

**XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud**  
**XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud**  
**“Construyendo la agenda de salud para el próximo decenio”**  
**3, 4 y 5 de Abril de 2003**  
**Mendoza - Argentina**

Resumen de Comunicación Científica

**Título: Una actualización del Sistema Nacional del Seguro de Salud**  
**Coordinador:**  
**Autor/es: Ing. Luis V. Ceriani**  
**Dirección Autor: Ortiz de Ocampo 2506 10° (1425) Cdad. de Buenos Aires**  
**Teléfono: 4802-1050**  
**E-mail: [lvceriani@ciudad.com.ar](mailto:lvceriani@ciudad.com.ar)**

*Los graves acontecimientos vividos en la Argentina a finales del año 2001, determinaron la renuncia del Dr. De la Rúa y la asunción del Dr. Duhalde, luego del breve interinato del Dr. Rodríguez Saá. El país vivía el estadio terminal de una profunda crisis de balanza de pagos, consecuencia, entre otras cosas, del agotamiento del sistema de cambio fijo. La crisis detonó en la forma de una corrida bancaria, acentuada por el alto nivel de dolarización del sistema financiero. El Gobierno implementó una política de flotación cambiaria, y la devaluación resultante fue muy considerable.*

*Las obras sociales de las leyes 23.660 y 23.661 enfrentaban por un lado el riesgo de caída de la recaudación, y por el otro la perspectiva de un crecimiento brusco y considerable de los costos prestacionales. El Gobierno y el Parlamento Nacional sancionaron una serie de medidas enfocadas a contrarrestar dichas amenazas. Una de esas medidas fue el incremento de las contribuciones patronales del 5 al 6% de las remuneraciones mensuales brutas. Otra, el incremento de las deducciones con destino al Fondo Solidario de Redistribución. Una tercera medida instituía el Programa Médico Obligatorio de Emergencia que en la práctica recortaba algunas prestaciones y precios y bajaba en moneda constante el costo del Programa Médico Obligatorio. Por último, también se decidió el incremento de uno de los beneficios del FSR, el subsidio para los trabajadores de menores ingresos, elevando la garantía mínima de 40 a 47\$ por titular. Estos cambios fueron muy considerables, e hicieron variar parámetros que tenían vigencia por lo menos desde 1995. Esto aconseja relevar el nuevo marco regulatorio y, desde el momento en que se produjeron cambios que pueden ser el precedente de otros cambios futuros, y existe la perspectiva de variabilidad de las magnitudes monetarias corrientes, es conveniente modelizar el funcionamiento del sistema a efectos de estar en una mejor posición para analizar las consecuencias de los cambios poniendo de manifiesto los efectos virtuosos y los indeseados.*

*Por otra parte, como ya se dispone de valores de cierre de la recaudación y de la evolución de las variables macroeconómicas, es conveniente comparar la situación del sistema en el año 2002 respecto del 2001. Así, registrando la recaudación nominal, deflactándola con una fórmula construida ad hoc para medir el incremento de los costos prestacionales, asumiendo una hipótesis de reducción de costos del PMO en moneda constante al instituir el PMOE y corrigiendo el tamaño de la población, es posible decir que las obras sociales, en promedio, estuvieron en el año 2002 en una situación similar a la del 2001 en lo que hace a los recursos disponibles para el cumplimiento de sus obligaciones prestacionales. Las recomendaciones para la*

*agenda del próximo decenio incluyen la sugerencia de que el sistema debe tender al equilibrio actuarial de largo plazo entre necesidades y recursos. También que la garantía mínima por titular tiene que alcanzar el costo del PMO para el grupo familiar. Idealmente este valor debería estar ajustado por riesgo. Es probable que los recursos que provienen de las cotizaciones sobre los salarios no sean suficientes a este efecto. En ese momento la sociedad debe plantearse si está dispuesta a completar el financiamiento necesario con recursos de Rentas Generales de la Nación, probablemente en la forma de un fondo de regulación anticíclica.*

**REPÚBLICA ARGENTINA**

**ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD**

**XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud**

**XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud**

Construyendo la agenda de salud para el  
próximo decenio

3, 4 y 5 de Abril de 2003

# **UNA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD**

**Ing. Luis V. Ceriani**

## **Contenido**

- I. Introducción**
- II. Actualización del marco normativo del Sistema Nacional del Seguro de Salud**
- III. Evolución de variables que incrementan la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución**
- IV. Comparación de la situación del Sistema en el año 2002 respecto del 2001**
- V. Recomendaciones para la agenda del próximo decenio**

## **Notas**

Figura 1. Flujo de fondos del Sistema Nacional del Seguro de Salud

Figura 2. Flujo de remuneraciones asociadas al Sistema Nacional del Seguro de Salud

Cuadro 1. Recaudación del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Años 2001 y 2002

**Marzo 2003**

# UNA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

## I. INTRODUCCIÓN

1. Desde fines del año 2001 la Argentina se vio afectada por un conjunto de dramáticos acontecimientos con graves consecuencias que se propagaron por todos los sectores de la vida nacional, alcanzando la esfera institucional, determinando la renuncia del Dr. De la Rúa y su reemplazo por un Presidente elegido por la Asamblea Legislativa. La economía había experimentado una profunda crisis de balanza de pagos, consecuencia, entre otras causas, del agotamiento del sistema de cambio fijo. La crisis detonó en la forma de una corrida bancaria, agravada por el alto nivel de dolarización del sistema financiero. El Gobierno Nacional presidido por el Dr. Eduardo Duhalde (que siguió al breve interinato del Dr. Rodríguez Saá) enfrentó la situación con una política de flotación cambiaria. La devaluación resultante fue muy considerable, y se proyectó una serie caída del PIB, hoy confirmada para el año 2002 en 11,2% en moneda constante, respecto del año anterior. La crisis alcanzó todos los ámbitos, entre otros, el de las obras sociales de las leyes 23.660 y 23.661.
2. El sistema de las obras sociales afrontaba dos riesgos:
  - La caída de la recaudación por el incremento de la desocupación de los trabajadores en relación de dependencia, y por falta de pago y mora de los empleadores, originados en algunos casos por verdadera imposibilidad de afrontar las obligaciones con las obras sociales, y en otros por maniobras elusivas y evasivas.
  - El incremento de los costos prestacionales por efecto de la devaluación y su presión sobre algunos precios internos.
3. El Gobierno y el Parlamento Nacional instrumentaron a principios del año 2002 un conjunto de medidas tendientes a contrarrestar dichas amenazas. Estas medidas determinaron importantes cambios en el marco regulatorio del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS).
4. El presente trabajo se divide en tres partes:
  - En la primera (Títulos II y III) se actualiza el marco normativo del SNSS, consecuencia de las políticas implementadas.
  - En la segunda (Título IV) se miden los efectos de dichas políticas durante el año 2002, y se evalúa su eficacia para contrarrestar los efectos indeseados que la crisis hacía presagiar sobre el sistema.
  - Finalmente (Título V) se proponen una serie de recomendaciones para incluir en la agenda del SNSS para el próximo decenio.
5. Cabe destacar que varios de los desarrollos incluidos en este trabajo formaron parte de la actividad del autor como consultor del Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS) durante el año 2002.

## II. ACTUALIZACIÓN DEL MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

6. Como se ha dicho, la normativa que regula el flujo del SNSS ha sufrido recientemente importantes cambios. Es conveniente entonces replantear la totalidad del flujo en el marco regulatorio vigente. En la Figura 1 se puede ver un diagrama de bloques del sistema. En lo que a continuación se desarrolla, y en la medida de lo posible, se intentará modelizar el funcionamiento del flujo, a efectos de generalizar sus parámetros y facilitar el análisis de las variaciones de los mismos que determinan a su vez variaciones de los recursos del sistema.
7. Los recursos fundamentales del SNSS son los establecidos en las leyes 23.660 y 23.661 que constituyen la base normativa del mismo. Se debe recordar que el ámbito de aplicación de esta normativa hoy alcanza a los trabajadores en relación de dependencia, del Sector Privado de la economía y de algunos ámbitos del Sector Público Nacional. Por ejemplo, están incluidos los trabajadores de la Administración Nacional, pero no los del personal de seguridad y Fuerzas Armadas.
8. La ley 23.660 fijaba un aporte del empleado con destino a las obras sociales del 3 % de la remuneración mensual bruta, y una contribución del empleador del 6 %. Este 6 % había sido reducido al 5 % por el Decreto 492/95, y la Ley 25.239 le había dado a esta reducción jerarquía legal.

El 21 de Marzo de 2002 se publicó en el Boletín Oficial la Ley 25.565 de Presupuesto Año 2002. El Art. 80 de la misma dispone que se restituye la alícuota establecida en el inciso a) de la Ley 23.660 (6%) en concepto de contribución patronal al Sistema de Obras Sociales.

Esta normativa tiene vigencia para las remuneraciones devengadas desde el 1º de Marzo del 2002.

9. La recaudación que ingresa al agente financiero del SNSS, que es la AFIP, es entonces el producto de 2 factores:

$$\text{Recaudación} = \alpha * \text{RMB}$$

Donde:

$\alpha$  es un coeficiente mayor que 0 (en este momento es 0,09) [ $\alpha > 0$ ]

RMB remuneración mensual bruta (suma de las RMB de todos los trabajadores del sistema, con los alcances de lo que se expondrá en el punto 10)

10. Es necesario hacer una consideración adicional sobre la variable RMB. En la Figura 2 se puede ver un diagrama con un detalle de los flujos de las remuneraciones que están involucradas en el sistema.

El primer bloque es el flujo de la Remuneración Potencial del sistema. Incluye a todos los trabajadores del ámbito de la Ley que trabajan y tienen derecho percibir una remuneración y servicios sociales. Sin embargo, esta Remuneración Potencial se abre en Remuneraciones no Declaradas, asociadas al trabajo informal, y las Remuneraciones Declaradas a la AFIP por los empleadores en la forma de Declaraciones Juradas (DDJJ).

11. Sin embargo los empleadores no abonan en general la totalidad de los montos devengados sobre las DDJJ. Si llamamos  $\chi$  al coeficiente de "no pago" (**1**) la RMB es la siguiente:

$$\text{RMB} = \text{DDJJ} ( 1 - \chi )$$

$$0 < \chi < 1$$

Por lo tanto el producto de  $\chi$  por las DDJJ son las remuneraciones que devengan recursos del sistema que se pierden. En la actualidad el valor de  $\chi$  puede estar en alrededor de 0,15.

Es importante destacar que tanto las Remuneraciones no Declaradas como la porción no pagada de las DDJJ son sumideros del sistema, en los que se pierden recursos (líneas de flujo), que deben ser minimizados mediante procedimientos adecuados y eficaces de fiscalización.

12. Volviendo a la Figura 1:

La AFIP recauda los recursos a escala nacional en las aproximadamente ocho mil puntas de caja con las que cuenta, y direcciona los fondos del sistema.

- Una parte de la Recaudación, que calculamos mediante el coeficiente  $\beta$ , que cumple con la condición

$$0 < \beta < 1$$

y que resulta ser

$$\beta * \alpha * \text{RMB}$$

se destina al Fondo Solidario de Redistribución.

- El complemento, o sea

$$( 1 - \beta ) * \alpha * \text{RMB}$$

son los llamados recursos de Recaudación Directa de las Obras Sociales, también conocidos como "Pagos", que se direccionan a las Obras Sociales.

13. El coeficiente  $\beta$  puede ser un número, o, como en la actualidad, el resultado de un conjunto de números que se aplican a los aportes y contribuciones en función del nivel de la remuneración del titular. El Decreto 486/02 (de necesidad y urgencia) dispuso que las deducciones a practicar sobre los aportes y contribuciones, afectados a las obras sociales, con destino al Fondo Solidario de Redistribución son, en el caso de las obras sociales sindicales, del 10% para remuneraciones mensuales brutas de hasta 1.000\$ y 15% para remuneraciones superiores, mientras que en el caso de las obras sociales de personal de dirección, las deducciones son de 15% para remuneraciones mensuales brutas de hasta 1.000\$ y 20% para remuneraciones superiores. Este esquema tiene vigencia para las remuneraciones devengadas desde el 1º de Marzo del 2002. Este amplio Decreto, conocido como de "Emergencia Sanitaria", tenía vigencia hasta el 31 de Diciembre del 2002. Sin embargo, a efectos de los temas que se tratan en el presente trabajo,

en virtud del Decreto 2724/02 (de necesidad y urgencia) la emergencia sanitaria se extiende hasta el 10 de Diciembre del 2003.

El Decreto referido modifica en este punto a la Ley 23.661, que disponía que las deducciones con destino al FSR eran de 10% de los aportes y contribuciones en el caso de las obras sociales sindicales y de 15% para las obras sociales de dirección.

Desde el punto de vista del modelo, está claro que el coeficiente  $\beta$  puede tomar cualquier valor dentro de su rango de variación (entre 0 y 1), en función de los objetivos del sistema y las políticas del sector **(2)**.

14. El Decreto 486/02 ha “engrosado” el FSR, y debe destacarse que este es un hecho ponderable ya que, a constancia de la recaudación, incrementa la solidaridad y por tanto la equidad del sistema.

El tema de la solidaridad requiere una explicación adicional. En realidad hay dos solidaridades. Por un lado, la solidaridad intraactividad, por la que los beneficiarios de una cierta obra social (que en el pasado estaban vinculados por una actividad laboral común) son solidarios entre ellos, aportando un porcentaje fijo de su salario (el que más gana más aporta) y recibiendo todos la misma cobertura. Por otro lado, la solidaridad interactividad, que hace que los beneficiarios de una cierta obra social sean solidarios con todos los beneficiarios, independientemente de su actividad, cubriendo prestaciones que son iguales para todos los integrantes del sistema. Como ya se ha señalado, la mayor parte de los recursos financia la solidaridad intraactividad, y el residuo, significativamente menor, financia la solidaridad interactividad. Como se ve, ambas solidaridades son antagónicas, y todo incremento de la solidaridad interactividad, que es deseable, si no hay otras fuentes de recursos, es a costa de la solidaridad intraactividad **(3)**.

15. El Fondo Solidario de Redistribución tiene otros posibles recursos que, fundamentalmente, son las deducciones sobre las cuotas de adherentes voluntarios y la participación en los llamados recursos de “distinta naturaleza” **(4)**.

Los adherentes voluntarios son los que contratan privadamente a una obra social, la que en este contexto actúa como si fuera una empresa de medicina prepaga, debiendo contribuir con un 10% de las cuotas para el FSR en el caso de las obras sociales sindicales y con el 15% en el caso de las obras sociales de dirección. Estos aportes al FSR son de difícil fiscalización y recaudación, y en muchos casos se encuentran en situaciones controvertidas en el ámbito administrativo y aun en sede judicial. Por otra parte, desde el momento en que los adherentes no se benefician del Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), sino sólo de la cobertura de las prestaciones de la Administración de Programas Especiales (APE), no parece que esta deducción con destino al FSR, al menos en la presente cuantía, sea equitativa. Las cuotas de adherentes estarían además gravadas por el Impuesto al Valor Agregado (tasa reducida, actualmente 10,5 %), si bien hay algunas resoluciones judiciales que hacen de este tema otra cuestión controvertida. Es obvio que es necesario hacer un ordenamiento del marco regulatorio de los adherentes, el que no podrá ser ajeno a la normativa pendiente de sanción para la regulación de las empresas de medicina prepaga.

Los recursos de distinta naturaleza se refieren a algunas contribuciones especiales que por ley o convenio realizan los empleadores de una determinada actividad. En este caso el FSR se beneficia con el 50% de los recursos.



16. El FSR podría contar asimismo con recursos de la Tesorería General de la Nación (TGN en la Figura 1), es decir, de Rentas Generales. En el diseño actual no se cuenta con los mismos, por lo que la flecha de conexión de los bloques respectivos de la Figura 1 aparece cortada **(5)**.
17. Algunas obras sociales prestan cobertura a afiliados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) en el marco de lo dispuesto por el Decreto 292/95, contra la percepción de una cápita. También algunas obras sociales prestan cobertura a monotributistas, empleados de monotributistas y empleados del servicio doméstico, con los alcances de lo establecido por la Ley 25.239. Estas poblaciones no son consideradas en nuestro análisis.
18. Las prestaciones cubiertas por el Fondo Solidario de Redistribución son básicamente dos:
  - La primera es un subsidio a los beneficiarios de menores ingresos (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales, SANO), por los que el Fondo garantiza a las obras sociales una cotización mínima de \$ 20 por cada beneficiario titular (el que trabaja y sobre cuya remuneración se realizan aportes y contribuciones) y \$ 15 por cada beneficiario adicional de su grupo familiar, según lo dispone el Decreto (de necesidad y urgencia) 741/03 **(6)**. Este parámetro (el mínimo garantizado y la base de aplicación del mismo) debe ser considerado como otra de las variables fundamentales del sistema. La ley 23.661 dispone en el punto 2º inc. b) del Art. 24 que deben destinarse al SANO no menos del 70% de los recursos del FSR. En la práctica este subsidio es operado por la AFIP, quien actúa por cuenta y orden de la Superintendencia de Servicios de Salud. Los fondos ingresan y son automáticamente redireccionados por la AFIP hacia las obras sociales.
  - La segunda es la cobertura de patologías especiales de alta complejidad, cuya administración está a cargo de la Administración de Programas Especiales (APE).
19. En el pasado inmediato el FSR también destinaba recursos para subsidios financieros destinados a subsanar desequilibrios en el flujo de fondos de las obras sociales, y financiar planes de fortalecimiento institucional y proyectos de inversión en activos fijos (Resoluciones APE 577/98 y 1040/98). Esta operatoria tenía como antecedente el punto 3º, inciso b), artículo 24 de la Ley 23.661. Dichas resoluciones fueron recientemente derogadas por la Resolución APE 077/02 del 22 de Marzo del 2002.
20. El FSR financia asimismo las estructuras administrativas y operativas de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales.
21. Los recursos de recaudación directa de las obras sociales (también denominados “pagos”) pueden ser debitados automáticamente con cargos a favor de terceros por diferentes conceptos, por ejemplo:
  - Débitos del régimen de Hospital Público de Gestión Descentralizada
  - Cuotas de los préstamos del Programa de Reconversión de Obras Sociales
  - Embargos

La diferencia entre pagos y débitos se denomina “transferencias”.

22. Los recursos disponibles de las obras sociales son la suma de los siguientes conceptos:

- Transferencias
- SANO
- Reintegros y/o anticipos de la APE
- Otros (recursos de distinta naturaleza, adherentes, etc.)

Con estos recursos las Obras Sociales otorgan a sus beneficiarios cobertura médico asistencial en la forma del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), instituido por el Decreto (de Necesidad y Urgencia) 486/02 y regulado por la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación 201 del 19 de Abril del 2002.

### III. EVOLUCIÓN DE VARIABLES QUE INCREMENTAN LA RECAUDACIÓN DEL FSR

23. Hemos dicho que, a constancia de la recaudación, el incremento de los recursos del FSR aumenta la equidad y la solidaridad del sistema. Es conveniente, entonces, analizar la evolución de las variables ya definidas que aumentan los recursos del FSR.

24. Aumento de RMB. La variable RMB en general se puede expresar como:

$$\text{RMB} = w * q$$

Donde:

w es el salario nominal

q es el número de trabajadores empleados

RMB es una variable nominal. Más que el incremento de RMB, lo que nos interesa es el crecimiento de RMB en términos reales, es decir, en cuanto a su capacidad de compra de cantidades físicas, en este caso, los bienes y servicios necesarios para las obras sociales a efectos de brindar cobertura médico asistencial a sus afiliados. Si llamamos p al precio de dichos bienes y servicios, la remuneración mensual bruta real es:

$$\text{RMB} / p = w * q / p$$

Si q aumenta, RMB también aumenta (a constancia de w y p). Si aumenta el empleo, aumentan los recursos del FSR, pero también aumenta el número de beneficiarios. Si w y p no varían, se puede decir que el FSR conservará su capacidad para financiar los beneficios ya referidos, y que puede mejorar su situación por un efecto de escala (lo mismo ocurriría con las obras sociales y las prestaciones que están a su cargo).

Si  $w$  aumenta a constancia de  $q$ , debe analizarse la conducta de  $p$ . Para que RMB real aumente, es necesario que la tasa de crecimiento de  $w$  sea superior a la tasa de crecimiento de  $p$ .

Es difícil predecir la evolución de este precio relativo. En el largo plazo es probable y deseable que aumente. Durante el año 2002 disminuyó fuertemente, como veremos más adelante.

#### 25. Aumento del empleo formal

Es obvio que la recaudación del FSR también aumenta si, a constancia del empleo, hay un incremento del empleo formal. A este efecto es necesario mejorar todos los circuitos de fiscalización y control actualmente en uso y vigencia.

#### 26. Disminución de $\chi$ (no pago)

La disminución de  $\chi$  aumenta los recursos del FSR. También en este caso es necesario mejorar todos los circuitos de fiscalización y control actualmente en uso y vigencia.

#### 27. Aumento de $\alpha$

Para este punto debemos tener en cuenta que el incremento de  $\alpha$  aumenta la recaudación del sistema a constancia del empleo, pero que puede ser un inductor de disminución del empleo, porque incrementa el costo laboral. Para afirmar por anticipado que el incremento de  $\alpha$  incrementa la recaudación, es necesario conocer el comportamiento de la elasticidad precio de la demanda empleo. Si es inelástica la recaudación aumenta, si es elástica la recaudación disminuye. En ambos casos el empleo disminuye, excepto cuando la demanda es totalmente inelástica. De todos modos es necesario en cada caso completar este análisis microeconómico con consideraciones acerca del crecimiento de demanda efectiva que el mayor gasto en salud puede determinar.

#### 28. Aumento de $\beta$

El aumento de  $\beta$  incrementa los recursos del FSR, en cualquier caso.

#### 29. Flujo de Otros

Las deducciones sobre adherentes y sobre los recursos de distinta naturaleza incrementan los recursos del FSR.

#### 30. Flujo de Rentas Generales

Los recursos de Rentas Generales incrementan el FSR.

### **IV. COMPARACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA EN EL AÑO 2002 RESPECTO DEL 2001**

31. El año 2001 no fue un período de equilibrio del sistema. Por el contrario muchas obras sociales ya acusaban situaciones de quebranto económico e insolvencia financiera con el correlato de no estar en condiciones de cumplir con sus obligaciones prestacionales. Sin embargo, consideramos útil la comparación de lo

ocurrido en el 2002 en relación al 2001, porque es un modo práctico de medir la eficacia de las políticas adoptadas a principios del 2002, cuando se avizoraban riesgos de un verdadero derrumbe del sistema. Las recomendaciones de largo plazo, sin embargo, debemos efectuarlas respecto de conceptos y parámetros de equilibrio que permitan al sistema cumplir plenamente con sus objetivos, y claramente la situación del 2001 no cumplía con estos requisitos.

32. En este análisis no se toman en cuenta los adherentes voluntarios y los recursos de distinta naturaleza mencionados en el punto 15.
33. Para realizar la comparación mencionada, es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:
  - Evolución de la recaudación nominal
  - Efecto del PMOE en términos de disminución de los costos del PMO medidos en moneda constante
  - Evolución de los costos prestacionales
  - Variación de la población beneficiaria
34. La evolución de la recaudación nominal se muestra en el Cuadro 1. Los ingresos considerados son exclusivamente por aportes y contribuciones (incisos a y b del artículo 16 de la Ley 23.660). La recaudación directa de las obras sociales son los recursos que en el Título II hemos definido como pagos. La información es base caja, por lo que los ingresos registrados pueden estar referidos a diferentes meses de devengamiento. Esta es una debilidad de la información, si bien, como contrapartida, tiene la ventaja de que muestra con toda crudeza la realidad de los ingresos del sistema en el período bajo análisis. En el Cuadro 1 se han desagregado los acumulados de Enero a Marzo y los de Abril a Diciembre que es el período en que habrían comenzado a tener efecto las políticas ya mencionadas, cuya vigencia formal se inició con los ingresos devengados en el mes de Marzo del 2002.
35. No es fácil cuantificar cuál es la disminución de costo prestacional en moneda constante al sustituir el PMO por el PMOE. Inciden al respecto una gran cantidad de aspectos en una época de mucha convulsión económica y de desorden administrativo de los prestadores y de los agentes del sistema, en la que es muy difícil identificar precios de mercado. Sin embargo y a los efectos de fijar ideas utilizaremos una estimación preliminar de la SSS, que supone que el PMOE redujo los costos del PMO un 20 % en moneda constante.
36. Para estimar la evolución del costo del PMOE se ha utilizado una fórmula paramétrica en la que se considera que el costo prestacional de las obras sociales tiene 3 componentes diferentes cuyos precios siguen la evolución de los siguientes precios:
  - ▶ Dólar
  - ▶ Precios internos
  - ▶ Salarios

La ponderación contemplada en la fórmula utilizada **(7)** es razonablemente consistente con la composición del costo prestacional registrado en los balances de las obras sociales. Debe quedar claro que esta estimación no sustituye el cálculo actualizado del PMOE por métodos rigurosos. Sirve, no obstante, a los efectos de obtener conclusiones preliminares sobre el comportamiento del sistema, que son objeto de esta parte del trabajo **(8)**.

37. La estimación de la población también presenta dificultades. De hecho no se conoce la evolución de la misma porque los padrones no están depurados **(9)**. Para subsanar esta deficiencia se ha considerado como cierta la información de la población para fines del año 1998 (9,9 millones de beneficiarios y 4,3 millones de titulares) **(10)**, y se la ha actualizado con la tasa de ocupación de la economía que calcula el INDEC a partir de la Encuesta Permanente de Hogares. El supuesto que subyace en esta estimación es que los desocupados y los subocupados no pertenecen al SNSS. Entendemos que la hipótesis utilizada es, sin embargo, optimista, ya que hace evolucionar la población del SNSS con la tasa de ocupación promedio de la economía cuando, por la elevada proporción de trabajadores del sector privado que el sistema contiene, es probable que las tasas de ocupación de dicha población hayan sido menores (con seguridad el empleo público disminuyó menos que el privado). Con estos supuestos la población promedio se estima en 9,4 millones (4,1 millones de titulares) en el 2001 y en 8,7 millones de beneficiarios (3,8 millones de titulares) en el 2002.
38. Sobre la base de los supuestos e hipótesis enumerados es posible extraer las siguientes conclusiones:
- La recaudación nominal aumentó levemente (3%). La recaudación directa permaneció casi en el mismo nivel (0,8% de aumento) mientras que la recaudación del FSR aumentó más significativamente (21,3%). Este es el efecto del aumento de los porcentajes de las deducciones con destino al FSR ya explicadas (es el aumento de  $\beta$ ).
  - Estos porcentajes aumentan significativamente (14%, 9% y 59,4% respectivamente) cuando se comparan los acumulados de Abril a Diciembre, en los que habrían tenido pleno efecto las políticas de incremento de los aportes patronales y el aumento de  $\beta$ .
  - Si comparamos los acumulados de Enero a Marzo, vemos la importante caída de los recursos de recaudación directa (19,2%). También es muy importante la caída de los recursos del FSR, si bien la recaudación de Enero-Marzo del 2001 parece muy elevada y puede tener ajustes de períodos anteriores. Recordemos también que los recursos de libre disponibilidad del sistema son los de recaudación directa y el SANO, ya que los del FSR (menos el SANO), si bien son recursos extrapresupuestarios, deben seguir el procedimiento de autorización y acreditación de fondos públicos por parte de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía de la Nación.
  - La recaudación nominal del año 2002 fue de 2.988,6 millones de pesos. La recaudación deflacionada con la fórmula indicada más arriba fue en cambio de 2.126,8 millones de \$ del 2001. La recaudación del año 2001 fue de 2900,6 millones de \$ del 2001. Sin embargo para compararlas es necesario introducir el concepto de reducción de costos en moneda constante del PMOE respecto del PMO. En efecto, la comparación de la recaudación del año 2002 deflacionada, se debe hacer respecto del 80% de la recaudación del 2001, que

es la que se aplicó en ese año al financiamiento de las prestaciones contenidas en el PMOE **(11)**. El 80% de la recaudación del 2001 es 2.320,5 millones de \$ del 2001.

- Ahora debemos introducir la corrección de la población cubierta **(12)**. El año 2001 nos arroja una cápita de ingresos de 20,6 \$ por beneficiario, mientras que la del 2002 es prácticamente igual, de 20,4 \$ por beneficiario.
- Las políticas, entonces, parecen haber sido eficaces, en el marco de cierta recuperación de la actividad económica. Fue posible impedir el derrumbe del sistema y restituir las cápitales reales al nivel de las del 2001, cuando a principios de año se presagiaba una situación mucho más catastrófica.

39. Cabe preguntarse si el sistema goza entonces de una buena situación. Claramente la respuesta es que no está atravesando por una buena situación. En el 2001 el PMOE costaba aproximadamente 19,2 \$ (24 \$ el PMO) y los recursos prestacionales, el 80% de la cápita (según la Ley 23.660), sólo llegaban a 16,5 \$. Debemos destacar además que estamos haciendo el análisis con la cápita promedio del sistema, que incluye a las obras sociales de dirección y otras de empresa y sindicales de cápita alta y encima del promedio. Hay un conjunto de obras sociales, en consecuencia, con cápitales muy inferiores al promedio, absolutamente incapaces de cumplir con los requisitos prestacionales del sistema. Este conjunto de obras sociales presentan en general situaciones económico financieras muy comprometidas y probablemente sean irrecuperables. Parte de la población de estas obras sociales se atiende en el hospital público, que prácticamente recupera una mínima proporción de su costo prestacional a través del sistema de débito directo de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Una reciente encuesta **(13)** indica que el 16% de la población que se atiende en hospitales públicos cuenta en teoría con la cobertura de una obra social nacional o provincial, pero no recibe servicios de la misma y es tratado y se comporta como si no tuviera cobertura. Si bien el porcentaje correspondiente al SNSS no está desagregado, su cuantía no debe ser menor. La población total que se atiende en hospitales públicos es del orden de 14,3 millones de personas. Lo apuntado es un síntoma muy claro de la crisis de algunos agentes del sistema.

## V. RECOMENDACIONES PARA LA AGENDA DEL PRÓXIMO DECENIO

40. Hay que incorporar el concepto de que el sistema debe tender al equilibrio actuarial de largo plazo entre necesidades y recursos. Esto obliga a recálculos periódicos de ingresos probables y de necesidades de financiamiento del plan garantizado de salud (el PMO vigente en cada momento). Obliga por lo tanto a revisiones del PMO desde el doble enfoque de su capacidad para brindar cobertura médico asistencial a los beneficiarios, y de los recursos disponibles para su financiamiento.
41. Creemos que el Decreto 741/03, al introducir el concepto de garantía mínima por beneficiario y no por titular, es un gran avance sobre el régimen vigente con anterioridad, que no tomaba en cuenta el riesgo del tamaño del grupo familiar. Entendemos que lo que aun queda por resolver es que la garantía por beneficiario debe ser como mínimo el costo del PMO vigente en cada momento. De lo contrario el subsidio no es eficaz, y esconde situaciones que culminan en la subprestación. El sistema y sus actores deben sincerarse en este aspecto y no aceptar explicaciones superficiales y erradas, como que cada obra social tiene un costo de PMO diferente, o que hay obras sociales que pueden brindar o brindan PMO por valores irrisorios de cápita. Más allá de los matices regionales, de alguna

razonable dispersión de las tasas de uso y de los efectos de escala, el costo mínimo del PMO debe ser similar para todos los agentes y en línea con los precios de mercado de las prestaciones. Si la garantía es el costo del PMO, cada obra social tendrá cápitas al nivel del costo del PMO y cápitas por encima del costo del PMO. La obra social debe financiar sus costos administrativos con la diferencia entre las cápitas por encima del costo del PMO y el costo del PMO. Si aún hubiera excedente, podrá destinarse dichos recursos a prestaciones suplementarias a las contenidas en el PMO.

42. Sin embargo, el esquema superador del expuesto más arriba es el que permite el otorgamiento del subsidio automático tomando en cuenta el riesgo de cada beneficiario. En una primera instancia el diferencial de riesgo debería establecerse sobre la base de los parámetros sexo y edad. En este esquema es conveniente que la cobertura de las enfermedades crónicas sean en su totalidad cubiertas por la APE, garantizándose la libre circulación del beneficiario entre todos los agentes del sistema **(14)**.
43. Cuando se realice el cálculo del SANO en el marco de la iniciativa del punto anterior, es altamente probable que los recursos del FSR no sean suficientes. Será necesario entonces efectuar un replanteo responsable del PMO, y luego aplicar las medidas necesarias para el incremento de los recursos del FSR (ya analizadas en el Título III). En nuestra opinión, el cálculo de los recursos demostrará que para cerrar las cuentas será necesario contar con aportes de Rentas Generales de la Nación. Esto evidenciará que, como se presume, los recursos que resultan de las cotizaciones sobre los salarios no son suficientes para la cobertura de salud de los beneficiarios, y que la sociedad debe decidir si asigna recursos de la recaudación general de impuestos a las obras sociales. Otro tanto ocurrirá seguramente en relación con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Lo razonable sería la integración de un fondo de regulación anticíclica que acumule recursos en la fase alta del ciclo económico y los libere en la fase baja. Este aspecto abre otro debate, de la mayor trascendencia, vinculado con la cuantía del aporte y con la definición de cuáles instituciones son las que están en condiciones y son aptas para administrar dichos recursos.

## NOTAS

- (1) En realidad hay en  $\chi$  un doble efecto, de no pago y de mora. Como la mora tiene sólo un efecto financiero reducimos este concepto al de “no pago”.
- (2) Hay dos antecedentes históricos de esquemas alternativos de financiamiento del FSR, que finalmente no fueron implementados, pero que es conveniente recordar:
  - En 1992 el Poder Ejecutivo elaboró un proyecto denominado “Cuota Parte de Atención Médica (CUPAM)”, en el que  $\beta = 1$ , es decir, todos los recursos se destinaban al FSR y desde allí se distribuían a las Obras Sociales por cápita.
  - Otro antecedente es el Decreto (de necesidad y urgencia) 446/2000, hoy derogado, que establecía que las deducciones con destino al FSR era del 10% de los aportes y contribuciones para remuneraciones brutas mensuales de hasta 700\$, 15% para remuneraciones entre 700 y 1500\$ y 20% para remuneraciones superiores a 1500, independientemente del tipo de obra social a la que pertenecía el contribuyente.
- (3) La libre opción de obra social instituida por el Decreto 9/93 y en plena vigencia desde 1997, ha relativizado en parte el concepto de solidaridad intraactividad, cambiándolo por el de solidaridad “intra obra social”.
- (4) Cf. Art. 16 de la Ley 23.660.
- (5) El Decreto 446/2000, referido en nota anterior, preveía que los recursos en concepto de IVA recaudados en operaciones gravadas del sector salud, se destinaban al FSR.
- (6) Este Decreto modifica el Decreto 1867/02, que establecía una garantía mínima de \$ 47 por titular, sin tomar en consideración el tamaño del grupo familiar, y suspendía los efectos del Decreto 1400/01. El Decreto 1867/02 también modificaba el Decreto 492/95, que establecía una garantía mínima de \$ 40 por titular.
- (7) La fórmula utilizada es la siguiente:

$$\text{COSTO}_i = \text{COSTO}_o * [ 0,15 * \text{DÓLAR}_i / \text{DÓLAR}_o + 0,35 * ( 0,80 * \text{PCON}_i / \text{PCON}_o + 0,20 * \text{PMAY}_i / \text{PMAY}_o ) + 0,50 * \text{SALAR}_i / \text{SALAR}_o ]$$

Dónde:

Dólar: tipo de cambio libre vendedor promedio del mes.

PCON: Precios al Consumidor, INDEC.

PMAY: IPIM, INDEC

SALARIO: sólo registra los aumentos no remunerativos otorgados a los trabajadores del sector privado (100\$ en Julio del 2002 y 30\$ en Enero del 2003).



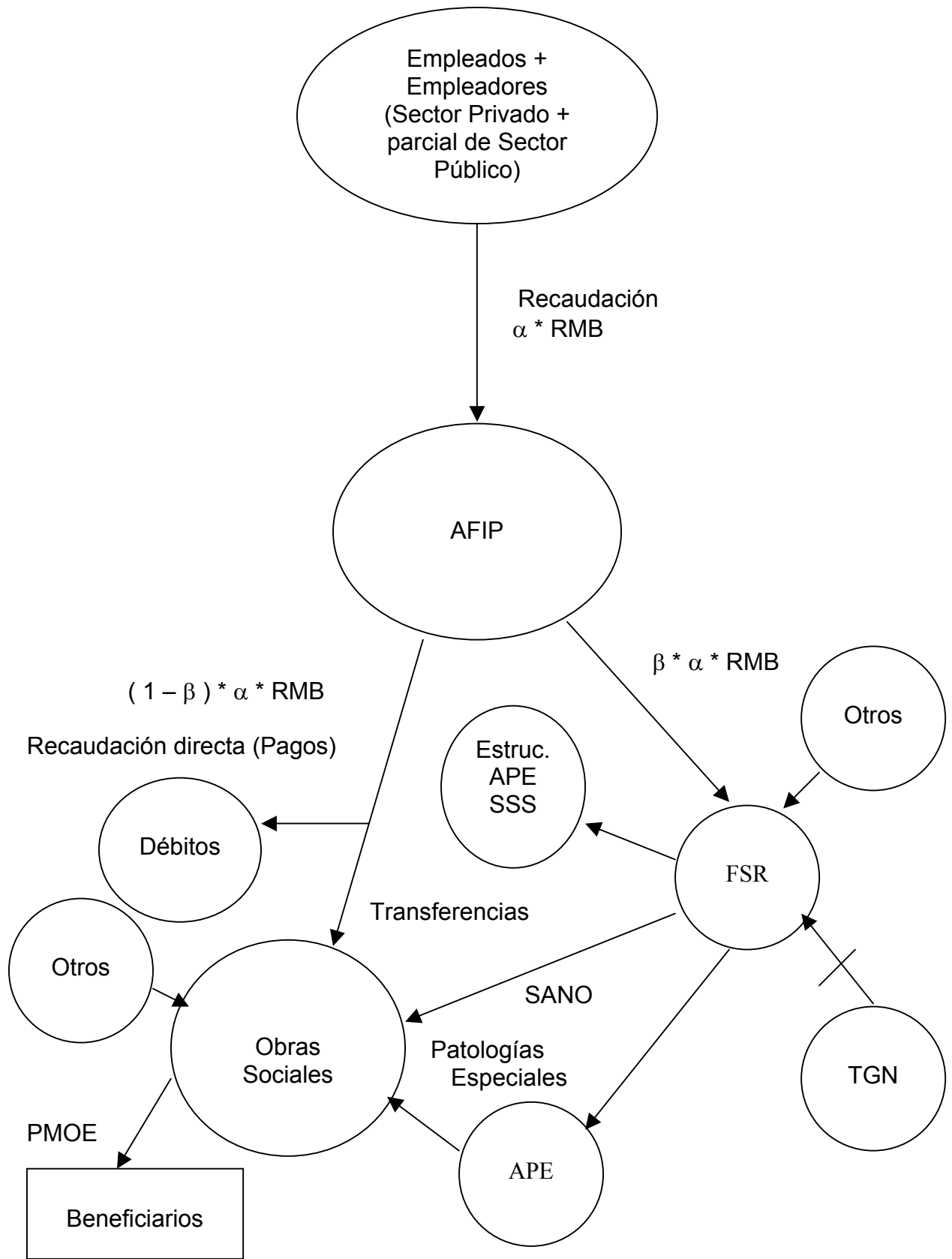
Base: Diciembre del 2001.

- (8) Es interesante observar los valores calculados para el PMOE con la fórmula de la Nota (7), entre Abril del 2002 y Febrero del 2003. Se supone que el costo del PMO en Diciembre de 2001 era de 24\$ (y se considera que PMOE/PMO es 0,8).

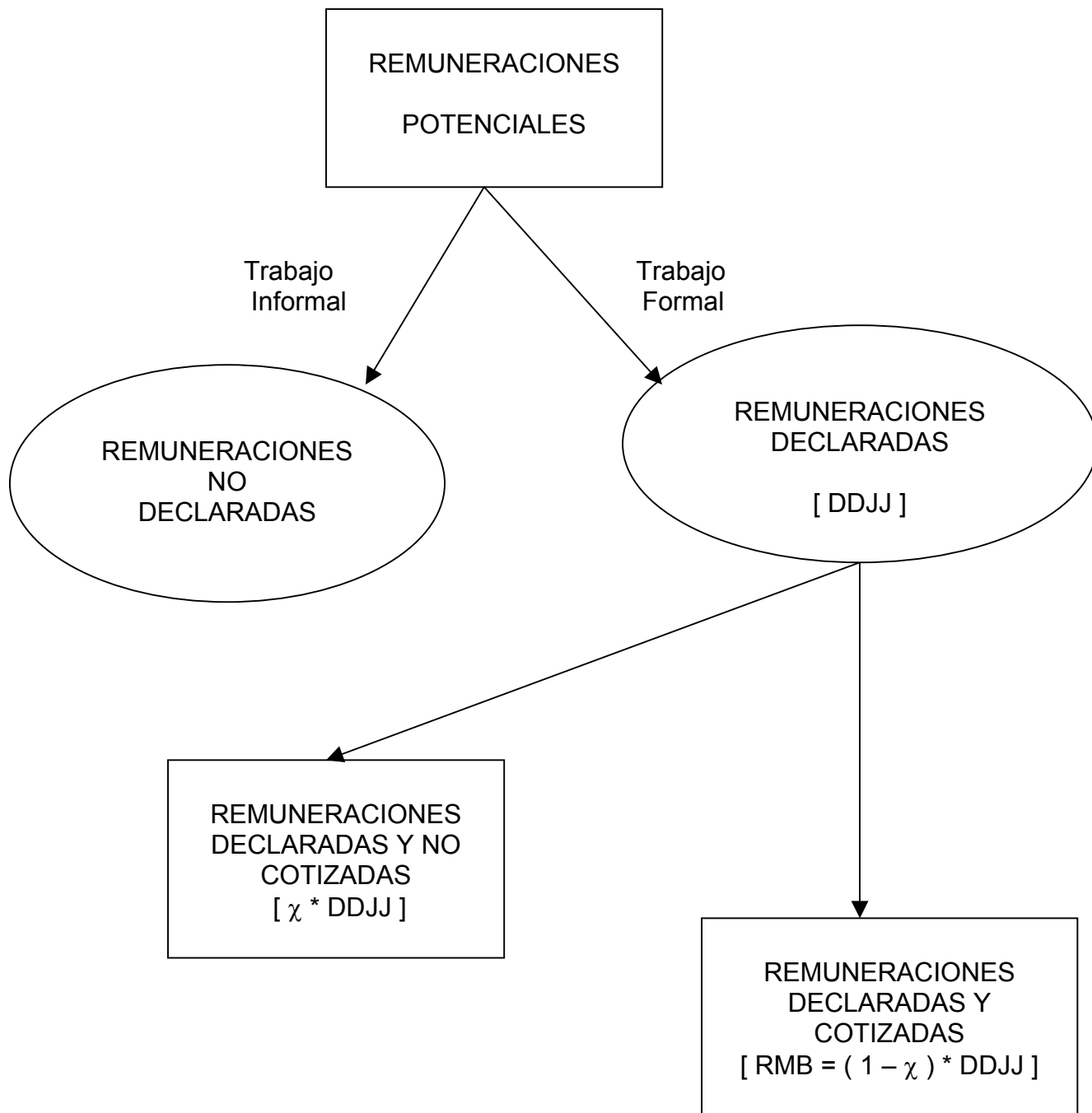
Abr-02	25.4
May-02	26.4
Jun-02	27.2
Jul-02	29.8
Ago-02	29.9
Sep-02	30.1
Oct-02	30.1
Nov-02	30.1
Dic-02	30.0
Ene-03	30.5
Feb-03	30.4

- (9) A la fecha de elaboración de este trabajo, la SSS está cruzando con las DDJJ de la AFIP, una versión del padrón de beneficiarios recientemente actualizada en conjunto con la ANSES y las obras sociales.
- (10) La población de 4,3 millones de titulares es la informada en las DDJJ elevadas a la AFIP. La relación beneficiario por titular utilizada (2,3) es superior a la que surge de las DDJJ, pero está más en línea con la informada por las obras sociales.
- (11) En este análisis asumimos una simplificación. Consideramos que el PMOE se aplica a la totalidad del año 2002, (cuando en realidad tiene vigencia desde Abril).
- (12) No tomamos en cuenta el efecto de los 90 días de cobertura luego del distrato laboral, al que obliga la ley.
- (13) Cf. Uribe, J. P. y Schwab, N. , Banco Mundial, Documento de Trabajo N.2/02, "El sector salud argentino en medio de la crisis", Noviembre 2002.
- (14) Habría que diferenciar las afecciones crónicas de las que no lo son. La cobertura de las no crónicas debería quedar en cabeza de la obra social, quien, para los riesgos asegurables, podría autoasegurarse o asegurarse en compañías comerciales de seguro (las primas que cada agente obtenga estarán en relación inversa al tamaño de su población, lo que constituye un incentivo a la concentración), mientras que la cobertura de lo crónico estaría a cargo de un Fondo, administrado por un agencia pública (por ejemplo la APE) o por una entidad privada, ó público privada.

FIGURA 1. FLUJO DE FONDOS DEL SNSS



**FIGURA 2. FLUJO DE REMUNERACIONES ASOCIADAS AL SNSS**



### Cuadro 1 - Recaudación del Sistema Nacional del Seguro de Salud - Años 2001 y 2002

(Columnas 2001 y 2002 en millones de \$ corrientes - Columna 2002/2001, número índice)

	RECAUDACIÓN DIRECTA			FSR			RECAUDACIÓN BRUTA		
	2001	2002	2002/2001	2001	2002	2002/2001	2001	2002	2002/2001
<b>Ene-Mar</b>	750.8	606.3	80.8	120.9	70.3	58.1	871.7	676.6	77.6
<b>Abr-Dic</b>	1828.4	1992.4	109.0	200.5	319.6	159.4	2028.9	2312.0	114.0
<b>Total</b>	2579.2	2598.7	100.8	321.4	389.9	121.3	2900.6	2988.6	103.0

Fuente: elaboración propia sobre datos de la AFIP y la SSS