

# **La Seguridad Social en Salud en la Argentina.**

**Contextualizando a las Obras Sociales de  
Personal de Dirección**

**Daniel Maceira, Ph.D.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Ph.D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Investigador Adjunto del CONICET. Presidente de la Sociedad Internacional de Equidad en Salud (ISEqH). Este trabajo se ha desarrollado en el marco de un convenio con OSIM Argentina. Se agradece la colaboración de Ariel Melamud. El autor guarda entera responsabilidad por las opiniones vertidas en este documento. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

## 1.- Introducción

La definición de la estrategia sanitaria en un país involucra un conjunto de decisiones que requieren del concurso de toda la sociedad. Garantizar una cobertura adecuada y equitativa, y facilitar el acceso a servicios de salud efectivos y oportunos, implica considerar variables demográficas, epidemiológicas y financieras, como también identificar patrones individuales y colectivos de conducta.

En esta definición estratégica participa fuertemente el sector público como regulador y decisor de mecanismos de identificación de prioridades para la implementación de programas esenciales, tanto centralizados como descentralizados. Sin embargo, también incluye al sector privado, tanto en sus roles de prestador y asegurador en una estructura de bienes y servicios sanitarios, como desde la perspectiva de los usuarios que toman decisiones de conducta en términos de gasto, prevención y ahorro ante eventuales requerimientos de salud.

En la Argentina, el sistema público desarrolla programas verticales a partir del Ministerio de Salud de la Nación y ofrece una variedad de servicios mediante estructuras de hospitales y centros de atención primaria a lo largo de toda la geografía del país. De acuerdo a la información observada en el Cuadro 1, la Argentina constituye uno de los países con mayor inversión en salud per cápita de la región, al tiempo que la participación del gasto de bolsillo sobre ese gasto total es relativamente reducida, la sexta menor en América latina y el Caribe.

### Cuadro 1

América Latina Y Caribe, Indicadores Básicos, Año 2009

PAÍS	PBI per cáp, USD PPP	Gasto en salud per cáp USD PPP	Gasto total en salud (% del PBI)	Gasto público en salud (%GTS)	Gasto de bolsillo en salud (% GTS)	Tasa de mortalidad infantil	Inmunización contra sarampión (%)
Trin. y Tobago	23.107	1.743	6	48	43	31	94
Bahamas	22.644	1.633	7	45	23	9	98
Barbados	18.723	1.456	7	64	29	10	94
Argentina	13.202	1.235	10	66	20	13	99
Chile	13.033	1.172	8	47	35	7	93
México	12.507	846	6	48	48	15	95
Uruguay	11.937	979	7	63	12	11	94
Panamá	11.883	1.081	8	72	24	16	95
Venezuela	11.190	737	6	40	54	15	87
Costa Rica	10.085	1.165	10	67	29	10	81
Brasil	9.438	943	9	46	31	17	99
Cuba	9.300	503	12	93	7	4	99
Colombia	8.250	569	6	84	8	16	95
Perú	7.843	400	5	59	31	19	91
Dominicana Rep.	7.658	495	6	41	39	27	79
Ecuador	7.507	503	6	48	45	20	98
Jamaica	7.127	383	5	56	31	26	88
Suriname	6.931	548	8	49	12	24	88
El Salvador	6.020	427	6	60	35	15	95
Belize	6.019	355	5	73	27	16	97
Guatemala	4.283	337	7	37	56	33	92
Bolivia	4.206	213	5	63	30	40	86
Paraguay	4.107	305	7	43	51	19	91
Honduras	3.488	230	6	57	36	25	99
Guyana	2.649	258	8	90	10	29	97
Nicaragua	2.411	254	10	57	40	22	99
Haití	1.045	71	6	22	47	64	59
<b>ALC</b>	<b>9.133</b>	<b>698</b>	<b>7</b>	<b>57</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>92</b>

Fuente: World Development Indicators-World Bank 2009; excepto Cuba, CIA World Factbook 2009.

Ello refiere, en gran parte, a una toma de decisión estratégica por parte del Estado, acompañado por la sociedad, de desarrollar actividades de promoción, prevención, financiamiento, y atención de la salud mediante estructuras formales de aseguramiento social y privado, que reducen el gasto del bolsillo de las familias y limitan los desembolsos de los hogares para atender sus necesidades en este sector.

El sector privado en el sistema sanitario argentino participa desde perspectivas muy variadas. Estas se extienden desde la prestación de servicios ambulatorios a particulares y sosteniendo la prestación de la población con cobertura formal, mediante clínicas y sanatorios, hasta el desarrollo de sistemas de seguros privados. Tal participación implica la cobertura de internación de aproximadamente dos tercios de la población del país, y el aseguramiento mediante planes de medicina prepaga de un diez por ciento de la población.

Más allá de ello, organizaciones sindicales y de directivos de empresas son corresponsables en la organización, gestión y financiamiento del sistema de salud, principalmente en el área de la seguridad social. En efecto, a diferencia de otras naciones de la región, el financiamiento de la seguridad social en salud de Argentina se encuentra distribuido entre instituciones -Obras Sociales Nacionales, Provinciales y de Personal de Dirección- que a través de contribuciones salariales y aportes patronales, establecen programas de prevención, acción y cobertura de bienes y servicios de salud.

Este vínculo entre el sector público y el privado en el financiamiento, gestión y atención de necesidades de salud de la población es particularmente significativo en el país, en tanto más del 60% de la población descansa en la estructura de obras sociales.

Tales entidades brindan estos servicios fundamentalmente a través de instituciones prestadoras pertenecientes al sector privado. De todos modos, ya sea desde la estructura que gestiona los recursos de la seguridad social como a través de la prestación directa de servicios de salud, el sector privado interviene directamente en la garantía del derecho a la salud. En este marco, el poder público mediante la Superintendencia de Servicios de Salud establece cuales son los lineamientos que deben garantizar los derechos al acceso a la salud de la población, desarrollando instrumentos tales como el programa médico obligatorio (PMO) y el marco regulatorio de la medicina prepaga, entre otros.

Por lo tanto, el debate sobre el esquema de organización del sistema de salud argentino involucra el concurso de numerosos actores participantes en el sector, donde los mecanismos de financiamiento y gerenciamiento de riesgos sanitarios de cada uno de ellos es muy disímil. En este marco, el presente trabajo intenta avanzar en esa dirección, analizando los modos de organización y disponibilidad de recursos por subsector y al interior de ellos. Este documento propone avanzar en la identificación de una serie de indicadores que permita establecer una morfología de la seguridad social argentina, y particularmente avanzar en la caracterización de las Obras Sociales de Personal de Dirección.

El documento se estructuró de la siguiente manera. En la siguiente sección se presenta sucintamente como el Estado ha decidido invertir en salud a lo largo del tiempo, y cómo ello ocurre en un sistema profundamente descentralizado, mostrando las diferencias existentes entre provincias en términos de capacidad de gasto. En la tercera sección se analiza el vínculo entre el nivel de empleo, los salarios y la evolución de la cobertura de la seguridad social en la Argentina durante las últimas décadas, y como la estructura fragmentada del sector afecta la distribución de recursos entre instituciones e individuos.

En la cuarta sección, por su parte, se introduce un análisis comparado de las obras sociales de Personal de Dirección en el contexto de la seguridad social de salud,

estableciendo algunos indicadores que permiten caracterizar la capacidad relativa de las mismas para afrontar las necesidades de salud de la población con respecto al promedio de la seguridad social del país. La quinta sección ofrece una taxonomía de análisis de estas instituciones nacionales de seguridad social.

Finalmente, la sexta sección presenta las conclusiones del estudio y se propone la apertura de un debate sobre los desafíos que enfrenta el sistema.

## **2.- Análisis del gasto público en salud por nivel del gobierno y agente de financiamiento**

El sistema de salud argentino se encuentra ampliamente descentralizado a nivel subnacional, generando una multiplicidad de actores en la esfera estatal que orientan sus prioridades y acciones de salud a partir de inversiones específicas a nivel nacional, provincial y municipal.

Desde la perspectiva del gasto público consolidado, durante las últimas dos décadas, el gasto total en salud se ha incrementado sistemáticamente, aunque su participación en el gasto público total varió según el período bajo análisis (Figura 1). Entre 1980 y 1989, la participación del gasto público en salud en el gasto total consolidado promedió el 12%, incrementándose entre 1990 y 1999 al 14,8% anual. No obstante, este valor se mantuvo en los años siguientes, sosteniendo un 0,6% anual entre el 2000 y 2009.

La Figura 1 asimismo incorpora una comparación entre las tres principales áreas del gasto social en la Argentina (sectores de salud, educación y protección social), y su peso sobre el gasto público total. Más allá de una tendencia creciente a lo largo de los años, el sector de protección social -que incluye promoción y asistencia social, previsión social y trabajo- ha duplicado prácticamente su participación entre 1982 y 2009; desde un mínimo (en el año 1982) de aproximadamente un 16% del gasto público total a un máximo del 30% en el 2009.

Particularmente, el sector salud y educación muestran tendencias relativamente similares, con participaciones prácticamente equivalentes en el gasto público total, llegando a 2009 con ambos sectores presentando una participación de aproximadamente el 15%. Sin embargo, el sector salud fue marginalmente superado entre 2005 y 2008 por el área de educación (contrariamente a lo sucedido entre 1990 y 1995), que en la actualidad se encuentra con un nivel de inversión pública levemente superior.

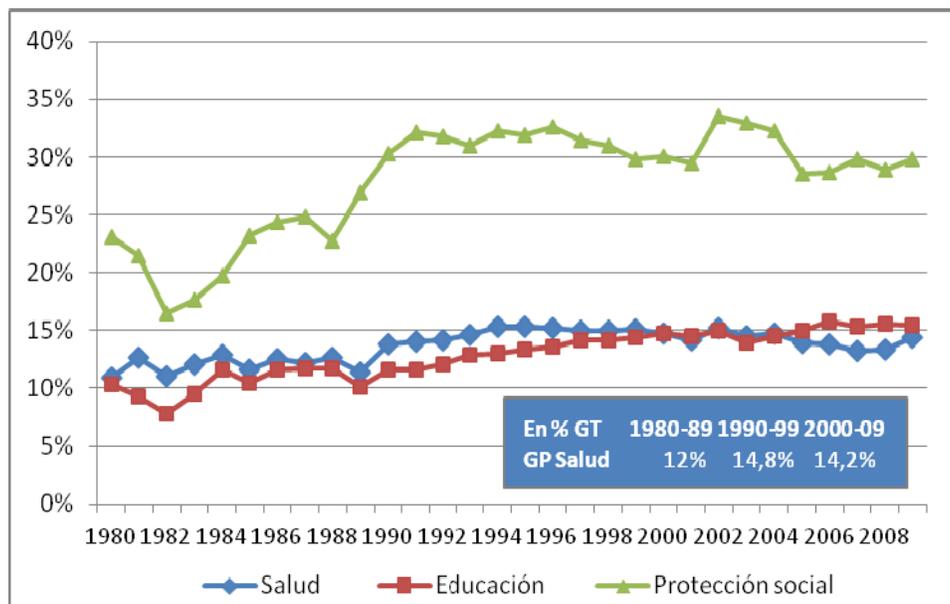
Si se propone estudiar el gasto público en salud por jurisdicción de gasto, la Figura 2 exhibe la evolución del gasto público en salud a nivel nacional, provincial y municipal, para el mismo período 1980-2009 y en pesos constantes del 2001. En primer lugar, se observa que el gasto público nacional<sup>2</sup> se mantuvo entre los 4.000 y 6.000 millones de pesos constantes del 2001 hasta el año 1993, registrando fuertes caídas en 1982 y 1989, en gran medida, como consecuencia de sendas crisis macroeconómicas.

Posteriormente, entre 1994-2001, el gasto público nacional en salud se comportó relativamente estable (entre 6.400 y 7.300 millones de pesos constantes de 2001), aunque dichos montos superaron en promedio un 33% a los valores registrados entre 1980-1993. En el año 2002 el nivel de gasto cayó drásticamente (31%) respecto al 2001, y desde entonces se ha recuperado sistemáticamente, superando ampliamente los niveles de inversión previos, hasta alcanzar en 2009 un valor de 13 mil millones de pesos constantes de 2001.

---

<sup>2</sup> Esta línea incluye el gasto en salud de las Obras Sociales Nacionales y del INSSJP.

**Figura 1:  
Evolución del Gasto Público Consolidado\* en Salud, 1980-2009.  
(En % del Gasto Público Total)**



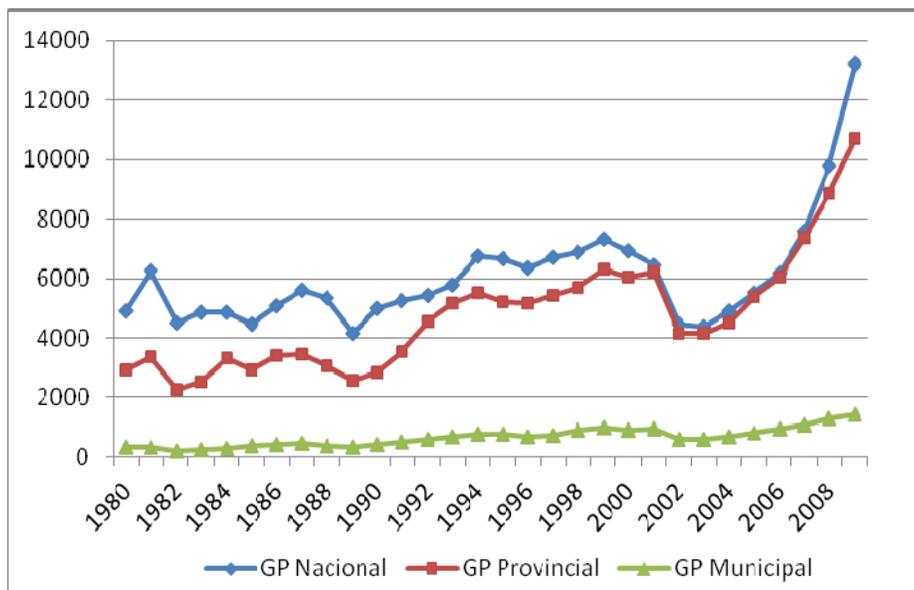
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (\*) Incluye a la Nación, Provincias y Municipios. En el ámbito de la Protección Social se incluye el gasto en Promoción y Asistencia Social, Previsión Social y Trabajo.

El gasto provincial en salud, por su parte, ha evolucionado de manera similar al nacional durante el período 1980-2009, experimentando también una fuerte contracción en el año 2002 producto de la crisis macroeconómica que culminó con el abandono de la convertibilidad. A partir de entonces, creció exponencialmente y a la misma velocidad que el gasto público nacional, llegando al 2009 a un valor de aproximadamente 11 mil millones de pesos (constantes de 2001). Finalmente, el gasto municipal muestra una tendencia creciente pero con niveles de inversión marcadamente inferiores a los gastos nacionales y provinciales.

En promedio, las erogaciones en el sector alcanzaron 392 millones de pesos anuales (constantes de 2001) entre 1980-1989; 695 millones, entre 1990-99; y, 918 millones, entre 2000-2009. La crisis de 2002 también generó una profunda caída respecto al año anterior, equivalente al 38% del período anterior, y desde entonces el gasto municipal ha crecido hasta alcanzar 1.400 millones de pesos (constantes del 2001) en 2009.

Por último, cabe notar que la participación del gasto público sub-nacional (provincial y municipal) en el gasto en salud consolidado, aumentó en el período bajo análisis (del 40% entre 1980-89 al 47% entre 1990-99 y al 51% entre 2000-2009), en gran medida, como consecuencia de la continuidad en las políticas de descentralización del gasto y de los programas sanitarios hacia los gobiernos locales.

**Figura 2:  
Gasto Público en Salud por Jurisdicción, 1980-2009.  
(En pesos constantes de 2001)**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (\*) El gasto nacional y provincial en salud incluye atención pública y seguridad social.

La Tabla 1, complementariamente, permite identificar el gasto en salud por agente de financiamiento -público, nacional, provincial y municipal; de la seguridad social por tipo de entidad, y del sector privado- de acuerdo a la información relevada para el año 2009. La información del gasto se clasifica en millones de pesos de 2009, como porcentaje del gasto total, y como porcentaje de cada uno de los sectores en el PBI, con el objeto de vincular estos valores con aquellos alcanzados en el año 2006 para cada uno de los agentes.

Se observa, en primer lugar, que del 100% del gasto total en salud el 65% corresponde al gasto público y de seguridad social; mientras que el 35% restante corresponde al gasto privado en salud de los hogares fundamentalmente por pagos de seguros privados de salud (prepagos).

Dentro del gasto público y de seguridad social, la atención pública de la salud contribuye con el 27%, en tanto que la seguridad social lo hace con el 38% del total. Al interior del sistema público, por cada 100 pesos erogados por el sistema estatal, el gobierno nacional contribuye con solamente el 18%. Ello evidencia el nivel de descentralización existente en el sistema de salud del país, en relación no solamente al financiamiento si no también en gestión de recursos y programas. El gasto provincial contribuye con el 68%, mientras que los municipios erogan el 14% del gasto público en salud.

La seguridad social, por su parte, cuenta con tres componentes: las Obras Sociales Nacionales (sindicales, de Personal de Dirección, etc.) que se hacen cargo del 51% del gasto del subsector. En tanto, las Obras Sociales Provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Social para Jubilados y Pensionados (PAMI) establecen una contribución relativamente similar, sumando entre ambas un monto cercano al del sistema de Obras Sociales Nacionales. Estas contribuciones –descontando a las

Obras Sociales Provinciales, que dependen de los Tesoros de cada jurisdicción- son aquellas que incrementan el gasto nacional en la Figura 2.

Como puede observarse, la participación relativa de los distintos niveles de gobierno del sector público se ha alterado aunque no significativamente entre el año 2006 y 2009. No obstante, en términos del PBI, el sistema provincial aumentó su participación del 1,35% a 1,75% entre 2006 y 2009; en tanto el nivel nacional y municipal lo hicieron del 0,31% a 0,47% y del 0,25% a 0,35%, respectivamente.

Por su parte, el subsistema de seguridad social muestra un aumento significativo, tanto para las Obras Sociales Nacionales que aumentaron su participación de 1,40% a 1,87% del PBI como, particularmente, para el PAMI cuyo gasto pasó de 0,58% a 0,90% del PBI. En menor medida, la participación de las Obras Sociales Provinciales aumentó de 0,70% a 0,87% del PBI.

De este modo, el nivel de gasto total en salud evolucionó del 7,5% al 9,5% del PBI, mostrando las prioridades establecidas durante el período bajo análisis por parte de los distintos niveles de gobierno y de los distintos subsectores.

Finalmente, el gasto privado en salud de los hogares pasó del 2,56% del PBI en 2006 a 3,29% en 2009, por debajo del incremento total sectorial: durante los últimos cuatro años el incremento del gasto en salud fue del 32,86% en tanto que el gasto de bolsillo sectorial ascendió 28,51%. Ello muestra una evolución positiva del sistema de aseguramiento social que reduce las erogaciones directas de bolsillo de las familias, que usualmente afecta con más intensidad a los grupos poblacionales más rezagados económicamente.

**Tabla 1:  
Gasto en Salud por Agente de Financiamiento, 2009**

<b>Agente</b>	<b>Millones \$ (2009)</b>	<b>%</b>	<b>Participación en PBI 2009</b>	<b>Participación en PBI 2006</b>
<b>Gasto Público y Seguridad Social en Salud</b>	<b>71.152</b>	<b>65%</b>	<b>6,21</b>	<b>4,59</b>
<i>Atención Pública de la Salud</i>	<i>29.420</i>	<i>27%</i>	<i>2,57</i>	<i>1,91</i>
Nacional	5.378	18%	0,47	0,31
Provincial	20.046	68%	1,75	1,35
Municipal	3.996	14%	0,35	0,25
<i>Seguridad Social</i>	<i>41.732</i>	<i>38%</i>	<i>3,64</i>	<i>2,68</i>
OSN	21.418	51%	1,87	1,40
OSP	9.967	24%	0,87	0,70
INSSJP	10.347	25%	0,90	0,58
<b>Gasto Privado en Salud de los Hogares</b>	<b>37.667</b>	<b>35%</b>	<b>3,29</b>	<b>2,56</b>
<b>Gasto Total en Salud</b>	<b>108.819</b>	<b>100%</b>	<b>9,50</b>	<b>7,15</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Ministerio de Salud y OMS (Observatorio Mundial de la Salud).

La Tabla 2 muestra la desagregación al interior del Ministerio de Salud Nacional de los gastos entre la administración central y los organismos descentralizados durante el año 2011.

Del 100% de los desembolsos del Ministerio de Salud, el 72% -más de las dos terceras partes- fueron destinados a la administración central ministerial para la gestión, promoción, comunicación y administración de los programas nacionales; en tanto 28% se destinó a los organismos descentralizados. Dentro de éstos últimos, la gestión de hospitales sumó aproximadamente un 11,3% del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud en el 2011.

La estructura de la Administración de Programas Especiales es aquella que se alimenta por los aportes de los trabajadores formales beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales, Sindicales y de Personal de Dirección, para el financiamiento de gastos catastróficos y el Fondo Solidario de Redistribución. Esta repartición constituye el 11,8% del total del presupuesto público nacional en salud; en tanto que la gestión de medicamentos -en regulación y producción- sumó entre ambos el 3,8% del gasto total.

Cabe mencionar que esto no incluye la producción pública de medicamentos a nivel de las jurisdicciones sub-nacionales, ni el financiamiento de la compra de medicamentos realizados por parte de los hospitales públicos o centros de atención primaria, como tampoco aquellos programas de distribución de medicamentos (principalmente el Remediar, incluido en la administración central).

**Tabla 2:**  
**Presupuesto del Ministerio de Salud Nacional por institución, 2011**

<b>Jurisdicción</b>	<b>Millones de pesos</b>	<b>Participación</b>
<b>Ministerio de Salud</b>	<b>9.042,8</b>	<b>100%</b>
Administración Central	6.522,5	72,1%
Organismos Descentralizados	2.520,3	27,9%
<i>Administración de Programas Especiales (APE)</i>	<i>1.066,3</i>	<i>11,8%</i>
<i>Hospital Posadas</i>	<i>548,5</i>	<i>6,1%</i>
<i>Administración Nacional de Laboratorios y otros</i>	<i>192,3</i>	<i>2,1%</i>
<i>ANMAT</i>	<i>149,7</i>	<i>1,7%</i>
<i>Hospital Baldomero Sommer</i>	<i>146,4</i>	<i>1,6%</i>
<i>Colonia Montes de Oca</i>	<i>124,4</i>	<i>1,4%</i>
<i>Superintendencia de Servicios de Salud</i>	<i>97,6</i>	<i>1,1%</i>
<i>Otras Entidades</i>	<i>195,1</i>	<i>2,2%</i>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Oficina Nacional de Presupuesto (Consulta para el Ciudadano sobre Presupuesto Nacional), Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Crédito Vigente (CV) al 18/12/2011. Incluye el universo completo de los programas ejecutados en el ámbito del Ministerio de Salud (Plan Nacer, Remediar, etc.).

Por otra parte, la Figura 3 complementa la información anterior, reflejando los montos transferidos por el gobierno nacional a las provincias en el año 2009. La Figura permite identificar el peso de la asistencia sanitaria federal a las provincias, medidas en

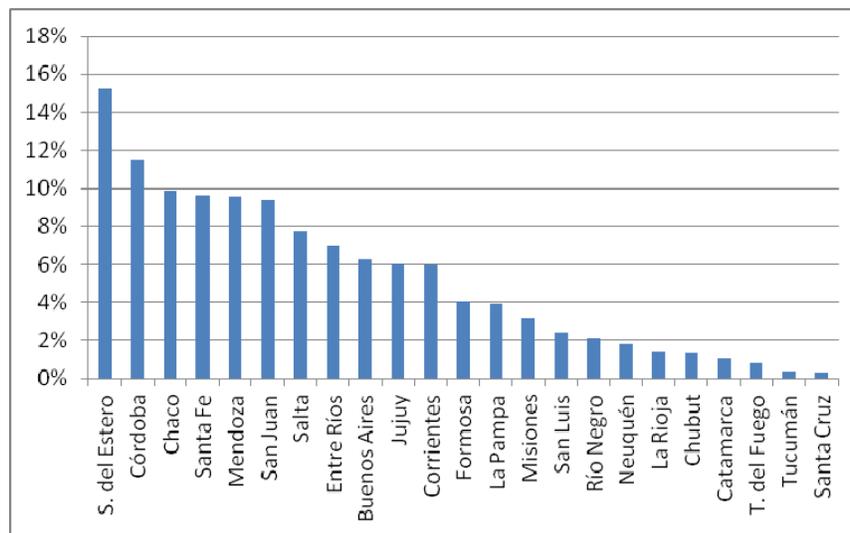
términos del porcentaje que ellas representan en el gasto provincial en salud de cada jurisdicción.

Como puede apreciarse, estos programas determinan en promedio el 13% del gasto en salud provincial, y se vinculan con recursos en efectivo o en especies para financiar o apoyar el desarrollo de programas especiales, tales como: Remediar, Nacer, Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública, Vacunación, Salud Sexual Reproductiva, entre otros. Estas transferencias también incluyen giros directos de dinero para la realización de actividades a nivel descentralizado.

La gestión de las transferencias públicas a las provincias tiene distinta incidencia en el gasto en salud de sus receptores. Tomando las 24 jurisdicciones del país, la primera mitad de ellas (aquellas con mayor incidencia de las transferencias nacionales) refleja cierta prioridad asigna el gobierno nacional a las jurisdicciones más pobres y a aquellas de mayor densidad poblacional. Dentro de las primeras se encuentran: Santiago del Estero, Chaco, Salta, Jujuy, Corrientes y Formosa, a las que se suman las de mayor escala (Córdoba, Santa Fe, Mendoza y Buenos Aires).

Dentro del segundo grupo de provincia (aquellas con menor incidencia de las transferencias nacionales) se encuentran principalmente las provincias de la Patagonia, aunque existen algunas excepciones (principalmente, Tucumán, Catamarca y La Rioja).

**Figura 3:**  
**Transferencias de programas nacionales, 2009.**  
**(En % del gasto provincial en salud)**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Oficina Nacional de Presupuesto (Consulta para el Ciudadano sobre Presupuesto Nacional) y Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (\*) No se incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ya que las transferencias nacionales que recibe incluyen los gastos de administración de los programas centralizados en su jurisdicción (gastos en personal, compra de insumos, etc.), lo cual distorsionaría el análisis. Se incluye todos los programas ejecutados por el Ministerio de Salud.

La Figura 4 complementa la información previa y permite identificar el gasto provincial en salud per cápita y por jurisdicción, ordenada de menor a mayor (a la derecha de la Figura). Se destaca la presencia de una brecha relevante entre las provincias que más

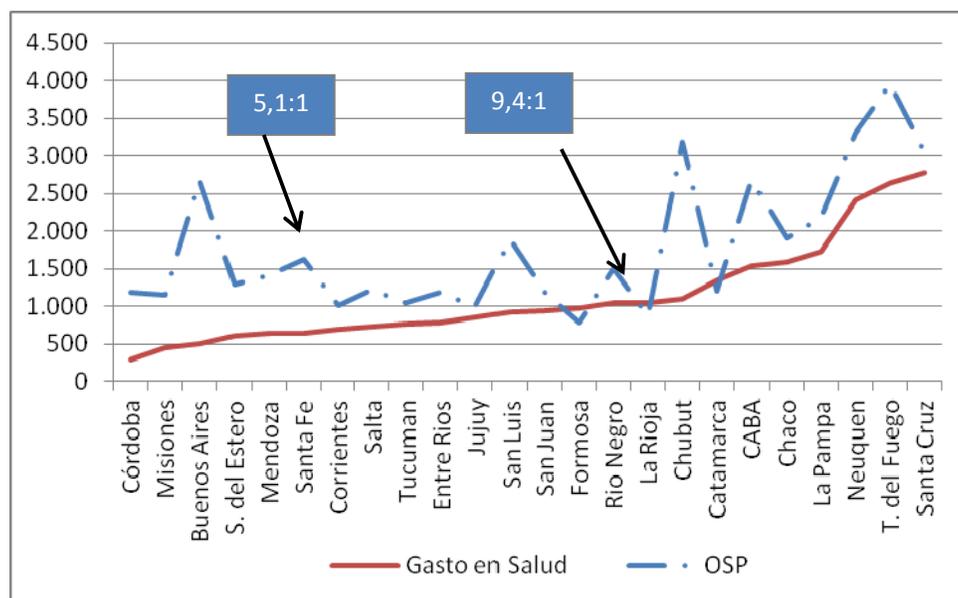
erogan en el sector y las que menos lo hacen. La misma es de aproximadamente 9,4 veces a 1, lo que muestra las disparidades geográficas existentes en el acceso a la salud de la población sin cobertura formal entre provincias con capacidades financieras muy disímiles.

Dentro del grupo de las provincias con menor erogación se encuentran aquellas con mayores niveles de descentralización en su interior (municipalización). Estos son los casos de Córdoba, Buenos Aires, Mendoza y Santa Fe, que desembolsan desde el Estado provincial una menor proporción de recursos en relación a otros distritos, ya que los mismos son desembolsados directamente por los gobiernos municipales. La falta de información actualizada sobre los gastos en salud por municipios impide presentar el cálculo total de recursos sub-nacionales asignados por cada provincia.

Adicionalmente, esta información se complementa con información sobre el gasto en salud per cápita por beneficiario del subsector de las Obras Sociales Provinciales. El mismo surge de la suma de aportes patronales y contribuciones salariales recogidas por cada institución de seguridad social local.

En este caso tampoco existiría un patrón similar al gasto público provincial, encontrándose particularidades dependiendo de la región bajo análisis. El gasto suele ser mayor en las provincias de la Patagonia y menor en las provincias del norte. De todos modos existe una brecha de equidad entre jurisdicciones, aunque no tan marcada como la observada en el gasto público en salud. Al respecto, surge una relación de 5,1 a 1 entre la obra social provincial que tiene mayor y menor gasto por beneficiario, de acuerdo a la información relevada para el año 2009.

**Figura 4:**  
**Gasto Provincial en Salud por Jurisdicción per cápita. Gasto en Salud por las Obras Sociales Provinciales, per cápita (2009)**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (\*) La población estimada de las Obras Sociales Provinciales corresponde al 2005.

Finalmente, y para completar el análisis descriptivo del gasto provincial en salud, la Tabla 3 muestra la evolución del gasto provincial sectorial per cápita (a precios constantes de 2009) y su participación relativa en el gasto público provincial, para tres períodos.

Si bien el gasto per cápita provincial en salud creció más del 50% entre 2003- 2006 y más del 120% entre 2006-2009, se observan fuertes disparidades al interior de las provincias. En tanto provincias como Córdoba, Tucumán y Catamarca lograron en 2009 casi triplicar los gastos de 2003; en el otro extremo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y La Rioja los aumentaron 34% y 72%, respectivamente.

**Tabla 3:**  
**Evolución del Gasto provincial en salud, por jurisdicción**

Jurisdicción	Gasto provincial en salud			% salud sobre el total		
	per cápita (a precios de 2009)			de gasto provincial		
	2003	2006	2009	2003	2006	2009
Santa Cruz	1.049	982	2.786	12,6%	11,9%	13,3%
Tierra del Fuego	1.283	4.435	2.645	18,0%	16,1%	15,1%
Neuquén	1.204	1.555	2.423	19,6%	17,9%	20,5%
La Pampa	637	1.193	1.735	16,6%	15,5%	17,9%
Chaco	821	337	1.588	13,8%	10,7%	10,5%
C. de Buenos Aires	1.146	1.172	1.535	30,5%	26,8%	26,4%
Catamarca	464	840	1.344	17,3%	15,7%	19,0%
Chubut	443	2.227	1.107	12,8%	11,7%	14,5%
La Rioja	607	802	1.048	20,1%	15,9%	15,2%
Río Negro	436	945	1.044	19,6%	18,8%	19,6%
Formosa	373	327	971	12,6%	6,8%	13,9%
San Juan	408	560	933	22,3%	14,5%	18,6%
San Luis	408	1.018	921	14,6%	13,2%	13,8%
Jujuy	344	440	857	18,0%	16,6%	16,9%
Entre Ríos	316	383	792	14,2%	14,2%	13,6%
Tucumán	256	514	759	19,1%	18,8%	20,2%
Salta	366	413	731	24,4%	18,5%	18,6%
Corrientes	271	717	704	14,7%	13,8%	15,8%
Santa Fe	260	399	650	14,2%	12,8%	14,8%
Mendoza	276	162	640	16,1%	15,5%	16,7%
Santiago del Estero	314	299	607	21,7%	17,9%	14,5%
Buenos Aires	212	318	502	15,0%	13,1%	14,0%
Misiones	189	730	459	9,9%	8,4%	10,8%
Córdoba	96	164	296	13,0%	13,7%	14,9%
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>498</b>	<b>1.128</b>	<b>16,8%</b>	<b>15,0%</b>	<b>16,2%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas e INDEC.

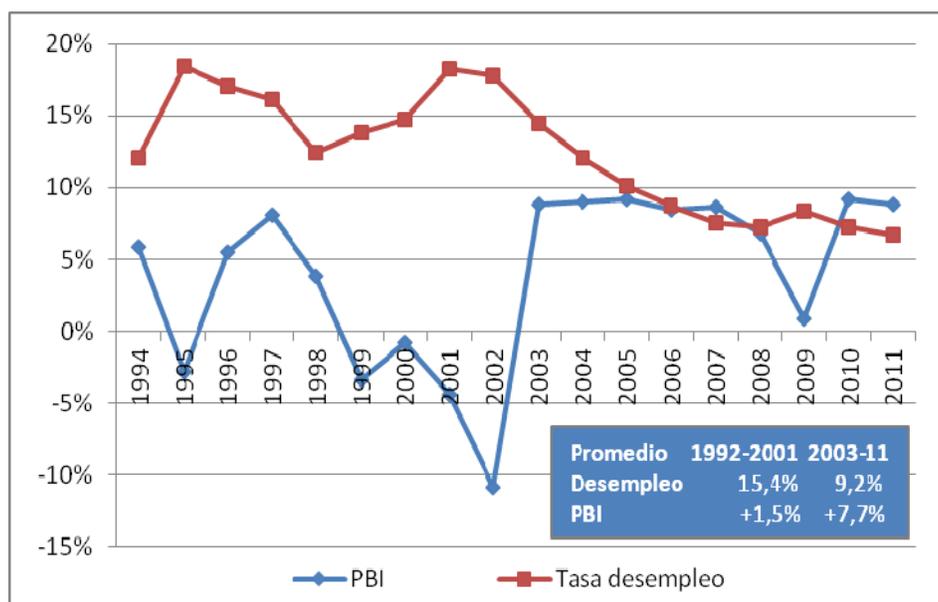
### 3.- Análisis de variables macroeconómicas que inciden en el financiamiento y gasto de las obras sociales

El sistema de seguridad social en salud en Argentina se encuentra íntimamente vinculado al mercado laboral, tal que mayores niveles de producto, ingreso y empleo aumentan los recursos y la población beneficiaria de la estructura regulada por la Superintendencia de Servicios de Salud. De esta manera, el impacto sobre el subsector se amplifica generando mayor capacidad de cobertura en el sistema de salud.

Como puede observarse en la Figura 5, la evolución del PBI y el desempleo entre 1994 y 2011 muestran dos períodos marcados, siendo el año 2002 el año de corte entre ellos. En el primer caso se observa que el PBI alcanzó un incremento promedio anual de aproximadamente 1,5% entre 1992 y 2001, valor que se multiplicó por cinco entre los años 2003 y 2011, alcanzando un 7,7% de crecimiento promedio anualizado.

Por su parte, el nivel de desempleo se mantuvo en un promedio del 15,4% durante los años '90, reduciéndose posteriormente para llegar a niveles de 9,2% en el período 2003-2011. Al analizar la tendencia en este segundo período 2003-2011 se observa que salvo en el año 2009, momento de la crisis macroeconómica global, la tasa de crecimiento del PBI se mantuvo relativamente estable y cercana al 8,5%.

**Figura 5:**  
**Evolución del PBI y Desempleo, 1994-2011**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC.

Estos valores presentan un amplio contraste al momento de comparar con la información surgida de los censos de población entre el año 91 y el año 2001, presentados en la Tabla 4 a continuación. Allí se presenta para cada provincia y para cada uno de los años censales el nivel de cobertura formal vinculada con el mercado laboral argentino, y la variación porcentual por jurisdicción entre estos dos espacios inter censales.

La Tabla 4 ordena a las provincias a partir de la variación entre años, lo que evidencia principalmente la caída de la cobertura formal como el nivel de empleo opera directamente sobre la protección financiera en salud de los individuos. La caída de la cobertura se muestra más aguda en las provincias relativamente más pobres (Chaco, Corrientes y Salta) donde la reducción de la cobertura formal superó el 20%, en tanto que las provincias económicamente más desarrolladas sufrieron este cambio en la estructura del mercado laboral en una proporción menor: CABA, Santa Cruz y Tierra del Fuego cuentan con caídas menores al 10% y en el último caso, un incremento marginal.

**Tabla 4:**  
**Variación de la Cobertura formal en Salud – 1991/2001**

Provincias	%Población con cobertura 1991	%Población con cobertura a 2001	Variación % de la cobertura a 1991:2001
Chaco	47,84	34,49	-27,91
Corrientes	51,58	37,89	-26,54
Salta	51,31	39,58	-22,86
San Luis	62,39	48,38	-22,45
San Juan	59,14	47,03	-20,48
Formosa	42,74	34,19	-20,01
Tucumán	64,66	51,78	-19,92
Buenos Aires	63,28	51,21	-19,08
Sgo.del Estero	44,64	36,34	-18,61
Santa Fé	70,97	58,03	-18,23
Río Negro	61,17	50,05	-18,17
Jujuy	55,99	45,84	-18,13
Entre Ríos	61,48	51,34	-16,49
Misiones	50,18	42,17	-15,98
La Pampa	64,79	54,52	-15,84
Mendoza	57,83	49,42	-14,55
Neuquén	59,74	51,26	-14,21
Catamarca	63,21	54,95	-13,06
Córdoba	62,22	54,24	-12,84
La Rioja	66,01	59,17	-10,37
Chubut	67,39	60,45	-10,30
G.C.B.A	80,31	73,82	-8,08
Santa Cruz	76,95	70,77	-8,04
Tierra del Fuego	69,20	69,93	1,05

Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1991 y 2001.

Paralelamente, la Figura 6 muestra la evolución de la inflación en los salarios y el vínculo entre el índice de precios al consumidor (IPC) a nivel general con aquel asociado al sector salud entre 1995-2011.

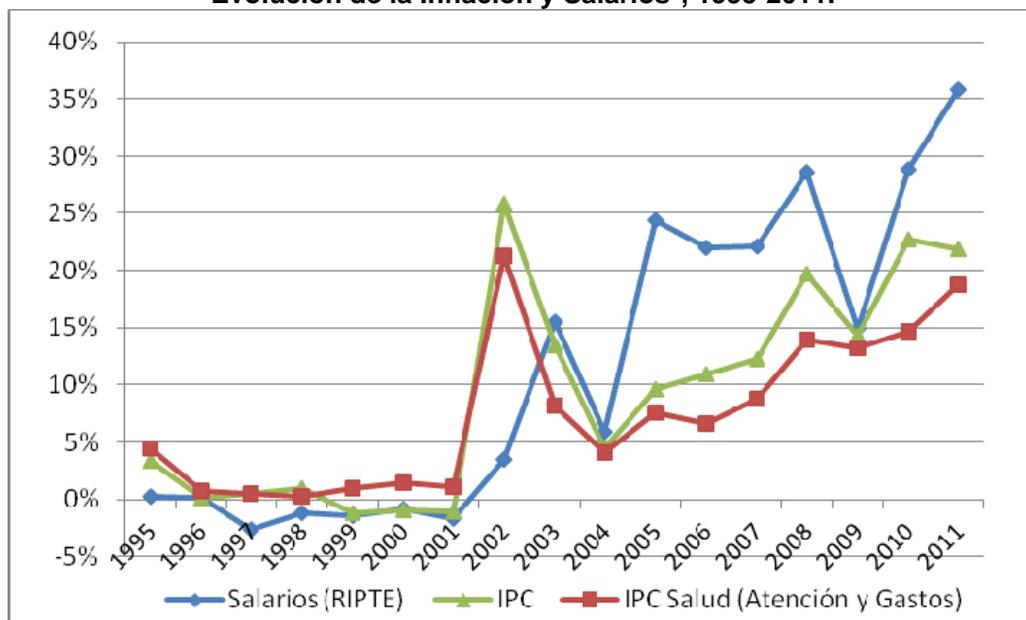
En primer lugar, se observa que los salarios reales<sup>3</sup> muestran una tendencia creciente con caídas marcadas en los años 2002, 2004, y particularmente en la crisis global del 2009. Al igual que los salarios nominales y la inflación general, el nivel de precios vinculado al gasto en salud se mantuvo constante hasta el 2001, asociado con el período de convertibilidad entre el peso y el dólar, y los bajos niveles de inflación.

<sup>3</sup> El salario real se calcula como la diferencia entre la variación de los salarios nominales y la inflación.

Sin embargo, éste sufrió un incremento cercano al 20% en el 2002, para luego desacelerarse en el 2004. A partir de entonces, la tasa de variación del IPC en salud comenzó a crecer hasta acercarse nuevamente al 20%.

En suma, el IPC del sistema de salud (atención y gasto) acompaña al IPC general, pero de manera suavizada, a la vez que se observa un marcado vínculo entre la evolución de la inflación general y el salario nominal en este período.

**Figura 6:  
Evolución de la Inflación y Salarios\*, 1995-2011.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto de Estadísticas y Censos de Santa Fe y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (Boletín Estadístico de la Seguridad Social, Tercer Trimestre 2011). (\*) Remuneración imponible promedio de los trabajadores estables (RIPTE).

#### **4.- Análisis de cobertura del sistema de Obras Sociales Nacionales. El rol de obras sociales del Personal de Dirección**

Como fuera mencionado, existe un estrecho vínculo en el sistema de salud argentino entre el nivel de empleo y la cobertura formal en salud. Ello se refleja particularmente en el número de beneficiarios que accede al sistema de cobertura formal de Obras Sociales Provinciales, nacionales, sindicales y de Personal de Dirección.

La Tabla 5 presenta para el período 1997-2010 la variación en el número de beneficiarios de cada uno de los subgrupos de Obras Sociales Nacionales. Para el total de la población se verifica un incremento de aproximadamente 3 millones de habitantes con cobertura formal, desde casi los 15,8 millones en el año 1997 a los 18,7 millones en el año 2010.

Se destaca el crecimiento de casi 5,7 millones (44%) registrado entre 2002 y 2010, mayormente explicado por el aumento en la cobertura de las obras sociales sindicales (3,6 millones o 41%); en tanto que el grupo de obras sociales de Personal de Dirección, con una escala poblacional menor y cercana al 8% del total de las obras

sociales sindicales, muestran un crecimiento de beneficiarios (aportantes y familiares) en una proporción algo inferior (32%).

Estas instituciones lograron revertir el fenómeno de caída de afiliación sufrido entre los años 1997 y 2002, aunque su cobertura al 2010 se encuentra 22% por debajo de la registrada en el año 1997.

**Tabla 5:**  
**Cobertura de Salud y Empleo Formal. Beneficiarios de Obras Sociales Nacionales, por Naturaleza Institucional, total país. 1997-2010**

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales				
	1997	2002	2005	2007	2010
<b>Total</b>	<b>15.842.245</b>	<b>12.955.399</b>	<b>15.514.299</b>	<b>15.943.256</b>	<b>18.685.052</b>
Sindicales	9.351.876	8.694.251	10.916.326	10.074.014	12.280.785
Administac. mixta (1)	4.018.917	3.059.648	2.566.352	3.789.726	4.133.283
Personal de Dirección	1.285.342	760.300	922.595	952.103	1.000.902
Por adhesión (2)	32.605	24.623	28.407	28.750	30.329
Ley N° 21.476 (3)	3.759	19.673	17.339	15.341	23.873
Por convenio	149.507	63.585	67.541	42.729	19.927
De empresas (4)	26.728	6.523	6.874	11.049	15.558
Estatales	85.571	30.970	27.694	16.438	11.460
De otra naturaleza	887.940	295.826	961.171	1.013.106	1.168.935

(1) Su condición es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores. (2) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren. (3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.). (4) Corresponde a una sola empresa. Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Como se observa en la Tabla 6, las veinte obras sociales más significativas en términos de cantidad de beneficiarios representaron en 2010 aproximadamente el 47% de la población total de este subsistema. Este porcentaje, si bien alto, se vio reducido desde 1997, cuando las veinte primeras instituciones alcanzaban el 58,5%. Sin embargo, el nivel de concentración se mantiene elevado, en tanto aproximadamente 290 instituciones constituyen el universo de Obras Sociales Nacionales existentes en el país.

La ubicación y el peso relativo de cada una de estas obras sociales han variado entre 1997 y 2010. Particularmente, la Obra Social de Empleados de Comercio continúa siendo la institución con mayor peso dentro del subsistema en términos de cantidad de beneficiarios; pero su participación se redujo 6,6 puntos porcentuales en el período bajo análisis. Lo mismo sucede con la segunda obra social, Personal Rural y Estibadores de la República Argentina cuya participación en el total pasó del 7,2% al 6,4%.

La Obra Social de Personal de la Construcción, por su parte, avanzó un puesto en el ranking, incrementando su participación en el padrón del 4,8% al 5%. En tanto, las

Obras Sociales de Personal Civil de la Nación y Personal de Turismo, Hotelero y Gastronómico, muestran un salto significativo en su cobertura desde 1997, que llegaba al 1,9 y 1,8 respectivamente.

La primera Obra Social de Personal de Dirección, ubicada en el ranking, es la de Personal de Dirección de Empresas (OSDE), que desciende del tercer puesto en 1997 -con el 6,7% del padrón- al sexto lugar en el 2010 con el 2%. La segunda Obra Social de Personal de Dirección, representada dentro de las primeras 20 instituciones en escala de beneficiarios, es la Acción Social de Empresarios que se encuentra en el puesto número 11 en la actualidad con el 1,3% de los beneficiarios de los subsistemas de Obras Sociales Nacionales, descendiendo dos ubicaciones respecto a 1997, cuando su participación en el padrón total ascendía al 2,3%.

Vale destacar, sin embargo, el crecimiento exponencial del padrón de afiliados de tres instituciones en particular: son las Obras Sociales del personal de la actividad del Turf, los Comisarios navales, el personal de Automóvil Club Argentino; y en segundo término los seguros sociales de Petroleros, y Personal auxiliar de casas particulares. Estas organizaciones alcanzan posiciones dentro de las 20 instituciones de seguridad social de mayor cobertura, encontrándose en 1997 en los puestos 145, 191, 147, 87, y 81, respectivamente.

**Tabla 6:**  
**Estructura de Aseguramiento Social, Obras Sociales Nacionales, principales 20\***

Denominación	% del Total de OSN (2010)	% del Total de OSN (1997)	Ranking 1997
Empleados de Comercio y Actividades Civiles	10,3%	16,9%	1°
Personal Rural y Estibadores de la Rep. Arg.	6,4%	7,2%	2°
Personal de la Construcción	5,0%	4,8%	4°
Unión del Personal Civil de la Nación	3,1%	1,9%	11°
Personal del Turismo, Hotelero y Gastronómico	2,4%	1,8%	12°
<b>Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas</b>	<b>2,0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>3°</b>
Unión Obrera Metalúrgica Argentina	2,0%	4,1%	5°
Actividad Docente	1,5%	4,0%	6°
Personal de la Sanidad Arg.	1,4%	2,7%	8°
Personal de la Actividad del Turf	1,4%	0,1%	145°
<b>Acción Social de Empresarios</b>	<b>1,3%</b>	<b>2,3%</b>	<b>9°</b>
Personal del Organismo del Control Externo	1,2%	0,3%	57°
Choferes de Camiones	1,2%	1,4%	14°
Comisarios Navales	1,2%	0,0%	191°
Docentes Particulares	1,1%	1,0%	21°
Petroleros	1,1%	0,1%	87°
Conductores de transporte de Colectivo de Pasajeros	1,1%	2,1%	10°
Personal del Automóvil Club Argentino	1,1%	0,0%	147°
Conductores Camioneros y Personal del Transporte Automotor de Cargas	1,1%	0,9%	23°
Personal Auxiliar de Casas Particulares	0,9%	0,2%	81°
<b>Total</b>	<b>46,8%</b>	<b>58,5%</b>	

Fuente: Elaboración propia en base a información pagina institucional de la Superintendencia de Servicios de Salud, y Superintendencia de Servicios de Salud (1996).

Más allá del reordenamiento de obras sociales al interior de los primeros 20 puestos con mayor cobertura, en el sistema de seguridad social nacional de la Argentina es posible identificar una amplia diversidad de instituciones en términos de escala, aporte promedio, perfil epidemiológico y capacidad financiera de las mismas.

A fin de caracterizar a las OSN en general y a las de Personal de Dirección en particular, la Tabla 7 permite diferenciar a las instituciones de seguridad social entre aquellas de Personal de Dirección, en la mitad inferior, y el total de instituciones de seguridad social sindical y de naturaleza mixta, en la mitad superior.

En cada uno de estos dos subgrupos se organizan 4 segmentos de instituciones en función de su escala, aquellas instituciones muy pequeñas con menos de mil beneficiarios, las obras sociales pequeñas entre 1.000 y 10.000 beneficiarios, las intermedias entre 10.000 y 100.000, y finalmente las obras sociales grandes con más de 100.000 beneficiarios totales. Para cada caso se define el número de entidades participantes de cada subgrupo, el número de beneficiarios asegurados en esa categoría, y tres indicadores vinculados con el perfil epidemiológico-demográfico. Estos indicadores son:

- el porcentaje de mujeres presentes en cada uno de estos segmentos de instituciones,
- la incidencia de los niños de menos de 5 años y
- la prevalencia de adultos de más de 65 años de edad.

Esta apertura y clasificación permite establecer ciertos niveles de riesgos relativos entre instituciones, en la medida en que poblaciones con mayor participación de adultos mayores y niños inciden en la probabilidad de incurrir en gastos superiores al promedio institucional.

Adicionalmente, se considera para cada grupo el total de población inscripta, en tanto una mayor escala de beneficiarios cubiertos por la seguridad social permite una mayor calidad del pool de riesgo de la Obra Social. Ello, desde una perspectiva de seguro social, facilita distribuir capacidades y necesidades de cobertura en un grupo mayor de individuos aportantes.

Sobre el total de 290 obras sociales estudiadas, 265 de ellas corresponden al grupo de obras sociales sindicales, mixtas y otros grupos menores, en tanto que 25 instituciones (menos del 10% del total de las obras sociales supervisadas por la Superintendencia de Servicios de Salud), corresponden a obras sociales de Personal de Dirección.

Se observa que el número de beneficiarios es aproximadamente 18,7 millones entre los dos grupos con un peso promedio de 50,7% de mujeres, proporción que se reduce a 45,3% en las instituciones de Personal de Dirección. Con respecto a la población menor de 5 años, el promedio de las obras sociales tienen una participación del 4,3% y, nuevamente, las obras sociales de Personal de Dirección evidencian una incidencia inferior (3,5%).

La diferencia más significativa entre estos dos subgrupos institucionales corresponde a la población mayor de 65 años beneficiaria de alguna obra social. Si bien para el universo global de Obras Sociales Nacionales el indicador asciende al 21% (21,9% en las obras sociales sindicales y mixtas), en el caso de las obras sociales de Personal de Dirección este grupo etáreo está sub-representado (5,2% del total). No obstante, estos resultados presentan grandes diferencias si se analiza el comportamiento individual al interior de cada subgrupo.

A modo de ejemplo, se observa que el peso de los adultos mayores en las obras sociales sindicales de mayor envergadura asciende al 26,7% de la población total<sup>4</sup>, mientras que este mismo grupo etéreo reduce su participación relativa a 4,7% y 5,7% en las instituciones intermedias y pequeñas, respectivamente. Asimismo, los mayores de 65 años representan el 15% de los beneficiarios de las obras sociales de Personal de Dirección pequeñas y contribuyen solamente con el 1,4% y 2,6% del total en las instituciones de Personal de Dirección muy pequeñas y grandes, respectivamente.

**Tabla 7:  
Estructura Demográfica de las Obras Sociales, por segmento (2010)**

Tipo OSN	Categoría	Cantidad OSN	Beneficiarios	% Mujeres	% < 5 años	% > 65 años
Obras Sociales (sin Personal de Dirección)	Minúsculas	27	10.420	43,3%	2,4%	7,5%
	Pequeñas	97	479.070	42,1%	4,0%	5,4%
	Intermedias	109	3.393.812	45,8%	5,7%	4,7%
	Grandes	32	13.803.316	52,6%	4,0%	26,7%
	<b>Subtotal</b>	<b>265</b>	<b>17.686.618</b>	<b>51,0%</b>	<b>4,3%</b>	<b>21,9%</b>
Obras Sociales de Personal de Dirección	Minúsculas	2	1.088	46,3%	4,2%	1,4%
	Pequeñas	11	35.767	48,6%	3,8%	14,7%
	Intermedias	9	215.134	49,1%	5,4%	12,5%
	Grandes	3	746.444	44,1%	3,0%	2,6%
	<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	<b>998.434</b>	<b>45,3%</b>	<b>3,5%</b>	<b>5,2%</b>
<b>Obras Sociales Totales</b>		<b>290</b>	<b>18.685.052</b>	<b>50,7%</b>	<b>4,3%</b>	<b>21,0%</b>

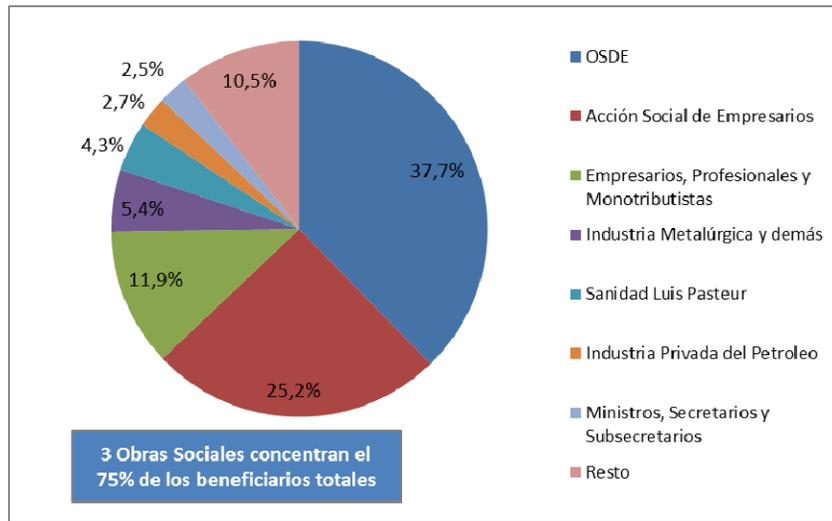
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud. Minúsculas: menos de 1.000 beneficiarios. Pequeñas: entre 1.001 y 10.000 beneficiarios. Intermedias: entre 10.001 y 100.000 beneficiarios. Grandes: más de 100.000 beneficiarios.

Complementariamente la Figura 7 muestra la participación relativa de las obras sociales de Personal de Dirección en términos de cantidad de beneficiarios. Las entidades con mayor peso en la escala de beneficiarios totales son OSDE, con el 37,7 % del total de beneficiarios de las instituciones nacionales de Personal de Dirección; seguida por Acción Social de Empresarios, con el 25,2%; y, Empresarios Profesionales y Monotributistas, con el 11,9%.

Como se observa, estas tres entidades concentran el 75% de los beneficiarios totales de las obras sociales de Personal de Dirección. Luego se ubican, la Obra Social de la Industria Metalúrgica y Sanidad Pasteur, con el 10,5% y 5,4% respectivamente.

<sup>4</sup> Es importante mencionar que en dicho subgrupo se encuentra el INSSJP (PAMI).

**Figura 7:  
Concentración del Mercado de las Obras Sociales de Personal de Dirección  
(2010)**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Las diferencias identificadas entre obras sociales en términos de perfil demográfico y epidemiológico tienen como correlato un conjunto de indicadores de gestión económica financiera. En este sentido, la Tabla 8 muestra un grupo de variables que reflejan la capacidad y sustentabilidad de estas instituciones de la seguridad social, clasificadas nuevamente de acuerdo a su tamaño y naturaleza institucional. Los indicadores seleccionados en este caso son:

- la relación entre titulares y beneficiarios, es decir la cantidad de beneficiarios contribuyentes sobre el total de beneficiarios de cada institución;
  - el aporte promedio (en pesos) por beneficiario;
  - la variación de la cantidad de beneficiarios y del aporte promedio entre 1997 y 2010;
- y,
- los traspasos netos (altas menos bajas) registrados desde el inicio de dicha opción en 1998<sup>5</sup>.

Este segundo grupo de parámetros permiten identificar marcadas diferencias en los indicadores de gestión económica financiera de las Obras Sociales Nacionales (sindicales, mixtas, etc.) y de las Obras Sociales de Personal de Dirección, como a también al interior de cada grupo.

Para el total de las instituciones de seguridad social la relación entre titulares aportantes y beneficiarios es de 32,5%, lo que indica que cada tres usuarios del sistema, uno es contribuyente.

No obstante, el valor se incrementa en las instituciones de Personal de Dirección que muestran una capacidad financiera superior al promedio de la seguridad social, con

<sup>5</sup> Los traspasos se contabilizan desde que existe la posibilidad de derivar los aportes. El inicio de la opción ha sido reglamentada por el Decreto 504/98.

una razón de 48,5%. Si bien el aporte promedio ascendió a 360 pesos en 2010 para el total de la seguridad social, dicho valor prácticamente se duplicó (a 690 pesos) en las instituciones de Personal de Dirección.

Por su parte, las variaciones en término de cantidad de beneficiarios (cambio de la población a cargo entre períodos) indican que para el total de las Obras Sociales Nacionales se evidencia un crecimiento significativo de aproximadamente un cuarto del total del padrón (25,3% entre 1997-2010). Sin embargo, esta variación no tiene su correlato en el grupo de instituciones de Personal de Dirección quienes, como se mencionó en el análisis de la Tabla 5 vinculada a evolución de cobertura, se contrajeron en un 25,4% promedio.

Esta contracción entre ambos períodos fue acompañada con un incremento en aportes<sup>6</sup>. Ellos alcanzan un alza de 220% para el total de las instituciones de seguridad social, la cual se descompone en 169% para las obras sociales de Personal de Dirección y del 231% para el resto.

**Tabla 8:**  
**Gestión Económica Financiera de las Obras Sociales, por segmento (2010)**

Tipo OSN	Categoría	Titulares/ Beneficiarios	Aporte promedio (2010)	Variación Beneficiarios (1997-2010)	Variación. Aporte Promedio (1997-2010)	Traspasos
Obras Sociales (sin Personal de Dirección)	Minúsculas	55,3%	435,9	-76,9%	175,7%	425.081
	Pequeñas	43,1%	366,5	-24,4%	266,0%	974.544
	Intermedias	44,4%	372,7	22,0%	230,1%	420.565
	Grandes	28,0%	313,2	40,8%	200,0%	-1.775.652
	<b>Subtotal</b>	<b>31,6%</b>	<b>331,3</b>	<b>32,2%</b>	<b>231,5%</b>	<b>44.538</b>
Obras Sociales de Personal de Dirección	Minúsculas	48,1%	732,0	-49,6%	89,9%	-4
	Pequeñas	32,2%	657,1	-43,9%	169,6%	-186
	Intermedias	33,5%	661,5	46,4%	186,2%	16.871
	Grandes	53,6%	695,8	-32,7%	201,7%	-247
	<b>Subtotal</b>	<b>48,5%</b>	<b>689,8</b>	<b>-25,4%</b>	<b>169,3%</b>	<b>16.434</b>
<b>Obras Sociales Totales</b>	<b>32,5%</b>	<b>359,9</b>	<b>25,3%</b>	<b>220,4%</b>	<b>60.972</b>	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud. Minúsculas: menos de 1.000 beneficiarios. Pequeñas: entre 1.001 y 10.000 beneficiarios. Intermedias: entre 10.001 y 100.000 beneficiarios. Grandes: más de 100.000 beneficiarios, y Superintendencia de Servicios de Salud (1996).

Nuevamente las categorías de obras sociales ubicadas al interior de estos dos grupos muestran fuertes disparidades. Particularmente se observa que la relación titulares/beneficiarios, en el caso de las obras sociales Sindicales y Mixtas (sin Personal de Dirección), es significativamente superior en las entidades muy pequeñas (55,3%) respecto a las grandes (28%). Sin embargo, este indicador de riesgo

<sup>6</sup> Los aportes de 2010 han sido deflactados a 1997 por el Índice de Precios Implícitos (IPI) al PBI (INDEC) a los fines de contabilizar la variación real de los mismos.

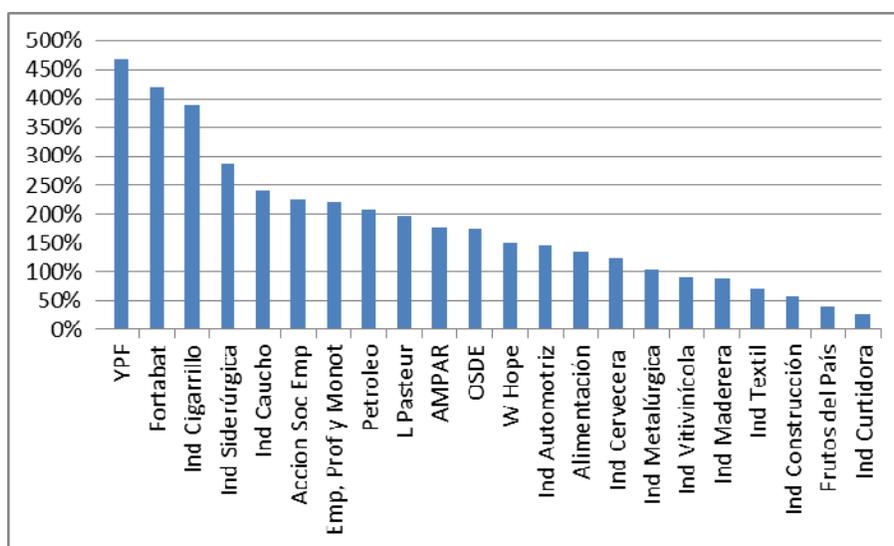
financiero no se replica las instituciones de Personal de Dirección, donde las de mayor escala retienen mayor ratio titulares/beneficiarios (53,6%).

Asimismo, al analizar la variación en la cantidad de beneficiarios de las obras sociales sindicales se aprecia que las instituciones muy pequeñas registraron una profunda caída del 77%, mientras que las grandes aumentaron un 40,8% la captura de beneficiarios.

En las entidades de Personal de Dirección ocurrió un fenómeno similar, en la medida que las obras sociales intermedias incrementaron los beneficiarios un 46% mientras que el resto de las instituciones sufrieron en escala comparable, y cercana al 35-45%.

Asimismo, se observa que el aporte promedio de estas estructuras de seguro social está vinculado con la escala de las entidades (particularmente en las sindicales y mixtas), ya que a medida que aumenta la dimensión poblacional de las instituciones se reduce el aporte promedio. En el caso de las obras sociales de Personal de Dirección se aprecia que existió una relación directa y positiva entre el tamaño de las entidades y la variación de los aportes en el período bajo análisis.

**Figura 8:  
Ranking de variación de Aportes per cápita,  
por Obra Social de Dirección (1997-2010)**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud. LIBRO OBRAS SOCIALES. (\*) Aportes 2010 deflactados por el Índice de Precios Implícitos (IPI) al PBI, INDEC.

Finalmente, el indicador de traspasos muestra la movilidad de beneficiarios por tipo y escala de las obras sociales. Dentro de las obras sociales de Personal de Dirección, el grupo de instituciones intermedias ha sido el único que registró un incremento neto, de 16.871 beneficiarios (altas menos bajas)<sup>7</sup>, mientras que el resto de las categorías tuvieron descensos, aunque poco significativos. El resto de las instituciones sindicales y mixtas observaron fuertes disparidades, con incrementos en las instituciones de

<sup>7</sup> Se destacan los traspasos netos registrados en la Obras Social de Ministros, Secretarios y Subsecretarios.

menor escala -particularmente las pequeñas (974.500 traspasos)-, al tiempo que las obras sociales grandes han sufrido el mayor drenaje de beneficiarios por opción desde 1998. En dicha categoría se sumaron traspasos netos negativos por 1,8 millones de beneficiarios<sup>8</sup>.

Al interior del grupo de las obras sociales de Personal de Dirección se identifican fuertes disparidades en la evolución de los indicadores analizados. En particular, la Figura 8 refleja la variación real de los aportes per cápita entre 1997 y 2010, estableciendo un ranking de obras sociales de Personal de Dirección según este parámetro.

La variación de aportes en el período bajo análisis es liderado por la obra social de YPF (470%) y la obra social de Alfredo Fortabat (419%). En el otro extremo, con un aumento significativamente inferior, se ubican la obra social de la Industria Curtidora (25%) y la obra social de Frutos del País (38%).

Cabe señalar, finalmente, que el crecimiento en los aportes per cápita de estas entidades encuentra su valor medio en la obra social más grande de este grupo, OSDE, la cual registró una suba del 173% entre 1997 y 2010.

**Tabla 9:  
Distribución geográfica de beneficiarios de las Obras Sociales (2010)**

Tipo OSN	Categoría	GBA	Pampeana	Cuyo	Noreste	Noroeste	Patagonia	No identificado
Obras Sociales (sin Personal de Dirección)	Minúsculas	68,1%	22,0%	1,2%	2,8%	1,7%	0,6%	3,5%
	Pequeñas	55,8%	19,4%	5,0%	2,6%	9,3%	4,1%	3,8%
	Intermedias	48,6%	22,3%	6,3%	4,7%	8,1%	5,4%	4,2%
	Grandes	51,9%	19,3%	6,0%	6,3%	9,1%	4,8%	2,6%
	<b>Subtotal</b>	<b>51,4%</b>	<b>19,9%</b>	<b>6,0%</b>	<b>5,9%</b>	<b>8,9%</b>	<b>4,9%</b>	<b>3,0%</b>
Obras Sociales de Personal de Dirección	Minúsculas	87,1%	1,5%	0,4%	0,1%	0,4%	1,3%	9,1%
	Pequeñas	68,1%	9,1%	11,5%	1,1%	3,3%	5,0%	2,0%
	Intermedias	66,6%	18,2%	3,3%	1,1%	6,2%	3,7%	0,8%
	Grandes	70,1%	11,9%	4,3%	1,4%	4,1%	6,2%	2,0%
	<b>Subtotal</b>	<b>69,3%</b>	<b>13,2%</b>	<b>4,4%</b>	<b>1,3%</b>	<b>4,5%</b>	<b>5,6%</b>	<b>1,7%</b>
<b>Obras Sociales Totales</b>		<b>52,4%</b>	<b>19,5%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,7%</b>	<b>8,7%</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,9%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud. Minúsculas: menos de 1.000 beneficiarios. Pequeñas: entre 1.001 y 10.000 beneficiarios. Intermedias: entre 10.001 y 100.000 beneficiarios. Grandes: más de 100.000 beneficiarios.

A fin de completar un marco de comparación entre instituciones, en la Tabla 9 se presenta la dispersión geográfica de los beneficiarios de las obras sociales, desagregadas una vez más por su naturaleza institucional y escala. Se observa, que existe una marcada diferenciación en la localización de las obras sociales tanto sindicales como del Personal de Dirección, que replica los parámetros de distribución

<sup>8</sup> Las Obras Sociales Sindicales "grandes" que sufrieron más traspasos fueron: OSECAC (796.846 afiliados). En menor medida, la Obra Social del Personal de la Construcción, Metalúrgicos, Sanidad, Seguridad Comercial y afines, y Bancaria perdieron en conjunto 647.219 afiliados por opción desde 1998.

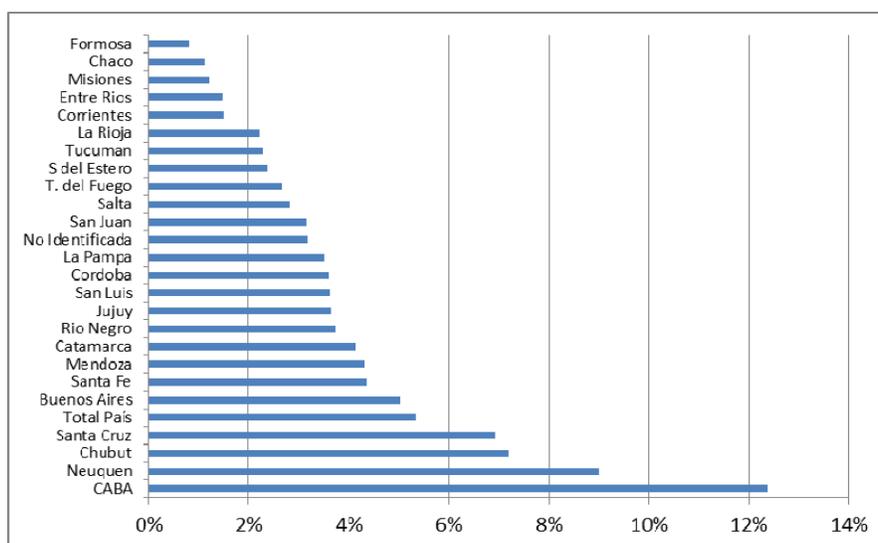
geográfica de la población de Argentina. De acuerdo con ello, el 52,4% de los beneficiarios totales de las obras sociales residen en el Gran Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano).

No obstante, este valor se incrementa hasta llegar al 69% en los beneficiarios totales de las obras sociales de Personal de Dirección. Esta concentración es particularmente relevante en la categoría de obras sociales minúsculas, de cuyos padrones más del 87% reside en esta zona.

En el resto de las regiones, las obras sociales sindicales y mixtas tienen mayor presencia salvo en el caso de la Patagonia donde las obras sociales de Personal de Dirección cuentan con una participación porcentual relativamente superior. En el otro extremo, la presencia de las obras sociales de Personal de Dirección es extremadamente reducida en el noreste del país, ya que su participación asciende al 1,3%, en tanto el consolidado de Obras Sociales residentes en el NEA es de 5,7% de los beneficiarios.

La Figura 9 complementa el análisis de dispersión geográfica entre beneficiarios de las obras sociales de Personal de Dirección, identificando la presencia de estas instituciones en el total de la población cubierta por la seguridad social de cada provincia. Se observa, en particular, el menor peso que tienen las obras sociales de Personal de Dirección en las provincias del NEA (Formosa, Chaco, Misiones y Corrientes) y NOA (La Rioja, Tucumán y Santiago del Estero), y su mayor presencia en la Patagonia (Neuquén, Chubut y Santa Cruz) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Figura 9:**  
**Beneficiarios de las OS Dirección en el total de beneficiarios cubiertos por la seguridad social, por provincia (2010)**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

## 5.- Análisis comparado de las instituciones de seguridad social en la Argentina. Una taxonomía

En las secciones precedentes se procuró identificar el rol de la seguridad social en el financiamiento de los servicios de salud públicos en Argentina, el peso de las provincias en el nivel de gastos y el nivel de transferencias desde la institución

nacional hacia las jurisdicciones sub-nacionales. Asimismo se intentó caracterizar la estructura del sistema de Obras Sociales Nacionales en términos del número de instituciones, la escala de beneficiarios y un conjunto de indicadores vinculados con sus perfiles demográficos–epidemiológicos y la capacidad económica financiera de las instituciones participantes del sector. El análisis se realizó clasificando a las entidades según su naturaleza institucional (sindicales, mixtas, etc. y de Personal de Dirección) y el tamaño o escala de beneficiarios de cada una de ellas.

A modo de resumen, la Tabla 10 establece una taxonomía que combina, por una parte, la escala poblacional de las instituciones de seguridad social y un indicador económico vinculado con el aporte promedio de los beneficiarios de cada categoría<sup>9</sup>. A partir de dicha segmentación se define un esquema de doble entrada, donde las filas identifican obras sociales por escala poblacional y las columnas agrupan instituciones en términos de ingresos por beneficiarios. Se aprecia que 28 instituciones de la seguridad social nacional (el 10% del total de entidades) son consideradas minúsculas con menos de mil beneficiarios, las cuales concentran apenas el 0,1% del padrón total.

Paralelamente, en el extremo opuesto, sólo 35 instituciones (12% del total de entidades) reúnen más de 100.000 beneficiarios en promedio, sumando el 78,5% del padrón total.

En relación al ingreso promedio, 26 obras sociales que acumulan el 33,5% del padrón total de beneficiarios reúnen un ingreso promedio bajo para el promedio del subsector, con un aporte inferior a \$ 207 por persona y por mes. En tanto, una gran cantidad de instituciones (164) que representan el 48% del padrón total, tienen un aporte mensual medio–bajo inferior a \$ 302. Finalmente, existen 45 instituciones con un aporte alto (superior a \$ 624 por mes) que alcanzan solamente el 4,5% del universo total de beneficiarios de la seguridad social.

**Tabla 10:**  
**Taxonomía Obras Sociales Nacionales (2010)**

		Aporte promedio			
		Bajo Hasta \$207	Medio bajo \$208 hasta \$416	Medio alto \$417 a \$624	Alto Más de \$625
Obras Sociales	<b>Minúsculas</b> Hasta 1000 beneficiarios	Cant. OS: 6 Beneficiarios: 1359 Aporte Prom.: \$137.32	Cant. OS: 9 Beneficiarios: 2643 Aporte Prom.: \$293.76	Cant. OS: 5 Beneficiarios: 2572 Aporte Prom.: \$514.4	Cant. OS: 8 Beneficiarios: 7285 Aporte Prom.: \$910.72
	<b>Pequeñas</b> 1001 hasta 10000 beneficiarios	Cant. OS: 9 Beneficiarios: 52664 Aporte Prom.: \$151.84	Cant. OS: 58 Beneficiarios: 299645 Aporte Prom.: \$282.66	Cant. OS: 16 Beneficiarios: 94450 Aporte Prom.: \$488.29	Cant. OS: 24 Beneficiarios: 78353 Aporte Prom.: \$875.36
	<b>Intermedias</b> 10001 hasta 100000 beneficiarios	Cant. OS: 5 Beneficiarios: 172239 Aporte Prom.: \$188.45	Cant. OS: 78 Beneficiarios: 2395326 Aporte Prom.: \$319.33	Cant. OS: 24 Beneficiarios: 799366 Aporte Prom.: \$510.64	Cant. OS: 11 Beneficiarios: 330858 Aporte Prom.: \$838.12
	<b>Grandes</b> Más de 100000 beneficiarios	Cant. OS: 6 Beneficiarios: 6130478 Aporte Prom.: \$164.05	Cant. OS: 19 Beneficiarios: 6407018 Aporte Prom.: \$310.82	Cant. OS: 8 Beneficiarios: 1726938 Aporte Prom.: \$532.08	Cant. OS: 2 Beneficiarios: 643503 Aporte Prom.: \$699.57

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

<sup>9</sup> Originalmente esta tipología fue desarrollada en Maceira y Ciccone (2004).

En síntesis, del análisis de esta matriz se observa en primer lugar la presencia de una fuerte concentración del padrón de beneficiarios de la seguridad social en pocas entidades con un elevado poder de mercado, al tiempo que un gran conjunto de instituciones del sistema presentan pocos o muy pocos aportantes y beneficiarios. Por otra parte, el aporte de un conjunto significativo de afiliados es bajo, o medio-bajo, con un nicho de instituciones de contribuciones superiores.

Concentrando el análisis en las instituciones de seguridad social de Personal de Dirección, se observa que de las veinticinco entidades existentes, la mayoría corresponde al segmento pequeñas (11) e intermedias (9), ubicándose tres de ellas en el grupo de obras sociales de gran escala en términos de beneficiarios. En suma, dentro del grupo de instituciones de intermedio o gran tamaño, se encuentra el 78,6% del padrón de usuarios, no existiendo estructuras de Personal de Dirección en el segmento de baja escala poblacional, como tampoco de ingresos bajos, hallándose por encima del promedio de los seguros sociales nacionales.

## **6.- Conclusiones y Debate**

El trabajo refleja cómo coexisten dos subsistemas de salud, uno público y otro de seguridad social, con poblaciones y estructuras de financiamiento, gestión y prestación de servicios diferentes, con implicancias sobre la capacidad global del sistema para alcanzar sus objetivos sanitarios.

El subsistema público, descentralizado a nivel provincial y municipal, evidencia en extremo la estructura confederal argentina, desafiando la capacidad de identificar mecanismos de coordinación que faciliten la eficiencia asignativa y la equidad en el acceso.

Más allá de requerir el fortalecimiento de los espacios de acción conjunta entre Nación y Provincias (COFESA, COFELESA, entre otros), la organización del modelo público argentino plantea un debate sobre cómo configurar las acciones del Ministerio Nacional, potenciando sus capacidades de intervención y homogeneización de reglas y derechos, permitiendo acciones locales identificadas con necesidades específicas.

En paralelo, la estructura del sistema de seguridad social en salud de Argentina provoca dos reflexiones, que llaman a un debate sectorial.

La primera es que el modelo de seguridad social en salud del país es capaz de brindar cobertura a una población cercana al 60% de sus habitantes, bajo un marco regulatorio común, formal o informal, brindado por la Superintendencia de Servicios de Salud. Ella, a diferencia del subsistema público, provee una estructura de gobernanza común para la garantía derechos de sus beneficiarios, a través de instrumentos tales como el Programa Médico Obligatorio. Asimismo, su diseño permite, al menos formalmente, generar transferencias de recursos con principios solidarios y de eficiencia asignativa, dentro de cada institución, y entre ellas.

Más allá de ello, la dependencia de este subsistema con respecto al mercado formal de empleo permite, por un lado, la capacidad de recolección de fondos para destinar a cubrir las necesidades de salud de su población. Por el otro, ofrece una sobre exposición a los vaivenes de las normas y usos en el mercado laboral, que expone (en vez de proteger) al sistema de salud de fluctuaciones macroeconómicas.

La segunda reflexión que surge del estudio, contrastante con la anterior, es que el modelo de seguridad social no necesariamente permite el acceso a servicios de salud homogéneos entre individuos con iguales necesidades. Las sustantivas brechas entre Obras Sociales Nacionales, tanto en términos de escala poblacional, como en indicadores demográficos y financieros, muestran diferencias en acceso a recursos que superan las cinco veces entre las obras sociales de menores y las de mayores

recursos. El archipiélago de instituciones existentes no constituye un vehículo para el acceso equitativo, es necesario tender puentes entre instituciones para permitir mayor equidad, y reducir el riesgo financiero y epidemiológico de las instituciones de salud.

Dentro de este contexto, las Obras Sociales de Personal de Dirección muestran indicadores relativamente más homogéneos en escala, ingreso promedio, y capacidad financiera de garantizar un programa de intervenciones sanitarias, si se lo compara con la media de las instituciones de la seguridad social. A pesar de una reducción en su población cubierta, que muestra signos de recuperación desde el 2002, los parámetros seleccionados reflejan estructuras demográficas menos comprometidas y tasas de sustentabilidad menos comprometidas.

Completar un diagnóstico particular de las Obras Sociales de Personal de Dirección requiere identificar los resultados alcanzados por estas instituciones en términos de cobertura y calidad de servicios, así como establecer los mecanismos de contratación a prestadores, perfiles de consultas y sus relaciones verticales hacia arriba con las firmas aportantes, como hacia abajo, con la estructura asistencial.

Estratégicamente, es necesario vincular el papel desarrollado por las Obras Sociales de Personal de Dirección como estructuras de gestión de recursos sanitarios con objetivos sectoriales más amplios, convirtiéndolas en instrumentos de dentro de un esquema de responsabilidad social empresaria.

## **7.- Referencias y Fuentes de Información**

Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, página web institucional.

Instituto de Estadísticas y Censos de Santa Fe, página web institucional.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, página web institucional.

Maceira, D. (2010) "Inequidad en el acceso a la Salud en Argentina", Revista del CLAEH, Uruguay.

Maceira, D. (2010) "Evolución de la inversión pública social en Salud en Argentina", Revista de Salud Pública, Universidad de Colombia.

Maceira, D. (en prensa): "Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina", In Health Systems Analysis: Health Systems Financing, Financial Risk Protection Through Health Systems Development in Latin America and the Caribbean, Knaul FM, Wong R, Muiser J, Guerrero R and Arreola Ornelas Eds. Harvard University Press-IDRC-FUNSAUD. Boston, MA.

Maceira, D. y Ciccioni, V. (2008) "Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad", Documento de Trabajo no.40/2008, CEDES.

Ministerio de Salud de la Nación (2011) Indicadores Básicos.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, (2011) Boletín Estadístico de la Seguridad Social, Tercer Trimestre.

Oficina Nacional de Presupuesto (Consulta para el Ciudadano sobre Presupuesto Nacional), Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

Organización Mundial de la Salud, Observatorio Mundial de la Salud.

Superintendencia de Servicios de Salud, página web institucional.

Superintendencia de Servicios de Salud (1996) Obras Sociales: Información General del Sistema, volumen II,