

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-017-1 (Volumen I)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Silvia Montoya

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES E IMPORTANCIA DEL TEMA

La sociedad considera el acceso a servicios de salud como un derecho inalienable y universal. El mejoramiento de la calidad de vida de la población y de sus condiciones sanitarias depende tanto de una adecuada provisión de esos servicios como de otros factores, tales como el incremento en el ingreso per cápita, el progreso técnico y el mayor nivel educativo. Las razones por las cuales conviene invertir en salud no solo se reducen a la búsqueda del bienestar de la población y a factores meramente económicos, sino que el gasto también se justifica por consideraciones éticas y de solidaridad social.

La reforma del sector salud está bajo consideración en muchos países y para diferentes niveles de ingresos, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Si bien no existe consenso acerca del significado real del término reforma, el fin último que se persigue es lograr mayor eficiencia y equidad en los servicios de salud. Entre varios aspectos importantes de considerar, la reforma de salud plantea para el Estado un papel diferente al que ha tenido hasta el momento, tanto de financiador como de proveedor de los servicios de salud.

El sistema de salud en la Argentina —y en la mayoría de los países— enfrenta una serie importante de inconvenientes. Existen diferencias sustanciales en cuanto a cobertura a lo largo del país, y entre diferentes grupos sociales. En muchas áreas, los indicadores convencionales de

salud —como los de mortalidad materna e infantil— tienen valores bastantes bajos a nivel internacional. Las diferencias se relacionan con los niveles de ingreso y de educación, y los factores ambientales. Adicionalmente, y como sucede también en otros países, aquellos grupos con más necesidades son los que tienen menos acceso a la salud y los que reciben los peores servicios.

En este momento existe una política del gobierno nacional centrada en lograr una mayor cobertura de salud en aquella población no incluida en el sistema, a la vez que se intentan reformas en el financiamiento de las instituciones hospitalarias del sector público. El análisis es bastante complejo por los diferentes mecanismos y sistemas de organización institucional imperantes, tanto para el financiamiento como para la provisión de los servicios. Esta complejidad se ve potenciada por el proceso de descentralización de servicios desde la nación hacia las provincias, y de éstas hacia los municipios.

En la Argentina, al igual que en gran parte de América Latina, el sistema de salud está organizado en varios subsectores; generalmente se trata de sistemas institucionalmente fragmentados (por la cantidad de agentes intervinientes) y, a la vez, estratificados (porque están claramente definidos los usuarios de cada subsistema). Esto ocasiona una superposición de funciones y la existencia de diferencias geográficas internas en cobertura y calidad de las prestaciones. Estas diferencias no se observan solo entre los distintos subsistemas sino que también se reproducen al interior de cada subsistema.

El sistema de salud está organizado en tres sectores que enfrentan problemas diversos. Hay deficiencias tanto en la organización como en la calidad, detectándose una deficiente utilización de los recursos; pobre manejo de los hospitales; desigualdades geográficas en la distribución de servicios y de personal; administración excesivamente centralizada; baja respuesta de los profesionales a las necesidades de los pacientes, y falta total o parcial de datos, tanto en lo referente al estado de salud de la población como al tipo de servicio, al nivel y composición del gasto, y al financiamiento.

Desde el punto de vista de la provisión de los servicios de salud, existen tres niveles en el sector público: la nación, las provincias y los municipios, con participación variable en la oferta según la provincia, además de los proveedores y hospitales pertenecientes a las obras sociales y al sistema privado. Desde el punto de vista del financiamiento, este

proviene básicamente de tres fuentes: impuestos nacionales y provinciales (en el caso del sector público), contribuciones a la seguridad social (con un régimen especial en el caso de las obras sociales provinciales), y de un sector privado cuya participación ha crecido mucho en los últimos años. Estas características y la superposición de coberturas entre los distintos agentes hacen preguntarse cómo podría en estas condiciones funcionar un sistema integrado, y cuál puede ser la orientación de las reformas necesarias en los hospitales públicos y en las instituciones de la seguridad social de manera de poder mejorar la eficiencia y la equidad del gasto en salud.

OBJETIVOS

Este trabajo pretende hacer un análisis, naturalmente no exhaustivo dada la compleja problemática del sector salud en la Argentina, del financiamiento del sector en los distintos subsistemas y los cambios introducidos en los últimos años. Para ello, en primer término, se repasa brevemente la organización del sector salud y el funcionamiento de los subsistemas de seguridad social, público y privado. Dado que ya se han emprendido varias reformas buscando la solución a través de cambios en la administración del financiamiento y en la gestión de los servicios —que intentan, en definitiva, modificar el modelo prestacional—, se pretende analizar los cambios ya introducidos y evaluar otros complementarios para el mejor funcionamiento del sistema.

I. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

A. *El contexto macroeconómico*

Es un hecho conocido que la Argentina viene experimentando desde comienzos de la década del 70 una profunda crisis económica que no responde a un hecho externo o coyuntural, sino que está íntimamente vinculada al agotamiento del modelo de economía cerrada, con subsidios y privilegios sectoriales. Esta situación se agravó hacia fines de la década pasada, y recién logró revertirse a comienzos de la presente cuando se produjo un cambio total en el modelo de crecimiento económico

implementado hasta ese momento. Si bien el programa de transformación económica adoptado en 1989 tuvo resultados importantes en términos macroeconómicos, aún subsisten gran parte de los problemas originados en el pasado.

En este sentido, las consecuencias de la crisis son múltiples y profundas, excediendo los aspectos estrictamente económicos. En materia social, los datos más significativos son la tendencia a la concentración en la distribución del ingreso y el aumento considerable de la cantidad de hogares y de población en situación de pobreza. Este fenómeno estuvo también vinculado al comportamiento desfavorable de los indicadores del mercado de trabajo, derivados del deterioro de la relación entre producto y empleo.

Son varios los aspectos comprendidos en el proceso de desmejoramiento. A grandes rasgos, se puede verificar en relación con los indicadores usuales de desarrollo social el preocupante incremento de la tasa de mortalidad infantil que se produjo durante la década del 80, y las dificultades para mejorar algunos parámetros clave tales como la cantidad de población analfabeta, o el acceso y permanencia en el sistema educativo. Completó este panorama una tendencia a la concentración en la distribución del ingreso y un incremento de la pobreza.

Si bien durante los últimos cinco años se ha producido un importante crecimiento macroeconómico y una reversión parcial de algunos indicadores, ello no ha sido suficiente para eliminar los problemas acumulados en las últimas décadas. En este sentido, el sector salud no ha sido ajeno a las modificaciones del modelo económico y social argentino. Al respecto se ha producido un importante aumento de la inversión en bienes de capital con la consiguiente explosión en la oferta de servicios de alta tecnología, no siempre ligada a las necesidades de la población (Tafari, 1995).

B. LOS INDICADORES

Históricamente, los principales indicadores para medir el estado de salud de una población han sido la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil. En la Argentina, la esperanza de vida al nacer es de 72 años con diferencias importantes entre varones y mujeres. A nivel provincial no existe demasiada variación de este indicador a lo largo del país.

Con respecto a la tasa de mortalidad infantil, situada en un 23%, aún debe hacerse bastante para alcanzar los valores de los países desarrollados. En este caso, sí se registran diferencias regionales importantes.¹ Y aunque muchas provincias presentan ya problemas de salud propios de países desarrollados, las tasas de mortalidad infantil —consideradas un indicador apropiado del nivel de salud general— son aún preocupantes.

Respecto de la población *sin cobertura*, la proporción es relativamente alta (35%) y principalmente se trata de personas jóvenes (el 34% de la población sin cobertura tiene menos de 14 años; el 44%, menos de 19, y el 63% menos de 29 años). Esa población sin ninguna cobertura constituye una estimación de demanda mínima, ya que una buena parte de la población que cuenta con solo una obra social (40% de la total), también demanda atención del sector público.

Se detectan, por otra parte, diferencias grandes en cuanto a nivel de cobertura entre las jurisdicciones: mientras en la Capital Federal casi el 20% de la población no tiene cobertura, en Formosa la proporción llega a casi el 60%.

La población sin cobertura demanda servicios de salud principalmente del sector público, ya que la mayoría no posee ingresos suficientes como para afrontar el pago de servicios privados. Teniendo en cuenta la tasa de mortalidad infantil como indicador general del estado de salud, y el porcentaje de población sin cobertura, es posible establecer que existen grandes diferencias que muchas veces se reproducen al interior de las diferentes provincias con igual peso, y que hacen pensar que el sistema funciona con una gran inequidad no solo en lo referente a nivel social sino en cuanto a diferencias entre regiones.

C. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

Esquemáticamente, el sector salud está organizado en tres grandes subsistemas (ver gráfico 1). El subsistema público —a través de la nación,

1. Así, mientras algunas jurisdicciones tienen tasas cercanas al 15%, otras provincias (como algunas del nordeste) superan holgadamente el 30% estipulado como aceptable por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

las provincias y los municipios— se encarga de las funciones de promoción y prevención, y además presta servicios por medio de hospitales y unidades asistenciales. Si bien los beneficiarios desde el punto de vista legal son toda la población, en la práctica los usuarios son los sectores de menores ingresos y los grupos cubiertos por obras sociales pero sin acceso efectivo a las prestaciones de las mismas.

El subsistema de la seguridad social —a través de las obras sociales— ofrece un seguro de salud obligatorio para los trabajadores dependientes y sus familias, que alcanza al 62% de la población.² El subsistema privado —a través de los seguros de salud voluntarios o de empresas de medicina prepaga— cubre a los que opten por la compra de los servicios, generalmente personas de altos niveles de ingreso.

La importancia que adquiere el gasto en salud en la Argentina se encuentra reflejada en el cuadro 1. En 1993 se gastó en salud el 7.2% del producto interno bruto (PIB), es decir, se impuso un nivel de esfuerzo cercano al de algunos países desarrollados. Si bien es cierto que en la comparación internacional la Argentina aparece como uno de los países mejor ubicados entre los latinoamericanos, con un gasto de 138 dólares por persona/año, frente al de los países desarrollados el nivel es irrisorio.³ El sector público contribuyó con el 22% del gasto total en atención de salud, el semipúblico de obras sociales con el 36%, y el privado con el 42%.

Dentro del sector público, el 75% del gasto directo proviene de los gobiernos provinciales, el 16% de los municipales, y solamente el 9% del gasto público en salud corresponde al gobierno federal.

El gasto de las obras sociales nacionales, el programa de atención médica integral (PAMI) y el gasto indirecto del sector privado ascendió al 46% del total en salud, y al 4.9% del PIB. A pesar de la magnitud de los recursos involucrados, hay mucho cuestionamiento de la eficiencia del gasto en salud de los diferentes subsistemas.

2. Datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.

3. Por ejemplo, en el mismo año Chile gastaba 100 dólares, el Brasil 132, México 89 y el Perú 49. Entre los países desarrollados Australia gastaba 1 331 dólares, el Reino Unido 1 039 y los Estados Unidos 2 763.

D. UNA ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SALUD

El concepto de necesidad en el campo de la salud es un concepto sujeto a controversia. Utilizando una definición con alto grado de consenso, se puede sostener que una necesidad en salud depende del estado de la tecnología y de la posibilidad de su reconocimiento médico. Las necesidades si no se confirman con diagnóstico médico en realidad son deseos.

La demanda de salud, por su parte, es un concepto diferente de las necesidades y los deseos, y se refiere concretamente a la cantidad de bienes o servicios que los consumidores efectivamente compran. Cuando el precio del bien es cero en el momento de la provisión, entonces la demanda es igual a los deseos. Obviamente que esta demanda no puede ser cubierta, por la sencilla razón de que hay restricción en la oferta. Esto es principalmente lo que sucede con la provisión pública gratuita de los servicios de salud.

1. El modelo

El modelo utilizado sigue el enfoque de Hoffmeyer y MacCarthy (1994), que emplea dos modelos para analizar el camino seguido por los gastos en salud; uno de los modelos apunta hacia las necesidades o la demanda de servicios, y el otro hacia la oferta de salud. Se trata de un modelo muy sencillo que tiene diversos cuestionamientos en cuanto a la estimación desde el punto de vista teórico.

2. La oferta

La oferta de servicios de salud intenta contestar la pregunta de cuál ha sido la relación entre el gasto en salud y el producto interno bruto, o más precisamente en cuánto ha subido el gasto en salud cuando el producto ha crecido.

$$\ln \text{GRS} = a_0 + a_1 \ln \text{PIB} + u_t \quad (1)$$

donde

GRS = gasto real en salud

PIB = producto interno bruto

3. Las necesidades

El modelo utilizado en la ecuación de demanda de salud toma en cuenta tres factores: la distribución de edades de la población (debido a que la población mayor utiliza una mayor cantidad de servicios de salud), los cambios en la tecnología, y las mejoras en la calidad de los servicios de salud. La pregunta en este caso es, cuál debería ser el patrón de comportamiento de los gastos de considerarse las edades de la población.

$$\ln (\text{GRS}/\text{DEM}) = b_0 + b_1 \ln T + w_1 \quad (2)$$

$$\text{DEM} = \text{POP}_1 + 2\text{POP}_2 + 3\text{POP}_3 + 4\text{POP}_4 \quad (3)$$

donde:

T es la tendencia

La variable de la tendencia en esta ecuación toma en cuenta el incremento de los costos reales de salud, y las proyecciones que pueden hacerse a partir del modelo sugieren que los costos subirán en el futuro a la misma tasa que lo hicieron en el pasado. Los pesos utilizados en la variable DEM se basan en la evidencia de las necesidades de salud de la población, según el grupo de edad.

La estimación de la elasticidad/gasto en salud/PIB es el valor tomado por a_1 en la ecuación 1. Ese valor indica el porcentaje de incremento del financiamiento del gasto en salud que puede esperarse si el producto aumenta en un 1%. Los valores contenidos en el cuadro 1 muestran claramente que las elasticidades varían mucho entre los diferentes países.

La senda de crecimiento estimada está dada por b_1 , coeficiente que indica la tasa anual a la que crece la necesidad de salud, después de introducir el ajuste de composición por edades de la población.

4. Proyección de la necesidad de fondos

En base a los parámetros obtenidos en las ecuaciones anteriores⁴ es factible hacer proyecciones de las necesidades de fondos. El objetivo es

4. El modelo utilizado tiene como gran inconveniente su simpleza, desde el punto de vista econométrico, pero no se alteró su estimación dado el propósito de permitir la

detectar los posibles déficit o las mayores presiones en función del envejecimiento de la población. Tienen, por supuesto, el serio inconveniente de partir del statu quo y suponer que el comportamiento pasado es el que determina el futuro del gasto en salud.

Los resultados se presentan en los gráficos 3 a 5, donde es fácil apreciar que la mayoría de los países enfrentarán problemas de necesidades de fondos. Naturalmente, hay casos en que si bien las necesidades pueden llegar a ser satisfechas las estructuras de mercado son imposibles de sostener políticamente, como en los Estados Unidos, y donde la reforma se hace necesaria justamente por ese motivo.

II. LA ORGANIZACIÓN DE LOS DISTINTOS SUBSISTEMAS

A. *El SUBSISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LAS OBRAS SOCIALES*

La magnitud del gasto que realiza el sistema de obras sociales (2% del PIB) y la cantidad de población beneficiaria (entre 50% y 60% del total del país), expresan claramente la importancia del análisis de dicho sistema. La eficiencia en su funcionamiento tiene, obviamente, un impacto importante sobre el bienestar de la población, no solo desde el punto de vista de los costos sino también por la relevancia que adquiere la prestación del servicio de salud.

El sistema de obras sociales —cuya organización se encuentra reflejada en el gráfico 6— funciona con bastante controversia sobre la calidad de las prestaciones y, lógicamente, los costos que demanda a la sociedad. En los hechos, la ineficacia de su funcionamiento ha determinado que la población con menores ingresos recurra al hospital público (generando, en consecuencia, presiones sobre el sector), y la población con mayor poder adquisitivo al sistema privado para asegurarse una buena cobertura de salud. Esto se ha producido aun existiendo un fondo solidario de redistribución (FSR), cuyo objetivo es justamente garantizar un mínimo de cobertura a aquellas obras sociales cuyo nivel de ingreso por titular

comparación con los demás países contenidos en el trabajo de base. A su vez, en el caso de la Argentina se está excluyendo todo el gasto privado directo e indirecto debido a la falta de estadísticas históricas sobre este tema.

no les permita financiar siquiera ese mínimo. En este sentido, el FSR (que surgió con la idea de solidaridad) fue totalmente desvirtuado por la carencia de criterios claros y objetivos de distribución.

1. Regulación

El marco legal regulatorio del sistema de obras sociales es sumamente complejo y se ha ido conformando en forma irracional. El sistema de obras sociales nacionales está hoy regido por la ley 23.660 —que derogó la 22.269 del año 1980— y su decreto reglamentario 576 de 1993.⁵ Las obras sociales tienen como objetivo prioritario las prestaciones de salud y están obligadas por ley a destinar el 80% de sus recursos brutos —deducidos los aportes al fondo solidario de redistribución (FSR)— para dichos fines. Son a su vez los agentes naturales del sistema nacional del seguro de salud (SNSS, ley 23.661) que, teóricamente, busca garantizar el derecho a la salud a todos los habitantes del país.

Pero, no todas las obras sociales están incluidas en la ley de obras sociales. Las que sí lo están —denominadas “obras sociales nacionales”— pueden clasificarse según su origen en: a) sindicales, b) de administración mixta, c) de la administración central del estado nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados, d) de empresas y sociedades del Estado, e) de personal de dirección y asociaciones profesionales de empresarios, f) la constituida por convenio con empresas privadas o públicas y las creadas por la Ley 21.476,⁶ y g) del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas y de seguridad, en actividad o retirados y jubilados del mismo sector. Se trata de alrededor de unas 300 obras sociales que agrupan a más de ocho millones de beneficiarios. A ellas se agregan 24 obras sociales provinciales —con unos cuatro millones de beneficiarios— que no son alcanzadas por la ley,⁷ y el PAMI con alrededor de cuatro millones de beneficiarios.

5. Esta ley, a su vez, había reemplazado a la 18.610 que regía el sistema desde 1970.

6. Se trata en este caso de obras sociales de empresas que eran estatales y luego fueron privatizadas.

7. Salvo que explícitamente se acojan a ella. En estas situaciones la forma de cálculo de los aportes es diferente a la del sector privado, al igual que su funcionamiento. Adicionalmente, pueden tener afiliados voluntarios.

La forma de organización de las distintas obras sociales es diferente, ya que mientras en el caso de las obras sociales sindicales se trata de afiliados por rama o por sector de actividad donde los sindicatos constituyen el poder, en las obras sociales de administración mixta la gestión es compartida por el sindicato, los empresarios y/o el Estado. No deben necesariamente estar presentes los dos últimos. Los institutos sociales de administración mixta (constituidos en obras sociales) fueron creados por distintas leyes o por convenio y, en realidad, no hay un motivo claro que justifique su creación. Estos institutos cuentan, en general, con fondos de otra naturaleza —aparte del financiamiento genuino que proviene de los aportes patronales— que inciden sobre los costos del sector, si bien en la mayoría de los casos quien paga estos mayores costos es la sociedad.⁸

La participación de los distintos tipos de obras sociales nacionales y un breve resumen de la situación desde el punto de vista de los recursos se presenta en el cuadro 4. La información —de 1995— muestra que el 60% de los beneficiarios de las obras sociales nacionales pertenece al grupo de las sindicales, el 30% a las de administración mixta, y el 8% a las de personal de dirección. Esta rápida estratificación permite apreciar que, a pesar de que la recaudación por beneficiario no es de las más altas, existe una importante concentración de poder económico en los sindicatos teniendo en cuenta que los ingresos de las obras sociales nacionales fueron superiores a los 2 mil millones de pesos en 1995.⁹ En el caso de las obras sociales provinciales es muy difícil estimar el flujo de ingresos.

Por ley —23.660— se dispone que las obras sociales no destinen más del 8% de sus ingresos, deducidos los aportes al FSR, a gastos de administración. La inexistencia de auditorías externas en las obras sociales hace suponer que no hay razón para que en la práctica estas disposiciones se cumplan.¹⁰ Los aportes por imposiciones al trabajo se destinan

8. En el caso del instituto social bancario el aporte es de 2% sobre el valor de intereses y comisiones. De esta recaudación se reparte el 50% a la Administración Nacional del Seguro de Salud y el 50% al instituto de servicios sociales bancarios. Otras actividades cuyos institutos cuentan con recursos de este tipo son: seguros, cerveza, Dirección General Impositiva, aduana, tabaco.

9. En realidad, dentro de este subsegmento de obras sociales sindicales existen cuatro o cinco que concentran casi el 50% de los beneficiarios y un porcentaje más o menos equivalente de los fondos.

10. Algunos cálculos extraoficiales estiman que el porcentaje de gastos administrativos podría alcanzar el 30%.

en un 90% (85%, para el caso de las obras sociales de personal de dirección) a la obra social que corresponda. El 10% restante de los aportes y contribuciones (15% en las de personal de dirección) se destina a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

2. *Tamaño*

Debido a que cada obra social agrupa a trabajadores de una misma industria o sector sus ingresos poseen poca variación, además de que en general dentro de cada rama agrupa a trabajadores de ingresos similares. De esta forma, el personal ejecutivo suele tener su obra social particular. A causa de esta forma de agruparse y del modo en que se determinan los ingresos de las obras sociales, existen importantes diferencias entre los ingresos por titular.

Así, hay obras sociales que pueden financiar buenos servicios de salud (comprensivos de diferentes tipos de prestaciones) para sus afiliados, y otras que no están en condiciones de brindar ni siquiera una cobertura mínima. El cuadro 5 es contundente con respecto a mostrar la situación de las obras sociales según su tamaño. La forma en que se determina la afiliación al sistema hace que, de las 200 obras sociales sindicales, un poco menos de la mitad tenga menos de mil beneficiarios. Esto indica la ineficiencia derivada del criterio de afiliación, que no se corresponde con el umbral mínimo necesario para poder prestar los servicios de salud en forma adecuada.

Contratación de proveedores

La contratación de los proveedores del servicio se hace por distintos métodos y no hay una regulación estricta sobre el particular, de modo que se puede contratar tanto por los sistemas de pago por cabeza cubierta o de acuerdo a los gastos generados por cada caso, como por derivaciones y combinaciones de los mismos.

En general, las obras sociales hacen contratos de prestación con los proveedores, e incluso, algunas hacen convenios con intermediarios —administradores de prestaciones— para que estos hagan los contratos con los proveedores. En este terreno, la obra social no actúa en forma

muy diferente a las empresas de medicina prepaga. El hecho de que tengan clientes cautivos y garantías de recaudación genera pocos incentivos para lograr una administración eficiente, y da lugar a que los contratos con los proveedores se decidan por su simplicidad administrativa y no por la calidad del servicio que se prestará. En estos casos, los afiliados, que son la población usuaria del sistema de obras sociales, no tienen voz ni voto y es altamente probable que el proceso de contratación de proveedores se produzca en detrimento de sus intereses.

3. El financiamiento

Los trabajadores dependientes de cada rama de actividad están obligatoriamente incluidos en las obras sociales en calidad de beneficiarios titulares. También están comprendidos los grupos familiares primarios de las personas afiliadas como titulares, y las que convivan con estas y reciban trato familiar de ellas. La afiliación es obligatoria y cada trabajador comprendido en la ley aporta obligatoriamente un 3% de su remuneración,¹¹ y el empleador el 6% de la nómina salarial.¹²

Además, algunas obras sociales reciben fondos de aportes de regímenes especiales establecidos en los convenios colectivos de trabajo — o en otras disposiciones— que son un porcentaje aún mayor de la remuneración del empleado. Por último, también captan ingresos de la venta de cupones u órdenes que habilitan a los afiliados para consultas o exámenes médicos. Para dar una idea de los fondos involucrados, en 1995 el subsistema de obras sociales recaudó por imposiciones al trabajo alrededor de 250 millones de pesos mensuales.

En forma paralela, algunas obras sociales (en realidad, algunos de los *institutos sociales*) cuentan con recursos de otra naturaleza que son exclusivos de determinadas actividades. Esos recursos de otra naturaleza existen básicamente en las obras sociales denominadas de administración

11. El trabajador tiene la opción de pagar un 1.5% más sobre su salario para incluir como beneficiarias a personas que convivan con él, reciban trato familiar y no sean de su grupo familiar primario.

12. Los aportes se harán en los porcentajes señalados teniendo en cuenta que los sueldos base para el cálculo se considerarán hasta un tope máximo de 60 'amos' (unidad que expresa el haber medio previsional obligatorio). El ampo se actualiza semestralmente por la administración de la seguridad social y ronda los 75 pesos.

mixta. En estos casos, los recursos recaudados por esta vía se distribuyen en partes iguales entre la obra social correspondiente y la ANSSAL. La magnitud de los recursos involucrados depende de cada actividad, pero significa en total por lo menos 200 millones de pesos anuales. Esta forma de contribución —y en realidad también de recaudación de los aportes al subsistema de obras sociales y a la seguridad social— no es común a todos los trabajadores asalariados.

En el sector primario la contribución tiene una forma de cálculo diferente. Entre los trabajadores agrícolas la contribución comprende entre un 4.5% y un 7.5% patronal, y un 3.5% personal. En el caso de algunas actividades especiales —fundamentalmente en el ámbito rural— que cuentan con los denominados convenios de corresponsabilidad gremial, el aporte se realiza en forma proporcional a los valores de las producciones involucradas, variando los agentes de retención según cada actividad.

4. La ANSSAL y el FSR

La ANSSAL es la autoridad y el ente regulador de las obras sociales, agentes del SNSS.¹³ Entre otras funciones debe asignar los recursos del FSR; dictar las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones; intervenir en la elaboración y actualización de los instrumentos normativos de la provisión de servicios, y reglamentar las distintas modalidades de las relaciones contractuales entre los agentes del seguro y los proveedores. Los recursos de la ANSSAL están destinados a financiar el FSR, cuyo objetivo es lograr que todos los agentes del seguro alcancen los niveles de cobertura obligatoria mínima.

Sus ingresos provienen del 10% (15% en el caso del personal directivo) de los aportes de los trabajadores en actividad y de las contribuciones patronales a las obras sociales. A esto deben agregarse los aportes establecidos en el presupuesto general de la nación,¹⁴ el 50% de los

13. En realidad, para la coordinación referida al manejo contable administrativo existe una Dirección Nacional de Obras Sociales que no se ha constituido.

14. Los aportes determinados en el presupuesto general de la nación deben destinarse a brindar apoyo financiero a las jurisdicciones provinciales y municipales adheridas, para incorporar personas sin cobertura y carentes de recursos.

recursos de distinta naturaleza, los reintegros de los préstamos que pudiera hacer la ANSSAI a los distintos agentes del seguro, las multas, las rentas de inversiones, los subsidios, los legados y donaciones, y otros. Dentro de los distintos tipos de aportes, como se ve en el cuadro 6, los más relevantes son los recursos por imposiciones al trabajo (alrededor del 70%). Los fondos surgidos de estas imposiciones hasta octubre de 1985 eran recaudados por la Dirección General Impositiva (DGI), girados a la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), y transferidos posteriormente a la ANSSAI que se encarga de distribuirlos.

Por ley, la ANSSAI debe distribuir automáticamente un porcentaje no menor al 70% de sus ingresos, deducidos los recursos correspondientes a los gastos administrativos y de funcionamiento. En este sentido, la ley 23.661 dispone que el dinero del FSR se entregue en forma automática a aquellas obras sociales que tengan menores ingresos por todo concepto por beneficiario obligado, con el objeto de equiparar los niveles de cobertura obligatoria. En realidad, la obligación de la ANSSAI de compensar a la obra social las diferencias que pudieran surgir entre el monto de los aportes y las contribuciones de los beneficiarios y el costo de las prestaciones básicas, ya figura en la ley 23.660 y fue ratificada por el decreto 9 de 1993.

En la práctica, la forma en que se ha distribuido el FSR está lejos de solucionar el problema mencionado de desigualdad de ingresos por beneficiario entre las obras sociales. La realidad indica que el criterio de asignación previsto en la ley que le da origen, no se ha aplicado. Los subsidios entregados han significado un incentivo al despilfarro y a la administración irresponsable, toda vez que la deuda generada por gastos sobre la capacidad de pago de la obra social se cubre con los fondos provenientes del FSR. Al respecto, hay dos resoluciones de la ANSSAI (536 de 1990 y 260 de 1994) que reconocen la entrega de fondos en función de la compra de inmuebles y otros tipos de gastos, que han hecho que en realidad los fondos se otorguen de acuerdo al déficit operativo de los agentes de salud.¹⁵

En este sentido, en febrero de 1995, dentro de las 15 obras sociales con mayor recaudación por las imposiciones al trabajo, había seis que

15. En Banco Mundial (1996) se estima la deuda de solo ocho obras sociales en más de 400 millones de pesos, significando en algunos casos varias veces los recursos totales anuales de la obra social.

agrupaban al 31% de los titulares y beneficiarios, y concentraban el 25% de la recaudación y el 32% (7.6 millones de pesos) de los subsidios. De las seis obras sociales favorecidas con subsidios solamente una tenía un ingreso promedio por titular inferior a 40 pesos (la de la construcción: 33.9 pesos). Esto significa, en un cálculo pesimista,¹⁶ que ninguna de ellas habría sido candidata a recibir fondos por distribución automática por la vigencia del decreto 292 de 1995. A su vez, la obra social de la construcción, de haber estado vigente el decreto 492 de 1995 modificatorio del primero, habría recibido 1.2 millones de pesos en lugar de los 2.2 millones que recibió. Es decir que de los 23 millones de pesos destinados al conjunto del sistema en febrero de 1995 no les hubiera correspondido nada, en el caso del decreto 292, y solamente 1.2 millones de pesos conforme al decreto 492 de 1995, en vez de los 7.6 millones que efectivamente recibieron.¹⁷

Otro punto interesante es la revisión del grupo de las 15 obras sociales con mayor subsidio por titular. Concentran a menos del 0.5% de los titulares y el 1% de los beneficiarios y de la recaudación, y obtuvieron sin embargo el 12% de los subsidios del período analizado.¹⁸ Esta misma situación se repite entre las obras sociales de mayor subsidio por beneficiario. Todas, menos dos, agrupan a menos de mil titulares cada una, y todas menos tres a menos de mil beneficiarios. El trabajo en pequeña escala de las obras sociales, eleva los costos unitarios de atención de sus clientes y los riesgos de no poder cubrir los casos complejos. La concentración de subsidios en obras sociales con estas características alerta sobre la inadecuada asignación del dinero de la ANSSAL y de los contribuyentes.

16. A pesar de que la ley 23.661 dispone el reparto del FSR de acuerdo al nivel promedio de ingreso, el decreto 492 dispone garantizar una cuota de 40 pesos por cada titular, lo cual llevará a dar subsidios a obras sociales con recaudación por titular promedio mucho mayor a 40 pesos. Esto le resta solidaridad y equidad al sistema. No se dispone de los datos necesarios para hacer el cálculo correcto de acuerdo al decreto 492 y las estimaciones de este párrafo sobre la asignación de subsidios de acuerdo al mismo deben tomarse como una idea aproximada.

17. No se entiende, por ejemplo, por qué la obra social del personal de telefonía de la República Argentina recibió un subsidio de 300 mil pesos, siendo la número trece en recaudación total, con una cotización promedio mensual por titular de 150 pesos (una de las más altas del sistema).

18. En este contexto, algunos casos son destacables: la primera del grupo es la obra social de petroleros del Estado, que registra en la base de datos 29 titulares, 69 beneficiarios en total, y un ingreso de 39.2 pesos por titular. Consiguió un subsidio de 500 mil pesos (17 241 pesos por beneficiario).

Las obras sociales que agrupan a los trabajadores más pobres tienen escasa capacidad de endeudamiento y poco poder para reclamar subsidios a la ANSSAL. Así, las 62 obras sociales con menor recaudación por beneficiario aglutinaron el 8% de los titulares, el 10% de los beneficiarios, el 4% de la recaudación y el 14% de los subsidios. Estos subsidios sirvieron para llevar la recaudación promedio por titular del grupo, de 29 pesos a 40 pesos. De esta forma, si se compara con lo recibido por las más grandes o de mayores ingresos, los principios de solidaridad y equidad que inspiraron la creación del FSR se transformaron (en los hechos) en letra muerta.

Los cuadros 7 y 8 revelan la situación de grupos de obras sociales constituidos según el nivel de ingresos por aportes y contribuciones, y por subsidios a los titulares. El cuadro 7 muestra que las obras sociales de ingreso medio-alto y alto (50 pesos o más de ingreso por titular) se llevaron nada menos que el 50% de los subsidios de febrero de 1995. Por más que se esté analizando en base a promedios y que las obras agrupen al 45% de los titulares y el 48% de los beneficiarios, los datos precedentes permiten poner en duda si el criterio de distribución del FSR utilizado es el dispuesto en la ley y los decretos reglamentarios. A su vez, las obras sociales con ingresos de menos de 30 pesos por mes por titular recaudaron el 2.5%, aglutinaron el 7% de los beneficiarios y titulares, y se llevaron el 13% de los subsidios. Que se verifique en este tramo una relación inversa entre recaudación o recaudación por titular y subsidios o subsidios por titular es alentador, pero no justifica la falta de criterio antes observada.

El cuadro 8, por su parte, permite sacar una conclusión importante: con la excepción de los subsidios de más de mil pesos por titular, existe en el conjunto una clara relación directa entre la recaudación por titular y por beneficiario y el subsidio por titular y por beneficiario. Por más que las obras sociales más beneficiadas no sean importantes en el agregado, una vez más se puede dudar de la equidad y solidaridad presentes en el reparto del FSR.

Si el análisis se hace agrupando por recaudación y subsidio por beneficiario, la pirámide de concentración se achata considerablemente (la relación beneficiarios/titulares de todo el sistema es de 2.3) respecto de los cuadros en que se ordenó de acuerdo a las relaciones por titular. Las variables "por beneficiario" son más relevantes que las "por titular", ya que las obras deben prever los servicios para el total de su población

afiliada y no únicamente para los aportantes, pero la legislación tiene en cuenta el reparto del FSR a los titulares. Más aún, para lograr una distribución realmente equitativa y solidaria se deberían incorporar a los criterios de distribución del FSR variables que midan el riesgo de la salud de los distintos grupos de personas involucradas.

Ya existen estudios que advierten acerca de la arbitrariedad en la distribución del FSR. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, señala que las transferencias de subsidios respondieron en 1992 a un criterio de distribución proporcional a la cantidad de beneficiarios, más que a uno inversamente proporcional a los ingresos por afiliado (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1993). El resultado del reparto de los subsidios en ese año no mejoró sustancialmente la situación inicial de las obras sociales con menores ingresos por beneficiario. Al igual que para el período analizado en este artículo, se advierte que no fueron claros los criterios de asignación en cada tramo; las obras sociales incluidas o excluidas de los subsidios no tenían características comunes, ni por el nivel de aporte ni por el número de beneficiarios comprendidos. Los subsidios alcanzaron a una gran cantidad de gente, pero resultaron escasos para revertir la situación de las obras sociales con aportes más bajos.

5. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)

Este instituto, cuya actividad principal consiste en el programa de asistencia médica integral (PAMI), fue creado por la ley 19.032 en 1971. Su objetivo principal es prestar a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario los servicios médicos asistenciales.¹⁹ El PAMI es agente del sistema nacional del seguro de salud, recibe subsidios de la ANSSAL y no aporta al mismo.²⁰ Su situación jurídica es particular porque no es una obra social a pesar de funcionar como ella.

19. En este caso se trata de casos especiales, como madres con más de siete hijos, veteranos de guerra, afiliados transitorios y miembros del poder judicial, lo que implica unos 500 mil beneficiarios atendidos por el PAMI.

20. La ley 23.661 contemplaba el aporte del 5% de los ingresos que por todo concepto percibiera del INSSJP, pero esta disposición fue derogada por la ley 24.189, promulgada en enero de 1993. En esta ocasión se condonó la deuda del PAMI con el FSR (por no haber depositado los aportes) y se le eximió a partir de ese momento del aporte al mismo.

Los fondos del PAMI provienen en parte de los aportes personales (3%) y de las contribuciones patronales (2%) en el caso de los trabajadores en actividad, que a su vez representan el 80% de los ingresos totales por los aportes directos de los trabajadores. Otra parte viene de los trabajadores pasivos, y varía entre el 6% y el 3% de sus ingresos según el nivel del haber pasivo (el promedio es de 4.6%).

El presupuesto del PAMI es de alrededor de 2 800 millones de pesos (1% del PIB, por beneficiario unos 57 pesos mensuales). Semejante situación lo ubica como actor relevante del sector sanitario con un poder de negociación enorme, ya que el destino de cantidades de proveedores de bienes y servicios depende de sus decisiones. Los gastos del INSSJP se dividen en tres ítems: a) el PAMI, b) el programa de prestaciones sociales, y c) la administración de los servicios.

Su estructura se fue ampliando progresivamente en cuanto al tipo de beneficiarios y a los servicios brindados, llegando a exceder los aspectos referentes a la salud. En efecto, hoy se agregan a la población originaria los sujetos de pensiones de gracia, los veteranos de guerra, las madres con más de siete hijos, los discapacitados o adolescentes de enfermedades crónicas, las personas de más de 70 años, etc. El conjunto de las prestaciones no contributivas beneficia a unas 500 mil personas. El PAMI cuenta con cuatro millones de beneficiarios, de los cuales el 30% tienen menos de 60 años y aproximadamente el 70% entre 60 y 90 años. Los restantes se encuentran distribuidos entre hijos menores (15%) y otros familiares o adherentes de entre 30 y 60 años (15%).

Desde el punto de vista legal, los beneficiarios del PAMI pueden quedarse en su obra social de origen u optar por él, teniendo la posibilidad de volver a la entidad inicial pero ya sin poder regresar al INSSJP. De esta forma se podía optar solo una vez. Los beneficiarios que están cubiertos por la obra social a la que pertenecieron originalmente, constituyen el 7.3% del total de la población pasiva. El PAMI paga a las obras sociales que los atienden entre 13 y 29 pesos per cápita, lo que sumó en 1994, 93 millones de pesos.²¹ En este punto merece destacarse que no hay ninguna razón que explique la variación de las asignaciones per cápita pagadas a las distintas obras sociales, y la discrecionalidad y el poder de negociación parecen ser los principios prevalecientes.

21. Información del INSSJP.

El PAMI es virtualmente una obra social que no tiene competencia, lo cual genera una situación monopólica que se agrava en forma importante por la falta de control. De este modo, existen pocos incentivos para una administración eficiente y hay dificultades en el control de gestión, como suele ocurrir en instituciones de gran tamaño.

Contratación de proveedores

La contratación de servicios por capitación se ha comenzado a utilizar en el PAMI, fundamentalmente en las grandes ciudades. Esta contratación se ha hecho con las organizaciones gremiales de profesionales, colocados en este caso en una situación oligopólica. Ello ha dado lugar a enfrentamientos entre los profesionales y los sanatorios.

6. Cambios en el financiamiento del sistema de salud

Los Decretos 292 y 492 de 1995

Ambos decretos, aunque relacionados con una serie de cuestiones previas de la legislación sobre obras sociales, introducen criterios explícitos de implementación que llevan a la práctica muchos de los principios plasmados en el marco regulatorio. Si bien habría que profundizar en las reformas, en el caso de ser exitosos en su aplicación estos decretos pueden llegar a constituir un primer paso hacia la reforma del sistema de salud argentino.

Fondo solidario de redistribución

Como ya se señaló, la falta de criterios claros y explícitos de distribución del FSR condujo a una situación de ineficiencia e inequidad incapaz de garantizar una cobertura de salud suficiente a los beneficiarios de las obras sociales de más bajos ingresos por titular. Para resolver esta situación, se propone un mecanismo de distribución automática del dinero del

FSR. El decreto dispone que la cotización mínima mensual que garantiza el FSR por titular sea de 40 pesos.²²

Cuando los aportes y las contribuciones de cada trabajador sean inferiores a dicha cotización, el FSR integrará la diferencia a la obra social respectiva. La distribución automática del FSR ya estaba prevista en la ley del sistema nacional del seguro de salud, pero en realidad esta nunca fue implementada.

Esta distribución es positiva por dos razones. Por un lado, es importante otorgar previsibilidad a los fondos con que contarán las obras sociales y a la vez reducir los fondos con que contará la ANSSAL para su manejo discrecional. El cuadro 9 refleja claramente que —sin comprometer el equilibrio financiero del subsistema de obras sociales— a la ANSSAL le quedan aproximadamente 7 millones de pesos mensuales que deben asignarse al manejo administrativo y las prestaciones de alta complejidad. Por otro lado, dada la forma en que se implementa la transferencia de los recursos por titular (con independencia de la utilización o no de servicios de salud), existe un fuerte incentivo en las actividades con marcada evasión de cargas sociales para identificar a los titulares, porque de ello dependerán sus ingresos. Así ocurre en el sector rural, donde si bien hay baja utilización de servicios de salud no existen muchos incentivos para identificar a los titulares. Desde el comienzo de la aplicación del decreto 492, cinco obras sociales recibieron el 80% de los recursos del FSR.

Trabajo de tiempo parcial

En el caso de los trabajadores de tiempo parcial, se establece la obligatoriedad del aporte para aquellos que ganan más de tres ampos (unidad media de ingreso previsional obligatorio). En el caso de que la remuneración sea inferior a tres ampos, el trabajador podrá optar entre quedar en la obra social completando el importe que redondea los porcentajes del empleador y del trabajador sobre tres ampos, o bien no realizar aportes al sistema de obras sociales, con lo cual quedan eximidos tanto el empleador como el trabajador de efectuar los aportes respectivos.

22. Los trabajadores de obras sociales de personal de dirección y asociaciones profesionales, no están incluidos en esta disposición del decreto.

Pluriempleo

Se dispone unificar obligatoriamente toda afiliación que un beneficiario titular o un miembro del grupo familiar primario pudiera tener además de su agente del seguro de salud. Los beneficiarios que se encuentren en situación de pluriempleo están obligados a concentrar sus aportes y contribuciones al sistema nacional del seguro de salud en un solo agente. Hay que insistir en que concentrar significa seguir aportando y contribuyendo en igual forma pero a un solo agente, no hay reducción en la carga para el trabajador ni para sus empleadores. La selección de la obra social correrá en principio por cuenta del trabajador, y deberá concretarse en un lapso de 60 días desde que se configure la situación de pluriempleo. Si el trabajador no ejerciera su derecho, la DGI unificará sus aportes concentrándolos en aquel agente al que el trabajador cotizara en mayor medida durante ese lapso.²³

Disolución de los institutos sociales

La disolución de los institutos sociales y la eliminación de los recursos de otra naturaleza, constituyen un factor importante que ayuda a eliminar algunas distorsiones. En el caso de la disolución, se introduce equidad en el sistema (en el sentido de que todas las obras sociales estén en la misma situación desde el punto de vista jurídico) y se eliminan distorsiones introducidas por sobrecostos artificiales que termina pagando la sociedad en su conjunto en beneficio de una porción reducida de la población. Esto debería traducirse en la reducción de costos para los sectores cuyo respectivo instituto cuente con recursos de otra naturaleza, siendo el más relevante el instituto de los bancarios por la magnitud de los fondos involucrados (alrededor de 100 millones de pesos anuales) y por la forma de cálculo (2% de los intereses y comisiones).²⁴

La transformación de los institutos de administración mixta se ha convertido en un proceso bastante lento y ha sido trabado en varios

23. En este momento, todavía el padrón de afiliados al sistema de seguridad social no está en condiciones de detectar este tipo de situaciones. Se supone que hacia septiembre de este año estaría en condiciones de hacerlo.

24. El impacto de esta forma de financiamiento sobre el costo del crédito es de 0.5 de la tasa de interés, por lo cual genera un importante costo al sistema financiero.

casos por disposiciones legales, siendo justamente el de los bancarios uno de los casos testimonio donde la eliminación de los aportes sobre los intereses ha sido fruto de órdenes y contraórdenes judiciales.

El PAMI

Se introducen modificaciones en el ámbito de la población pasiva, que puede elegir una vez al año entre la obra social de origen y el INSSJP. Se creó un registro de prestadores que deben declarar su disposición a recibir elementos pasivos y sus grupos familiares y que ya suma más de 40 obras sociales. Este es un aspecto importante puesto que la libre elección ya estaba prevista pero no se permitía el traspaso en un número indefinido de oportunidades, tal como se lo contempla ahora. A raíz del traspaso de afiliados desde el PAMI a los agentes inscritos en el registro, se fijará por resolución conjunta de los Ministerios de Economía y Obras y Servicios Públicos, de Trabajo y Seguridad Social, y de Salud y Acción Social el monto de las asignaciones per cápita que la ANSSAL transferirá automáticamente a los agentes registrados.

Transitoriamente, y a fin de garantizar el financiamiento de las prestaciones a los beneficiarios que opten por afiliarse a un agente del registro, la ANSSAL transferirá a dicho agente, de los recursos del INSSJP, una asignación por cada beneficiario según la edad. Será de 36 pesos para los beneficiarios de 60 o más años, de 19 pesos para los beneficiarios de 40 a 59 años, y de 12 pesos para los de menos de 40 años. Este es otro aspecto altamente significativo puesto que la transferencia de los recursos hacia la obra social de origen no queda librada al criterio del PAMI, sino que depende de la estructura de edad de la población beneficiaria.²⁵

Las contribuciones patronales

En forma paulatina, a partir de setiembre de 1995 se introdujo la reducción de las contribuciones patronales, que varía para el conjunto de las

25. El reconocimiento de las asignaciones solo se concreta al tercer mes, debido a que durante el primer mes se identifica al jubilado y su grupo familiar en el padrón del PAMI y, en el segundo, se le informa en la orden de pago de la jubilación cuál es la obra social elegida.

actividades entre el 30% y el 80% según la localización geográfica. Esta reducción tendrá vigencia plena en enero de 1996, y es menor en el caso de los aportes a las obras sociales (bajó en un 17%) que para los restantes subsistemas de seguridad social. La disminución de estos recursos, tal como aparece planteada en la columna 3 del cuadro 9, implica alrededor de 25 millones de pesos mensuales que, sin embargo, no comprometen el equilibrio del sistema.

La recaudación

Se previó que el dinero del FSR lo distribuiría en forma automática la DGI. Esto permitirá a la ANSSAL dedicarse a objetivos más relacionados con la prestación de los servicios de salud y al control de los agentes involucrados en el sistema, funciones asignadas en la ley de creación del sistema. Los mecanismos de distribución previstos reemplazaron (a partir del primero de octubre de 1995) a todos los procedimientos utilizados hasta ese momento para compensar las caídas de recaudación de las obras sociales por aplicación del decreto 2609 de 1993 (y su modificatorio 372 de 1995), de reducción de contribuciones patronales.²⁶

El PMO y la fusión de obras sociales

Se dispone la fijación de un paquete médico obligatorio (PMO), que incluye el mínimo de prestaciones que las obras sociales deben ofrecer a sus afiliados. Si no están en condiciones de hacerlo deben fusionarse. De este modo se introduce racionalidad en un sistema donde, por la forma en que se determina la afiliación, subsisten muchas obras sociales que no están en condiciones de ofrecer una buena cobertura. Obviamente, de haber mediado un control por parte de la ANSSAL, esta situación ya se habría planteado en los hechos. El valor del PMO recién fue fijado en junio de 1996 en 24 pesos.

26. Por ambos decretos se determinó la reducción de los aportes patronales a la seguridad social, con un piso de 30% y un techo de 80% según región, que dio lugar a constantes subsidios desde la ANSSAL y el tesoro público para compensar la caída de la recaudación.

Otros aspectos

Hay otra serie de materias que se modifican para darle una mayor claridad al funcionamiento de los agentes del seguro de salud, dado que con el paso del tiempo se han ido desvirtuando algunas funciones de los distintos organismos intervinientes en el sistema de salud. En este sentido, a partir del 1° de enero de 1996 se transfirieron los servicios de turismo y recreación a cargo del INSSJP a la Secretaría de Turismo de la Nación, que deberá financiarlos con sus propios recursos.

Las funciones de tramitación, otorgamiento, liquidación y pago de prestaciones no contributivas que se encuentran a cargo de la ANSSAL se traspasaron a la Secretaría de Desarrollo Social, la que se hará cargo de contratar la cobertura médica. Esto, desde el punto de vista teórico, aparece como altamente racional dado que, al tratarse de una cobertura generada por el objetivo de la solidaridad social, resulta evidente la necesidad de que el organismo encargado de esta función tome bajo su responsabilidad a estas personas. En la práctica, esto todavía no se ha cumplido.

B. EL SECTOR PÚBLICO

El Estado es el principal proveedor y productor de servicios de *prevención*. En 1992, los principales programas de prevención (nutrición, inmunización y cuidado maternal) y la atención primaria en general se transfirieron a las provincias.²⁷ La atención primaria del sector público se realiza tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad (esto último acarrea una gran ineficiencia en el gasto).

El financiamiento público de los sistemas de salud no implica necesariamente la provisión de los servicios de salud. En la Argentina, financiamiento público significa prácticamente provisión también pública.²⁸ Esto es bastante diferente a como funcionan los sistemas de salud

27. Cada provincia es responsable de la atención primaria de sus habitantes, aunque las políticas se debaten y se coordinan en el Consejo Federal de Salud.

28. Existen excepciones, como en el caso de algunas provincias que subcontratan ciertos servicios de alta complejidad que no están en condiciones de prestar.

en otros países. Así, en ningún país el financiamiento del sistema de salud es enteramente público o enteramente privado. En algunos países el financiamiento es casi exclusivamente privado²⁹ mientras que, en otros, el financiamiento es casi exclusivamente público.³⁰

El sector público pesa mucho a nivel provincial, no solo por los hospitales públicos sino también porque a través del empleo público (y la obra social provincial) tiene bajo su tutela un porcentaje importante de la población.³¹ Los 24 sectores públicos provinciales se enfrentan en la mayoría de las provincias con reducción de los servicios por huelgas, desabastecimiento de medicamentos y otros insumos, además de depender de una tabla arancelaria más o menos oficializada a través de entidades cooperadoras. En los últimos años se ha producido una incorporación masiva de personal en detrimento de los gastos de funcionamiento y del nivel salarial. Estos hechos constituyen manifestaciones conjunturales de un problema de mayor envergadura.

En este sentido las políticas provinciales de salud son inerciales, limitándose a sostener la situación, ya que el margen de maniobra de que disponen parece muy limitado. Así, en general, frente a la crisis de financiamiento las medidas más bien se concentraron en racionalizar el exceso de personal, controlar los horarios y las incompatibilidades con otras funciones de dependencia pública.

1. Hospitales públicos

Las provincias (y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, MCBA) tienen bajo su tuición casi el 80% de los establecimientos hospitalarios con internación, y el 65% de los sin internación. Las municipalidades, por lo común, tienen a su cargo estos establecimientos. Sólo los municipios de Buenos Aires (en mayor medida que los demás), Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Santa Fe y Santa Cruz prestan servicios asistenciales.

29. Es el caso de los Estados Unidos y Suiza, donde solo el 40% de los recursos provienen de fondos públicos.

30. Como es el caso de Suecia, donde el 89% de los fondos provienen de rentas generales.

31. Hay algunas provincias donde más de la mitad del empleo es empleo público, por lo cual no es extraño que más del 60% de la población total dependa del Estado.

Se destacan los casos de Buenos Aires, donde el sistema está realmente descentralizado desde hace varios años (el 76% de los hospitales con internación y el 90% de los sin internación pertenecen a las comunas) y la provincia de Córdoba, que a partir de este año ha puesto en vigor la transferencia de servicios a las municipalidades.

Hay alrededor de 1 200 hospitales con internación distribuidos en todo el territorio nacional, con unas 78 mil camas, lo que significa que el sector público dispone de 2.3 camas por cada mil habitantes (o sea, aproximadamente dos tercios de la oferta total de camas del país). El sector privado posee unos 2 mil establecimientos, generalmente ubicados en las grandes ciudades, con alrededor de 50 mil camas.³²

El cuadro 10 muestra índices para una evaluación rápida del rendimiento de los establecimientos hospitalarios del sector público. El rendimiento de un hospital depende de diversos factores; entre otros, la productividad de los recursos humanos, el nivel de capacitación de los mismos, la cuantía y disponibilidad de insumos de capital físico, el grado de control. Obtener una medida del rendimiento que contemple todos los factores no es posible; en la práctica, se usan algunos indicadores que implícitamente miden el rendimiento. Los más comunes son los que se indican a continuación.³³

- *Coefficiente de ocupación o porcentaje de ocupación promedio*: número de camas ocupadas con relación a la capacidad disponible (en promedio, por año).
- *Promedio de días de estancia*: duración promedio de los períodos de internación. Se supone que con el correr de los años, el cambio tecnológico ha llevado a disminuir los períodos de estancia para todas las enfermedades. Sin información específica acerca del tipo de enfermedades que se tratan y su severidad, es difícil utilizar este indicador en forma directa.
- *Promedio de renovación o rotación de camas*: número de enfermos que utilizan cada cama disponible.

32. Para el sistema global la relación es de 4.8 camas por habitante y 335 habitantes por médico.

33. En Fosco (1995) se presenta una regionalización de los rendimientos hospitalarios según lo propuesto por Barnum y Kutzin (1993) y donde se llega a la conclusión de que, por diferente motivos, existe una fuerte ineficiencia en los hospitales públicos.

En la Argentina, los establecimientos del sector público *provincial* (incluye la MCBA), tienen en promedio solo un poco más de la mitad de su capacidad ocupada anualmente; cada cama es utilizada por 27 pacientes y la duración de cada internación bordea los 8 días (ver cuadro 10). Como todos los valores promedio, estas cifras esconden grandes diferencias entre las distintas jurisdicciones.

Diferencias regionales

Dado que cada provincia tiene la facultad de autodeterminar su política en el ámbito de la salud, existen importantes diferencias a nivel regional. Por ello se analizará solo el caso de algunas.

La mayoría de las provincias coinciden en dividir el territorio en diferentes zonas sanitarias, pero su gestión y participación en el manejo del sistema de salud es absolutamente diversa. Hay provincias donde se ha avanzado bastante en el sentido de intentar organizaciones más democráticas con participación de consejos de administración (como el caso de Río Negro), mientras que otras, manteniendo el mismo esquema de manejo central, prefieren la descentralización (el caso de la provincia de Córdoba).

2. La oferta pública y privada

El caso de Córdoba

Como una muestra de la oferta sanitaria del sector público provincial, el cuadro 11 presenta datos de las camas disponibles en Córdoba por cada mil habitantes, que son provistas por los sectores público y privado, y distribuidas en las 10 zonas sanitarias definidas por el ministerio de salud de la provincia.

La participación del sector público provincial en la oferta total de camas es del 44% y la del municipal 3% y el resto se distribuye entre el sector privado. Las cifras difieren, en algunos casos significativamente, según la zona geográfica de que se trate.

Se destaca que en todas las zonas sanitarias el número total de camas por cada mil habitantes supera holgadamente la cifra recomendada por la

OMS para distintos tamaños de población, que en el caso de poblaciones de más de 100 mil habitantes es de 3 camas por cada mil.³⁴

En cuanto a los factores que determinan la ubicación de las camas, la observación de los datos, con el complemento del análisis de regresión,³⁵ indica una relación inversa y significativa desde el punto de vista estadístico, entre el número de camas del sector público por mil habitantes y el correspondiente al sector privado. En el cuadro 11 se puede apreciar la diferencia de criterios de asignación al notar, aplicando la misma metodología, una fuerte relación entre la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) de cada zona, y la presencia del sector público. Como era de esperar, esta relación no se manifiesta en el sector privado, aunque de todos modos es positiva.³⁶

Financiamiento

Para conocer la disponibilidad de recursos financieros con que cuenta el sector salud y el lugar que ocupa en el escenario estatal provincial, se presenta el cuadro 12, donde se detalla la clasificación según objeto del gasto asignado a salud.

El gasto en salud representa en las provincias seleccionadas del 10% al 13% del presupuesto total, con más del 70% —en algunos casos casi el 90%— destinado a personal. Obviamente que el área demanda trabajo intensivo, pero tienden a darse diferentes situaciones que acusan ineficiencia en la utilización de los recursos humanos. Así, por ejemplo,

34. Por otro lado, si se consideran los datos de los departamentos comprendidos en cada zona existen ciertas disparidades, que no son importantes si se observa que en ningún caso la cantidad de camas provistas es menor al número que aconseja la OMS para poblaciones de hasta 30 mil habitantes (una cama por cada mil).

35. Se realizó un análisis relacionando la presencia del sector público como variable dependiente con una serie de factores que serían los que intuitivamente explicarían la mayor o menor importancia del sector público. La naturaleza de la relación entre la presencia del Estado y las demás variables se sintetiza en este tipo de análisis en el signo del coeficiente i si es positiva la relación es directa y si fuera negativa, la relación es inversa.

36. A modo de conclusión parcial, tomando la disponibilidad de camas como un indicador incompleto de la oferta sanitaria y considerando los valores sugeridos por los organismos internacionales según población, nos encontramos con una dotación suficiente e incluso excedente en todas las zonas sanitarias de la provincia, y una asignación geográfica del sector público en principio coherente con las necesidades de la población desprotegida.

en Río Negro, la disponibilidad estadística de una enfermera por cama de internación aparece como sumamente elevada. Los convenios laborales del sector privado establecen una enfermera cada diez camas, y en la práctica la relación es de una enfermera por cada cinco camas. Además, existe una asistente de instrumental por enfermera (y, por cama). Los datos correspondientes a la MCBA muestran en el cuadro 13 algunos otros aspectos interesantes como la cantidad de personal de dirección por personal de ejecución, mostrando un relación sumamente elevada.

Un indicador de la productividad de este personal es la capacidad operativa, que se calcula como la relación entre el gasto en bienes, servicios y transferencias corrientes y el gasto en personal. Esta relación tiende a experimentar un descenso continuo, lo que indica que en promedio cada persona viene manejando menos recursos al año por cada peso que se gasta en sus remuneraciones.

La distribución de ese gasto en los hospitales se realiza en la mayoría de las provincias de acuerdo al comportamiento histórico, y en esos indicadores no se han introducido modificaciones en los últimos años. Las compras de insumos se efectúan en forma centralizada, y el manejo de personal está fijado por el carácter de empleado público, lo cual otorga a los hospitales bastante poco margen de acción para administrar sus recursos y competir en el mercado.

Autogestión

Dentro de las modificaciones que se proponen en el sistema de salud, uno de los temas que levanta más discusiones es el de los cambios en el *financiamiento de los hospitales públicos*. En la Argentina la modificación se planteó básicamente en el ámbito del gobierno nacional a través de la introducción de un decreto de autogestión hospitalaria.

Antes del decreto sobre los hospitales de autogestión, del año 1993, algunas provincias intentaron convertir los hospitales públicos en entidades autónomas descentralizadas, pero no produjeron las modificaciones necesarias como para que los administradores de los nosocomios pudiesen manejar los recursos en función de las necesidades. No se fijaron tampoco en forma adecuada los criterios de distribución de los fondos obtenidos por el sistema de facturación. En los casos de dos provincias donde se ha intentado la recuperación de costos, al integrar

los fondos al presupuesto no existía demasiados incentivos para cobrar. Situaciones de este tipo aparecen reflejadas en el cuadro 14, donde la relación entre lo cobrado y lo facturado es apenas superior al 30%.

En casos como el de Río Negro se intentó modificar el sistema de incentivos (que ya estaba establecido en una ley provincial del año 1985) otorgando a los médicos participación en las ganancias obtenidas. Esto generó un sistema bastante perverso, donde sólo se atendía a la población que tuviese algún financiador. De esta manera, la población sin cobertura y sin tercero pagador se quedaba sin atención. El sistema volvió a ser modificado y se estableció que los fondos obtenidos por el cobro de consultas se destinarían a inversión en capital físico.

Mientras no se produzca una reforma integral, un primer paso podría ser la extensión del sistema de hospital público de autogestión y que, naturalmente, se tienda a cumplir los objetivos propuestos. El hecho de que el hospital tenga responsabilidad directa sobre su propio financiamiento y gestión, probablemente derive en una mayor eficiencia del gasto.

Recursos humanos

Dada la importancia que tiene el gasto en personal, el manejo del mismo es decisivo. El personal del sector público de la salud comparte estatutos y condiciones de trabajo con otros empleados públicos de actividades que no tienen nada que ver con salud. El estatuto legal y administrativo en el que se desenvuelven los distintos servicios será de vital importancia para definir la eficiencia con que funciona la administración de los recursos humanos. En general, dicho contexto opera en la dirección contraria de permitir actuar con rapidez y flexibilidad, y con autonomía en el manejo de los recursos humanos.³⁷

Entre los desafíos más difíciles se encuentra la modificación del estatuto legal y administrativo del personal, en el sentido de conseguir la eliminación de la inamovilidad que prima en este tipo de estatutos. Sería bueno intentar la migración hacia otras áreas del gobierno, sobre todo en el caso del personal administrativo, pero puede ser costoso desde el punto de la reasignación de recursos.

37. Los regímenes del personal de la salud en provincias aparece detallado en IEERAL (1996).

Conforme a los regímenes públicos para el personal de salud el director del hospital debe ser médico o graduado en alguna carrera afín a la medicina. En los últimos años, este problema se ha subsanado a través del aumento de cursos de posgrado en administración hospitalaria, destinados justamente a estas personas. Pero, la inflexibilidad que descansa en la ley no ha sido subsanada,³⁸ de la misma forma que el pago de los salarios que se realiza en forma de renta mensual, independientemente del desempeño del médico.

C. EL SECTOR PRIVADO

El área de la salud privada está constituida en la Argentina por las denominadas empresas de medicina prepaga, más un segmento muy pequeño de compañías de seguros de salud, algunas mutuales, y el gasto directo particular. El sector tiene dos regulaciones básicas. Las compañías de seguros se sujetan a las normas de la respectiva ley de seguros, mientras que las empresas de medicina prepaga se rigen por el contrato comercial, con muy poco control por parte del Estado.

Hay alrededor de 200 empresas de medicina prepaga, que cubren más de dos millones de personas con un gasto de un billón y medio de dólares por año. El gasto promedio por beneficiario es de 54 pesos, de los cuales casi un tercio corresponde a gastos administrativos.³⁹ Por otra parte, existen las mutuales que en muchos casos son entidades que surgen paralelamente a las mismas obras sociales. El sistema se ha desarrollado en forma heterogénea y con creciente competencia en los últimos años, lo que ha llevado a que muchas compañías desaparezcan.

El sector de las empresas de medicina prepaga se dedica fundamentalmente a la atención de la población de mayor poder adquisitivo, pero de todas formas alcanza a otros segmentos de la población, debido en parte al deterioro de la calidad de los servicios del sistema de obras sociales. En este caso se producen situaciones de doble cobertura, dada la afiliación obligatoria del sistema de obras sociales.⁴⁰

38. En algunas provincias el problema es grave, dado que la estabilidad y las características de las relaciones laborales están defendidas en la propia constitución provincial.

39. El tema de los gastos administrativos es un problema para las compañías de seguros, ya que su porcentaje es mayor.

40. Según estimaciones del Banco Mundial, la Argentina es uno de los pocos países de la región donde la compra de servicios privados de salud no está tan positivamente relacionada con el nivel de ingreso familiar.

En los últimos años, se han incorporado al sector en los principales centros urbanos grandes hospitales que ofrecen planes de salud cerrados circunscritos al ámbito de sus establecimientos, y que han ido progresivamente incluyendo a otros nosocomios. Existe otro gasto indirecto en el sector privado consistente en el pago de coseguros, en el caso de poseer obra social, que varían en función de las diferentes prestaciones.

III. LA AGENDA PENDIENTE

Las reformas pendientes en el sector salud parecen necesitar todavía de acciones en los diferentes subsectores intervinientes en el mercado, si es que la idea es lograr un mercado competitivo regulado. Estructuralmente, la sobreoferta profesional y de infraestructura crea una situación favorable al mercado regulado, y los enfrentamientos entre los diferentes actores involucrados por posiciones contrarias a la capitación parecen apoyar el argumento de que es necesario redefinir la regulación, e introducirla en el caso de que no exista.⁴¹

Pero, los rezagos que se vienen produciendo en la aplicación de cuestiones que ya están contempladas en distintos instrumentos legales más los problemas de implementación, hacen no ser demasiado optimistas con respecto a los tiempos de cumplimiento.

A. EN LAS OBRAS SOCIALES

La libertad de elección parece ser uno de los principales escollos que se plantean en el funcionamiento más eficaz del sistema. Sin duda, es una barrera para la competencia en los modelos de seguros basados en el empleo, el hecho de que los trabajadores no puedan elegir el seguro que usarán entre los diferentes agentes de salud. Bajo el régimen de cautividad muy raramente el precio será igual al costo marginal. Ofrecer a los

41. Con respecto a los médicos, se da el caso entre las corporaciones provinciales, y con mucha frecuencia en los últimos meses que no se otorga matrícula a los nuevos profesionales lo cual les impide no tanto brindar atención como fundamentalmente el poder internar pacientes. Esta es un forma de corporativismo que está comenzando a hacerse habitual.

trabajadores la posibilidad de elegir el agente de salud aparece como una buena medida, con vistas a posibilitar que el funcionamiento del mercado se aproxime más al de un mercado competitivo.

Sin embargo, la libertad de elección no necesariamente aproximará el precio al costo marginal, ya que la información es incompleta en el mercado, fundamentalmente en lo que toca al comprador de salud.

B. EN EL SECTOR PÚBLICO

A partir del decreto de autogestión, varios hospitales implementaron alternativas de financiamiento ante la dificultad para conseguir fondos del presupuesto y frente a la inequidad existente en la utilización de los servicios provistos por el Estado. La búsqueda de mecanismos de financiamiento está estrechamente relacionada con la posibilidad de poder solucionar parte de esos problemas.

El financiamiento de los hospitales debería descansar en el logro de dos objetivos, la mejora de la eficiencia y de la equidad. El sistema de financiamiento actual crea incentivos erróneos en los consumidores, lo que afecta la utilización de los servicios de salud y agrava la equidad del sistema.

En el caso de las reformas implementadas en el sector público, ha faltado el apoyo técnico en muchos casos para acelerar los tiempos y no agravar las inequidades del sistema. La libertad en el manejo del personal y la forma de distribuir los costos de capital y los ingresos por facturación, aparecen como los puntos centrales por definir.

C. EN EL SECTOR PRIVADO

Es evidente que el mercado privado necesita en la Argentina de regulaciones que excedan el campo exclusivamente comercial. En este sentido, se necesitan regulaciones claras para proteger los derechos de los consumidores y para garantizar la viabilidad y la estabilidad de los agentes de salud privados.

CONCLUSIONES

El sistema de salud funciona con muchos cuestionamientos acerca de la calidad de las prestaciones y, obviamente, de los costos que demanda a la sociedad. Dentro de las múltiples facetas que presenta la problemática del sistema, se encuentra la interrogante acerca de la cobertura efectiva del sistema de seguridad social ya que, en la práctica, la población con menores posibilidades de ingreso recurre al hospital público y aquellos con mayores ingresos optan por algún sistema de salud privado.

La aplicación de criterios claros para la distribución automática del FSR es un punto que está pendiente desde la sanción misma de la ley que lo creó en 1988. Al respecto se ha introducido un mecanismo más simple y preciso, reduciendo al mínimo la posibilidad de incumplimiento del espíritu solidario de la ley. Esto sirve, al mismo tiempo, para dar certidumbre a las obras sociales en cuanto al monto de los recursos de que se dispondrá, y no suceda (como en el pasado) que esos recursos quedan librados a criterios subjetivos, donde lo que menos importa es la equidad.

Los cambios introducidos en el financiamiento —si bien no agotan la agenda de reformas necesarias— se orientan hacia la racionalidad económica del sistema de salud, y deben considerarse como un primer paso dentro de una transformación gradual. De esta forma, se eliminan algunos factores de distorsión en el funcionamiento del sector y se comienza a atacar gradualmente uno de los problemas básicos, que es dar a la población la posibilidad de elegir el agente de salud. La existencia de una población cautiva y la falta de ente contralor, han conducido a un sistema de obras sociales costoso y que no genera el nivel esperado de calidad en el servicio.

Quedan, pues, pendientes muchos puntos inherentes al funcionamiento del sistema de salud. La introducción de un seguro de salud para los más necesitados, por ejemplo, es un tema todavía no muy discutido como cuestión de política pública. La agenda de temas pendientes sigue siendo importante y, por otra parte, se han incorporado nuevos agentes al sistema de salud —las aseguradoras de riesgos del trabajo— cuya acción es aún muy reciente para evaluar.

APÉNDICE

CUADRO 1
ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD AÑO 1993

	Porcentaje del gasto total en salud	Porcentaje del PIB
<i>a. Argentina</i>		
SECTOR PÚBLICO		
Subtotal	22.0	1.6
OBRAS SOCIALES		
Obras sociales nacionales (ANSSAL)	15.0	1.1
Obras sociales provinciales	7.0	0.5
PAMI (INSSJP)	12.0	0.9
Otros	2.0	0.1
Subtotal	36.0	2.6
SECTOR PRIVADO		
Indirecto (EMPP, mutuales, planes privados)	19.0	1.4
Directo (medicamentos, consultas médicas directas)	23.0	1.6
Subtotal	42.0	3.0
TOTAL	100.0	7.2
<i>b. América Latina y el Caribe</i>		
SECTOR PÚBLICO		
Subtotal	8.5	0.5
OBRAS SOCIALES		
Subtotal	34.6	2.0
SECTOR PRIVADO		
Subtotal	56.9	3.2
TOTAL	100.0	5.7
<i>c. Países desarrollados^a</i>		
SECTOR PÚBLICO		
Subtotal	64.6	4.9
SEGURIDAD SOCIAL^b		
Subtotal		
SECTOR PRIVADO		
Subtotal	35.4	2.9
TOTAL	100.0	7.8

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEFRAI), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de serie Informes técnicos, N° 30, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), marzo de 1994.

^a Promedio ponderado por el PIB de 24 países desarrollados de la Unión Europea, Canadá y los Estados Unidos.

^b Se considera que es provista públicamente en su totalidad.

CUADRO 2
ESTIMACIONES DE PARÁMETROS DE OFERTA
Y DEMANDA DE SALUD PÚBLICA

	Elasticidad del gasto en salud con respecto al PIB	Tasa anual de crecimiento de la demanda
Argentina ^a	1.2	2.4
Canadá	1.4	4.4
Francia	1.7	5.3
Alemania	1.9	4.9
Italia	1.9	5.3
Japón	1.5	6.9
Holanda	2.0	6.2
España	2.3	9.5
Suecia	2.1	4.6
Suiza	1.4	1.6
Reino Unido	1.8	3.4
Estados Unidos	2.0	4.4

Fuente: Hoffmeyer y MacCarthy. "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, capítulo 2, "Projections on Health Care Need and Funding", y estimaciones propias.

^a Elasticidad calculada con datos para el período 1980-1994. Tasa de crecimiento de la demanda estimada en base a datos del período 1960-1994.

CUADRO 3
PROYECCIÓN DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE SALUD PÚBLICA
(En porcentajes del PIB)

	Demanda ^a	Oferta ^a	Según SPE ^b	Escasez	
	(1)	(2)	(3)	(4) = (1) - (2)	(5) = (1) - (3)
1994	5.7	--	5.9	--	-0.2
1995	6.2	5.9	6.3	0.3	-0.1
1996	6.3	5.9	6.4	0.4	-0.1
1997	6.4	5.9	6.6	0.4	-0.2
1998	6.4	5.9	6.8	0.5	-0.3
1999	6.5	6.0	6.8	0.5	-0.3
2000	6.6	6.0	n/d	0.5	n/d

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de estimaciones propias, y al Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos "Argentina en crecimiento 1995-1996", Buenos Aires, 1994.

^a Se supone una tasa de crecimiento anual del producto del 3% y una elasticidad ingreso/gasto en salud de 1.15 (valor estimado para el período 1980-1994 con la misma metodología del cuadro 3).

^b Estimación de la Secretaría de Programación Económica.

CUADRO 4
CLASIFICACIÓN DE OBRAS SOCIALES SEGÚN TIPO

Clase de obra social	Número de beneficiarios	Porcentaje del total	Número de obras sociales	Porcentaje del total	Ingreso mensual por imposiciones sobre el salario (en millones de pesos)	Porcentaje del total	Ingreso mensual por imposiciones sobre el salario (en pesos)	Índice total
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Sindicales	4.61	60.3	203	76.9	87.6	49.8	19	82.6
Estatales	0.08	1.1	6	2.3	3.0	1.7	36	156.5
De convenio	0.04	0.6	19	7.2	1.6	0.9	35	152.2
Personal de dirección	0.61	8.0	23	8.7	31.1	17.7	51	221.7
Administración mixta	2.30	30.1	13	4.9	64.5	36.6	28	121.7
Total	7.65	100.0	264	100.0	176.0	100.0	23	100.0

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de ingresos promedio de septiembre-diciembre de 1994 de la Dirección General Impositiva (DGI), y número de beneficiarios de septiembre de 1994.

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIARIOS POR TAMAÑO DE OBRA SOCIAL

Cantidad de beneficiarios	Obras sociales (en porcentaje)	Titulares (en porcentaje)	Beneficiarios (en porcentaje)	Recaudación (en porcentaje)	Subsidio (en porcentaje)	Recaudación por titular (en pesos)	Recaudación por beneficiario (en pesos)	Subsidio por titular (en pesos)	Subsidio por beneficiario (en pesos)
0 - 100	14,3	0,0	0,0	0,0	2,3	61,9	34,9	972,2	547,5
101 - 500	14,3	0,2	0,2	0,2	0,6	68,9	35,7	21,3	11,0
501 - 1 000	10,0	0,3	0,3	0,4	1,5	81,7	40,9	31,6	15,8
1 001 - 5 000	24,3	2,2	2,5	3,3	0,9	92,7	37,3	2,9	1,2
5 001 - 10 000	9,4	2,4	2,7	2,7	5,2	69,1	27,3	14,1	5,6
10 001 - 50 000	17,3	16,4	16,7	19,9	26,9	76,2	33,3	10,8	4,7
50 001 - 100 000	4,9	13,5	14,9	12,5	15,8	57,8	23,3	7,6	3,1
+ de 100 000	5,5	64,9	62,6	60,9	46,6	58,9	27,2	4,7	2,2
Total del sistema	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	62,7	27,9	6,6	2,9
Total del sistema en valores absolutos	323	3,6	8,2	228,4	23,8				

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IERA), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de febrero de 1995, de la Dirección General Impositiva (DGI).

CUADRO 6
ORIGEN DE LOS FONDOS DE LAS OBRAS SOCIALES

a. COTIZACIONES (en porcentaje del salario bruto)			
	Empleador	Empleado	
Trabajadores en actividad	6.0 ^a	3.0	
Trabajador agrario	3.5	4.5 a 7.5	
Convenios de corresponsabilidad	Variable según actividad		
b. RECURSOS DE OTRA NATURALEZA			
Sujetos obligados	Obra social (OS)	Forma de determinación	Monto anual (en millones de pesos)
Bancos	I.S.S. Bancarios	2% sobre intereses y comisiones	201.4
Compañías de seguros	I.S.S. de Seguros	1% primas de seguros	26.7
Administración Nacional de Aduanas	IOS de Economía	5% rec. especiales cuentas	7.4
DGI	IOS de Economía	5% rec. especiales jurisdicción	s/d
Compañías manufactureras de tabaco	OS de obreros y empleados del tabaco	s/d ^b	s/d
Empleadores en general	OS del personal de dirección	30% de contradic. por encima de la ley	s/d
Compañías de cerveza	OS de cerveceros	s/d	s/d
Total	-	-	235.6

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, y legislación vigente.

^a Por el decreto 492 se redujo de 6% a 5%.

^b En todos los otros casos para los que hay datos los fondos se distribuyen por partes iguales entre la OS y la ANSSAL.

Nota: I.S.S. = Instituto de Servicios Sociales.

I.O.S. = Instituto de Obra Social.

Rec. especiales = Recursos especiales Cuentas Exportación e Importación.

Rec. especiales = Recursos especiales Impuestos Generales.

CUADRO 7
CONCENTRACIÓN DE RECAUDACIÓN POR TITULAR

Cantidad de beneficiarios	Obras sociales (en porcentaje)	Titulares (en porcentaje)	Beneficiarios (en porcentaje)	Recaudación (en porcentaje)	Subsidio (en porcentaje)	Recaudación por titular (en pesos)	Recaudación por beneficiario (en pesos)	Subsidio por titular (en pesos)	Subsidio por beneficiario (en pesos)
Más de \$ 100 por titular	30.3	17.3	18.6	37.5	10.2	135.6	56.2	3.9	1.6
De \$ 50 a \$ 100 por titular	32.5	27.8	29.9	28.2	39.8	63.5	26.3	9.4	3.9
De \$ 40 a \$ 49 por titular	12.7	23.5	23.1	17.7	13.9	47.2	21.4	3.9	1.8
De \$ 30 a \$ 39 por titular	12.4	24.2	21.4	14.2	22.7	36.7	18.5	6.1	3.1
De \$ 20 a \$ 29 por titular	6.8	4.7	4.9	1.9	12.7	26.0	11.1	17.9	7.6
Menos de \$ 20 por titular	5.3	2.4	2.0	0.5	0.5	12.5	6.4	1.4	0.7
Total de obras sociales	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	62.7	27.9	6.6	2.9
Total del sistema en valores absolutos	323 ^a			228.4 ^b	23.9 ^b	62.7	27.9	6.6	2.9

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de febrero de 1995, de la Dirección General Impositiva (DGI).

^a Número de obras sociales.

^b Millones de pesos

CUADRO 8
CONCENTRACIÓN DE SUBSIDIOS POR TITULAR

Cantidad de beneficiarios	Obras sociales (en porcentaje)	Titulares (en porcentaje)	Beneficiarios (en porcentaje)	Recaudación (en porcentaje)	Subsidio (en porcentaje)	Recaudación por titular (en pesos)	Recaudación por beneficiario (en pesos)	Subsidio por titular (en pesos)	Subsidio por beneficiario (en pesos)
Más de \$ 1 000	3.7	0.0	0.0	0.0	2.3	51.7	34.2	7 166.7	4 737.3
De \$ 200 a \$ 650	5.0	0.0	0.0	0.1	1.2	96.4	34.0	429.2	151.5
De \$ 100 a \$ 199	5.0	0.6	0.7	1.8	7.0	147.5	57.2	145.1	56.3
De \$ 50 a \$ 99	16.2	2.0	2.4	3.3	9.9	83.3	30.3	64.7	23.5
De \$ 25 a \$ 49	17.5	7.7	7.4	7.9	22.4	53.0	23.7	37.9	17.0
Más de 0 y menos de \$ 25	52.5	89.6	89.5	86.9	57.2	49.8	21.3	8.4	3.6
Total de concentración	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	62.7	27.9	6.6	2.9
Total del sistema en valores absolutos	323 ^b			228.4 ^c	23.9 ^c	62.7	27.9	6.6	2.9

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IFFRAI), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de febrero de 1995, de la Dirección General Impositiva (DGI).

^a 247 obras sociales sin subsidio.

^b Número de obras sociales.

^c Millones de pesos.

CUADRO 9
 SISTEMA DE OBRAS SOCIALES
(Promedio mensual en millones de pesos)

	Antes decreto 292	Con decreto 292	Con decreto 492
1. Obras sociales	225.5	188.0	208.2
Aportes y contribuciones	214.6	167.8	191.8
Recursos de otra naturaleza	10.9	10.9	-
Subsidios automáticos	-	9.3	16.4
2. ANSSAL	36.8	22.0	6.6
Aportes y contribuciones	25.9	20.4	21.0
Recursos de otra naturaleza	10.9	10.9	-
Subsidios automáticos	-	9.3	16.4
Recaudación total (1+2)	262.3	210.0	214.8
Aportes y contribuciones	240.5	188.2	214.8
Recursos de otra naturaleza	21.8	21.8	-

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEEAL), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos oficiales.

Nota: Subsidio automático antes del decreto 292: 30 pesos mínimo per cápita.
 Subsidio automático por decreto 492: 40 pesos mínimo per cápita.

CUADRO 10
INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA. AÑO 1994

	I			II				III				
	Coeficiente de ocupación			Promedio de estadía				Rotación de camas				
	Total	Nacional	Provincial	Municipal	Total	Nacional	Provincial	Municipal	Total	Nacional	Provincial	Municipal
Capital Federal	0.79			0.79	15.16			15.16	18.93			18.93
Buenos Aires	0.73	0.93	0.82	0.60	11.36	29.87	13.51	8.25	23.46	11.32	22.11	26.58
Catamarca	0.40		0.40		7.38		7.38		19.55		19.55	
Córdoba	0.55	0.65	0.62	0.06	16.24	6.44	17.96	3.99	12.42	36.74	12.60	5.62
Corrientes	0.54		0.54		7.12		7.12		27.44		27.44	
Chaco	0.47		0.47		5.02		5.02		34.41		34.41	
Chubut	0.50		0.50		7.25		7.25		25.35		25.35	
Entre Ríos	0.55	0.64	0.53		11.75		10.46		16.97		18.46	
Formosa	0.42		0.42		5.22		5.22		29.30		29.30	
Jujuy	0.56		0.56		7.91		7.91		25.95		25.95	
La Pampa	0.39		0.39		6.40		6.40		22.34		22.34	
La Rioja	0.33		0.33		4.66		4.66		25.47		25.47	
Mendoza	0.68		0.68		8.02		8.02		30.84		30.90	
Misiones	0.70		0.70		5.47		5.47		46.37		46.37	
Neuquén									37.67		37.67	
Río Negro	0.50		0.50		5.65		5.65		32.22		32.22	
Salta	0.53		0.53		7.95		7.95		24.37		24.37	

(Continuación Cuadro 10)

	I				II				III			
	Coeficiente de ocupación				Promedio de estadía				Rotación de camas			
	Total	Nacional	Provincial	Municipal	Total	Nacional	Provincial	Municipal	Total	Nacional	Provincial	Municipal
San Juan	0.59		0.59		6.58		6.58		32.89		32.89	
San Luis	0.45		0.45		5.68		5.68		29.09		29.09	
Santa Cruz	0.41		0.41		6.47		6.47		23.04		23.04	
Santa Fe	0.50	0.93	0.50		8.85	11.98	10.26		20.72	28.26	17.83	
Stgo. Del Estero	0.44		0.44		6.64		6.64		23.93		23.93	
Tucumán	0.58		0.58		8.03		8.03		26.52		26.52	
Tierra del Fuego	0.51		0.51		4.73		4.73		39.73		39.73	
Media	0.53	0.79	0.52	0.48	7.81	16.10	7.65	9.13	27.04	25.44	27.29	17.04
Desviación estándar	0.11	0.14	0.11	0.31	3.03	10.00	3.05	4.60	7.47	10.57	7.50	8.66
Coeficiente variable	0.21	0.18	0.21	0.64	0.39	0.62	0.40	0.50	0.28	0.42	0.28	0.51

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos del Ministerio de Salud y Acción Social (Secretaría de Salud).

Los indicadores se calculan: I = pacientes al día/ (número de camas disponibles*365); II = pacientes al día/egresos; III = egresos/número de camas disponibles.

CUADRO 11
POBLACIÓN DEMANDANTE Y CAMAS DISPONIBLES
EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA AÑO 1995

Zona	Población sin cobertura	Población con NBI ^a	Camas disponibles por mil habitantes ^b		Total
			Sector público ^c	Sector privado	
1	49.0	23.0	3.17	1.80	4.97
2	58.0	26.0	2.41	1.78	4.20
3	42.0	17.0	1.92	2.22	4.14
4	31.0	9.0	2.03	2.80	4.83
5	34.0	9.0	1.40	3.50	4.90
6	33.0	9.0	4.15	3.05	7.20
7	34.0	10.0	2.43	2.67	5.11
8	38.0	13.0	3.39	1.60	4.99
9	36.0	14.0	1.43	2.66	4.09
10	51.0	33.0	3.33	1.77	5.10
Total	37.0	14.0	2.01	2.62	4.63

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de *Novedades Económicas*, N° 179/180, columna regional Córdoba.

Zonas sanitarias:

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1: Colón E., Ischilín, Río 1°, Río Seco, Sobremonte, Totoral, Tulumba; | 2: Pocho, San Alberto, San Javier; |
| 3: Calamuchita N., Colón O., Punilla, Santa María; | 4: San Justo; |
| 5: San Martín, Río 2°, Tercero Arriba; | 6: Marcos Juárez, Unión; |
| 7: Calamuchita S., Juárez Celman, Río 4°; | 8: Gral. Roca, Roque S. Peña; |
| 9: Capital; | 10: Cruz del Eje, Minas. |

^a Necesidades básicas insatisfechas.

^b No incluye camas destinadas a salud mental.

^c Incluye a los sectores provincial y municipal.

CUADRO 12
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD AÑO 1995
(En porcentaje)

	Córdoba	Río Negro
Personal	72.6	85.4
Bienes y servicios	21.5	10.0
Transferencias	3.2	0.2
Inversión real	2.8	4.4
Total	100.0	100.0

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de *Novedades Económicas*, N° 179/180, columnas regionales Córdoba y Río Negro.

CUADRO 13
 DOTACIÓN DE PERSONAL POR AGRUPAMIENTO EN LA
 MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y CÓRDOBA
 (Hospitales más instituciones especializadas)

Agrupamiento	TOTAL	Distribución en porcentaje	Agentes de ejec. por agente de conducción
<i>a. Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires</i>			
Médicos	6 644	27.3	3.9
Otros profesionales	3 291	13.5	7.0
Enfermeros/as	6 288	25.9	5.2
Otros técnicos	2 521	10.4	4.6
Profesional (escalafón general)	110	0.5	5.9
Administrativos	2 259	9.3	1.3
Servicios generales	2 102	8.6	4.3
Mantenimiento	1 089	4.5	1.2
Total	24 304	100.0	3.7
<i>b. Córdoba</i>			
Médicos	2 125	29.0	n/d
Otros profesionales	468	6.4	n/d
Enfermeros/as	735	10.0	n/d
Otros técnicos	3 788	51.7	n/d
Profesional (escalafón general)	217	3.0	n/d
Administrativos	n/d	n/d	n/d
Servicios generales	n/d	n/d	n/d
Mantenimiento	n/d	n/d	n/d
Total	7 333	100	n/d

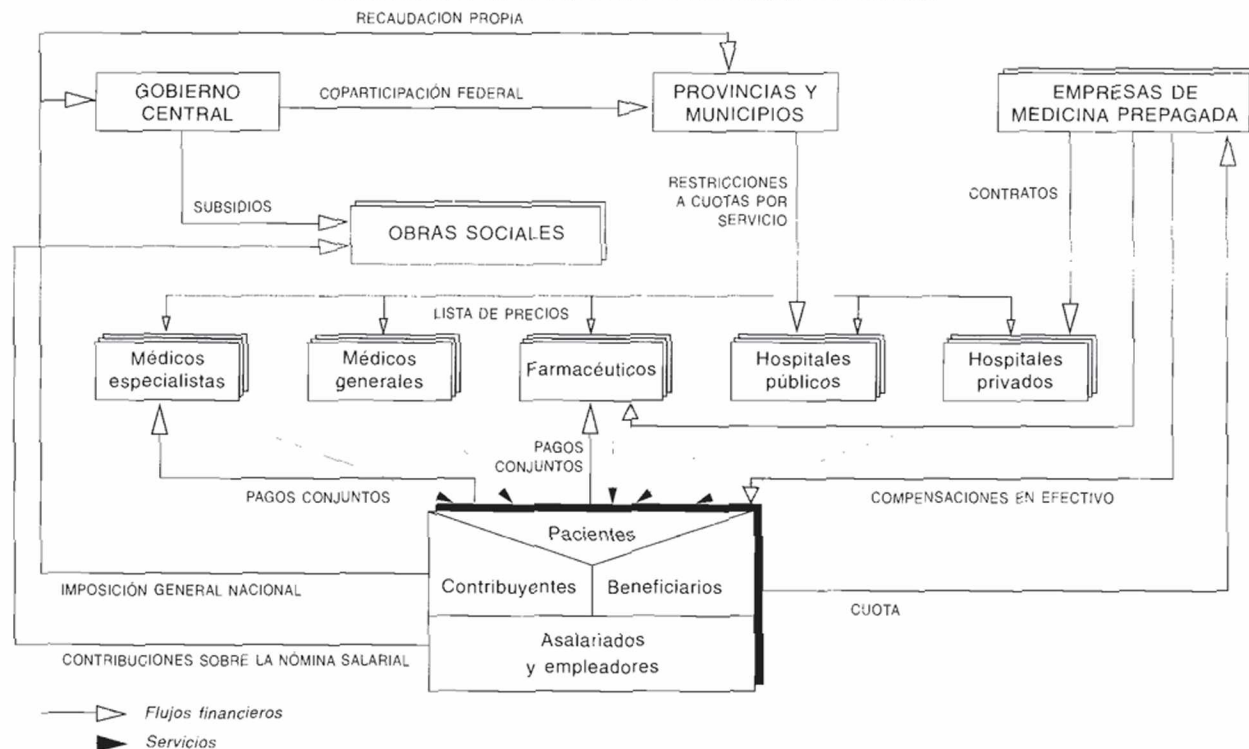
Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos oficiales de la Municipalidad de Buenos Aires y de Córdoba.

CUADRO 14
INDICADORES DE USO HOSPITALARIO PARA LA MUNICIPALIDAD
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
(Unidad de medida se señala para cada indicador)

	Totales	Promedio por hospital	Mínimo	Máximo
<i>a. Hospitales generales</i>				
Ocupación (en porcentaje)		78.3	65.1	85.0
Rotación de camas (egresos por cama/año)		30.7	22.5	43.1
Permanencia (días por egreso)		9.4	5.5	12.3
Tasa de mortalidad (en porcentaje)		3.6	2.4	4.6
Egresos (anuales)	107 437	9 767		
Consultas externas (anuales)	4 037 313	367 029		
Relación cobranza/facturación:	34.6%			
Relación consultas/egresos:	38.0%			
<i>b. Hospitales de especialidades</i>				
Ocupación (en porcentaje)		68.9	53.5	91.2
Rotación de camas (egresos por cama/año)		22.9	3.4	61.3
Permanencia (días por egreso)		11.0	4.9	94.4
Tasa de mortalidad (en porcentaje)		3.6	0.7	20.3
Egresos (anuales)	43 325	4 814		
Consultas externas (anuales)	1 407 904	156 434		
Relación cobranza/facturación:	48.6%			
Relación consultas/egresos:	38.0%			

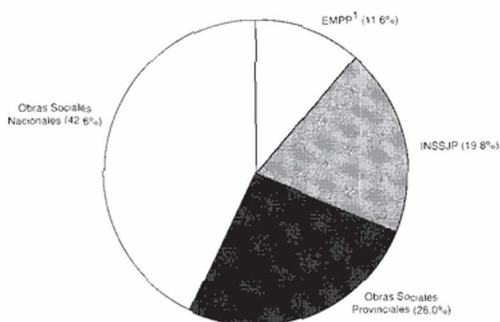
Fuente: Instituto de Estudios Económicos de la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de Alejandro Ascuitto, "Hospitales municipales", Buenos Aires, 1995.

GRÁFICO 1
PARTICIPANTES CLAVES EN EL SISTEMA DE SALUD



Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la realidad Argentina y Latinoamericana (IFERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de U. Hoffmeyer y T. MacCarthy, "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1994.

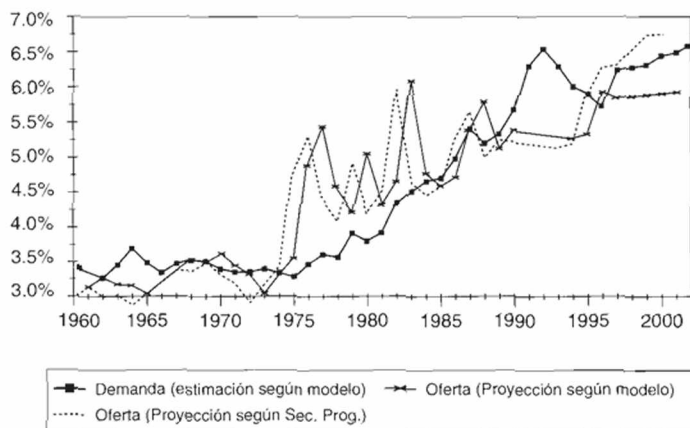
GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE SALUD.
AÑO 1993
(Excluido el sector público)



Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAI) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de U. Hoffmeyer y T. MacCarthy, "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1994.

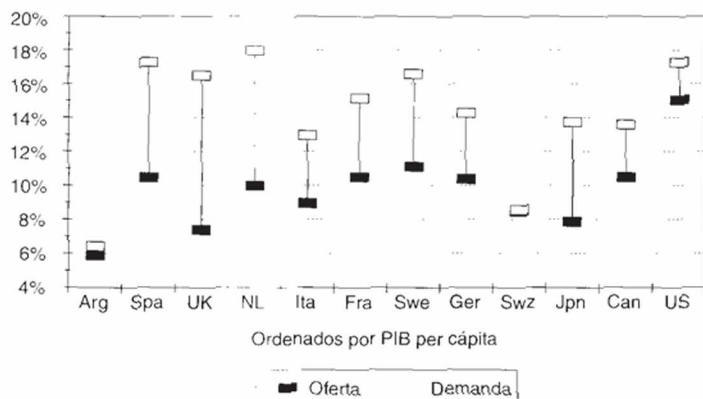
¹ Empresas de medicina prepaga

GRÁFICO 3
OFERTA Y DEMANDA DE SALUD PÚBLICA
(En porcentajes del PIB)



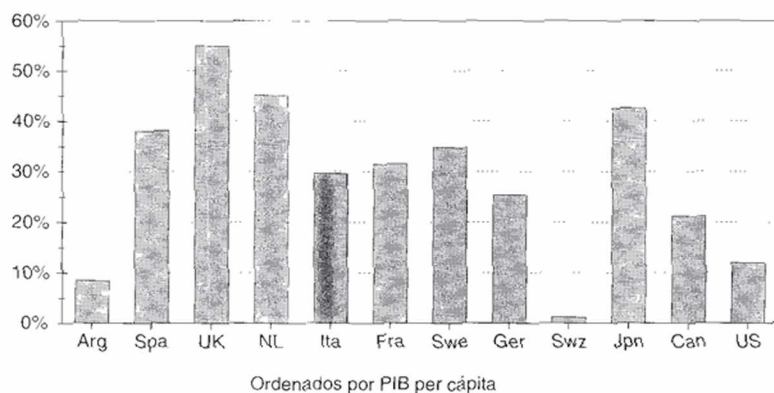
Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAI) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de U. Hoffmeyer y T. MacCarthy, "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1994, y estimaciones propias.

GRÁFICO 4
OFERTA Y DEMANDA PROYECTADA EN EL 2000
(En porcentajes del PIB)



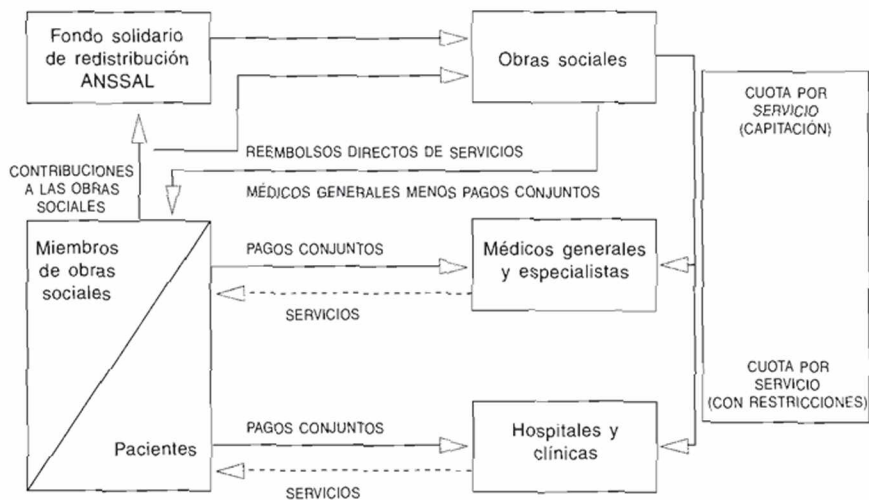
Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de U. Hoffmeyer y T. MacCarthy, "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1994.

GRÁFICO 5
DÉFICIT PROYECTADO EN EL 2000
(Como porcentaje de la demanda proyectada)



Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de U. Hoffmeyer y T. MacCarthy, "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1994.

GRÁFICO 6
SISTEMA DE OBRAS SOCIALES EN LA ARGENTINA



Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAL) de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de U. Hoffmeyer y T. MacCarthy, "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers, 1994.

ANEXO
AFILIADOS Y APORTES A LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

a. *Afiliados*

Provincia	Afiliados mutuales	Afiliados por convenio	Afiliados residentes en Capital Federal	Total población cubierta
Buenos Aires	871 056	97 756	11 000	979 812
Catamarca	144 705	2 234	s.i.	146 939
Córdoba	422 352	51 281	404	474 037
Corrientes	155 267	528	275	156 070
Chaco	148 321	1 423	256	150 000
Chubut	72 000		s.i.	72 000
Entre Ríos	209 960	23 465	750	234 175
Formosa	106 000	s.i.	s.i.	106 000
Jujuy	208 718	14 021	72	222 811
La Pampa	56 846	2 903	391	60 140
La Rioja	71 000	s.i.	s.i.	71 000
Mendoza	247 000	2 500	500	250 000
Misiones	143 643	3 339	200	147 182
Neuquén	116 616	9 586	270	126 472
Río Negro	117 888	18 312	200	136 400
Salta	218 366	10 299	s.i.	228 665
San Juan	120 751	895	364	122 010
San Luis	82 000	s.i.	s.i.	82 000
Santa Cruz	58 586	1 645	103	60 334
Santa Fe	381 800	16 488	1 340	399 628
Santiago del Estero	216 715	2 018	320	219 053
Tierra del Fuego	7 457	124	56	7 637
Tucumán	276 466	4 716	362	281 544
Totales	4 453 513	263 533	16 863	4 733 909

b. Aportes (% del sobrio bruto)

Provincia	Afiliados activos			Afiliados pasivos		
	Aportes empleados	Aportes patronales	Total aportes	Aportes empleados	Aportes patronales	Total aportes
Buenos Aires	4.5	4.5	9.0	4.5	4.5	9.0
Catamarca	4.5	4.0	8.5	4.5	4.0	8.5
Córdoba	4.0	4.5	8.5	3.0	4.5	7.5
Corrientes	6.0	4.0	10.0	3.5	4.5	7.5
Chaco	6.0	6.0	12.0	6.0	6.0	12.0
Chubut	4.5	6.0	10.5	4.5	6.0	10.5
Entre Ríos	3.0	4.0	7.0	3.0	4.0	7.0
Formosa	5.0	4.0	9.0	5.0	4.0	9.0
Jujuy	4.0	6.0	10.0	4.0	6.0	10.0
La Pampa	3.5	4.5	8.0	3.5	4.5	8.0
La Rioja	2.5	4.5	7.0	2.5	4.5	7.0
Mendoza	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	3.0
Misiones	5.0	5.0	10.0	5.0	5.0	10.0
Neuquén	5.0	7.0	12.0	5.0	7.0	12.0
Río Negro	3.5	5.5	9.0	3.5	5.5	9.0
Salta	4.0	5.0	9.0	4.0	no	4.0
San Juan	3.5	5.5	9.0	3.5	5.5	9.0
San Luis	3.0	4.0	7.0	3.0	no	3.0
Santa Cruz	4.0	6.0	10.0	4.0	6.0	10.0
Santa Fe	3.0	6.0	9.0	3.0	6.0	9.0
Santiago del Estero	5.0	5.0	10.0	5.0	5.0	10.0
Tierra del Fuego	3.0	6.0	9.0	3.0	6.0	9.0
Tucumán	4.5	4.5	9.0	4.5	4.5	9.0

Fuente: Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana (IEERAU), de la Fundación Mediterránea, sobre la base de datos de COSESPA, "Aportantes y beneficiarios del Sistema de Obras Sociales Provinciales", Buenos Aires, 1994, inédito.

s.i. = sin información.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo Cristian y Osvaldo Larrañaga (1993), "Sistemas de entrega de los servicios sociales: la experiencia chilena", Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), mayo.
- Asciutto, Alejandro (1995), "Hospitales municipales", Buenos Aires.
- Australia, Health Insurance Commission (1996), "Health Financing Policy Options Study. Turkiye". Tuggeranong, Australia, febrero.
- Baenza, Cristián (1993), "La crisis de los sistemas de salud: problemas y desafíos para Chile en los '90", serie Diagnósticos, Santiago de Chile, Corporación Tiempo 2000, julio.
- Banco Mundial (1996), "Argentina Health Insurance Reform Loans", Washington, D.C., abril.
- Barnum, Howard y Joseph Kutzin (1993), "Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing", Washington, D.C., Banco Mundial, Johns Hopkins University Press.
- Belmartino, Susana (1994), "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo", *Cuadernos médicos sociales*, N° 68, Rosario, julio.
- Berman, Peter (1995), "Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable", Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Bradford, D. (1996), "Efficiency in Employment-Based Health Insurance: The Potential for Supramarginal Cost Pricing", *Economic Inquiry*, vol. 34, abril.
- COSSPRA (1994), "Aportantes y beneficiarios del Sistema de Obras Sociales Provinciales", Buenos Aires, inédito.
- Cutler, D. (1995), "The cost and financing of health care", *American Economic Review*, vol. 85, N° 2.
- (1994), "A guide to health care reform", *Journal of Economics Perspectives*, vol. 8, N° 3.
- Feldstein, Martin (1995), "The economics of health and health care: what have we learned? What have I learned?", *American Economic Review*, vol. 85, N° 2.
- Fosco, G. (1995), "Un severo diagnóstico para la salud pública", *Novedades económicas*, año 17, N° 179/180, noviembre/diciembre.
- Hoffmeyer, U. y T. MacCarthy (1994), "Financing Health Care", National Economics Research Association, Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers.
- IEERAL (Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana) (1996), "El régimen del personal de salud en las provincias", Buenos Aires, Fundación Mediterránea, junio.

- Iriart, Celia y Francisco Leoney (1994), *Descentralización en salud*, Buenos Aires, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (PRONATASS), Ministerio de Salud y Acción Social, noviembre.
- Iriart, Celia, Francisco Leoney y M. Testa (1995), "Las políticas de salud en el marco del ajuste", *Cuadernos médicos sociales*, N° 71, Rosario, Argentina, julio.
- Jacobs, Philip (1991), "The Economics of Medical and Health Care", Maryland, Aspen Publishers.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1993), "Los mecanismos de distribución del ANSSAL", Buenos Aires, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (PRONATASS).
- Newhouse, Joseph (1992), "Medical care costs: how much welfare lost?", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, N° 3.
- Pauly, M. (1986), "Taxation, health insurance and market failure in the medical economy", *Journal of Economic Literature*, vol. 24, junio.
- Roux, Ana (1994), "La reforma sanitaria en los Estados Unidos", *Cuadernos médicos sociales*, N° 67, Rosario, Argentina, marzo.
- Suarez, R. y otros (1994), "Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe: desafío para la década de los '90", *Informes técnicos*, N° 30, Organización Panamericana de la Salud (OPS), marzo.
- Tafani, Roberto (1995), "Globalización, sobreoferta y debilidad regulatoria: el sector salud en tiempos de reforma", noviembre.
- Vargas de Flood, Cristina (1994), "Educación y salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura", serie Gastos públicos, Documento de trabajo, N° 4, Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, noviembre.
- Weibrod, B. (1991), "The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment", *Journal of Economics Literature*, vol. 24, junio.
- Zurita, Alfredo (1995), "El mercado de la competencia regulada: solución para la atención médica en el noroeste argentino", *Corrientes*, Universidad Nacional del Nordeste, abril.
- Zweifel, P. y III H. Frech (1992), "Health Economics Worldwide", Hingham, Massachusetts, Kluwer Academic Publishers.