



ASOCIACION ARGENTINA  
DE ECONOMIA POLITICA

LV REUNIÓN ANUAL | NOVIEMBRE DE 2020

---

# ¿Las diferencias de ingresos entre obras sociales se traducen en diferencias en la cobertura? Un análisis preliminar para Bahía Blanca

Martínez, María Azul  
Arnaudo, María Florencia  
Viridis, Juan Marcelo

## **¿Las diferencias de ingresos entre obras sociales se traducen en diferencias en la cobertura? Un análisis preliminar para Bahía Blanca<sup>1</sup>**

María Azul Martínez<sup>1</sup>, María Florencia Arnaudo<sup>1</sup>, Juan Marcelo Viridis<sup>2</sup>

(1) Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS), Bahía Blanca, Argentina

(2) IIESS, Universidad Nacional del Sur-CONICET, Bahía Blanca, Argentina

*Correo electrónico:* mariaazulmartinez@hotmail.com, jmviridis@iess-conicet.gob.ar, marnaud@uns.edu.ar

### **Resumen**

En Argentina, el sector de las obras sociales se encuentra altamente fragmentado, presentándose grandes disparidades en relación al tamaño de las distintas entidades y a los ingresos recibidos. A partir de datos de la Administración Federal de Ingresos Públicos, Superintendencia de Servicios de Salud, y una encuesta realizada a las obras sociales (OS) con sede en Bahía Blanca, el presente trabajo analiza si las diferencias de ingresos entre obras sociales se traducen en diferencias en la cobertura. Para ello, i) se determinaron los ingresos por beneficiario de las OS, ii) se analizó la distribución del ingreso entre las distintas entidades del sistema del año 2019 y se la comparó con la correspondiente a los años 2004 y 2011, iii) se analizó la cobertura de servicios del plan básico ofrecido por las obras sociales de la ciudad de Bahía Blanca y iv) se examinó la relación entre el ingreso por beneficiario y la cobertura de prestaciones ofrecida por dicho plan.

Los resultados revelan que las entidades de menores ingresos por beneficiario recibieron en el año 2019, 80 veces menos fondos que las obras sociales de mayores ingresos, demostrando una gran desigualdad en la distribución del ingreso, conclusión que se refuerza si se considera que el coeficiente de Gini aumento respecto del estimado para el año 2011. Por último, al analizar los resultados de la encuesta se demostró que se perciben amplias diferencias entre las obras sociales de altos y bajos ingresos, en relación a la cobertura de servicios médicos, como en las trabas que son impuestas para acceder a dichos servicios, y en la cantidad de profesionales con los que cuenta cada entidad.

### **1. Introducción**

El subsistema de la seguridad social que junto al subsistema público y el privado componen el sistema de salud argentino, se afianzó en 1970 a partir de la sanción de la ley 18.610. En este subsistema las obras sociales (OS), financiadas con aportes y contribuciones obligatorias tanto de los empleados como de los empleadores, son las principales oferentes de seguros de salud.

---

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte del trabajo final para optar al grado de Lic en Economía de María Azul Martínez bajo la dirección de Juan Marcelo Viridis y María Florencia Arnaudo.

Entre las OS se distinguen las nacionales, gerenciadas por los sindicatos representativos de cada rama de actividad de la economía, las provinciales, las del personal de dirección, y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

Las prestaciones y el financiamiento de las OS, como así también la aplicación de mecanismos de solidaridad entre las distintas entidades del subsistema, están controladas por la Superintendencia de Seguros de Salud establecida como organismo regulador mediante el Decreto N°1.615/96.

En relación a las prestaciones, las OS tienen la obligación de brindar una canasta básica de prestaciones de salud estipuladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), que funciona como un piso en relación a los servicios cubiertos (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). El mismo abarca servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico, que se deben ser cubiertos, independientemente del plan al que esté adherido y del salario y aportes que realice el beneficiario (Findling, Arruñada, & Klimovsky, 2002).

Si bien todas las OS están obligadas legalmente a cumplir con las mismas prestaciones mínimas, los recursos con los que cuentan para su financiamiento son diferentes. Esto sucede porque los aportes obligatorios de los trabajadores a las OS representan una proporción de su salario, por ende, las que correspondan a ramas de actividad con mayores salarios promedio contarán con mayores recursos por trabajador. Estas desigualdades en los ingresos pueden traducirse en diferencias en la cobertura por lo que, con el objetivo de disminuirlas, se estableció la creación del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), conformado con un aporte obligatorio del total de ingresos de cada obra social (Cetrángolo y Goldschmit, 2018; Belmartino, 2005).

El impacto de la desigualdad del ingreso de las OS ha sido abordado por algunos estudios previos. Maceira & Cicconi (2003), analizaron las características generales del sistema de OS mediante una clasificación según número de afiliados y salario promedio del contribuyente, y encontraron que las OS con más ingresos por beneficiario financian una mayor cantidad de consultas médicas por beneficiario. Además, Benedetti et al (2018), concluyeron a partir de una investigación realizada en la ciudad de Bahía Blanca a partir de un muestreo por conveniencia, que las diferencias en los ingresos de las OS implican diferencias de cobertura de medicamentos crónicos, no crónicos y vacunas. Estos trabajos

descriptos, si bien abordan el impacto de los ingresos de las OS en distintos grupos de servicios, no lo hacen de forma general.

En este contexto el presente trabajo se propone investigar si, en Bahía Blanca, existen diferencias en la cobertura en una gama amplia de servicios cubiertos por las OS causadas por las diferencias en los ingresos por beneficiario. Para cumplir con el objetivo general se establecen los siguientes objetivos específicos: i) determinar los ingresos por beneficiario (a nivel nacional) de las OS producidos por aportes obligatorios de los trabajadores y transferencias provenientes del FSR; ii) cuantificar la desigualdad en la distribución de dichos ingresos entre las distintas OS; iii) relevar la cobertura de servicios del plan básico ofrecido por cada obra social de la localidad de Bahía Blanca; iv) analizar la relación entre el ingreso por beneficiario estimado en el segundo objetivo específico y la oferta de servicios del plan básico.

Para cumplimentar estos objetivos, el presente trabajo tiene la siguiente estructura: en la segunda sección se describe el Sistema de Obras Sociales Nacionales, su origen y evolución y las distintas reformas que se fueron implementando hasta llegar a su configuración actual. A su vez, a partir de las estimaciones de Arnaudo et al (2016) se realiza una comparación de la situación actual, con los años 2004 y 2011 en relación a la proporción de cotizantes, beneficiarios y fondos de las OS con más beneficiarios. También se especifican los mecanismos de asignación y captación de recursos, los diferentes regímenes de aportes, y se explican los distintos subsidios que actualmente forman parte del FSR. En la tercera sección, se detalla la metodología empleada en este trabajo. Posteriormente, en la cuarta sección, se presentan los resultados obtenidos y, por último, se exponen las principales reflexiones finales del trabajo y los anexos con las entidades tenidas en cuenta en el análisis.

## **2. Obras Sociales Nacionales**

### *2.1 Origen y evolución*

El primer antecedente que se puede encontrar en relación a las OS son las Sociedades de Socorros Mutuos que se formaron en 1850 aproximadamente, cuando los distintos gremios comenzaron a agruparse conformando sindicatos. Estas instituciones, recaudaban fondos

mediante el pago voluntario de una cuota para hacerle frente a los distintos riesgos que pudieran enfrentar los trabajadores, ofreciendo asistencia médica, odontológica, farmacéutica y otorgando subsidios por desocupación y gastos por fallecimiento o maternidad (Cetrángolo & Goldschmit, 2018; Findling & Ferrero, 2001).

A principios de 1940, existían aproximadamente 2.000 mutuales que cubrían todo tipo de riesgos, al mismo tiempo que la atención de la salud se convertía en una preocupación cada vez mayor (Findling & Ferrero, 2001). En este contexto, las mutuales tomaron impulso cuando se logró que comiencen a financiarse con el aporte de los empleadores (Garay, 2016).

En el año 1970 se instituye y regula por primera vez el funcionamiento de las OS en Argentina, introduciendo grandes cambios en relación al antiguo régimen. A partir de la sanción de la Ley 18.610 se universaliza la cobertura para las personas en relación de dependencia (y sus familiares a cargo), haciendo que la afiliación sea obligatoria a la entidad sindical correspondiente a su rama de actividad. A partir de este momento, los afiliados eran cautivos de la obra social que les correspondía, es decir, que sólo podían cambiarse si se jubilaban o comenzaban a trabajar en empresas de una rama de actividad distinta (Maceira & Cicconi, 2003). Respecto al financiamiento de estas instituciones, se establecieron aportes y contribuciones del 1%, tanto en el caso del empleador como del trabajador, y se determinó que el trabajador aportara un 1% más en caso de querer agregar a su grupo familiar primario. Esta ley también creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) con el objeto de “promover, coordinar e integrar las actividades de las OS, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables” (art. 13, ley 18.610, 1971), además de establecer mecanismos de solidaridad entre ellas.

Como los salarios eran muy desiguales entre los trabajadores, algunas instituciones no tenían los recursos suficientes para brindar servicios de calidad, por lo que se incorpora un fondo de solidaridad (que fue el primer antecedente del FSR) al que las OS aportaban el 10% de sus ingresos. De esta manera, se distribuían los recursos para que las instituciones de menores ingresos pudieran cubrir las necesidades de los afiliados. Sin embargo, si bien su incorporación fue muy importante, no fue suficiente debido a que, por un lado, no se estableció un paquete mínimo de prestaciones a cubrir y, por lo tanto, los niveles de acceso

eran diferenciales según la aseguradora, y por otro, el INOS asignaba los recursos de manera discrecional (Médici, 2002).

Al año siguiente de la sanción de esta ley se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI (Plan de Atención Médico Integral), para brindar a jubilados y pensionados prestaciones sanitarias y sociales de calidad (Art 2, Ley 19.032, 1971). También, se agregó al sistema a las Obras Sociales de Personal de Dirección, con el objetivo de brindar cobertura al personal que no estaba incluido en los convenios colectivos de trabajo (Beck, 2016).

En el año 1974, con la sanción de la Ley 20.748, se establece un Sistema Nacional Integrado de Salud que le atribuía al Estado la responsabilidad de efectivizar el derecho a la salud, financiando y direccionando un sistema único. Esta ley es considerada el primer intento de reforma. Sin embargo, con el avance del golpe militar de 1976 y la falta de apoyo del sector privado y los sindicatos, el proyecto se abandonó (Tobar, 2012).

Favorecido por el contexto económico ya que la mayoría de la fuerza laboral se insertaba al mercado laboral formal, hasta mediados de la década de 1980, el sistema de OS experimentó una constante ampliación de la cobertura: en 1967 solamente el 35% de la población poseía obra social, mientras que, en 1984, tal cobertura ascendió 40 puntos porcentuales (el 75% de la población estaba afiliado a alguna aseguradora) (Médici, 2002). Sin embargo, hacia fines de la década comenzó a cuestionarse el sistema debido principalmente a la falta de eficiencia de algunas OS y a la presencia de desigualdades en el financiamiento y la cobertura de servicios de salud entre beneficiarios de distintas OS (Findling, Arruñada, & Klimovsky, 2002).

Por otra parte, si bien la equidad en el financiamiento parecía cumplirse al interior de cada OS (en la medida que cada trabajador aportaba el mismo porcentaje de su salario) entre OS este principio de equidad no se observaba, ya que las OS de trabajadores de mayores ingresos promedios tenían más recursos para financiarse que las OS de actividades con bajos salarios. Si bien, se había instaurado el FSR, su efectividad se veía limitada debido a la utilización de mecanismos discrecionales para la asignación de los fondos (Findling, Arruñada, & Klimovsky, 2002).

A esto se sumaba la debilidad regulatoria del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), que se mostró incapaz de limitar la cobertura de servicios innecesarios ofrecidos por las entidades de mayores recursos, y de garantizar una cobertura mínima a los beneficiarios de las entidades más pobres (Médici, 2002).

Con el objetivo de morigerar estas falencias del sistema, entre el año 1988 y el 2000 se llevaron a cabo una serie de reformas en el sistema. Entre las que se destacan:

1. Respecto de la ineficiencia que caracterizaba a las instituciones por la falta de competencia, se efectiviza el derecho a la opción de cambio de obra social una vez al año (Proyecto de Ley 1.503/2000). Se esperaba que la posibilidad de que el afiliado pudiera cambiarse de entidad si los servicios brindado no lo satisfacían aumentara la eficiencia del sistema
2. En relación a las diferencias de equidad en la cobertura, se establece un Programa Médico Obligatorio que fija un régimen obligatorio de asistencia para las todas las OS que debían asegurar ciertas prestaciones básicas a sus afiliados y que debería ser garantizado por las entidades aseguradoras. Además, si alguna entidad no podía cumplir con esta cobertura mínima debía fusionarse con otra obra social, de esta manera se esperaba que el sistema se concentrara en un menor número de organizaciones.
3. Ante la problemática de la falta de equidad en la efectividad del FSR, sus recursos deberían ser destinados por la Superintendencia de Servicios de Salud a subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que perciban menores ingresos, para equiparar los niveles de cobertura obligatoria (Art 21). Este FSR está financiado por el 10% de los ingresos de las OS sindicales y el 15% en el caso de aquellas de personal de dirección se destinen a financiar el FSR (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).
4. Mediante el Decreto N° 9/93 el INOS fue reemplazado por la Administración Nacional de Seguro Social (ANSSAL), asumiendo la responsabilidad de compensar las diferencias entre los aportes recibidos por cada OS. Luego, en 1996 la ANSSAL es convertido en la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) ampliando las funciones de regulación (Médici, 2002).

Un aspecto a destacar de los cambios regulatorios era el conflicto potencial entre la introducción de competencia entre entidades (derivada de la libertad de elección) y los objetivos de aumento de cobertura y la atenuación de las desigualdades en el financiamiento. En efecto, la libertad de elección debilitó la solidaridad interna a cada obra social propia del sistema anterior ya que se anuló la existencia de subsidios cruzados entre los trabajadores de mayores y menores ingresos dentro de la misma rama de actividad. Además, en los primeros años de la desregulación se verificó un proceso de descreme del sistema que significó la concentración de los afiliados más jóvenes y de menor riesgo en las entidades de mayores ingresos o que poseían convenios con empresas de medicina prepagada. Cabe aclarar que, en este último caso, los afiliados se convierten en aportantes directos del subsector privado, dejando de ser parte del subsistema de las OS. Esta tendencia podría significar un desfinanciamiento progresivo de las OS más pobres, debido a la pérdida de sus afiliados de mayores salarios (Cetrángolo & Goldschmit, 2018; Ballesteros, 2016; Belmartino, 2005; Findling, Arruñada, & Klimovsky, 2002).

## *2.2 Situación Actual*

Actualmente, el sistema de OS está conformado por 313 entidades, lo que da cuenta que la concentración del sistema buscada con las reformas, no se concretó ya que, si bien la cantidad de OS presenta oscilaciones a lo largo en los últimos años, las mismas son muy pequeñas (Cetrángolo & Goldschmit, 2018; Maceira, 2018; Beck, 2016; Ballesteros, 2016). Estas entidades brindan cobertura a 16 millones de beneficiarios<sup>2</sup>, no obstante, el 50% de los beneficiarios se concentra en el 20% de las entidades (7 OS). Situación que con pequeñas variaciones se verifica en distintos momentos del tiempo (Cetrángolo & Goldschmidt, 2018; Maceira, 2018; Arnaudo et al, 2016). En particular, en el Cuadro 1 se presentan los resultados obtenidos por Arnaudo et al (2016) para los años 2004 y 2011 y se actualiza teniendo en cuenta la información del año 2019. Se observa que los porcentajes de cotizantes aglutinados por las entidades más populosas presentan pequeñas oscilaciones

---

<sup>2</sup> se entiende por afiliado o *beneficiario* de las obras sociales nacionales a la suma de los cotizantes y los adicionales, siendo los *cotizantes* los trabajadores empleados en el sistema formal (y de cuyo salario se descuenta el aporte respectivo a la obra social). Mientras que los *adicionales* son aquellas personas que reciben la cobertura de la obra social por ser familiar directo (hijo, cónyuge, madre o nieto a cargo) del cotizante, pero no realizan un aporte con salarios propios a la obra social del cotizante.

producto también del contexto económico y la situación del mercado laboral formal. Entre los años 2004 y 2011, la cantidad de cotizantes aumenta conforme lo hace el empleo, la formalidad y la población económicamente activa, mientras que en el 2019 decrece junto con el aumento del desempleo.

Asimismo, también se observa una gran concentración de ingresos en unas pocas entidades. En efecto, se observa que las primeras 20 OS con mayor cantidad de beneficiarios absorben más del 50% de los fondos distribuidos en los tres años analizados (Cuadro 1). Cabe destacar que esta participación cae en 2019, 10 puntos porcentuales respecto a la registrada en 2004 y 2011 (62% y 60% respectivamente). Según los resultados obtenidos por Arnaudo et al (2016) este resultado se puede explicar por la efectividad como herramienta de redistribución del FSR.

Cuadro 1. Porcentajes de cotizantes, beneficiarios y fondos distribuidos<sup>3</sup> en obras sociales nacionales con mayor número de beneficiarios. Argentina, 2004, 2011 y 2019.

| OSN posicionadas según número de beneficiarios | Cotizantes (%) |      |      | Beneficiarios (%) |      |      | Fondos distribuidos (%) |      |      |
|------------------------------------------------|----------------|------|------|-------------------|------|------|-------------------------|------|------|
|                                                | 2004           | 2011 | 2019 | 2004              | 2011 | 2019 | 2004                    | 2011 | 2019 |
| 5 primeras                                     | 29             | 35   | 33   | 35                | 33   | 33   | 29                      | 30   | 28   |
| 10 primeras                                    | 44             | 47   | 43   | 47                | 45   | 43   | 44                      | 45   | 38   |
| 20 primeras                                    | 59             | 62   | 56   | 62                | 59   | 56   | 62                      | 60   | 51   |

Fuente: elaboración propia en base a Arnaudo, et al (2016), AFIP y SSS, 2020

Si bien todas las OS están incluidas en la misma legislación y reguladas por las mismas autoridades, la distinta capacidad de respuesta a las necesidades de los beneficiarios, la diferencia en sus niveles de ingreso, y las ineficiencias propias de la gestión, hace que las mismas estén muy segmentadas (Filgueira Lima, 2007). Beck (2016) encontró que solo el 48% de todas las OS cuentan con ingresos suficientes para solventar el PMO, y por su parte Maceira & Cicconi (2003) encontraron que las OS con más ingresos por beneficiario financian una mayor cantidad de consultas médicas por beneficiario. Además, Benedetti et al (2018), realizaron un análisis sobre la cobertura de medicamentos en la ciudad de Bahía Blanca, en el que se agruparon las OS por quintiles según el nivel de ingresos por

<sup>3</sup> Cabe mencionar que este análisis está incompleto ya que no es posible discriminar el porcentaje de cotizantes de OS que trasladan su aporte a una empresa de medicina prepaga ya que la información no es provista.

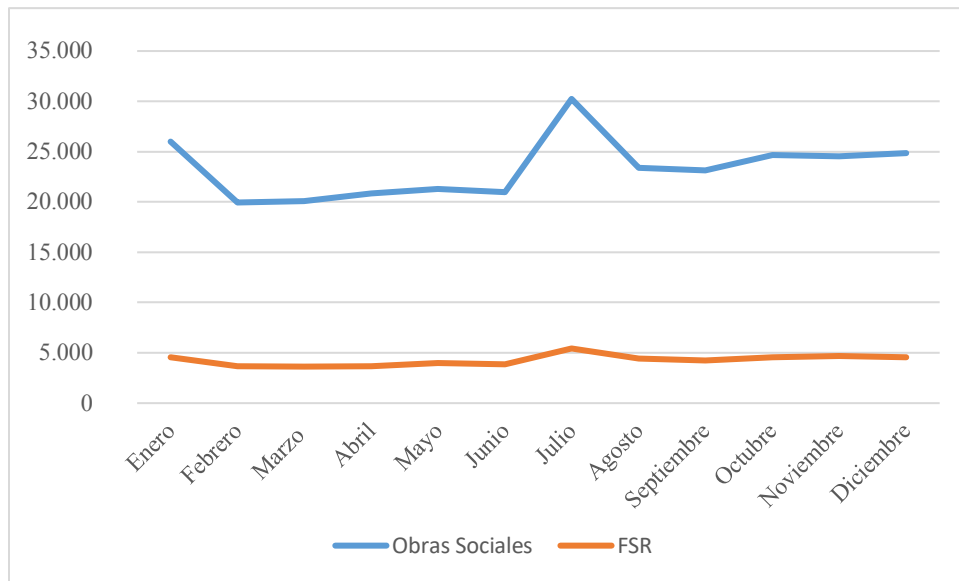
beneficiario y se encuestaron a distintas farmacias para obtener información. Los resultados obtenidos demostraron la existencia de diferencias en la cobertura de medicamentos entre OS generadas por las disparidades en los ingresos de las entidades. De esta manera, se observan grandes diferencias de recursos disponibles por beneficiario, que tienen su origen en las diferencias salariales resultantes de las condiciones laborales específicas de cada actividad, y que pueden traducirse en diferencias en relación a la cobertura.

### *2.2.1 Captación y asignación de recursos*

Los recursos financieros que reciben mensualmente las OS se basan en los aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores. Estos recursos son recaudados y distribuidos por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), establecida en el año 1993 como ente encargado de los recursos de la seguridad social (Maceira y Cicconi, 2003). Todos los meses, AFIP recibe un porcentaje del salario de cada trabajador, correspondiente a sus aportes, junto con las contribuciones patronales en caso de que corresponda, y luego divide estos ingresos entre los que pertenecen a las OS y los que corresponden al Fondo Solidario de Redistribución, en promedio el 85% y el 15% respectivamente.

En el año 2019, se puede observar que los ingresos de las OS fluctuaron entre \$19.942 y \$30.243 millones, promediando los \$23.327 mensual, notándose una tendencia ascendente de los mismo con picos en los meses de enero y julio producto del pago de aguinaldo (Figura 1).

Figura 1: Montos distribuidos OS y FSR en 2019



Fuente: elaboración propia en base a datos extraídos AFIP, 2020.

Según lo establecido por la ley 23.660 del año 1988, se pueden distinguir distintos tipos de beneficiarios con diferentes mecanismos de aportes, que pueden ser comprendidos en diferentes regímenes:

1. **Régimen General:** comprende cuatro tipos de beneficiarios distintos

- a. *Trabajadores en relación de dependencia:* se trata de aquellos trabajadores del mercado formal que reciben una cobertura para ellos y sus familiares a cargo. En este régimen, se establecen contribuciones del 5% a cargo del empleador y aportes del 3% por parte del trabajador, quien también deberá aportar por cada beneficiario que decida sumar a la obra social un 1,5% más. Para su implementación, todos los meses los empleadores retienen del salario de sus empleados un porcentaje correspondiente a sus aportes y lo depositan, junto con las contribuciones patronales en AFIP.
- b. *Jubilados y pensionados nacionales:* comprende a la población pasiva retirada. Se financia, principalmente de un componente solidario, conformado por aportes salariales y patronales de trabajadores activos.
- c. *Pasantes:* comprende a los afiliados que se encuentran trabajando en el marco del sistema de Pasantías Educativas. En este caso, son los empleadores los que deben

aportar el 6% de la asignación al estímulo percibida por el pasante, para financiar las prestaciones de salud. Se considera como Obra Social de origen aquella que corresponda a la actividad principal declarada por el empleador (Ley 26.427)

- d. *Titulares del seguro de desempleo*: según la resolución 1.203/2003 aquellas personas titulares del seguro de desempleo, tienen el derecho a recibir cobertura durante el período en que se perciba dicho seguro. En este caso no está permitido realizar opción de cambio y la obra social asignada será la que el trabajador tenía a la fecha del cese laboral.

2. **Régimen simplificado** para Pequeños Contribuyentes (Monotributo) abarca a los trabajadores que realizan una cotización fija destinada al seguro de salud. Estas cotizaciones, se actualizan una vez al año por AFIP, siendo en 2019 de \$689 mensuales la cuota durante el año 2019 independientemente de la categoría de Monotributo del contribuyente.

3. **Régimen especial** que comprende a los *Trabajadores del Servicio Doméstico*: Según el artículo 2 de la Ley N°26.844/2013 se considera dentro del Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares a todas aquellas personas que realicen tareas de limpieza, mantenimiento, y cuidado no terapéutico de personas enfermas. Los empleadores deberán ingresar mensualmente los importes que correspondan según las horas trabajadas, diferenciándose del régimen general en que, en este caso, los aportes ingresan al Sistema de Obras Sociales Nacionales, mientras que las contribuciones se destinan al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). Adicionalmente, si el titular desea incluir a su grupo familiar primario deberá abonar por cada uno de ellos \$536,35 (equivalente al aporte que realiza una persona que trabaja más de 16 horas semanales).

4. **Otros:** usuarios de programas especiales de cobertura total de la Seguridad Social

- a. **Monotributistas Sociales**: en el caso de que el pequeño contribuyente esté inscripto en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social tendrá una disminución del 50% en los aportes destinados al Sistema de Obras Sociales, es decir \$344,5 mensuales a valores del año 2019.

- b. Titulares del programa ingreso social con trabajo: los beneficiarios de este programa generador de puestos de trabajo y ejecutado por el Ministerio de Desarrollo Social cuentan con una cobertura de salud. En estos casos el 100% del componente Obra Social es aportado por dicho Ministerio, y puede extenderse al grupo familiar.
- c. Titulares del programa para la agricultura familiar: al igual que en el caso anterior los beneficiarios del programa cuentan con cobertura de salud. En este programa, el Ministerio de Desarrollo Social aporta un 50% al Sistema de Obras Sociales y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca el 50% restante. Esto se extiende al grupo familiar.

5. **Subsidios que forman parte del FSR:** además de estos ingresos directos, desde la sanción de la Ley 23.660 en el año 1988 hasta la actualidad, se establecieron una serie de subsidios destinados a disminuir las diferencias de ingreso entre las distintas OS. En primer lugar, en el año 2006 se crea mediante el decreto 1901 el Subsidio Automático Nominativo (SANO), que regula la distribución de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en función del riesgo de los beneficiarios. Para ello, incorpora una matriz de ajuste por riesgo de acuerdo con la edad y sexo del beneficiario y garantiza a las entidades del sistema un valor mínimo de aportes por afiliado destinado a cubrir las prestaciones médico asistenciales. No obstante, este subsidio ha perdido su importancia debido a la falta de actualización de dicha matriz –la última modificación data del 2007- mientras la recaudación por aportes y contribuciones aumentan al ritmo de los incrementos salariales (Beck, 2016).

Finalmente, en 2012 y 2013 se incorporan el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el Régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para mayores de 70 años (SUMA 70), con el objetivo de disminuir la asimetría de recursos entre OS, garantizando que reciban los ingresos necesarios para brindar coberturas de calidad (Maceira, 2018; Beck, 2016).

El SUMA, es el subsidio que más recursos distribuye entre las entidades, y se destina a complementar el financiamiento de las OS mediante la distribución automática de una parte del FSR, equivalente al 3% (Decreto 1.609/2012; Beck, 2016). El SUMARTE distribuye el

1,5% de los aportes y contribuciones en relación a la cantidad de afiliados del régimen de trabajo especial que posea la obra social; y, por último, el SUMA 70 reparte el 0,7% de los aportes y contribuciones también en forma proporcional a los afiliados del régimen de trabajo especial, aunque en este caso para los afiliados mayores de 70 años (Beck, 2016).

### **3. Metodología**

Para abordar el primer objetivo específico, “*determinar los ingresos por beneficiario a nivel nacional de las obras sociales producidos por aportes obligatorios de los trabajadores y transferencias provenientes del FSR*”, se agregó para cada obra social los ingresos distribuidos por la AFIP por los aportes y contribuciones recaudados, y los subsidios que conforman el FSR que asigna Superintendencia de Seguros de Salud. Luego estos ingresos fueron divididos por la cantidad de beneficiarios de cada entidad. En ambos casos se recurrió a datos referidos al 2019 y la información fue provista por AFIP y la SSS respectivamente. Si bien, la información referida a la cobertura se refiere a aquellas OS con presencia en la localidad de Bahía Blanca, los ingresos se estiman a nivel nacional debido a que no se dispone de esta información discriminada geográficamente.

Como se mencionó anteriormente el FSR está compuesto por el SANO, el SUMA, el SUMA70, y el SUMARTE. En este trabajo solo se tienen en cuenta los dos primeros subsidios, debido a que, para poder calcular los ingresos recibidos a través del SUMA 70 y SUMARTE, es necesario saber la cantidad de afiliados del régimen de trabajo especial que posee cada obra social y aquellos inscriptos en este régimen mayores a 70 años respectivamente. El monto del ingreso percibido por cada entidad en concepto del subsidio SANO es informado por la SSS.

El monto del subsidio SUMA otorgado a cada OS, se calculó teniendo en cuenta la recaudación de las OS, compuesta por los aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores. Dicha información, es proporcionada por bases de datos extraídas de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). Dado, que este subsidio se financia con el 3% de los ingresos recaudados por las OS en concepto de aportes y contribuciones, se calculó dicho guarismo que luego fue distribuido de la siguiente manera:

- Un 20% se distribuye de manera equitativa entre aquellas OS que cuenten con más de 5.000 afiliados
- El restante 80% se reparte de manera proporcional entre todas las entidades, en función de la cantidad de beneficiarios

Una vez realizada esta distribución, se calculó la cápita y se verificó que todas las OS de menos de 5.000 afiliados reciban, al menos, ese monto. Por último, hay que tener en cuenta los topes mínimos y máximos para aquellas OS con más de 50.000 afiliados. Como mínimo deben recibir un 1,5% de su recaudación en concepto de aportes y contribuciones, y como máximo un 8,5%.

De las 313 OS incluidas por AFIP en el Boletín Anual de Seguridad Social del año 2019, 23<sup>4</sup> fueron descartadas debido a la falta de algunos de los ítems de información relevantes para este estudio. También se descartó al PAMI ya que posee un modelo de financiamiento y funcionamiento propio.

Para cumplimentar el segundo objetivo específico, *“cuantificar la desigualdad en la distribución de los ingresos por beneficiario a nivel nacional entre las distintas obras sociales”*, se analizaron los datos correspondientes a los ingresos de cada obra social mediante técnicas descriptivas de concentración y distribución, como el ratio de Kuznets y el coeficiente de Gini. Para ello, los beneficiarios de las OS nacionales fueron agrupados en quintiles según el valor de los fondos promedio por beneficiario, el cual está determinado por su obra social de pertenencia, calculando para cada quintil, el porcentaje del total de fondos distribuidos que le corresponde.

Para abordar el tercer objetivo específico, *“relevar la cobertura de servicios del plan básico ofrecido por cada obra social de la localidad de Bahía Blanca”*, se diseñó una encuesta que se realizó a las 60 entidades con presencia en Bahía Blanca<sup>5</sup>, es decir que fue un muestreo por conveniencia. Las OS fueron contactadas telefónicamente o vía mail y la encuesta realizada a través de la aplicación de administración de encuestas *Google Forms*. Cabe mencionar que se recurrió a este mecanismo de contacto debido a las restricciones de

---

<sup>4</sup> En el Anexo N°3 se encuentran listadas estas entidades.

<sup>5</sup> En el Anexo N°1 se detallan las obras sociales contactadas y las que respondieron el cuestionario. En ambos casos se incluye también el quintil de ingresos al que pertenecen.

aislamiento obligatorias impuestas mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia N°297/2020. El operativo tuvo lugar en los meses de junio y julio del año 2020.

El análisis de la cobertura puede llevarse a cabo desde dos dimensiones: vertical y horizontal. Esta última, se refiere al porcentaje de la población que está cubierta por el sistema, y la vertical, se refiere a los tipos de contingencias cubiertas y al nivel de prestaciones (Cetrángolo et al, 2013). En este caso el cuestionario fue elaborado con el fin de obtener información sobre este último tipo de cobertura abarcando los siguientes puntos: i) si las entidades brindan cobertura a prácticas no incluidas en el PMO, ii) si la entidad reconoce al beneficiario un valor mayor por determinadas prácticas/medicamentos que el establecido en el PMO, iv) saber si la institución brinda servicios extras-sanitarios (turismo y sepelios), v) conocer los requerimientos burocráticos de la entidad ante determinadas situaciones. Este instrumento fue validado por expertos en la materia: dos investigadoras de la economía de la salud con experiencia en trabajo cuantitativo, y una especialista en metodología de la investigación.

Para abordar el cuarto objetivo específico “*analizar la relación entre el ingreso por beneficiario y la oferta de servicios del plan básico*”, se realizó un análisis de *cluster* jerárquico. En primer lugar, se seleccionaron todas las variables que permiten su representación de forma binaria, asignando un valor de 1 o 0 de acuerdo a los siguientes criterios: i) en las variables relacionadas con la cobertura de prestaciones médicas se asignó valor 1 en los casos que no existan gastos de bolsillo totales o parciales por parte de los afiliados, y 0 en el caso opuesto; ii) en las relacionadas con barreras administrativas, se asignó valor uno en los casos que no existan; iii) en las relacionadas a límites en la cantidad de prestaciones financiadas por la OS, se asignó valor 1 en los casos que la cobertura es ilimitada. En segundo lugar, se eliminaron las variables para las cuales no se contaba con todas las observaciones (por falta de respuesta). Luego, para determinar la cantidad de clúster que serán formados se estiman los índices de Calinski y Harabasz (1974) y de Duda y Hart (2001). Por último, se realizó el mencionado procedimiento y se analizó las características de los grupos conformados.

## **4. Resultados**

### *4.1 Determinación de ingresos a nivel nacional de la OS y medición de la desigualdad en la distribución del ingreso*

En 2019, las OS recibieron en total, \$290.513 millones en concepto de ingresos a través de los aportes de los trabajadores y contribuciones personales. A estos, es necesario agregarles los subsidios recibidos a través del FSR. Como se mencionó anteriormente solo se pudo estimar el SANO y el SUMA, que totalizaron \$2.042 millones y \$7.688 millones respectivamente.

Considerando que el sistema tiene 16.108.014 beneficiarios, entonces en promedio cada OS recibe \$18.639 (\$ 18.035 neto de subsidios) por beneficiario. No obstante, es necesario mencionar que la entidad que tiene el menor ingreso por beneficiario percibió 80 veces menos fondos que la OS de mayor ingreso (\$ 1.185 y \$95.308 respectivamente). Este resultado sumado al análisis de concentración realizado para las organizaciones más populosas (Cuadro 1) indica que existe una importante desigualdad en la distribución del ingreso entre las distintas OS del sistema.

Para llevar adelante el análisis de desigualdad se agrupó a los beneficiarios en quintiles según el valor de los ingresos promedios por beneficiario, el cual está determinado por su obra social de pertenencia. Así, el primer quintil está conformado por el 20% de los beneficiarios de aquellas OS que reciben la menor cantidad de fondos per cápita y el quinto quintil está compuesto por el 20% de los beneficiarios de aquellas entidades que reciben mayores ingresos per cápita.

Comparando la distribución de los fondos del año 2019, con la proporcionada por Arnaudo et al para el año 2004 y 2011, se observa un retroceso en las mejoras que se registraron en el año 2011. En este periodo, la participación relativa en los fondos del sistema de las OS del último quintil disminuyó significativamente, lo que redundó en una disminución del ratio de kuznets. Sin embargo, para este último año, vuelve a crecer el porcentaje de fondos que se apropian las OS más ricas en términos relativos al tiempo que decrece la participación relativa de los fondos recibidos por las entidades de menores recursos. Esto significa que las OS del quinto quintil reciben 3,18 veces más ingresos que las del primer quintil (Cuadro 2).

Cuadro 2. Porcentajes del total de los fondos distribuidos según quintil de beneficiarios y Ratio de Kusnetz. Argentina, 2004, 2011 y 2019.

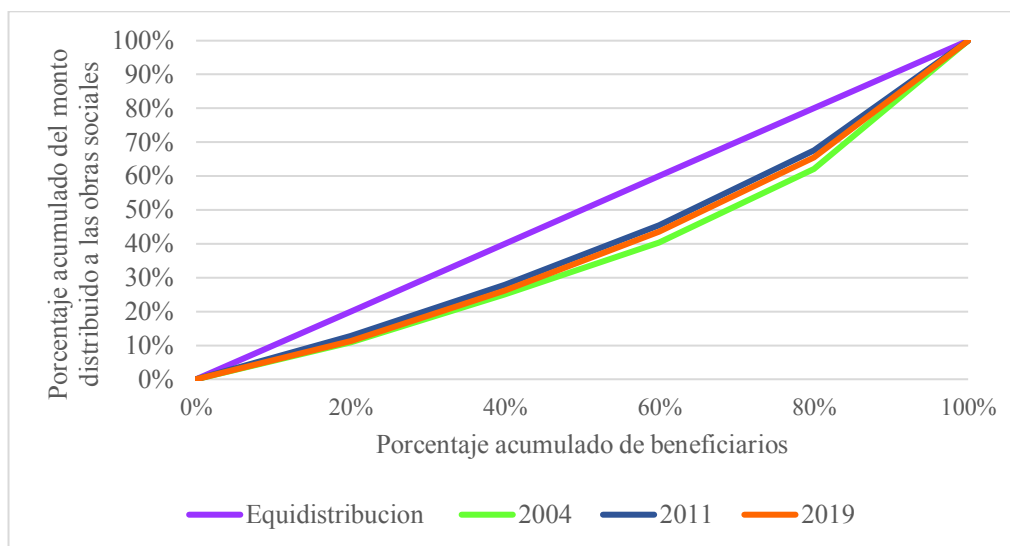
| Quintiles de beneficiarios | 2004 | 2011 | 2019 |
|----------------------------|------|------|------|
| 1                          | 11   | 13   | 11   |
| 2                          | 14   | 15   | 15   |
| 3                          | 15   | 18   | 17   |
| 4                          | 22   | 22   | 22   |
| 5                          | 38   | 32   | 35   |
| Ratio de Kusnetz           | 3,48 | 2,54 | 3,18 |

Fuente: elaboración propia en base a Arnaudo et al (2016), AFIP (2020) y SSS (2020)

La elaboración de curvas de Lorenz para cada año analizado, y el cálculo de los correspondientes coeficientes de Gini, permite analizar de un modo más amplio la evolución de las desigualdades en la distribución de fondos entre beneficiarios de las OS nacionales, ya que consideran todos los quintiles de ingreso y no solo los extremos. En conformidad con lo ilustrado a partir del ratio de kuznets, el índice de Gini para el año 2019 tiene un valor de 0,215, 16% mayor que el valor del 2011 (0,185). Este análisis, junto con la Curva de Lorenz (Figura 2), confirman la tendencia negativa en la atenuación de las desigualdades.

Estos valores podrían explicarse en parte por dos cuestiones relacionadas con la evolución del FSR. Uno de los factores que incide en este resultado es la falta de actualización de la matriz de ajuste por riesgo de acuerdo con la edad y sexo del beneficiario que garantiza a las entidades un valor mínimo de aportes por afiliado –la última modificación data del 2007, reduce su poder para equiparar los ingresos de las entidades, en tanto implican un 0,7% del total de ingresos por aportes y contribuciones. El segundo factor explicativo se basa en la escasa participación relativa del SUMA, el mismo por ley implica la redistribución del 3% de los ingresos de las OS.

Figura 2. Curvas de Lorenz de la distribución de fondos entre beneficiarios de las obras sociales nacionales. Argentina, 2004,2011 y 2019.



Fuente: elaboración propia en base a Arnaudo et al (2016), AFIP (2020) y SSS (2020)

#### 4.2 Relevamiento de la cobertura de servicios del plan básico ofrecido por cada obra social de la localidad de Bahía Blanca

Durante el periodo en el cual se llevó a cabo la encuesta, se contactaron en reiteradas oportunidades a cada una de las OS que prestan servicios en la ciudad, logrando que 20 respondan el cuestionario. De las cuales, el 15% pertenece al primer quintil, el 5% al segundo, el 35% al tercero, y el 30 y el 15% al cuarto y quinto quintil respectivamente. Dada la baja representatividad de respuestas para las OS comprendidas en el segundo quintil, no se realizarán consideraciones respecto del mismo. La información recabada para un conjunto de variables organizada por quintil se presenta a continuación.

Al analizar las distintas formas mediante las cuales las entidades pueden contener la demanda de los beneficiarios, se observa que las OS pertenecientes al primer quintil utilizan más barreras para acceder a las prestaciones que las del resto de los quintiles. En todos los casos es mayor o igual el porcentaje de OS de menores ingresos relativos que solicitan autorización de médico de cabecera, autorización para recibir asistencia médica en una guardia, recibo de sueldo y bono consulta. De las obras sociales encuestadas, aquellas

de mayores ingresos (quintil 5) en ningún caso, imponen barreras en el acceso a los beneficiarios (Cuadro 3).

Cuadro 3. Entidades que implementan medidas de contención de demanda por quintil de ingreso (%).

| Quintiles de beneficiarios | Autorización médico cabecera | Autorización guardia | Recibo de Sueldo | Bono consulta |
|----------------------------|------------------------------|----------------------|------------------|---------------|
| 1                          | 67                           | 33                   | 33               | 100           |
| 3                          | 0                            | 14                   | 29               | 71            |
| 4                          | 17                           | 0                    | 33               | 67            |
| 5                          | 0                            | 0                    | 0                | 0             |

Fuente: elaboración propia

Considerando la disponibilidad de médicos de distintas especialidades, se evidencia que en la mayoría de los casos (exceptuando dermatología) las OS relativamente más ricas cuentan con una cantidad mayor de médicos para elegir que las de menores ingresos.

- Respecto a los médicos clínicos y pediatras la totalidad de las OS contactadas que pertenecen al quinto quintil cuentan con más de 150 profesionales, en tanto en la cartilla de las entidades encuestadas correspondientes al quintil más bajo de ingresos está compuesta por menos de 50 profesionales. La mitad de las OS del tercer y cuarto quintil cuentan con más de 150 médicos de ambas especialidades (Cuadro 4).
- Respecto a la disponibilidad de oftalmólogos por parte de los asociados a las OS que respondieron la encuesta, se observa que los aportantes de las obras sociales correspondientes al quinto quintil pueden elegir entre 100 oculistas, en tanto que el resto en su mayoría lo puede hacer entre menos de 50 especialistas (Cuadro 4).
- La totalidad de las OS relevadas pertenecientes al quintil 1 tienen en la cartilla menos de 50 ginecólogos. Las entidades englobadas en los quintiles intermedios presentan resultados disímiles, aunque el porcentaje de OS con mayor disponibilidad de profesionales se incrementa a medida que aumentan los ingresos

relativos de las entidades. Por último, todas las OS correspondientes al quintil 5 son las que presentan mayor cantidad de ginecólogos en cartilla (entre 100 y 149) (Cuadro 4).

- Un resultado que llama la atención, es el referido a la cantidad de médicos dermatólogos en la cartilla ya que para todas las entidades encuestadas cuentan con menos de 50 especialistas en su cartilla sin importar el quintil al cual pertenezcan.

Cuadro 4. Cantidad de médicos por especialidad por quintil (%)

| Quintiles de beneficiarios | Clínicos    |       |         |           | Pediatras   |       |         |           |
|----------------------------|-------------|-------|---------|-----------|-------------|-------|---------|-----------|
|                            | Menos de 50 | 50-99 | 100-149 | 150 o mas | Menos de 50 | 50-99 | 100-149 | 150 o mas |
| 1                          | 100         | 0     | 0       | 0         | 100         | 0     | 0       | 0         |
| 3                          | 43          | 14    | 0       | 43        | 57          | 0     | 0       | 43        |
| 4                          | 33          | 17    | 0       | 50        | 33          | 17    | 0       | 50        |
| 5                          | 0           | 0     | 0       | 100       | 0           | 0     | 0       | 100       |

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 4. Continuación.

| Quintiles de beneficiarios | Oftalmólogos |       |         |           | Ginecólogos |       |         |           |
|----------------------------|--------------|-------|---------|-----------|-------------|-------|---------|-----------|
|                            | Menos de 50  | 50-99 | 100-149 | 150 o mas | Menos de 50 | 50-99 | 100-149 | 150 o mas |
| 1                          | 100          | 0     | 0       | 0         | 100         | 0     | 0       | 0         |
| 3                          | 57           | 43    | 0       | 0         | 57          | 0     | 43      | 0         |
| 4                          | 83           | 17    | 0       | 0         | 33          | 50    | 17      | 0         |
| 5                          | 0            | 100   | 0       | 0         | 0           | 0     | 100     | 0         |

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la libre elección por parte del afiliado del prestador de los distintos servicios - laboratorio de análisis clínicos, centro de diagnóstico por imagen, farmacia, hospital o clínica entre otros- las respuestas son variadas según el nivel de ingresos de las OS encuestadas (Cuadro 5). Si bien la mayoría de las OS presenta restricciones, estas son casi absolutas en las de ingresos relativos más bajos, ya que solo un tercio de las mismas permite a sus beneficiarios elegir a que farmacia acudir.

Cuadro 5. Libre elección del prestador del servicio (%).

| Quintiles de beneficiarios | Hospital | Laboratorio análisis clínico | Farmacia | Diagnóstico por imágenes |
|----------------------------|----------|------------------------------|----------|--------------------------|
| 1                          | 0        | 33                           | 0        | 0                        |
| 3                          | 57       | 43                           | 0        | 29                       |
| 4                          | 33       | 50                           | 17       | 17                       |
| 5                          | 67       | 67                           | 0        | 67                       |

Fuente: elaboración propia

En relación a la salud bucal, el comportamiento de las OS difiere según el tipo de tratamiento considerado, a saber,

- Solo un tercio de las OS encuestadas pertenecientes al primer quintil tienen cobertura en prótesis dentales, mientras que ninguna de las del tercer quintil brinda cobertura para dicho tratamiento. En tanto que la mitad de las OS del cuarto quintil y el 67% de las entidades del quinto quintil brindan esta cobertura.
- La cantidad de OS que cubren tratamientos de perno y corona, implantes y ortodoncia, al igual que para todos los servicios aumenta a medida que los ingresos de los aportantes son mayores. De las OS de mayores ingresos un tercio no cubre ningún tratamiento y ninguna de las de menores ingresos costean tratamientos de perno y corona e implantes (Cuadro 6).

Cuadro 6. OS que reconocen tratamientos odontológicos (%)

| Quintiles de beneficiarios | Prótesis | Perno y corona | Implantes | Ortodoncia |
|----------------------------|----------|----------------|-----------|------------|
| 1                          | 33       | 0              | 0         | 33         |
| 2                          | 0        | 0              | 0         | 43         |
| 4                          | 50       | 50             | 33        | 50         |
| 5                          | 67       | 67             | 67        | 67         |

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la posibilidad de realizar una mayor cantidad de consultas de salud mental y kinesiología que las permitidas en el PMO, los guarismos según el nivel de ingreso de las entidades son semejantes a las de las prestaciones ya analizadas, difieren según la

especialidad. Más de la mitad de las OS del tercer y cuarto quintil respondieron que sus afiliados pueden realizar consultas extras en salud mental, siendo muy pocas las que les conceden esta posibilidad en kinesiología, observándose números opuestos en el primer quintil (Cuadro 7).

Cuadro 7. OS que cubren consultas extras de salud mental y kinesiología por quintil (%)

| Quintiles de beneficiarios | Salud mental | Kinesiología |
|----------------------------|--------------|--------------|
| Primer quintil             | 33           | 67           |
| Tercer quintil             | 71           | 14           |
| Cuarto quintil             | 67           | 33           |
| Quinto quintil             | 100          | 100          |

Fuente: elaboración propia

Considerando por la cobertura de medicamentos por encima de PMO, la cobertura para medicamentos que no están incluidos en el PMO, y la cobertura por asociación de drogas, que realizan las distintas OS encuestadas se observa un comportamiento semejante que para el conjunto de las prestaciones ya analizadas al agrupar a las mimas por quintil de ingreso. Asimismo, la posibilidad de elegir laboratorio o marca comercial presenta la misma tendencia. Mientras que respecto a la autorización de las recetas se revierte el comportamiento observado ya que la mayoría de las OS del primer quintil responden que sus afiliados no deben autorizar las órdenes. En tanto que más de la mitad de las OS del quinto quintil 5 requieren que las recetas sean autorizadas (Cuadro 8).

Cuadro 8. Proporción de OS con respuestas positivas en variables relacionadas con medicamentos por quintil de ingresos (%).

| Quintiles de beneficiario | % Cobertura mayor que PMO | Cobertura en drogas que no están en PMO | Cobertura asociación de drogas | Libre elección de laboratorio/ marca | Autorización     |    |         |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|----|---------|
|                           |                           |                                         |                                |                                      | En algunos casos | No | Siempre |
| 1                         | 33                        | 0                                       | 33                             | 33                                   | 33               | 67 | 0       |
| 3                         | 71                        | 43                                      | 43                             | 43                                   | 57               | 43 | 0       |
| 4                         | 50                        | 50                                      | 67                             | 50                                   | 17               | 50 | 33      |
| 5                         | 100                       | 100                                     | 67                             | 67                                   | 67               | 33 | 0       |

Fuente: elaboración propia

La cobertura de pastillas anticipativas al 100% independientemente de la marca o laboratorio solo lo cubren en la totalidad de los casos las OS pertenecientes al quintil más rico. Mientras que el porcentaje de OS que cubren este medicamento al 100% disminuye a medida que caen los ingresos por beneficiario de las entidades. Este comportamiento, se relaciona con el requisito de que la afiliada deba realizarse estudios médicos previos a la entrega de la medicación. Así, todas las OS de menores recursos encuestadas exigen este requisito (Cuadro 9).

Cuadro 9. Tratamiento anticonceptivo

| Quintiles de beneficiarios | 100% independiente del laboratorio | Requisito médico |
|----------------------------|------------------------------------|------------------|
| 1                          | 33                                 | 100              |
| 3                          | 57                                 | 29               |
| 4                          | 83                                 | 17               |
| 5                          | 100                                | 33               |

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la prestación de servicios de turismo y sepelio, que, si bien pueden considerarse como secundarios por parte de los afiliados, no lo son porque atienden aspectos que significan egresos significativos para los mismos, que en el caso del sepelio son ineludibles.

La asistencia para el turismo presenta guarismos similares a los del resto de las prestaciones en cuanto a la cantidad de OS que brindan el servicio. En el caso de los sepelios más de la mitad de los referentes de las OS del cuarto quintil manifiestan que prestan el servicio a sus aportantes. En tanto que solo un tercio del resto de las OS lo hacen (Cuadro 10).

Cuadro 10. Proporción de OS que cuentan con servicios de turismo y sepelio por quintil (%).

| Quintiles de beneficiarios | Turismo | Sepelio |
|----------------------------|---------|---------|
| 1                          | 33      | 33      |
| 3                          | 57      | 29      |
| 4                          | 50      | 67      |
| 5                          | 67      | 33      |

Fuente: elaboración propia

A partir de la lectura de los datos obtenidos en las encuestas realizadas se evidencia en la mayoría de las variables consideradas una clara divergencia entre el accionar de las OS correspondientes al primer y quinto quintil. Estas diferencias son manifiestas en los requerimientos para acceder a las prestaciones de la OS tales como lo son la autorización de un médico de cabecera, la necesidad de presentar el recibo de sueldo para toda tramitación, o la obtención de un bono consulta. Como así también en los tratamientos odontológicos y en la cantidad de especialistas con los que cuentan en cartilla, exceptuando a los dermatólogos que en ambos casos cuentan con menos de 50 profesionales.

La elección de hospital, de laboratorio de análisis clínicos y de centro de diagnóstico por imagen es otra de las diferencias entre OS más ricas y las más pobres. En el primer caso, la gran mayoría de las OS permiten a sus beneficiarios elegir donde atenderse, mientras que, en el segundo, deben asistir al centro con el que tenga convenio la OS. Respecto a la elección de las farmacias en donde realizar compras de medicamentos no se observan diferencias, y tanto los beneficiarios de OS ricas como de OS pobres solo pueden recurrir a la farmacia con la cual tenga convenio la entidad.

#### 4.3 *Análisis* de la relación entre el ingreso por beneficiario de cada entidad y la oferta de servicios del plan básico

Según el índice de Calinski y Harabasz (1974), la cantidad de grupos a armar está dada por el número que obtenga mayor índice. Mientras que en el índice de Duda-Hart también se deberá buscar su valor más alto. Sin embargo, este índice se presenta junto con valores del estadístico pseudo  $t^2$  que deberán ser pequeños. Para la muestra de OS encuestadas formar 3 *cluster* parece adecuado según ambos índices ya que el valor más grande para el primero de ellos se obtiene formando dos clústeres y el segundo más alto con tres clústeres, al tiempo que el mayor valor del índice de Duda-Hart se presenta cuando se forman tres *cluster* y se encuentra el más alto del pseudo  $t^2$  formando dos grupos.

En la figura 3 se expone el dendrograma que resulta del análisis de *cluster* jerárquico. Esta figura muestra la forma en que el procedimiento agrupa las OS en función de la cantidad de *cluster*. En la tabla 1 se expone el clúster al que pertenece cada Obra Social y el quintil de ingreso en donde se encuentra.

The step plot illustrates the number of clusters at each iteration. The y-axis is labeled from 0 to 4, and the x-axis is labeled with iteration numbers 1 through 16. The plot shows a series of steps where the number of clusters changes at specific iterations.

| Iteration | Number of Clusters |
|-----------|--------------------|
| 1         | 2                  |
| 2         | 2                  |
| 3         | 3                  |
| 4         | 3                  |
| 5         | 3                  |
| 6         | 3                  |
| 7         | 3                  |
| 8         | 3                  |
| 9         | 3                  |
| 10        | 3                  |
| 11        | 3                  |
| 12        | 3                  |
| 13        | 3                  |
| 14        | 3                  |
| 15        | 3                  |
| 16        | 3                  |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Obra social, *cluster* y quintil de ingresos

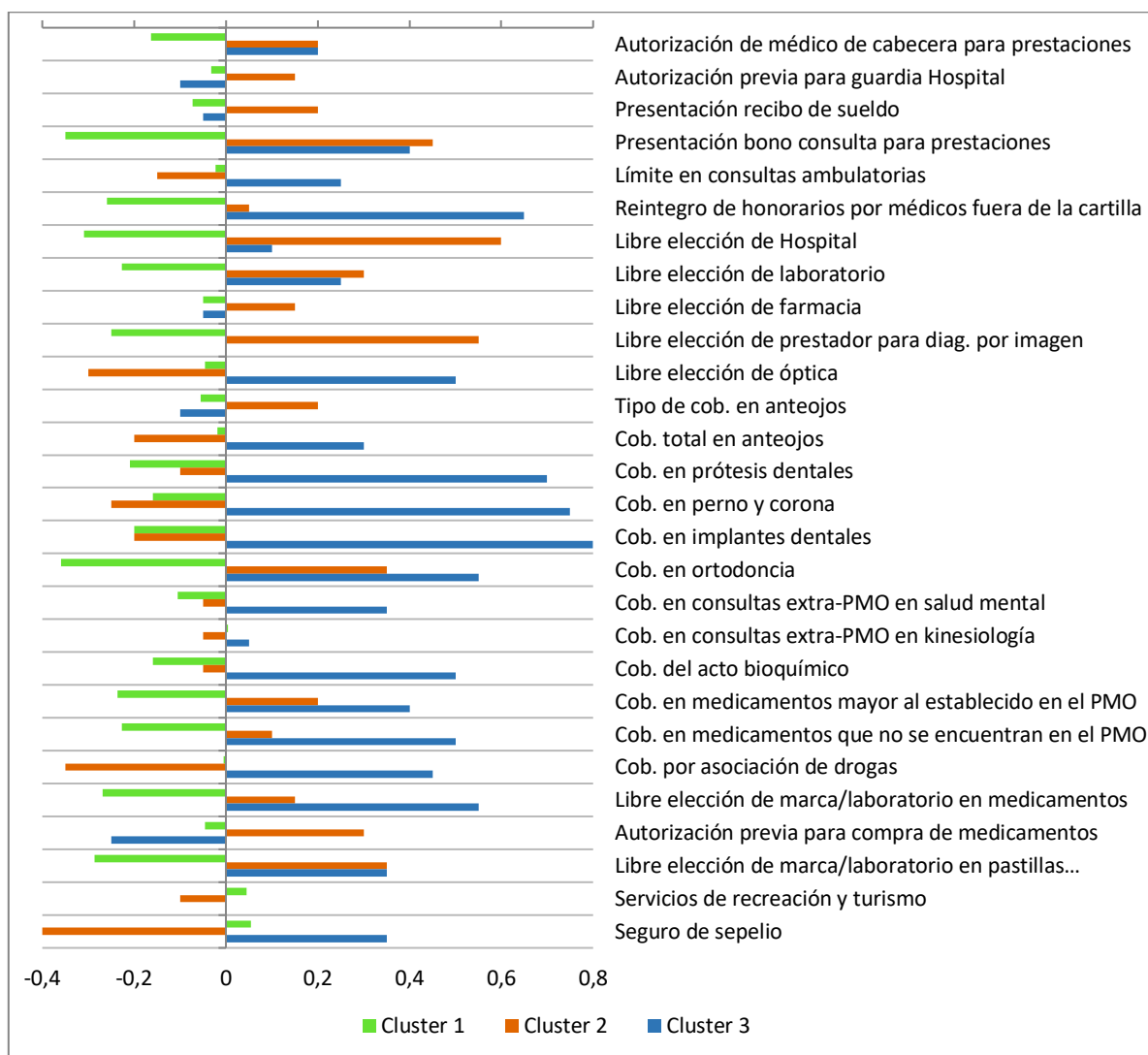
| Obra Social                             | ID | Clúster | Quintil de ingresos |
|-----------------------------------------|----|---------|---------------------|
| Petróleo y gas privado                  | 8  | 3       | 5                   |
| Personal de PBBPolisur S.A de Bbca      | 9  | 3       | 5                   |
| Servicios directos empresarios          | 10 | 3       | 4                   |
| Pers. edificios renta y horizontal R.A. | 16 | 3       | 4                   |
| Obras Sanitarias                        | 3  | 2       | 4                   |
| Telecomunicaciones                      | 4  | 2       | 3                   |
| Obreros y empleados municipales         | 5  | 2       | 1                   |
| Patrones de cabotaje ríos y puertos     | 7  | 2       | 5                   |
| Personal de Farmacia                    | 17 | 2       | 3                   |
| Bancarios                               | 1  | 1       | 4                   |
| Empleados de Comercio                   | 2  | 1       | 2                   |
| Personal imprenta diarios y afines      | 6  | 1       | 3                   |
| Personal del espectáculo publico        | 11 | 1       | 1                   |
| Empleados textiles                      | 12 | 1       | 3                   |
| Personal mosaista                       | 13 | 1       | 3                   |
| Trabajadores de las comunicaciones      | 14 | 1       | 4                   |
| Personal de aguas gaseosas y afines     | 15 | 1       | 4                   |
| Personal Rural y Estibadores            | 18 | 1       | 1                   |
| Docentes Particulares                   | 19 | 1       | 3                   |
| Actividad docente                       | 20 | 1       | 1                   |

Fuente: Elaboración propia

Como resultado se obtienen tres grupos diferenciados, a pesar de que guardan cierta heterogeneidad respecto al quintil de origen de las OS. Por un lado, el *cluster* 1 compuesto por 11 OS en su mayoría provenientes de los quintiles de menores ingresos por beneficiario relativos (quintil 1, 2 y 3), y dos OS del quintil 4. El segundo grupo, compuesto por 5 OS, es el más heterogéneo en cuanto a los ingresos por beneficiario, ya que coexisten entidades del quintil 1, 3, 4 y 5. Por último, el *cluster* 3, está formado por 4 OS que provienen únicamente de los quintiles 4 y 5. En la figura 3 se describe para cada *cluster* la diferencia entre la proporción de observaciones con valor 1 y la proporción media de todas las OS relevadas, por ejemplo, en el caso de cobertura en prótesis dentales, esta proporción es un 0,7 mayor al promedio en el *cluster* 3, un 0,1 inferior en el *cluster* 2 y un 0,21 en el *cluster* 1. Se puede observar en la figura que esta proporción es, en general, positiva en el *cluster* 3 y negativa en el *cluster* 1. Respecto al *cluster* 2, no se observa una regularidad en los resultados.

Del análisis realizado se puede concluir que las entidades del *cluster* 3, conformado exclusivamente por OS de ingresos relativos altos, son las brindan una cobertura más amplia en términos de prestaciones y menos barreras tendientes a contener la demanda por parte del afiliado. Mientras que entre las OS que ofrecen menor cobertura (*cluster* 1), existe una gran heterogeneidad en cuanto a su nivel de ingreso, aunque predominan entidades de bajos recursos per cápita. De esta manera, parecería que el nivel de ingresos es una condición necesaria pero no suficiente para que los afiliados de las OS cuenten con cobertura por encima de la establecida en el PMO.

Figura 3. Diferencia entre proporción de respuestas con valor 1 de cada *cluster* y proporción media de toda la muestra.



Fuente: Elaboración propia

## 5. Reflexiones finales

El sistema de Obras Sociales Nacionales se encuentra financiado por aportes y contribuciones de empleadores y trabajadores, más un Fondo Solidario de Redistribución que intenta disminuir las inequidades al interior del sistema. A su vez, la existencia del PMO, que constituye una canasta básica de servicios y prestaciones de salud que las OS deben cumplir, intenta establecer una canasta mínima de prestaciones cubiertas para proveer una atención más equitativa. No obstante, desde su creación este subsistema se

encuentra fragmentado: hay grandes disparidades en relación al tamaño de las distintas entidades como en los ingresos recibidos. Así, coexisten entidades de gran escala poblacional y altos ingresos por beneficiario cápita con otras pequeñas y de bajos ingresos per cápita.

Además, un número reducido de OS agrupan a más de la mitad de los beneficiarios del sistema y se apoderan del 50% de los ingresos genuinos del sistema. Mientras que un gran número de entidades dependen de los mecanismos de subsidio gestionados por la Superintendencia de Seguros de Salud, e incluso en casos extremos como el actual de asistencia financiera directa por parte del Estado<sup>6</sup>. Esto claramente atenta contra uno de los objetivos esperados de las reformas de los años 90 que consistía en disminuir el número de entidades con el fin de incrementar la solidaridad al interior de ellas.

El análisis llevado a cabo en este trabajo refuerza estas ideas, se aprecia que la distribución del ingreso entre las entidades ha empeorado en los últimos años debido en parte a la falta de actualización del mecanismo de redistribución del SANO -principal subsidio del FSR- y la escasa participación relativa de los otros subsidios que componen dicho fondo definida en la misma ley que les dio origen.

Por otro lado, se demostró que, para aquellas entidades encuestadas en la localidad de Bahía Blanca las diferencias de ingresos se traducen en diferencias en cuanto a la cobertura brindada a los beneficiarios. Estas diferencias no solo se perciben en relación a una mayor cobertura de servicios médicos, sino que también se pueden observar en las trabas que son impuestas para acceder a tales servicios, en la cantidad de profesionales que brindan asistencia médica a los beneficiarios de cada entidad, y en los distintos servicios que la OS puede ofrecer (tales como sepelio y turismo). Cabe mencionar, que las principales diferencias se encuentren entre los quintiles 1 y 5, y no se ha encontrado un patrón entre los quintiles 3 y 4,

Los resultados de este trabajo deben evaluarse teniendo en cuenta las siguientes limitaciones. En primer lugar, la cantidad de respuestas representa apenas un tercio de la cantidad de entidades presentes en la ciudad, aunque se espera que una vez flexibilizadas las restricciones impuestas por el COVID-19 se pueda incrementar el número de respuestas y así refinar los resultados. A su vez, solo una OS correspondiente al quintil 2 respondió la

---

<sup>6</sup> <https://www.mdzol.com/sociedad/2020/8/19/97-obras-sociales-sindicales-recibiran-asistencia-del-estado-99376.html>

encuesta, lo que limitó el análisis de dicho quintil. En segundo lugar, la encuesta estaba diseñada para poder determinar la cantidad de beneficiario por médico (clínico y pediatra) que estuviera en su cartilla de efectores. Sin embargo, fue imposible tal estimación para la mayoría de las entidades relevadas debido a que desconocen la cantidad de beneficiarios a nivel local. En cuarto lugar, varias entidades funcionan en el mismo edificio que la organización sindical y funcionan como una “boca de expendio”, esto es un empleado del sindicato recepciona el trámite del beneficiario, lo envía a la sede central de la obra social y cuando está resuelto, se comunica con el beneficiario para comunicarle la decisión de la OS y/o entregarle la documentación necesaria en caso de corresponder. Por último, a lo largo de este trabajo se analiza la cobertura formal, dejando de lado, la posibilidad de que a pesar de que la prestación esté cubierta el beneficiario al momento de realizarla deba efectuar copagos o hacer frente a un arancel diferenciado.

Como futuras líneas de acción se plantea superar estas limitaciones. Asimismo, se prevé realizar encuestas de satisfacción a los usuarios de las obras sociales a través de las cuales se pueda captar su percepción acerca del funcionamiento de las entidades.

## **6. Referencias bibliográficas**

- Arnaudo, M. F., Lago, F., Moscoso, N., Báscolo, E., & Yavich, N. (2016). Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: un análisis comparativo de los años 2004 y 2011. *Salud colectiva*, 12, 125-137.
- Ballesteros, M. S. (2016). Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la población residente en zonas urbanas de Argentina entre 2003 y 2010. *Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)*, (26), 63-81.
- Beck, R. (2016). Obras sociales nacionales: financiamiento del plan médico obligatorio (Tesis de grado). Universidad de San Andrés, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/80a5/5562f238bd53552192fa92fd8c8290ddb228.pdf>

- Belmartino, S. (2005). Una Década de la Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.
- Benedetti, A., Cantú Echeverría, M. A., Martínez, M. A., & Trobbiani, V. (2018). Cobertura de medicamentos en obras sociales nacionales con distintos niveles de ingresos: un análisis exploratorio.
- Calinski, T., & Harabasz, J. (1974). A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics-theory and Methods*, 3(1), 1-27.
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. OIT.
- Cetrángolo, O., & Goldschmit, E. (2018). Origen y situación actual de un sistema altamente desigual.
- Decreto N° 9/93. Libre elección. Boletín Oficial, 13 de enero de 1993.
- Decreto N°1.615/96. Superintendencia de Servicios de Salud. Boletín Oficial, 31 de diciembre de 1996.
- Decreto N°1609/2012. Instituyese el subsidio de Mitigación de Asimetrías destinado a complementar la financiación de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Boletín Oficial, 6 de septiembre de 2012.
- Duda, R. O., P. E. Hart, and D. B. Stork (2001). *Pattern Classification and Scene Analysis*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Filgueira Lima, E. (2007). Las reformas en la Seguridad Social: Las Obras Sociales Nacionales y la opción de cambio.
- Findling, L., & Ferrero, J. (2001). El escenario de la reforma de obras sociales: actores, estrategias y entretelones. Instituto Gino Germani, FSOC, UBA, Buenos Aires.
- Findling, L., Arruñada, M., & Klimovsky, E. (2002). Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1077-1086.

Garay, O. E. (2 de febrero de 2016). Ministerio de Salud Argentina. Obtenido de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales-antecedentes>

Ley N°18.610/71. Obras Sociales. Boletín Oficial, Buenos Aires, 5 de marzo de 1970.

Ley N° 19.032/71. Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Boletín Oficial, Buenos Aires, 28 de mayo de 1971.

Ley N° 20.748/74. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Boletín Oficial, 23 de septiembre de 1974.

Ley N°23.660/88. Ley de Obras Sociales. Boletín Oficial, 20 de enero de 1989.

Ley N°26.427/08. Créase el Sistema de Pasantías Educativas en el marco del sistema educativo nacional. Boletín Oficial, Buenos Aires, 22 de diciembre de 2008.

Ley N°26.844/13. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. Boletín Oficial, Buenos Aires, 12 de abril de 2013.

Maceira, D. (2018). Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, y el Accionar del Sistema Único de Reintegros en Argentina. Pautas para un análisis de equidad distributiva. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Maceira, D., & Cicconi, V. (2003). Obras sociales nacionales financiamiento y equidad. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Proyecto de Ley N° 1.503/00. Reforma Integral del Sistema de Seguro de Salud.

Resolución N°1.203/2003. ANSES. Boletín Oficial, 14 de mayo de 2004.

Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En: O., Garay (Coordinador) Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal. Buenos Aires: Editorial La Ley.

## 7. Anexos

### *Anexo N°1. Obras sociales contactadas y Obras sociales que respondieron la encuesta*

#### Obras Sociales con presencia en Bahía Blanca que respondieron la encuesta

| Obra Social                                             | Quintil |
|---------------------------------------------------------|---------|
| Actividad docente                                       | 1       |
| Pers. espectáculo público                               | 1       |
| Personal rural y estibadores de la R.A.                 | 1       |
| Empleados de comercio y actividades civiles             | 2       |
| Confederación obreros y empleados municipales Argentina | 3       |
| Docentes particulares                                   | 3       |
| Empleados textiles y afines                             | 3       |
| Pers. de farmacia                                       | 3       |
| Pers. Imprenta, diarios y afines                        | 3       |
| Pers. mosaista                                          | 3       |
| Pers. telecomunicaciones R.A.                           | 3       |
| Bancaria argentina                                      | 4       |
| Federal nacional de obras sanitarias                    | 4       |
| Organización de servicios directos empresarios          | 4       |
| Pers. aguas gaseosas y afines                           | 4       |
| Pers. edificios renta y horizontal R.A.                 | 4       |
| Trabajadores de las comunicaciones (OSTRAC)             | 4       |
| Patrones de cabotaje ríos y puertos                     | 5       |
| Pers Pbbpolisur Bahía Blanca                            | 5       |
| Petróleo y gas privado                                  | 5       |

## Obras Sociales con presencia en Bahía Blanca que no respondieron la encuesta

| Obra Social                                                                       | Quintil |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Conductores de transportes colectivo de pasajeros                                 | 1       |
| Pers. auxiliar casas particulares                                                 | 1       |
| Pers. industria del vestido y afines                                              | 1       |
| Pers. maestranza                                                                  | 1       |
| Pers. prensa Bahía Blanca                                                         | 1       |
| Personal de la construcción                                                       | 1       |
| Personal gastronómico                                                             | 1       |
| Alfajeros, reposteros, pizzeros y heladeros (Mar del Plata y alrededores)         | 2       |
| Choferes de camiones                                                              | 2       |
| Empresa nacional de correos y telégrafos SA y de las comunicaciones de R.A.       | 2       |
| Pers. Panaderías                                                                  | 2       |
| Unión obrera metalúrgica de la R.A.                                               | 2       |
| Vendedores ambulantes de la R.A.                                                  | 2       |
| Actividad de seguros, reaseguros, capitaliz. y ahorro y préstamo para la vivienda | 3       |
| Empl. de la marina mercante                                                       | 3       |
| Federación arg. trabajo universidades nacionales                                  | 3       |
| Pers. carga y descarga                                                            | 3       |
| Pers. entidades deportivas y civiles                                              | 3       |
| Pers. ind. hielo y mercados particulares                                          | 3       |
| Pers. industria alimentación                                                      | 3       |
| Pers. industria fideera                                                           | 3       |
| Personal de la sanidad argentina                                                  | 3       |
| Personal de seguridad comercial, industrial e investigaciones privadas            | 3       |
| Sindicato de mecánicos y afines del transp. automotor                             | 3       |
| Trabajadores educación privada                                                    | 3       |
| Agentes lotería y afines RA                                                       | 4       |
| Federación argentina de trabajadores de luz y fuerza                              | 4       |
| Pers. administrativo técnico de la construcción y afines                          | 4       |
| Pers. industria lechera                                                           | 4       |
| Pers. industrias químicas y petroquímicas                                         | 4       |
| Personal civil de la nación                                                       | 4       |
| Recibidores de granos y anexos                                                    | 4       |
| Acción social de empresarios                                                      | 5       |
| Agen. propaganda médica de R.A.                                                   | 5       |
| Ferroviana                                                                        | 5       |
| Pers. de televisión                                                               | 5       |
| Pers. dirección de industria privada petróleo                                     | 5       |
| Pers. industria molinera                                                          | 5       |
| Pers. marítimo                                                                    | 5       |

*Anexo N°2: Obras Sociales que fueron excluidas del análisis*

| Obra social                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asociación Obras Sociales de Bella Vista                                                                            |
| Asociacion obras sociales de Rosario                                                                                |
| Coop. asistencia mutua y turismo del pers. soc. Pirelli limitada                                                    |
| Del Personal Jerárquico de la Industria Gráfica de la República Argentina                                           |
| Dirección de Witcel                                                                                                 |
| Dirección nacional de vialidad                                                                                      |
| Duperial Orbea                                                                                                      |
| Empl. Comercio y Act. Civiles                                                                                       |
| Empleados de comercio                                                                                               |
| I.S.S.Pers. Ind. Construcción                                                                                       |
| Instituto de Os para el personal del Ministerio de Economía                                                         |
| Instituto de Servicios para el Personal de Seguros, Reaseguros, Capitalización y Ahorro y Prestamo para la Vivienda |
| Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados                                               |
| O.s. Witcel                                                                                                         |
| Papel misionero SAIFC                                                                                               |
| Pers. Act. Azucarera Tucumana                                                                                       |
| Pers. guardavidas y afines R.A.                                                                                     |
| Pers. Jerarq. Agua y Energia                                                                                        |
| Pers. prensa de Chaco                                                                                               |
| Pers. Sup. Goodyear Argent.                                                                                         |
| Pers. Superior Industria Gas                                                                                        |
| Personal del Seguro                                                                                                 |
| Tintoreros Sombrereros y LA                                                                                         |
| Yacimientos Petroliferos Fiscales                                                                                   |