ingresos de otra naturaleza
1989	Ley 23.660	Modificación del Sistema de Obras Sociales	Creación de la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Financiamiento del sistema: 6% contribución y 3% aporte. + 1,5% adicional de aporte por cada integrante del grupo familiar. Financiamiento del FSR: 10% para las remuneraciones <1.000 y 15% para las remuneraciones >1.000, a excepción de las de Dirección que se fija en 15% o 20%
1989	Ley 23.661	Creación de Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS)	Establece que las prestaciones del seguro serán otorgadas de acuerdo con las políticas nacionales de salud y estarán basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud y la descentralización operativa, promoviendo la libre elección de los prestadores (art. 25). Los programas de prestaciones procurarán la integración entre las distintas entidades del seguro y las autoridades sanitarias (art. 26).: La Secretaría de Salud de la Nación y el ANSSAL establecerán y actualizarán un programa de salud obligatorio (art. 28). ANSSAL llevará el registro nacional de prestadores habilitados que pueden contratar los agentes del seguro (art. 29). La Secretaría de Salud aprobará los nomencladores y valores para la contratación de las prestaciones, que los elaborará la ANSSAL (art. 34).
1993	Decreto 9/1993	Opción de cambio	Libertad para elegir la obra social = desregulación
1996	Decreto 1615/1996	Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud	Surge la SSS como fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS)
1998	Decreto 53/1998	Creación de la Administración Especial de Programas Especiales (APE)	
2012	Decreto 366/2012	Transferencia de APE a SSS	Se establece la transferencia de la Administración de Programas Especiales a la Superintendencia de Servicios de Salud

Fuente: elaboración propia en base a Infoleg

Cuadro B.2: Normativa complementaria a la Ley N°22.269

Normativa complementaria a la Ley N° 22.269

-Resolución 622/1980 – INOS: Dispuso destinar un mínimo del 80% de los recursos brutos de las obras sociales al otorgamiento de prestaciones médico-asistenciales.

-Resolución 635/1980 – INOS: Reglamentó el plazo para las obras sociales adheridas que quisieran dejar el sistema.

-Resolución 792/1980 – INOS: Facultó a la autoridad de aplicación de la ley para permitir la incorporación de beneficiarios adherentes.

-Resolución 793/1980 – INOS: Implementó el régimen para regular el trámite de solicitud de apoyos financieros.

-Resolución 156/1980 – INOS: Aprobó el formulario de Orden de consulta para Efectores Públicos, utilizados por los prestadores de las Obras Sociales o entes de obra social del sistema.

-Resolución 210/1980 – INOS: Dispuso la ampliación de grupo familiar a cargo del titular con el aporte adicional que establecía el inciso b) del art. 12º de la ley

-Resolución 1039/1980 – INOS: Reguló la forma de presentación por parte de las obras sociales y los entes de obra social de los estados de “Fluir de Fondos Mensual”, “Presupuesto de Ingresos y Egresos” y de “Beneficiarios”.

-Decreto 353/1983 Dispuso la creación dentro del ámbito del INOS de la “Comisión Permanente de Concertación” para la elaboración del nomenclador, normas de trabajo y valores arancelarios de las prestaciones médico-asistenciales de las obras sociales. Dicha Comisión estaría integrada por representantes de las entidades que agrupaban a los prestadores, designadas por las mismas, representantes de las obras sociales designadas por el INOS, quien a su vez establecería el número de miembros y las normas de funcionamiento de la Comisión.

-Resolución 781/1984 – INOS: Amplió lo dispuesto por la resolución 792/1980-INOS con la posibilidad de inclusión en el grupo familiar de beneficiarios titulares adherentes, de los hijos/hijas solteros de entre 21 y 25 años de edad y que cursaran estudios regulares, mediante el pago de una cuota mensual de afiliación equivalente al 1% de la remuneración de dicho beneficiario titular sujeta a descuento previsional.

-Resolución 999/1984 – INOS: Estableció una nueva norma para presentar ante el INOS las solicitudes de apoyo financiero.

-Resolución 210/1986– INOS: reglamentó la inscripción y reinscripción de los establecimientos prestadores de servicios médico-asistenciales del sistema de obras sociales en el “Registro de Prestadores” del INOS.

-Resolución 87/1987– Secretaría de Salud: Estableció una nueva forma contractual por medio de nomencladores globalizados de referencia nacional para la contratación de las prestaciones que las obras sociales hicieran con efectores públicos y que pudieran adoptarse en jurisdicciones provinciales y municipales.

-Resolución 89/1988– Secretaría de Salud: Creó la Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Salud integrada por el INOS y las Confederaciones que agrupaban a los profesionales de las distintas especialidades.

-Resolución 165/1988– INOS: Modificó el procedimiento interno para la tramitación de las solicitudes de apoyo financiero.

-Resolución 212/1988– INOS: Creó en el ámbito del INOS el Comité de Sindicaturas para brindar el asesoramiento necesario sobre las relaciones entre dicho organismo y las sindicaturas actuantes en las obras sociales.

Fuente: SSSALUD (2010)

Cuadro B.3: Modificaciones de alícuotas de aportes y contribuciones a las OS¹³. 2001-2013

Fecha	Norma	Concepto	Detalle
20/05/2003	Decreto 1212/2003	Régimen para el ingreso de los aportes y cont. de los jugadores de fútbol, miembros de los cuerpos médicos, técnicos y auxiliares	2% del percibido en concepto de recaudación, transferencia de jugadores y televisiones de los torneos de la Primera A, Nacional B y Primera B en todas las categorías. Se suma un 0,5% para cancelar deudas

¹³ Dentro de las modificaciones más importantes en el ámbito de la Seguridad Social, se destacan en 2001 el Decreto 1387/01 por el cual se reduce la alícuota de los aportes personales del 11% al 5%; en 2002 mediante el Decreto 2203/02 la prórroga de la reducción y el restablecimiento progresivo y en 2008 la Resolución General de AFIP N°2388/08 que restituye las alícuotas personales al 11% a partir del período devengado de 05/2007.

28/06/2004	DA Jefatura de Gabinete 281/2004	Se modifican las cotizaciones mínimas mensuales para los beneficiarios del SNSS comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley N° 23.660, art. 24 del Anexo II del Decreto N° 576/93 y DA N° 51/03.	*Trabajadores en relación de dependencia y los jubilados y pensionados nacionales del Gobierno de CABA, de \$ 20 a \$ 22. *Grupos familiares primarios y personas que convivan con el titular y reciban del mismo, ostensible trato familiar, de \$ 17 a \$ 20.	
13/10/2004	Res. Gral AFIP 1750/2004	Bases impositibles máximas a efectos del cálculo de las contribuciones con destino a los subsistemas de la Seguridad Social. Decreto N° 491/04. Vigente a partir del 6/2004 en adelante	Contribuciones: Para el Régimen Nacional de OS, Ley 23.660 y modif y Reg. Nac. Del Seguro de Salud= Base impositible máxima para OS: \$4.800	
07/03/2006	Decreto 233/2006	Título VI. Régimen especial de Seg. Soc. para empleados del servicio doméstico instituido por el Título XVIII de la Ley N° 25.239. Incremento del aporte al SNSS Art. 17 Ley N° 26.063.	El régimen queda sujeto a las previsiones para los pequeños contribuyentes adheridos al Régimen Simplificado a partir del período devengado en 02/2006, inclusive. La diferencia del aporte la deberán completar los trabajadores del servicio doméstico para acceder a los beneficios del SNSS	
27/03/2008	Res. Gral. AFIP 2429/2008	Bases impositibles máximas para el cálculo de los aportes y contribuciones al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Decreto N° 279/08.	Aportes: Base impositible máxima: *SIJyP: \$7256 (desde 1/03 hasta el 30/06) y \$7800 (a partir de 1/07/08) *INSSJyP: \$4800 (desde 1/03/08) *Ley 23.660 y 23.661: \$4800	Contribuciones: Base impositible máxima: *Ley 24.241, 19032 y mod. SIN LIMITE *Ley 23.660 y 23661: \$4.800
03/04/2008	Res. Gral. AFIP 2431/2008	Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico. Incremento de los aportes con destino al Sistema Nacional del Seguro de Salud. Ley N° 25.239 y R.G. AFIP N°	*Menos a 18 años: Desde 6 a 12 hs: \$20 (\$8 aportes y \$12 contribuciones). Desde 12 a 16 hs: \$39 (\$15 aportes y \$24 contribuciones). 16 o más: \$72 (\$37 aporte y \$35 contribuciones) *Menor a 18 y mayor a 14 años inclusive: Desde 6 a 12 hs: \$8 (\$8	

		2055.	<p>aportes). Desde 12 a 16 hs: \$15 (aportes). 16 o más hs: \$37 (aportes) (10% al FSR)</p> <p><u>*Por trabajador jubilado:</u> Desde 6 a 12 hs: \$12 (\$12 contribuciones). Desde 12 a 16 hs: \$24 (contribuciones). 16 o más hs: \$35 (contribuciones)</p> <p>Aporte voluntario: a) diferencia entre \$35 y la contr. obligatoria (para acceder a jubilación/reparto); b) un aporte voluntario hasta \$33 (para jubilación/capitalización o Prestación adicional por permanencia); c) La diferencia entre \$37 y el aporte obligatorio para acceder a salud; d) la suma adicional de \$31 por que cada integrante de grupo familiar acceda al PMO. (el 10% de c y d van al FSR)</p>	
21/10/2008	Res. Gral. AFIP 2508/2008	Bases imponibles máximas para los aportes y contribuciones a los distintos subsistemas de la seguridad social. Decreto N° 1448/08.	Base imponible máxima \$7800 (para todos los subsistemas)	Base imponible máxima sin límite (para todos los subsistemas)
09/01/2009	Decreto 10/2009	Incremento de la remuneración bruta mensual a los fines de los Ap. y Cont. destinados a OS, Art. 19º incs. a) y b) Ley N° 23.660 y al Fondo Solidario de Redistribución, art. 22º inc. a) Ley Fondo Solidario de Redistribución N° 23.661. Decreto N° 486/02, art. 1º, inc. d) acceso a las prestaciones médicas esenciales del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Vigencia 1/01/2009	Se incrementa la remuneración bruta de referencia de \$1000 a \$2400 a los efectos de destinar los aportes y contribuciones a las Obras Sociales que correspondan y al FSR	
30/01/2009	Res. Gral. AFIP	Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio	* <u>Menos a 18 años:</u> Desde 6 a 12 hs: \$20 (\$8 aportes y \$12 contribuciones). Desde 12 a 16 hs:	

	2538/2009	Doméstico. Incremento de los aportes con destino al SNSS. Ley Nº25.239 y R.G. AFIP Nº 2055. (\$46,75 para el trabajador de Serv. Doméstico y \$39 por cada integrante del grupo familiar) a partir del 1/12/2008	\$39 (\$15 aportes y \$24 contribuciones). 16 o más: \$81,75 (\$46,75 aporte y \$35 contribuciones) *Menor a 18 y mayor a 14 años <u>inclusive</u> : Desde 6 a 12 hs: \$8 (\$8 aportes). Desde 12 a 16 hs: \$15 (aportes). 16 o más hs: \$46,75 (aportes) (10% al FSR) *Por trabajador jubilado: Desde 6 a 12 hs: \$12 (\$12 contribuciones). Desde 12 a 16 hs: \$24 (contribuciones). 16 o más hs: \$35 (contribuciones) Aporte voluntario: a) diferencia entre \$35 y la contr. obligatoria (para acceder a jubilación/reparto); b) un aporte voluntario hasta \$33 (para jubilación/capitalización o Prestación adicional por permanencia); c) La diferencia entre \$46,75y el aporte obligatorio para acceder a salud; d) la suma adicional de \$91 por que cada integrante de grupo familiar acceda al PMO. (el 10% de c y d van al FSR)
10/09/2009	Res. Gral. AFIP 2673/2009	Incremento de la base de cálculo y de los importes mensuales correspondientes a los trabajadores autónomos. Bases Imponibles máximas para los Aportes y Contribuciones al Sistema Integrado Previsional Argentino. Resolución Nº 65/09 de la Administración Nacional de la Seguridad Social. A partir del 1/09	Base máxima \$9.351,30. Base mínima \$287,74
21/12/2009	Ley 26565	Art. 2º) Régimen especial de seguridad social para empleados del servicio doméstico instituido por el Título XVIII de la Ley Nº	Aporte \$46,75 (salud) + Adicional \$39 por cada integrante adicional que quiera acceso a salud

		25.239. Aportes al SNSS establecido por las Leyes Nº 23.660 y 23.661. Sustitución del art. 17 de la Ley Nº 26.063. Vigencia a partir del 21/12/2009	
09/03/2010	Decreto 330/2010	Base mínima para el cálculo de los Aportes y Contribuciones del Régimen Nacional de OS. Leyes 23.660 y 23.661. Vigencia a partir de 01/2010	Se toma como base el equivalente a dos (2) bases mínimas de las previstas por el artículo 7º de la Resolución Nº 135/2009 de la Administración Nacional de la Seguridad Social o la que la reemplace en el futuro. \$622,72
29/03/2010	Res. Gral. AFIP 2800/2010	Incremento de la base de cálculo y de los importes mensuales correspondientes a los trabajadores autónomos. Bases imponibles máximas para los Aportes y Contribuciones al SIPA. Res. Nº 130/2010 de la ANSES. Vigencia a partir de 1/03/2010 (con vencimiento en el mes de abril)	Base máxima \$10.119,08 Base mínima: \$311,36
30/09/2010	Res. Gral. AFIP 2922/2010	Incremento de la base de cálculo y de los importes mensuales correspondientes a los trabajadores autónomos. Bases imponibles máximas para los Aportes y Contribuciones al SIPA. Resolución Nº 651/10 de la ANSES. Vigencia a partir del 1/09/2010	Base máxima \$11.829,21. Base mínima \$363,98
23/03/2011	Res. Gral. AFIP 3063/2011	Incremento a partir del devengado del mes de marzo de 2011 de la base de cálculo y de los importes mensuales correspondientes a los trabajadores autónomos y de las bases imponibles máximas	Base máxima \$13.879,25. Base mínima: \$427,06

		para los Aportes y Contribuciones al SIPA. Resolución N° 58/2011 de la ANSES. A partir del 1/03/2011	
27/04/2011	Decreto 488/2011	Aportes y contribuciones de obra social en relación al Seguro de Salud. Actualización de valores.	Se toma como base el equivalente a cuatro (4) bases mínimas de las previstas por el artículo 7º de la Resolución N° 135/09 de la ANSES o la que la reemplace en el futuro
28/09/2011	Res. Gral. AFIP 3189/2011	Incremento a partir del devengado del mes de septiembre de 2011 de la base de cálculo y de los importes mensuales correspondientes a los trabajadores autónomos y de las bases imponibles máximas para los Aportes y Contribuciones al SIPA. Resolución N° 448/2011 de la ANSES. Vigencia a partir de 1/09/2011	Base máxima \$16.213,72. Base mínima \$ 498,89
29/03/2012	Res. Gral. AFIP 3305/2012	Se incrementan los límites mínimo y máximo de la base imponible para el cálculo de los aportes y contribuciones al SIPA, previstos en el Artículo 9º de la Ley N° 24.241 y sus modificaciones para el período devengado marzo de 2012.	Base máxima \$19.070,55. Base mínima \$586,79
02/10/2012	Res. Gral. AFIP 3389/2012	Se incrementan los límites mínimo y máximo de la base imponible para el cálculo de los aportes y contribuciones al SIPA, previstos en el Artículo 9º de la Ley N° 24.241 y sus modificaciones para el período devengado de septiembre de 2012.	Base máxima \$21.248,45. Base mínima \$653,81
25/03/2013	Res. Gral.	Se incrementan los límites	Base máxima \$24.473,92.

	AFIP 3453/2013	mínimo y máximo de la base imponible para el cálculo de los aportes y contribuciones al SIPA, previstos en el Artículo 9º de la Ley Nº 24.241 y sus modificaciones para el período devengado de marzo de 2013.	Base mínima \$753,05
25/04/2013	Res. Conjunta MECON y MSALUD 299 y 110/2013	Se incrementa el valor de las cotizaciones del Régimen Especial de Seg. Soc. para Empleados del Servicio Doméstico con destino al SNSS. Ley Nº 25.239, Título XVIII y Ley Nº 26.063, artículo 17 del Título VII.	Se incrementa -de \$ 60 a \$ 100- el valor de las cotizaciones del Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico con destino al Sistema Nacional del Seguro de Salud, incluyendo el aporte al FSR. A partir de 05/2013
29/10/2013	Res. Gral. AFIP 3534/2013	Se incrementan los límites mínimo y máximo de la base imponible para el cálculo de los aportes y contribuciones al SIPA, previstos en el Artículo 9º de la Ley Nº 24.241 y sus modificaciones para el período devengado de septiembre de 2013.	Base máxima \$28.000,65. Base mínima \$861,57
12/02/2014	Res. 27/2014 ANSES	Se incrementa la base provisional mínima y máxima para el cálculo de los Aportes de los trabajadores en relación de dependencia. Ley Nº 24.241, Art. 9º, primer párrafo. A partir de marzo de 2014	Base máxima \$31.167,56. Base mínima \$959,01
23/07/2014	Res. AFIP 3653/2014	Incremento del Aporte destinado al Sistema Nacional del Seguro de Salud del Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casa Particulares establecido por Ley Nº 26.844. Modificación de la Resolución General AFIP Nº 2055.	* <u>Menos a 18 años</u> : Desde 6 a 12 hs: \$31(\$12 aportes y \$19 contribuciones). Desde 12 a 16 hs: \$59 (\$24 aportes y \$35 contribuciones). 16 o más: \$268 (\$35 aporte y \$233 contribuciones) * <u>Menor a 18 y mayor a 14 años inclusive</u> : Desde 6 a 12 hs: \$19 (\$19 aportes). Desde 12 a 16 hs: \$35

			<p>(35aportes). 16 o más hs: \$233 (\$233 aportes) (10% al FSR)</p> <p><u>*Por trabajador jubilado:</u> Desde 6 a 12 hs: \$12 (\$12 contribuciones). Desde 12 a 16 hs: \$24 (contribuciones). 16 o más hs: \$35 (contribuciones)</p> <p>Aporte voluntario: a) diferencia entre \$35 y la contr. obligatoria (para acceder a jubilación/reparto); b) un aporte voluntario hasta \$33 (para jubilación/capitalización o Prestación adicional por permanencia); c) La diferencia entre \$46,75y el aporte obligatorio para acceder a salud; d) la suma adicional de \$91 por que cada integrante de grupo familiar acceda al PMO. (el 10% de c y d van al FSR)</p>
29/08/2014	Res. 449/2014 ANSES	Se incrementa la base provisional mínima y máxima para el cálculo de los Aportes de los trabajadores en relación de dependencia. Ley N° 24.241, Art. 9º, primer párrafo. A partir de septiembre de 2014	<p>Base máxima \$36.531,48.</p> <p>Base mínima \$1.124,06-</p>
12/02/2015	Res. 44/2015 ANSES	Se incrementa la base provisional mínima y máxima para el cálculo de los Aportes de los trabajadores en relación de dependencia. Ley N° 24.241, Art. 9º, 1º párrafo. A partir de marzo de 2015	<p>Base máxima \$43.202,17.</p> <p>Base mínima \$1.329,31</p>

Fuente: elaboración propia sobre la base de Dirección Nacional de Ingresos Públicos (DNIAF). Subsecretaría de Ingresos Públicos. Secretaría de Hacienda

Cuadro B.4: Normativa SANO (artículos modificados)

Decreto 292/95

Art. 3º —Sustitúyese el artículo 24º del Anexo II del Decreto 576/93 por el siguiente:

"ARTICULO 24. — Atento lo prescripto por el artículo 24 inciso "b", punto "2", y sin perjuicio de lo establecido por artículo 2º de la Ley Nº 24.465, todos los trabajadores beneficiarios titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a excepción de los comprendidos en las obras sociales del Artículo 1º, inciso "e" de la Ley Nº 23.660, tendrán garantizada una cotización mínima mensual de TREINTA PESOS (\$ 30). Cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador sean inferiores a dicha cotización, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la Administración Nacional del Seguro de Salud a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA, con información provista por la Dirección General Impositiva."

Decreto 492/1995

Art. 3 — Sustitúyese el artículo 3º del Decreto N° 292/95 por el siguiente:

"Artículo 24 — Atento lo prescripto por el artículo 24 inciso "b" punto "2", y sin perjuicio de lo establecido por el artículo 2º de la Ley Nº 24.465, todos los trabajadores beneficiarios titulares del Sistema Nacional de Seguro de Salud, a excepción de los comprendidos en las Obras Sociales del art. 1º inciso "e" de la Ley Nº 23.660, tendrán garantizada una cotización mínima mensual de PESOS CUARENTA (\$40). Cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador sean inferiores a dicha cotización, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA, con información provista por la DIRECION GENERAL IMPOSITIVA."

"El Fondo Solidario de Redistribución se constituirá con el total de los recursos genuinos, incluyendo los de distinta naturaleza a que se hace referencia en el artículo 16 de la Ley Nº 23.660. El valor de la cotización mensual podrá ser modificado mediante resolución conjunta de los MINISTERIOS DE SALUD Y ACCION SOCIAL, DE ECONOMIA Y OBRAS Y SERVICIOS PUBLICOS Y DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, tomando en cuenta las disponibilidades de sistema, las coberturas en concepto de alta complejidad a financiar por la ADMINISTRACION NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD y su gasto administrativo."

Decreto 1400/2001

Art. 13. — Reglamentación a la Ley N° 23.661 - Distribución del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION por beneficiario.

Sustitúyese el artículo 24 del Anexo II del Decreto N° 576/93 por el siguiente:

"ARTICULO 24. — Atento lo prescripto por el artículo 24, inciso b), punto 2 a partir del 1º de enero de 2002, los beneficiarios del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, sean titulares o no titulares en los términos de los incisos a) y b) del artículo 9º de la Ley N° 23.660, con exclusión de los beneficiarios del último párrafo de dicho artículo, contarán con una cotización mínima mensual de PESOS VEINTE (\$ 20).

Cuando los aportes y contribuciones de los trabajadores beneficiarios titulares sean insuficientes para cubrir el total de la cotización antes mencionada, según la composición de su grupo familiar, el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION integrará la diferencia: dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA, con información provista por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS. El valor de la cotización mínima mensual deberá ser modificado mediante Resolución Conjunta de los Ministros de Salud y de Economía, de modo de agotar la totalidad de los recursos disponibles en el Fondo Solidario de Redistribución, previa deducción de los recursos asignados por la Ley de Presupuesto a gastos administrativos de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y a las prestaciones de alta complejidad.

Transitoriamente, hasta tanto el Fondo Solidario de Redistribución vea incrementados sus recursos y composición, de acuerdo con las metas de crecimiento de la actividad económica y con las modificaciones que establezca el Congreso de la Nación, los valores mencionados en el párrafo primero del presente artículo serán de VEINTE PESOS (\$ 20) para el beneficiario titular y de DOCE PESOS (\$ 12) para los beneficiarios no titulares. La Liquidación del subsidio automático será definitiva a partir de los NOVENTA (90) días corridos posteriores al vencimiento del período devengado.

Decreto 1867/02

Art. 2º — Durante la vigencia de la citada emergencia sanitaria, establécese que, por aplicación del artículo 24 inciso b) punto 2 de la Ley 23.661 y sin perjuicio de lo establecido por el artículo 2º de la Ley 24.465, todos los trabajadores beneficiarios titulares del Sistema Nacional del

Seguro de Salud, a excepción de los comprendidos en las obras sociales del artículo 1º, inciso e) de la Ley 23.660, tendrán garantizada una cotización mínima mensual de PESOS CUARENTA Y SIETE (\$ 47.-). Cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador sean inferiores a dicha cotización, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia a partir de una remuneración base de TRES (3) MOPRES. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la Superintendencia de Servicios de Salud a través del Banco de la Nación Argentina, con información provista por la Administración Federal de Ingresos Públicos. El valor de la cotización mínima mensual podrá ser modificado por decisión administrativa del Jefe de Gabinete de Ministros, tomando en cuenta las disponibilidades del Sistema, las coberturas en concepto de alta complejidad, leyes especiales y el gasto administrativo de la Superintendencia de Servicios de Salud y la Administración de Programas Especiales.

Decreto 741/03

Artículo 1º— Sustitúyese el artículo 24, del Anexo II del Decreto Nº 576/93, que quedará redactado de la siguiente manera:

"ARTICULO 24. — Establécese que por aplicación del artículo 24 inciso b) punto 2 de la ley 23.661 y sin perjuicio de lo establecido por el artículo 2º de la ley 24.465, todos los beneficiarios del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, contarán con una cotización mínima mensual de PESOS VEINTE (\$ 20) por beneficiario titular y pesos QUINCE (\$ 15) por los comprendidos en los incisos a) y b) del artículo 9º de la ley 23.660, incluidos los del último párrafo de dicho artículo. Cuando los aportes y contribuciones de cada trabajador titular sean insuficientes para cubrir el total de la cotización mensual según la composición de su grupo familiar, el Fondo Solidario de Redistribución integrará la diferencia de manera automática, a partir de una remuneración base de TRES (3) MOPRES. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la Superintendencia de Servicios de Salud a través del Banco de la Nación Argentina, con información provista por la Administración Federal de Ingresos Públicos. El valor de la cotización mínima mensual podrá ser modificado por decisión administrativa del Jefe de Gabinete de Ministros, tomando en cuenta las disponibilidades del Sistema, las coberturas en concepto de alta complejidad, leyes especiales y el gasto administrativo de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales".

Decisión Administrativa 51/2003

Artículo 1º — Modifícase la cotización mínima mensual a que se refiere el artículo 24, del Anexo II, del Decreto 576/93 para los beneficiarios comprendidos en los incisos a) y b) del artículo 9º de la ley 23.660, incluidos los del último párrafo de dicho artículo, que se establece en la suma de pesos DIECISIETE (\$ 17).

Decisión Administrativa 281/2004

Artículo 1º — Modifícase la cotización mínima mensual a que se refiere el artículo 24, del Anexo II, del Decreto Nº 576/93 para los beneficiarios comprendidos en el artículo 8º de la Ley Nº 23.660, que se establece en la suma de pesos VEINTIDOS (\$ 22), y para los beneficiarios comprendidos en los incisos a) y b) del artículo 9º de la Ley Nº 23.660, incluidos los del último párrafo de dicho artículo, que se establece en la suma de pesos VEINTE (\$ 20).

Decreto 1901/2006

Art. 2º — Sustitúyese el artículo 24, del Anexo II del Decreto Nº 576/93, que quedará redactado de la siguiente manera:

"ARTICULO 24. — a) Establécese que por aplicación del artículo 24 inciso b) punto 2 de la Ley Nº 23.661 y sin perjuicio de lo establecido por el artículo 2º de la Ley Nº 24.465, los beneficiarios del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, declarados a través del SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES en el Régimen Nacional de Obras Sociales, tendrán derecho a la Distribución por Ajuste de Riesgo de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en caso que los titulares de afiliación pertenezcan al Cuarenta por Ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar. La nómina de titulares de afiliación será suministrada por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

b) Los recursos a que se refiere el inciso anterior se distribuirán en base a cada individuo integrante de un grupo familiar encabezado por un titular cotizante al Sistema Nacional de Obras Sociales, de manera tal que los recursos por individuo sean distribuidos respetando en todo momento, la proporcionalidad detallada en la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo de los beneficiarios de las Obras Sociales que se aprueba por el apartado c) del presente Artículo, de manera automática, por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA y de acuerdo con la información proporcionada por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS.

c) Apruébase la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo.

GRUPO DE EDAD	VALOR ASIGNADO	
	Masculino	Femenino
0 a 14	22	22
15 a 49	35	41
50 a 64	41	41
65 en adelante	91,50	91,50

d) Se entenderá por recursos totales por individuo integrante de grupo familiar a los aportes y contribuciones por miembro de un grupo familiar encabezado por un titular cotizante, más el subsidio proveniente del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBICION si correspondiere, de acuerdo a la normativa definida en el presente decreto.

e) Los subsidios que forman parte del SUBSIDIO AUTOMATICO NOMINATIVO DE OBRAS SOCIALES "SANO" serán utilizados exclusivamente para completar la diferencia, si esta fuere mayor que cero (0), entre el total de aportes y contribuciones de cada individuo titular del grupo familiar y la sumatoria de los valores definida en el inciso c).

f) Cuando los aportes y contribuciones correspondientes a cada trabajador titular sean insuficientes para cubrir la Contribución Total Ajustada por Riesgo por Individuo del grupo familiar cuya Matriz se define en el inciso c), el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION integrará la diferencia en forma automática, a partir de una remuneración básica equivalente a TRES (3) MOPRES. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA con información provista por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP).

Respecto de los agentes del seguro de salud incluidos en el inciso e) del artículo 1º de la Ley Nº 23.660, la integración se efectuará a partir de una remuneración base de QUINCE (15) MOPRES.

Resolución 854/2006

Art. 3º— Para la determinación de la población base del cuarenta por ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar, se deberá:

1. detraer, del total de la población del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a aquellos cotizantes que se encuentren alcanzados por la limitación prevista en el inciso f) in fine, del artículo 24 del Anexo II del Decreto 576/93.
2. considerar los aportes y contribuciones de Obra Social por cotizante, dividido por la cantidad de componentes del grupo familiar —en los términos del artículo 9 de la ley 23.660— más el

propio titular. A tal efecto, se tomará como base la Declaración Jurada de aportes y contribuciones del Régimen General de Obras Sociales (SIJIP), por período mensual.

Resolución 102/2007

Artículo 1º — Modifícase el artículo 3º de la Resolución Nº 854/06-SSSalud, que quedará redactado de la siguiente manera:

Art. 3º — Para la determinación de la población base del cuarenta por ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar, se deberá:

1. detraer, del total de la población del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a aquellos cotizantes que se encuentren alcanzados por la limitación prevista en el inciso f) in fine, del artículo 24 del Anexo II del Decreto 576/93.
2. considerar los aportes y contribuciones de Obra Social por cotizante, dividido por la cantidad de componentes del grupo familiar —en los términos del artículo 9 de la ley 23.660— más el propio titular. A tal efecto, se tomará como base la Declaración Jurada de aportes y contribuciones del Régimen General de Obras Sociales (SIJIP), por período mensual.
3. de la aplicación del procedimiento previsto en los puntos 1 y 2, se determinará mensualmente el valor correspondiente al cuarenta por ciento (40%) que establece el decreto nº 1901/06.
4. el valor resultante establecerá el rango poblacional máximo incluido en los grupos alcanzados por el subsidio.
5. la aplicación de esta metodología podrá implicar un exceso en el porcentaje previsto en el decreto 1901/06, es decir, el cuarenta por ciento (40%), en la medida que tal exceso contemple la inclusión de población del mismo rango."

Resolución 1765/2008

Artículo 1º — Actualícense los valores fijados en el inciso c) del artículo 24, del Anexo II del Decreto Nº 576/93, los que quedarán determinados de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	VALOR ASIGNADO	
	Masculino	Femenino
0 a 14	28	28
15 a 49	44	52
50 a 64	52	52

65 en adelante 114,5 114,5

Decreto 330/10

Artículo 1º — Para el cálculo de los aportes y contribuciones de obra social en los términos de las leyes 23.660 y 23.661, se tomará como base el equivalente a dos (2) bases mínimas de las previstas por el artículo 7º de la Resolución Nº 135/2009 de la Administración Nacional de la Seguridad Social o la que la reemplace en el futuro.

Art. 3º — Actualízanse los valores fijados en el inciso c) del artículo 24, del Anexo II del Decreto Nº 576/93, los que quedarán determinados de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	VALOR ASIGNADO	
	Masculino	Femenino
0 a 14	36	36
15 a 49	57	67
50 a 64	67	67
65 en adelante	148	148

Decreto 488/2011

Artículo 1º — Para el cálculo de los aportes y contribuciones de obra social en los términos de las Leyes Nº 23.660 y Nº 23.661, se tomará como base el equivalente a CUATRO (4) bases mínimas de las previstas por el artículo 7º de la Resolución Nº 135/09 de la ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL o la que la reemplace en el futuro

Art. 3º — Actualízanse los valores fijados en el inciso c) del artículo 24 del Anexo II del Decreto Nº 576/93, los que quedarán determinados de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	VALOR ASIGNADO	
	Masculino	Femenino
0 a 14	47	47
15 a 49	74	87
50 a 64	87	87
65 en adelante	192	192

Cuadro B.5: Normativa de medicamentos incluidos en PMO

Fecha en BO	Normativa		Especialidad Medicinal	Detalle	% de Cobertura
15/02/04	Res 310/04	Modifica la Resolución Nº		Patologías crónicas prevalentes	70%

		201/2002, mediante la cual se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley N° 23.660.		Medicamentos de uso habitual: antiácidos, antiespasmódicos, antidiarreicos, antinauseosos, antipsoriásicos	40%
				Medicamentos de internación, drogas de uso en diabetes, anticonceptivos, oncológicos, entre otros	100%
03/08/04	Res 758/04	Modificación de las Res. N° 201/2002 y 310/2004, en relación con las altas o bajas, tanto de principios activos como de precios, en la cobertura de medicamentos para los beneficiarios del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.	Agentes Hipolipemiantes	Se incorporan las presentaciones de menor tamaño, de productos cuya cobertura fue fijada en 70%, por un plazo de 180 días. Pasado dicho plazo sólo permanecerán bajo cobertura de 70% aquellas presentaciones que garanticen tratamiento completo mensual. Se incorporan además algunos principios activos adicionales al anexo de cobertura al 40% y se excluyen otros	70%
31/01/05	Res 82/05	Se modifica las Res. N° 310/2004 y 758/2004. Se excluye de los Anexos III y IV de la Res. N° 201/2002-MS al principio activo ROFECOXIB, en todas sus modalidades y	Antiasmáticos y Oftalmológicos	Se excluye el principio activo Rofecoxib. Se establece que en caso de que el Precio de Venta al Público sea igual o menor al Precio de Referencia, el Monto Fijo a abonar por el Agente del	70%

		presentaciones. Se sustituyen los artículos 4º y 8º de la Res. Nº 758/2004-MS.		Seguro será del 70% del Precio de Venta al Público del producto de menor valor entre los del mismo principio activo, forma farmacéutica, concentración y presentación	
08/07/05	Res 752/05	Actualización del Programa Médico Obligatorio. Se incorporan principios activos, formas farmacéuticas y presentaciones a la Resolución Nº 201/2002, modificada por las Resoluciones 310/2004 y 758/2004.	Oftalmológicos		70%
07/12/05	Res. 1747/05	Se modifica la Resolución Nº 201/2002, mediante la cual se aprobó el Programa Médico Obligatorio Emergencia. Se incorporan recomendaciones de uso y productos medicinales (principios activos, forma farmacéutica y presentación).	Antimicóticos de Uso Sistémico (CEFADROXILO) y	Indicado en uso sistémico en onicomicosis, apertgiosis, candidiasis sistémica, meningitis criptococcica, cromomicosis y blastomicosis	40%
			Antibacteriano de uso sistémico (ITRACONAZOL)	Indicada en infecciones del tracto urinario relacionadas con E. COLI P. MIRABILIS, KLEBSIELLA, ESTAFILOCOCOS y Streptococos del grupo BETA HEMOLITICO DEL GRUPO A.	40%

			Agentes Hipolipemiantes (EZETIMIBE)	Con indicación de uso para pacientes con colesterol total mayor 240 MG/ DL o cuyo riesgo cardiovascular exceda 20% a los 10 años, con al menos dos comorbilidades, tales como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, hiperglucemia, etc.	70%
			Agentes Antiasmáticos (SALMETEROL+FLUTICASONA)	Tratamiento combinado a dosis fijas indicado para control de pacientes con asma bronquial severa (STEP III Y STEP IV) que no responde a dosis individuales máximas de BETA 2 de vida corta (SALBUTAMOL) + 1 ESTEROIDE (BECLOMETASONA/ BUDESONIDE)	70%
			Hormonas pancreáticas (GLUCAGON)	Con recomendación de uso para pacientes diabéticos lábiles con riesgo de hipoglucemia. Se recomienda la provisión de una ampolla por año, para pacientes bajo programa	100%
05/01/06	Res 1991/05	Se aprueban, como parte integrante del PMO, las provisiones de la Res. Nº 201/2002, sus modificatorias y complementarias	Antivirales de Uso Sistémico. Inmunoestimulantes	Se incorporan Antivirales de uso sistémico e inmunoestimulantes con el 100% de cobertura y otras prestaciones gestionadas a partir del actual SUR (ex APE)	100%

18/01/06	Res 350/06	Se aprueban las normas para la cobertura de medicación para el tratamiento de la Hepatitis Crónica.	Antivirales de Uso Sistémico (LAMIVUDINA y ADEFOVIR DIPIVOXILO)	Se aprueba la cobertura de medicación para Hepatitis Crónica, brindada a través del actual Sistema Único de Reintegros (ex APE)	100%
09/03/07	Res. 232/07	Programa Médico Obligatorio. Se incorpora la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), como método anticonceptivo hormonal.	Hormonas sexuales y moduladores del Sistema Genital (LEVONORGESTREL)	Se incorpora al Anexo I la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), como método anticonceptivo hormonal y la cobertura al 100% de los siguientes principios activos: G03AC03 - LEVONORGESTREL, Comprimidos, 1,5 mg., envase por UN (1) comprimido y G03AC03 - LEVONORGESTREL, Comprimidos, 0,75 mg., envase por DOS (2) comprimidos.	100%
01/06/09	Res 742/09	Se aprueban e incorporan al Programa Médico Obligatorio prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes.	Drogas para el control de la Obesidad de acción periférica (ORLISTAT) Drogas para el control de la Obesidad excl. Pdtos dietéticos (SIBUTRAMINA)	Se aprueba e incorporan al PMO el conjunto de prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes, junto con el tratamiento farmacológico.	70%

Cuadro B.6: Incorporaciones a la Resolución 201/2002 - PMOE

Incorporaciones a la Resolución 201/2002 - PMOE

-Resolución 163/2002: indica que sólo podrán recetarse medicamentos por nombre genérico. Indica también que la Superintendencia deberá mantener actualizados los precios del Anexo IV

de la resolución 201/2002. Resolución 64/2004: crea la Comisión Técnica del PMO para el análisis y la eventual modificación del PMO,

-Resolución 310/2004: la mayor modificación del PMOE. Incluyó la adecuación del PMO a la nueva Ley de Prescripción por Nombre Genérico de los Medicamentos, la actualización del Formulario Terapéutico del PMOE, la cobertura diferencial del 70% de medicamentos empleados en el tratamiento ambulatorio de enfermedades crónicas prevalentes y sus precios de referencia, y la cobertura de prestaciones incluidas en la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, entre otros ítems.

-Resoluciones 758/2005 y 82/2005: modifican la matriz de cálculo de los precios de referencia de los medicamentos y la cobertura de algunos de ellos.

-Resoluciones 725/2005 y 1747/2005: incorporan, con criterios de cobertura, medicamentos al PMOE. La última norma incluye un mecanismo de tutelaje de uno de los productos incluidos.

-Resolución 1991/2005: es la base del actual PMO. Incluye además algunas prácticas, procedimientos y medicamentos con criterios de cobertura.

-Resolución 350/2006: incorpora normas para la cobertura de medicación de la hepatitis crónica, que se brinda a través del actual Sistema Único de Reintegros (ex APE).

-Resolución 232/2007: incorpora la anticoncepción hormonal de emergencia.

-Ley 26.396 Trastornos alimentarios (2008)

-Resolución 742/2009: incorpora prestaciones para el tratamiento de la obesidad.

-Ley 26.480 – Ley Prest. Discapacidad (2009)

-Ley 26.657 – Salud Mental y Adicciones (2010)

-Ley 26.689 – Enfermedades poco frecuentes (2011)

-Resolución 102/2011: incorpora la pesquisa a través del marcador sérico IGA para la detección de la enfermedad celíaca.

-Ley 26.743 – Identidad de Género (2012)

-Resolución 407 Celiaquía (2012)

-Ley 26.796 (2012): incorpora al Plan Materno Infantil la vacuna Bacilo de Calmette y Guerin (BCG) para la población pediátrica del territorio nacional.

-Ley 26.928 – Personas trasplantadas (2013)

-Ley 26.862 – Reproducción Medicamento Asistida (2013)

-Ley 26.914 – Ley de diabetes (2013)

-Ley 26.872 – Patología Mamaria (2013)

Fuente: elaboración propia en base a SSSALUD (2010) y normativa correspondiente

Cuadro B.7 Medidas de desigualdad

Medidas de desigualdad

Existen muchas maneras de analizar la desigualdad en la distribución del ingreso. Una alternativa posible es calcular la dispersión de una variable a través de la varianza, el desvío estándar y el coeficiente de variación, que analizan la distribución en función de la medida de la variable más analizada.

Medina (2001) señala que un índice de desigualdad es una medida que resume la manera de distribución de una variable entre un conjunto de individuos. En el caso de la desigualdad económica, la medida se asocia al ingreso o gasto de las familias o personas.

Una primera clasificación de los indicadores de desigualdad agrupa a las **medidas positivas**, que son aquellas que no hacen referencia explícita a ningún concepto de bienestar social, y **medidas normativas**¹⁴ que están basadas en una función de bienestar y no se utilizan en el presente trabajo.

La norma o parámetro con la cual se compara la distribución del ingreso observada depende del indicador seleccionado. En el caso de los estadísticos utilizados para estudiar la dispersión de una variable como la varianza, desviación estándar y coeficiente de variación, el valor de referencia se asocia al promedio de la variable de análisis. Sin embargo, las medidas de dispersión no son utilizadas frecuentemente para estudiar la desigualdad, debido a que no satisfacen algunas de las propiedades teóricas que deben cumplir los buenos indicadores, como por ejemplo la condición de independencia de escala, ya que el valor del indicador se altera si las observaciones se multiplican por una constante positiva.

Brecha/Rango de ingresos

¹⁴ Como por ejemplo el Índice de Dalton y Atkinson.

La manera más elemental de estudiar la dispersión de una variable, como el ingreso, es comparando los valores extremos, es decir, midiendo la diferencia entre los valores extremos o la **brecha de ingresos**.

El cálculo de la brecha o rango de ingresos permite vislumbrar la mejora o desmejora de la situación de desigualdad a lo largo del tiempo, estableciendo -en este caso- la relación entre el ingreso per cápita máximo y mínimo del sistema. Esto permite identificar cuántas veces está contenido el mínimo valor de ingresos per cápita dentro del máximo. En términos algebraicos, la brecha de ingresos puede expresarse como:

$$BI = \frac{MAX Ing pc}{MIN Ing pc} -$$

La principal debilidad de este tipo de medidas es que están basadas únicamente en las observaciones extremas y, consiguientemente, no toman en cuenta la distribución al interior de la población

Propiedades deseables de los indicadores para medir la desigualdad

1. Invariabilidad a transformaciones proporcionales o cambios de escala: la medida de desigualdad no debe variar si se efectúa una transformación de la escala en que se mide la variable de interés (homogeneidad de grado cero).

2. Condición Pigou-Dalton: esta condición sugiere que si se genera una transferencia de ingresos de los hogares ubicados en la parte superior de la distribución hacia las familias o personas ubicadas en los primeros percentiles, el indicador propuesto debe reflejar una caída en el nivel de concentración.

3. Simetría: esta condición impone a los índices que su valor no se altere cuando las mediciones de la desigualdad se hacen a un nivel donde los ingresos son iguales. Es decir, si dos individuos ubicados a un mismo nivel de la distribución intercambian sus ingresos, la medida debe mantenerse invariante e imparcial.

4. Condición de cambio relativo: esta condición indica que si se produce una redistribución desde un grupo poblacional de mayor ingreso hacia uno de ingreso bajo, el coeficiente de concentración debería reducirse en una proporción mayor que si la transferencia se generara de un grupo de ingreso medio hacia uno de ingreso bajo.

5. Independencia de tamaño: el índice de desigualdad debe proporcionar el mismo valor para dos poblaciones independientemente de su tamaño, siempre y cuando las proporciones de

individuos para cada nivel de ingreso sea la misma, lo que implica que las curvas de Lorenz son iguales.

6. Consistencia con la Ordenación de la Curva de Lorenz (Dominancia Estocástica): la curva de Lorenz es una manera alternativa de analizar la distribución del ingreso. Una curva domina a la otra en el orden de Lorenz, si ésta se encuentra por encima de aquella en todos los puntos de la curva, salvo en los valores extremos. En este sentido, un índice será consistente con el orden de Lorenz cuando asuma un valor menor para la distribución dominante con relación a la dominada. Los índices consistentes con este orden satisfacen el resto de las propiedades anteriores. Asimismo, un índice que es consistente con el orden de Lorenz debe ser convexo.

7. Decrecimiento de Efecto ante Transferencias: implica que las transferencias equivalentes entre individuos equidistantes tienen mayor efecto cuando ambos están ubicados en la parte baja de la distribución.

8. Decrecimiento Relativo de Efecto ante Transferencias del Ingreso: es una propiedad más estricta que la anterior, ya que asigna mayor importancia relativa a las transferencias que se efectúan en la parte baja de la distribución, incluso en aquellos casos en que la diferencia de ingresos entre dos individuos “más pobres” sea considerablemente menor que la de una pareja ubicada en la parte superior de la distribución.

9. Descomposición Aditiva: un índice cumple con esta condición cuando puede calcularse para subgrupos, de tal forma que sea posible identificar la proporción de la desigualdad explicada por cada uno de ellos.

Desviación Media Relativa

Otra manera de estudiar la dispersión de una variable es mediante la comparación de la suma del valor absoluto de todas las diferencias respecto al valor medio, con relación al valor total de la variable. Esta medida se denomina **desviación media relativa** y se expresa como sigue:

$$\text{Desviación Media Relativa} = \frac{\sum_{i=1}^n (\mu - y)}{n\mu}$$

Para que se cumpla que el rango de variación de la ecuación anterior esté entre 0 y 1, la desviación media relativa se expresa como

$$DMR = \frac{\sum_{i=1}^n (\mu - y)}{2n\mu}$$

El principal problema de esta medida es que no es sensible a las transferencias de ingresos que se pueden efectuar entre personas que están del mismo lado con respecto al ingreso medio de la distribución.

Varianza

Como alternativa, es posible considerar la sumatoria de las desviaciones respecto a la media y elevarlas al cuadrado, de tal manera que las diferencias se acentúen en la medida en que una observación se aleja del valor medio de ingresos de la distribución μ . De esta manera se define la **varianza**:

$$\text{Varianza (V)} = \sum_{i=1}^n \frac{(\mu - y)^2}{n}$$

La varianza cumple con el principio de transferencia de ingresos (Principio Pigou-Dalton), debido a que cualquier transferencia de ingresos de una persona pobre a una más rica necesariamente incrementará su valor porque aumentará la distancia entre la observación que se ve favorecida y el valor medio de la distribución. Además, este indicador no es independiente de las unidades de medida, debido a que cuando los ingresos se incrementan en una proporción $c > 0$, la varianza se incrementa en c^2 . Si bien la varianza cumple con la condición Pigou-Dalton, el efecto de cualquier transferencia de una persona con ingreso a otra con ingreso mayor, es el mismo, independientemente del valor de ingreso.

Desviación estándar

Otra medida a la que se recurre con frecuencia en el análisis es la desviación estándar, definida como la raíz cuadrada de la varianza.

$$\text{Desvío Estándar} = \sqrt{V}$$

Al igual que la varianza, la desviación estándar depende del valor medio de la variable. Esto podría ocasionar que una distribución tenga una menor varianza que otra, a pesar de presentar una mayor variación relativa, si es que el ingreso medio de la primera distribución es menor que el de la segunda.

Este problema se resuelve con el coeficiente de variación.

Alternativamente, otra medida de dispersión es el coeficiente de variación que puede expresarse como:

$$CV = \frac{\sqrt{V}}{\mu}$$

Donde \sqrt{V} es el desvío estándar y μ la media de la distribución.

Esta medida es independiente del nivel medio de ingresos y es sensible a cualquier transferencia de ingresos en la distribución.

Este coeficiente permite dar cuenta del grado de dispersión de los datos respecto al valor promedio. De manera que, cuanto menor es el coeficiente de variación, más homogéneos son los datos, lo que implica una menor desigualdad.

La ventaja de este indicador es que resulta independiente del valor de la media y además cumple con el principio de transferencias de ingresos (Condición de Pigou-Dalton), sin embargo no cumple con la condición de independencia a la escala de modo que la multiplicación de toda la distribución por un escalar cualquier incide en el valor que adopta el indicador, es decir, la medida varía si se efectúa una transformación de la escala en la que se mide la variable de interés.

Varianza y Desviación Estándar de los logaritmos

Estas medidas otorgan mayor importancia a las transferencias de ingresos que se generan en la parte baja de la distribución.

$$\text{Varianza de los Logaritmos (VL)} = \frac{\sum[(\log \mu] - \log y)^2}{n}$$

La forma de esta función hace que las observaciones con ingresos bajos pesen más en el índice que los ingresos elevados, lo cual es deseable para algunos fines. Además, este indicador puede descomponerse en forma aditiva. Sin embargo, VL tiene un comportamiento no deseado en la parte superior de la distribución, lo que ocasiona que las transferencias de los muy ricos a los menos ricos aumenten a concentración en lugar de reducirla.

$$\text{Desviación Estándar de los Logaritmos} = \sqrt{VL}$$

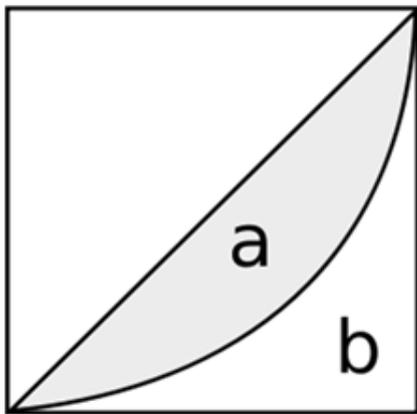
Esta transformación, a diferencia de la varianza y la desviación estándar, tiene la ventaja que elimina los problemas asociados a las unidades de medida. Además, a las transferencias que se realizan en la parte baja de la distribución se les asigna mayor ponderación que a las que se efectúan en los niveles altos de ingreso.

Curva de Lorenz y Coeficiente de Gini

La medida más habitual de representar la desigualdad es la curva de Lorenz, propuesta en 1905 con el objetivo de reflejar la desigualdad en la distribución de la salud. Esta curva representa el porcentaje acumulado de ingreso recibido por un determinado grupo de población, ordenado en forma ascendente de la desigualdad económica. Es decir, muestra la relación que existe entre proporciones acumuladas de población y proporciones acumuladas de ingreso. De esta manera, si a cada porcentaje de población le corresponde el mismo porcentaje de ingresos, se forma una recta de 45°, tal como se muestra en el diagrama que sigue. Dicha línea divide el cuadrado en dos partes iguales y se denomina **línea de equidad perfecta**. Por su parte, la **curva de Lorenz** corresponde a la distribución empírica que se origina de las parejas de población e ingreso (P_i ; Y_i). Finalmente, el área entre las dos líneas (a) se denomina **área de concentración**.

A partir de la relación entre esta última y la línea de equidad perfecta, es posible derivar diversos indicadores que se utilizan para analizar la concentración del ingreso.

Gráfico 9: Diagrama de la Curva de Lorenz



Fuente: elaboración propia

Cabe destacar que la curva de Lorenz se ubica por debajo de la diagonal de equidad perfecta siempre que los ingresos de los individuos se hayan ordenado en forma ascendente y viceversa.

Cuanto más cercana se encuentre la curva de Lorenz a la diagonal de equidad perfecta, la distribución será de mayor igualdad, mientras que cuando se aleja, la desigualdad se incrementa. Cabe destacar a su vez que las curvas de Lorenz permiten comparar niveles de desigualdad relativa, cumpliendo con el principio de preferencia por la igualdad y simetría.

Un indicador que suele utilizarse para medir la desigualdad y que se deriva de la curva de Lorenz, es el **Coefficiente de Gini**. Geométricamente este indicador se corresponde con el área comprendida entre la curva de Lorenz y la bisectriz (o línea de perfecta igualdad). De este modo, el Coeficiente se calcula como:

$$\text{Coeficiente de Gini} = \frac{a}{a + b}$$

Entre las ventajas del uso de este indicador cabe mencionar que su ordenamiento es consistente con la Curva de Lorenz y además asigna mayor peso a las observaciones que se encuentran en la parte más baja de la distribución, independientemente de cuáles sean sus valores (Medina, 2001), no utiliza como referencia para su construcción el nivel de ingreso medio y resulta independiente de la escala utilizada en la medición de la variable de interés. Sin embargo, una de las principales desventajas de este indicador es que las transferencias unitarias de ingreso entre individuos reciben más peso en la medida que haya más observaciones en la zona donde se efectúan. Por lo tanto, la ponderación máxima corresponde a las transferencias próximas a la moda y lejos de los extremos de la distribución.

El coeficiente de Gini mide la concentración del ingreso, tomando valores entre 0 y 1, donde 0 corresponde a la perfecta igualdad y 1 a la perfecta desigualdad.

Cuadro B.8: Modificaciones del SMVM

Período	Norma	Fecha BO	Contenido	Detalle
2003	Decreto 1349/2003	06/01/2004	Se fijan los montos del Salario Mínimo, Vital y Móvil, por hora para los trabajadores jornalizados y por mes para los trabajadores mensualizados que cumplen jornada legal de trabajo a tiempo completo, comprendidos en el artículo 140 de la Ley N° 24,013.	A partir de 1/07/03 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$250 y de \$1,25 x hora para los jornalizados. A partir de 1/08/03 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$260 y de \$1,30 x hora para los jornalizados. A partir de 1/09/03 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$270 y de \$1,35 x hora para los jornalizados. A partir de 1/10/03 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$280 y de

				\$1,40 x hora para los jornalizados. A partir de 1/11/03 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$290 y de \$1,45 x hora para los jornalizados. A partir de 1/12/03 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$300 y de \$1,50 x hora para los jornalizados.
2003	Decreto 1349/2003	06/01/2004	Se fijan los montos del Salario Mínimo, Vital y Móvil, por hora para los trabajadores jornalizados y por mes para los trabajadores mensualizados que cumplen jornada legal de trabajo a tiempo completo, comprendidos en el artículo 140 de la Ley Nº 24,013, a partir del 1/01/2014.	A partir de 1/01/04 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$350 y de \$1,75 x hora para los jornalizados.
2004	Res. Consejo Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 2/2004	07/09/2004	Se fija el Salario Mínimo, Vital y Móvil para todos los trabajadores comprendidos en la Ley de Contrato de Trabajo Nº20.744 (T.O. 1976), los de la Administración Pública Nacional y de todas las entidades y organismos en que el Estado Nacional actúe como empleador.	A partir de 1/09/04 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$450 y de \$2,25 x hora para los jornalizados.
2005	Res. Consejo Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 2/2005	06/06/2005	Se fija el Salario Mínimo, Vital y Móvil para todos los trabajadores comprendidos en la Ley de Contrato de Trabajo Nº 20.744 (t.o. 1976), los de la Administración Pública Nacional y de todas las entidades y organismos en que el Estado Nacional actúe como empleador.	A partir de 1/05/05 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$510 y de \$2,55 x hora para los jornalizados. A partir de 1/06/05 de \$570 y \$2,75 respectivamente. A partir de 1/07/05 de \$630 y \$3,15 respectivamente
	Decreto 750/2005	07/07/2005	Vigencia de los montos del salario mínimo vital y móvil fijados por la Resolución (CNEPySMVM) Nº 2/05 y	Montos fijados en \$510;\$570 y \$630

			absorción de la asignación no remunerativa de \$100 dispuesta por el Decreto Nº 2005/04.	
2006	Res. Gral. AFIP 2/2006	31/07/2006	Salario Mínimo, Vital y Móvil. Nuevos valores a partir del 1/8/2006, del 1/9/2006 y del 1/11/2006.	A partir de 1/08/06 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$760 y de \$3,80 x hora para los jornalizados. A partir de 1/09/06 de \$780 y \$3,90 respectivamente. A partir de 1/10/06 de \$800 y \$4 respectivamente
2007	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 2/2007	13/07/2007	Salario Mínimo, Vital y Móvil. Nuevos valores a partir del 1/8/2007, del 01/10/2007 y del 01/12/2007.	A partir de 1/08/07 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$900 y de \$4,50 x hora para los jornalizados. A partir de 1/09/07 de \$960 y \$4,80 respectivamente. A partir de 1/10/07 de \$980 y \$4,9 respectivamente
2008	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 3/2008	31/07/2008	Salario Mínimo, Vital y Móvil. Nuevos valores a partir del 1/8/2008 y del 01/12/2008	A partir de 1/08/08 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$1200 y de \$6 x hora para los jornalizados. A partir de 1/12/08 de \$1240 y \$6,20 respectivamente.
2009	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 2/2009	04/08/2009	Salario mínimo, vital y móvil. Nuevos valores a partir del 01/08/09, del 1/10/09 y del 01/01/10.	A partir de 1/08/09 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$1400 y de \$7 x hora para los jornalizados. A partir de 1/09/09 de \$1440 y \$7,20 respectivamente. A partir de 1/10/09 de \$1500 y \$7,5 respectivamente
2010	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 2/2010	12/08/2010	Salario mínimo, vital y móvil. Nuevos valores a partir del 01/08/10 y del 01/01/11.	A partir de 1/08/10 para trabajadores mensualizados de jornada completa = \$1740 y de \$8,7 x hora para los jornalizados. A partir de 1/01/11 de \$1840 y \$9,20 respectivamente.
2011	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 2/2011	30/08/2011	Nuevo valor del Salario mínimo, vital y móvil. Vigencia: a partir de los haberes correspondientes al mes de agosto de 2011 fijada la por Resolución Nº 3/2011 del C.N.del E. P. y S. M. V. y M.	Se incrementa el SMVM de \$1.840 a \$ 2.300 a partir de los haberes correspondientes al mes de agosto de 2011, - excluidas las asignaciones familiares- para los trabajadores, comprendidos en la Ley de Contrato de Trabajo, de la APN y de todas las entidades y organismos en que el Estado

				Nacional actúe como empleador, que se encuentren mensualizados cumpliendo la jornada legal completa de trabajo -con excepción del contrato de trabajo a tiempo parcial o de jornada reducida que se percibirá en su debida proporción- y, para los trabajadores jornalizados, se eleva a \$ 11,50 por hora.
2012	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 2/2012	30/08/2012	Salario mínimo, vital y móvil. Nuevos valores a partir del 01/09/12 y del 01/02/13	A partir del 01/09/12, en \$ 2.670 para los trabajadores mensualizados de jornada completa y en \$ 13,35 por hora para los trabajadores jornalizados. • A partir del 01/02/13, en \$ 2.875 para los trabajadores mensualizados de jornada completa y en \$ 14,38 por hora, para los trabajadores jornalizados.
2013	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 4/2013	29/07/2013	Salario mínimo, vital y móvil. Nuevos valores a partir del 01/08/13 y del 01/01/14	A partir del 01/08/13, en \$ 3.300 para los trabajadores mensualizados de jornada legal de trabajo a tiempo completo y en \$ 16,50 por hora para los trabajadores jornalizados. A partir del 01/01/14, en \$ 3.600 para los trabajadores mensualizados que cumplen la jornada legal de trabajo a tiempo completo y en \$ 18 por hora, para los trabajadores jornalizados
2014	Res. Com. Nacional del Empleo, Productividad y SMVM 3/2014	02/09/2014	Salario mínimo, vital y móvil. Nuevos valores a partir del 01/09/14 y del 01/01/15	A partir del 01/09/14, en \$ 4.400 para los trabajadores mensualizados de jornada legal de trabajo a tiempo completo y en \$ 22,00 por hora para los trabajadores jornalizados. A partir del 01/01/15, en \$ 4.716 para los trabajadores mensualizados que cumplen la jornada legal de trabajo a tiempo completo y en \$ 23,58 por hora, para los trabajadores jornalizados

Fuente: elaboración propia sobre la base de Dirección Nacional de Ingresos Públicos (DNIAP). Subsecretaría de Ingresos Públicos. Secretaría de Hacienda