

Documento de Trabajo N° 72

Seguridad Social y Competitividad: El Caso del Sistema de Salud

Mónica Panadeiros

Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas

Buenos Aires, marzo del 2002

QUÉ ES FIEL?

La Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, FIEL, es un organismo de investigación privado, independiente, apolítico y sin fines de lucro, dedicado al análisis de los problemas económicos de la Argentina y América Latina.

Fue fundada en 1964 por las organizaciones empresarias más importantes y representativas de la Argentina, a saber: la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, la Cámara Argentina de Comercio, la Sociedad Rural Argentina y la Unión Industrial Argentina.

FIEL concentra sus estudios en la realización de investigaciones en economía aplicada, basadas en muchos casos en el procesamiento de la estadística económica que elabora directamente la institución.

Estas investigaciones abarcan áreas diversas, tales como economía internacional, mercado de trabajo, crecimiento económico, organización industrial, mercados agropecuarios, economía del sector público, mercados financieros. En los últimos años la Fundación ha concentrado sus esfuerzos en diversas líneas de investigación relacionadas con el sector público y su intervención en la economía, trabajos que han hecho de FIEL la institución local con mayor experiencia en este área. Dentro de esta temática, ocupa un lugar destacado el estudio y la propuesta de soluciones económicas para los problemas sociales (educación, salud, pobreza, justicia, previsión social). Recientemente se han incorporado nuevas áreas de investigación, tales como economía de la energía, medioambiente, economía del transporte y descentralización fiscal.

El espíritu crítico, la independencia y el trabajo reflexivo son los atributos principales de las actividades de investigación de FIEL.

Por la tarea desarrollada en sus años de existencia, FIEL ha recibido la "Mención de Honor" otorgada a las mejores figuras en la historia de las Instituciones-Comunidad-Empresas Argentinas, y el premio "Konex de Platino" como máximo exponente en la historia de las "Fundaciones Educacionales y de Investigación" otorgado por la Fundación Konex.

La dirección de FIEL es ejercida por un Consejo Directivo compuesto por los presidentes de las entidades fundadoras y otros dirigentes empresarios. Dicho órgano es asistido en la definición de los programas anuales de trabajo por un Consejo Consultivo integrado por miembros representativos de los diferentes sectores de la actividad económica del país, que aportan a FIEL los principales requerimientos de investigación desde el punto de vista de la actividad empresarial. Un Consejo Académico asesora en materia de programas de investigación de mediano y largo plazo. Los estudios y las investigaciones son llevados a cabo por el Cuerpo Técnico, cuya dirección está a cargo de tres economistas jefes, secundados por un equipo de investigadores permanentes y especialistas contratados para estudios específicos.

AV. CORDOBA 637-4° PISO- (C1054aaf) BUENOS AIRES-ArGENTINA
TEL. (5411) 4314-1990-FAX (5411) 4314-8648
E-MAIL:postmaster@fiel.org.ar
WEB SITE: hptt: //www.fiel.org

SEGURIDAD SOCIAL Y COMPETITIVIDAD: EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD

Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas

Presidente Honorario: Arnaldo T. Musich

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente: Juan P. Munro
Vicepresidentes: Víctor L. Savanti
Federico J.L. Zorraquín
Secretario: Juan C. Masjoan
Prosecretario: Luis MarioCastro
Tesorero: Mario E.Vázquez
Protesorero: Franco Livini

Vocales: Guillermo E. Alchourón, Juan Manuel Almirón, Alberto Alvarez Gaiani, David Beer, Salvador Carbó, Enrique C. Crotto (Presidente de la Sociedad Rural Argentina), José M. Dagnino Pastore, Jorge L. Di Fiori (Presidente de la Cámara Argentina de Comercio), José M. Gogna, Marcelo Lema, Carlos A. Leone, Silvio Machiavello, Juan Bautista Peña (Presidente de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires), Carlos Popik, Aldo B. Roggio, Manuel Sacerdote, Santiago Soldati, Guillermo Stanley, Esteban Tackacs, Juan Pedro Thibaud, Oscar Vicente.

CONSEJO CONSULTIVO

Jorge Rubén Aguado, Cristian Bejer, Martín J. Blaquier, Carlos A. Bulgheroni, José Gerardo Cartellone, Juan Carlos Cassagne, Enrique Cristofani, Guillaume Dehollain, Martín Del Nido, Bernard Dunand, Jorge Ferioli, Néstor Ferrando, Rodolfo Ferro, Juan M. Forn, Phillippe Joannier, Amalia Lacroze de Fortabat, Antonio Losada, Héctor Marsili, Francisco Mezzadri, Carlos Ormachea, Antoni Peris Mingot, Francisco Ponasso, Ernesto Silva, Hugo Strachan, Humberto Toyama, Horacio Turri, Francisco Vallejo, Gabriel Vázquez, Mauricio Wior.

CONSEJO ACADEMICO

Miguel Kiguel, Manuel Solanet, Mario Teijeiro.

CUERPO TECNICO

Economistas Jefe: Daniel Artana, Juan Luis Bour (Director), Fernando Navajas
Economistas Asociados: Walter Cont, Leonardo Gasparini, Santiago Urbiztondo
Economistas Senior: Marcela Cristini,, Oscar Libonatti, Mónica Panadeiros, Abel Viglione.
Economista Principal Dpto. Economía de la Educación: María Echart.
Economistas: Cynthia Moskovits, Ramiro A. Moya, Nuria Susmel.
Economistas Junior: Guillermo Bermúdez.
Investigadores Visitantes: Enrique Bour, Ricardo López Murphy, Alfonso Martínez, Mario Salinardi, Enrique Szewach.
Asistentes de Investigación: N. Poletti.
Asistentes de Estadísticas: C. Adrogué, E.R. Cabezón, S. Fernández Boccacci, N. Laguyas, A. Moscatelli, M. E. Orlicki, L.A. Schupak.
Gerente de Relaciones Institucionales: Emilio Parodi.

Entidad independiente, apolítica sin fines de lucro, consagrada al análisis de los problemas económicos y latinoamericanos. Fue creada el 7 de febrero de 1964. -FIEL, está asociada al IFO Institut Für Wirtschaftsforschung München e integra la red de institutos corresponsales del CINDE, Centro Internacional para el Desarrollo Económico. Constituye además la secretaría permanente de la Asociación Argentina de Economía Política.

DOCUMENTO DE TRABAJO Nº 72

INDICE

PREFACIO 1
SÍNTESIS 2
I. INTRODUCCIÓN 6
II. LA ORGANIZACIÓN HISTÓRICA 7
III. LOS CAMBIOS EN LOS '90 12
IV. LA SITUACIÓN ACTUAL 16
V. PROPUESTA DE REFORMA 20
BIBLIOGRAFÍA 29

Esta investigación es parte del Programa de Estudios de FIEL, aprobado por su Consejo Directivo, aunque no refleja necesariamente la opinión individual de sus miembros ni de las Entidades Fundadoras o Empresas Patrocinantes.

SEGURIDAD SOCIAL Y COMPETITIVIDAD: EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD

PREFACIO

Los programas de seguridad social han tenido un amplio desarrollo en la Argentina, inspirándose gran parte de ellos en los modelos existentes en Europa Occidental. Estos programas tienen por objeto fundamentalmente cubrir ciertos riesgos de la clase trabajadora –y, eventualmente, del grupo familiar- tales como el de enfermedad, accidentes de trabajo, desempleo, longevidad, etc. Dado que su financiamiento proviene de cotizaciones sobre las remuneraciones, la necesidad de contar con esta clase de seguros sociales se enfrenta con el impacto negativo que los mismos tienen sobre la competitividad de la economía.

El reconocimiento de este conflicto ha dado lugar a que, en el marco de la transformación amplia de la economía que la Argentina encaró en los 90s, algunos de estos programas hayan sido objeto de importantes reformas. El sistema de "obras sociales", a través del cual se brinda cobertura en salud, a pesar de haber sido objeto de abundantes críticas centradas mayormente en la falta de competencia entre las entidades aseguradoras, se mantuvo sin embargo durante toda la década pasada sin cambios importantes en su organización. En virtud de ello, resulta de interés elaborar un diseño institucional alternativo que permita cumplir con el objetivo de brindar –de una manera solidaria- cobertura en salud a la clase trabajadora y su grupo familiar, pero estableciendo un marco regulatorio adecuado para hacer competitivo el sistema.

La elaboración de este proyecto estuvo a cargo del cuerpo de investigadores de FIEL, bajo la coordinación de la Lic. Mónica Panadeiros (Economista Senior) y la supervisión del Lic. Juan Luis Bour (Economista Jefe), y contó con el apoyo de la Fundación Konrad Adenauer.

Este trabajo es parte del Programa de Estudios de la Fundación FIEL, aprobado por su Consejo Directivo, aunque no refleja necesariamente la opinión individual de sus miembros ni de las Entidades Fundadoras o Empresas Patrocinantes.

SÍNTESIS

En la década del 90, y en el contexto de una reforma económica amplia, la Argentina ha rediseñado algunos de los programas de la seguridad social, orientándose hacia esquemas más eficientes en los que la gestión está a cargo de instituciones privadas que compiten entre sí, sujetas a estrictas regulaciones públicas. El sistema de obras sociales –a través del cual se aseguran los riesgos de enfermedad de la población activa y su grupo familiar- ha avanzado, sin embargo, muy poco en ese sentido.

Es así que a pesar de innumerables anuncios e incluso normativa disponiendo la desregulación del sistema, éste se sigue caracterizando por la falta de competencia entre entidades aseguradoras, debido a la reserva de mercado que se les otorgó a las obras sociales de naturaleza sindical.

A este no despreciable obstáculo a lograr un mercado competitivo, debe agregarse que la tibia desregulación encarada no apuntó a reducir los aportes y contribuciones al sistema –aún en un contexto en el que teóricamente los individuos se apropian de sus cotizaciones-, al tiempo que continúan existiendo subsidios de carácter discrecional.

Como consecuencia de la falta de competencia y del mecanismo de financiamiento en el que se apoya, el sistema vigente admite el funcionamiento de entidades por demás ineficientes, resulta poco transparente en el reparto de subsidios, al tiempo que constituye una elevada carga en términos de impuestos al trabajo, desalentando así la demanda laboral.

Es evidente, entonces, que la organización de este sistema merece ser revisada, apuntando a reemplazarla por un esquema que -sin descuidar los aspectos vinculados con la equidad- tienda a evitar la generación de ineficiencias o sobrecostos innecesarios.

La propuesta desarrollada se basa en permitir a los beneficiarios la posibilidad de elegir libremente con quien contratar el seguro de salud para sí y su grupo familiar. Este seguro será provisto por entidades privadas que deberán operar de acuerdo con un conjunto

de reglas establecidas por el Estado que tienden a crear un marco de competencia adecuado para alentar la oferta de un servicio de calidad a costos razonables. Los ingresos de las entidades aseguradoras provendrán de las primas que fijen libremente, las que deberán ser iguales para todos los individuos que pertenezcan a la misma categoría de riesgo (en base a edad, sexo, etc.), tengan los mismos beneficios y residan en la misma área. Se admitirán, no obstante ello, reducciones programadas por tamaño del grupo familiar o por contratos colectivos, tales como los que pudieran efectuar las empresas para sus trabajadores.

Asimismo, las entidades estarán obligadas a ofrecer un Programa Médico Obligatorio (PMO), modificable en el tiempo, conteniendo los beneficios básicos definidos por la agencia regulatoria, aunque se admite que en forma adicional las entidades ofrezcan planes más amplios que el PMO.

Los entes serán controlados por la autoridad de aplicación tanto en lo que respecta al cumplimiento de los contratos con los afiliados como en lo referente a las cuestiones técnicas (solvencia, liquidez, reaseguros, etc.) vinculadas con su actividad aseguradora. Tendrán, por otra parte, plena libertad para suministrar los servicios asistenciales en forma directa o por intermedio de terceros.

El financiamiento del sistema se apoyará en aportes individuales (de bolsillo), sin establecer proporción fija alguna sobre el salario; el único requisito consiste en la obligación de contratar por grupo familiar al menos un seguro correspondiente al PMO. Sin embargo, por razones de equidad se contempla la constitución de un Fondo de Seguro que se integrará con una contribución obligatoria sobre las remuneraciones. Este Fondo tendrá por finalidad asistir al financiamiento de un PMO básico para los grupos de menores recursos, completando sus cápitas. El mecanismo que se sugiere utilizar en estos casos se basa en que la agencia regulatoria establezca un sistema de licitaciones periódicas competitivas para proveer el PMO básico por un lapso determinado a la población que requiera asistencia del Fondo de Seguro. Se aconseja, en la medida de lo posible, que múltiples entes sean declarados ganadores en cada localidad, de modo tal de permitir mayores posibilidades de elección de los beneficiarios de la institución a la cual desean afiliarse.

Dado que las cápitas que se licitan constituyen el principal factor para determinar las entidades elegibles, aquéllas de valor elevado corren el riesgo de no ser seleccionadas, lo cual genera incentivos para desarrollar métodos de organización que minimicen costos. A su vez, aquellos entes que no brinden una cobertura adecuada, no sólo aumentarán el riesgo de ser rechazados en la siguiente licitación, sino que -de existir competencia en la región- acusarán en el corto plazo una merma de adherentes con la consiguiente pérdida de ingresos.

Bajo este esquema, la fijación del impuesto al trabajo estará vinculada con el costo del PMO básico y el tamaño de la población a subsidiar, dependiendo esta última a su vez del nivel y distribución de los ingresos familiares y de la relación costo PMO/ingresos a partir de la cual se otorgan subsidios para completar las cápitas.

En el trabajo se presentan algunas simulaciones. que arrojan que, por ejemplo, para un PMO del orden de los $ 20 per cápita por mes, con un subsidio a partir de que el costo para la familia represente más del 4% de sus ingresos, exige un Fondo de Seguro que debe integrarse con un impuesto al trabajo del orden del 2.72%. Ésta parece ser una una alternativa razonable, ya que un aporte más elevado contraría la posibilidad de reducción de costos laborales que la economía argentina requiere, en tanto que un subsidio más limitado, que posibilite aspirar a un PMO de mayor nivel con el mismo impuesto al trabajo, significaría una pesada carga de bolsillo para los beneficiarios.

El sistema propuesto en estas líneas goza de diversas ventajas en relación al vigente actualmente. En primer lugar, al permitir la libre elección de los beneficiarios, introduce la competencia entre aseguradoras, las que en razón de ello tendrán fuertes incentivos para operar de una manera eficiente. En segundo lugar, al fijar libremente las entidades las primas de los distintos planes y categorías de riesgo, desaparece la disociación de ingresos y egresos que existe bajo el sistema actual, evitando de este modo problemas financieros que se traducen en incumplimientos de contratos. En tercer lugar, se reduce sustancialmente el impuesto al trabajo: bajo la hipótesis seleccionada esta disminución alcanza a más de de dos puntos porcentuales sobre los aportes patronales vigentes. Ello tenderá, por un lado, a disminuir el grado de evasión del sistema, y por otro mejora la competitividad de las empresas radicadas en el país. A su vez, al no establecerse la obli-

gación de destinar un porcentaje fijo de las remuneraciones al seguro de salud, permite adaptar éste a las necesidades, gustos y circunstancias personales. Por último, al eliminarse completamente los subsidios a las obras sociales reemplazándolos por subsidios a los beneficiarios, se torna más transparente el mecanismo redistributivo, garantizando de esta manera que sólo sean subvencionados aquéllos que así lo requieran.

I. INTRODUCCIÓN

En la década del 90, y en el contexto de una reforma económica amplia, la Argentina ha rediseñado algunos de los programas de la seguridad social, orientándose hacia esquemas más eficientes en los que la cobertura de los trabajadores frente a determinados eventos, se otorga a través de instituciones privadas que compiten entre sí, pero que están sujetas a estrictas regulaciones públicas. El régimen previsional y el de riesgos del trabajo son los ejemplos más importantes en este sentido.

El sistema de obras sociales –a través del cual se aseguran los riesgos de enfermedad de la población activa y su grupo familiar- si bien ha sido objeto en los últimos años de un intenso debate en torno a la necesidad de su transformación, ha avanzado muy poco en ese sentido. Es por este motivo que constituye un tema aún pendiente de resolver.

En función de ello, en el presente trabajo se propone una transformación en la organización de este régimen, que apunta a lograr el objetivo de solidaridad, pero en un marco de respeto de las preferencias de los trabajadores e introduciendo fuertes incentivos para aumentar la eficiencia en la gestión. Se prevé que bajo este arreglo, es posible lograr además una reducción en los costos laborales que financian el sistema, permitiendo de este modo que las ventajas del mismo se reflejen también en una mejora en la competitividad del resto de la economía.

El trabajo se inicia con una breve reseña de los antecedentes del sistema de obras sociales y con una evaluación de su situación actual, para luego desarrollar, analizar el impacto y cuantificar la reforma que se propone.

II. LA ORGANIZACIÓN HISTÓRICA

Hasta las primeras décadas del siglo XX, en la Argentina no se habían desarrollado seguros en el campo de la salud, siendo la atención médica provista en forma gratuita por la red de hospitales públicos y/o entidades de beneficencia -a los que asistían los grupos de menores ingresos-, y en forma arancelada por los prestadores privados, cuyos servicios contrataba en forma directa la población de mayores recursos.

La ausencia de oferta de seguros comerciales de salud condujo, al igual que en otras sociedades, a que instituciones sociales no de mercado, en este caso asociadas al concepto de mutualismo, intentaran dar respuesta a la aparición de una demanda que se insinuaba creciente. Así es que comenza a adquirir relevancia el surgimiento espontáneo de seguros de salud de diferente naturaleza vinculados a la acción de las asociaciones gremiales de trabajadores u originados en grupos estructurados sobre la base de una afinidad étnica inmigratoria.

La profundización de los procesos de desarrollo económico, urbanización y sindicalización aceleró el crecimiento de los seguros de salud voluntarios de índole gremial, al tiempo que en forma gradual se comienza a avanzar hacia el seguro social obligatorio. En efecto, durante el primer gobierno peronista el Estado constituye obras sociales específicas administradas por organizaciones sindicales, que cubrían inicialmente a trabajadores del sector público y que se extendieron luego hacia otras ramas de actividad. Este ordenamiento se inspiraba en el modelo instaurado en la Alemania de Bismarck en el siglo anterior, y formaba parte de un proyecto político de fortalecimiento de una estructura sindical estrechamente ligada al partido gobernante.

Hasta 1970 el sistema -sin contar con un marco legal- se fue también expandiendo con el surgimiento de diversas obras sociales conformadas a partir de acuerdos obreros-patronales celebrados bajo los convenios colectivos de trabajo.

Este proceso culmina con el dictado de la Ley 18.610 en 1970 mediante la cual se institucionaliza y ordena el sistema de obras sociales y se establece la obligatoriedad de la

cobertura para todos los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y del sector público nacional, y su grupo familiar primario.[1] Esta ley imprime, además, un rasgo importante al sistema al hacerlo de carácter nacional, quedando limitada la facultad de las provincias a la actuación sobre las obras sociales de los empleados públicos provinciales y municipales.

El sistema se amplía en 1971, por un lado con la sanción de la Ley 18.980 que alienta la creación de obras sociales para el personal jerarquizado no incluído en los convenios colectivos de trabajo, y por el otro mediante la Ley 19.032 que crea el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), a través del cual se extiende la cobertura asistencial obligatoria a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario.

Si bien primero en 1980 (Ley 22.269) y posteriormente en 1989 (Ley 23.660) se sustituye la normativa que regula el sistema de obras sociales nacionales para los trabajadores en actividad, en la práctica la organización del mismo ha quedado inalterada hasta mediados de los '90, excepto por las crecientes contribuciones y aportes que se han determinado en cada oportunidad.

Históricamente, la organización de este sistema –excluyendo a las obras sociales de personal de dirección- se apoyó en la formación de grupos de asegurados en base a su actividad laboral, que eran asignados a la entidad correspondiente al gremio al cual pertenecían. Esta conformación, al no permitir la libre elección de los individuos de su entidad aseguradora, eliminó la competencia entre los oferentes, que contaban de este modo con una demanda cautiva. Ello significó que las obras sociales no tuvieron incentivo económico alguno para otorgar servicios de buena calidad ni para desarrollar una gestión eficiente, pues no debían competir para captar beneficiarios. A su vez, la estructuración en torno a la actividad productiva derivó en un número excesivo de entidades -alrededor de 350 hacia mediados de la década del '90- con fuertes diferencias en cuanto al tamaño de

[1] No quedan incluídos en esta clasificación el personal militar y civil de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policía Federal y el personal jerarquizado no incluido en los convenios colectivos de trabajo.

la población cubierta, dando lugar a que algunos entes fueran excesivamente pequeños en términos de la posibilidad de hacer un "pool" de riesgo adecuado.[2]

La mayor parte de las entidades cumplió desde sus orígenes una actividad preponderantemente aseguradora, constituyendo lo que en la literatura económica se denomina "tercer pagador": su función esencial fue administrar los beneficios a los que accedían los usuarios, y realizar con los fondos recaudados, los pagos por la utilización de los servicios médicos efectuados. Desde el punto de vista de la prestación asistencial, la importancia de las obras sociales nunca fue relevante, ya que en general ni desarrollaron capacidad instalada ni contaron con planteles propios de profesionales, inclinándose en su lugar por la contratación de los servicios con los efectores del sector privado. En el caso de las obras sociales de personal de dirección, incluso, fue frecuente que se subcontratara con un conjunto de seguros privados de salud –las denominadas entidades de medicina prepaga-, dentro de los cuales los usuarios seleccionaban su cobertura.

En cuanto al financiamiento del sistema, los recursos de cada obra social provenían de aportes y contribuciones sobre las remuneraciones que fueron variando en el tiempo y que alcanzaron al 9% hacia mediados de la década del 90. Del total recaudado, la obra social recibía el 90%, canalizándose el 10% restante a la autoridad de aplicación -primero el INOS y luego la ANSSAL-; en el caso de las obras sociales del personal de dirección estos porcentajes eran del 85% y 15%, respectivamente. La recaudación del organismo se utilizaba, luego de descontados sus gastos de funcionamiento, para la constitución de un Fondo de Redistribución que se destinaba al otorgamiento de subsidios, préstamos, etc. a las obras sociales –excluidas las de personal jerárquico- que los requirieran.

Además de estos fondos, algunos entes contaban también con ingresos adicionales aportados por las empresas del sector correspondiente, generalmente obtenidos a través de negociaciones entre las partes e incluídos en los Convenios Colectivos de Trabajo. De estos recursos extraordinarios, el 50% se canalizaba a la obra social respectiva y el resto al Fondo de Redistribución.

[2] Otra de las consecuencias de esta organización por actividad productiva es la duplicación de la cobertura en aquellos casos en que los individuos tienen más de un empleo, o en los hogares en que trabaja en relación de dependencia más de un integrante del grupo familiar primario.

El modelo de financiamiento adoptado correspondía al de un sistema de reparto, pero limitado al interior de cada obra social; esto es, los recursos de cada entidad se destinaban a la provisión de los mismos servicios para todos sus beneficiarios, independientemente del aporte efectuado por cada uno de ellos. Este esquema de reparto restringido, además de introducir innumerables subsidios cruzados entre beneficiarios, daba lugar a una significativa inequidad horizontal, pues individuos en las mismas condiciones que realizaban un aporte igual al sistema recibían beneficios diferentes por estar ocupados en distintas ramas de actividad. A su vez, el divorcio entre aportes individuales y prestaciones recibidas constituía un impedimento para que aquellas personas que estuvieran dispuestas a efectuar pagos adicionales para obtener mayor o mejor cobertura, pudieran hacerlo.

Desde el punto de vista de las entidades, este sistema de financiación basado en la nómina salarial y no en cálculos con base actuarial, significaba que era virtualmente imposible garantizar en forma simultánea la viabilidad financiera del sistema y una cobertura prestacional determinada; en todo caso habría que haber ajustado esta última en forma explícita, y en base a un análisis de prioridades, a la disponibilidad de recursos de los distintos entes.

La política que siguió la seguridad social en la Argentina fue, por el contrario, no reconocer la existencia de una restricción financiera. Como consecuencia de ello, el resultado era o bien un deterioro en la calidad de los servicios o una cobertura que, a través de cortes transitorios en los servicios por falta de pago a los prestadores, era menor que la que se proclamaba. Era elocuente, al respecto, la ausencia de control por parte de la autoridad de aplicación acerca del cumplimiento de las obligaciones que en materia de cobertura médica tenían las obras sociales. Evidentemente, esta situación era posible porque los individuos no tenían más alternativa que continuar afiliados y aportando al sistema, independientemente de su nivel de satisfacción. Ante esta circunstancia, los beneficiarios del sistema –dependiendo de su nivel de ingresos- o bien contrataban un seguro privado de salud o recurrían a los hospitales públicos.[3]

[3] Esta fue la razón por la que la facturación no cobrada de estos establecimientos adquirió una dimensión tal, que condujo a las autoridades nacionales a diseñar un esquema por el que se retendría en forma automática de la recaudación mensual de las obras sociales, el monto adeudado al sistema de salud pública.

Un comentario aparte merece el manejo que se hacía del Fondo de Redistribución por parte del organismo de control. Al respecto, de acuerdo con la legislación, una vez deducidos los gastos del organismo, el 70% de este Fondo debería haberse distribuido automáticamente entre las entidades que observaran el menor ingreso por beneficiario; el restante 30% según el criterio de la autoridad de aplicación. Este Fondo, entonces, constituía el único mecanismo de solidaridad entre obras sociales; sin embargo, la mayor porción se repartía para atender situaciones de déficit, y mayores déficits no eran siempre indicadores de menores ingresos, y por el otro respondiendo a presiones políticas. El criterio redistributivo con el que fue creado -con subsidios inversamente proporcionales a los recursos por beneficiario de cada ente- no era claramente el mecanismo que predominaba en la asignación de estos recursos.

A estas graves ineficiencias que presentaba el sistema, debe agregarse la fuerte presunción de que muchas entidades asignaban parte de los fondos a fines ajenos a las prestaciones asistenciales, tales como la financiación de campañas políticas e, inclusive, involucrando en ciertos casos el enriquecimiento ilícito de sus dirigentes. Es obvio que la existencia de una demanda cautiva, que eliminaba la competencia entre instituciones, sumada a la falta de supervisión por parte de la autoridad de aplicación, posibilitaba también el cometimiento de estos actos de corrupción.

Este inadecuado arreglo institucional, que favorecía los privilegios sindicales por sobre el interés de los beneficiarios, comenzó a ser altamente cuestionado en la década del '90, en el marco de la implementación de un conjunto amplio de reformas que tendían a una organización del sistema económico orientado por el mercado.

III. LOS CAMBIOS EN LOS '90

A mediados de 1995 el Poder Ejecutivo Nacional introdujo algunos cambios en el sistema de obras sociales a raiz de la rebaja dispuesta en las contribuciones patronales para todos los programas, las que finalmente, para este régimen quedaron fijadas en el 5% de la remuneración (más 3% a cargo de los trabajadores). Al respecto, se estableció la unificación de aportes para los individuos con pluriempleo o con más de un miembro del grupo familiar cotizante del sistema, se redujeron los recursos extraordinarios que recibían unas pocas obras sociales (la intención, finalmente frustrada, era la de eliminarlos), al tiempo que –lo más importante- se modificó el reparto del Fondo de Redistribución: se dispuso que éste se efectuaría de modo automático completando los aportes y contribuciones de aquellos titulares cuya cotización mensual no alcanzara a $ 40. Dado que el tamaño promedio del grupo familiar de los afiliados a las obras sociales es de alrededor de 2.5, esta cifra representa aproximadamente $16 per cápita por mes ($17, si se prorratean los aportes y contribuciones correspondientes al sueldo anual complementario). El nuevo esquema constituía el primer paso para avanzar eventualmente a una desregulación de este sistema, mientras que simultáneamente en lo inmediato representaba un avance para tornar más transparente el manejo del Fondo y destinarlo al fin para el cual fue creado.

Es evidente, que para que esta política tuviera algún efecto positivo en la conformación del sistema, debía establecerse alguna obligación en materia de cobertura médica a brindar; en caso contrario, todas las entidades podrían, vía un ajuste en las prestaciones, resolver eventuales problemas financieros, con excepción de aquéllas que no cubriesen ni siquiera sus gastos administrativos.

Con ese objetivo, precisamente, a mediados de 1996, el Ministerio de Salud y Acción Social aprobó el denominado Programa Médico Obligatorio (PMO). Brevemente, el PMO contiene el conjunto de acciones de prevención, atención y recuperación de la salud que, como mínimo, deben otorgar la totalidad de las obras sociales nacionales, estableciéndose además topes para los copagos (pagos a cargo de los beneficiarios) que pueden implementarse. Presumiblemente las autoridades habrían estimado que el PMO podría ser brindado a un costo promedio per cápita de $17 mensuales, de modo tal que el sistema, a través del nuevo mecanismo de distribución de subsidios, garantizaba que todas las entidades dispusieran de los recursos necesarios para afrontarlo. Cabe destacar que las prestaciones excesivamente costosas (y poco frecuentes) se previó también financiarlas con recursos del Fondo de Redistribución. Las obras sociales que no lograran brindar el PMO deberían fusionarse o adherirse a otras; y en caso de no realizarse voluntariamente, ello sería dispuesto por la autoridad de aplicación.

El resultado esperable en este caso era una concentración del sector en un número bastante menor de las más de 350 entidades que conformaban el sistema. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que no necesariamente ello significaba que se alcanzarían adecuados niveles de eficiencia en el funcionamiento de las entidades, dado que aquéllas de tamaño razonable que tuvieran una recaudación por beneficiario superior a los $17 por mes, tenían un margen para la ineficiencia (que se ampliaba cuanto mayores fueran los recursos per cápita de que se disponía) sin comprometer su viabilidad.

Un paso hacia lograr un mayor grado de eficiencia se dio finalmente cuando el Poder Ejecutivo Nacional decreta la introducción de una mayor flexibilización en el régimen de obras sociales, al permitir que sus beneficiarios, desde comienzos de 1997, pudieran optar por la obra social de su preferencia. Cabe destacar, sin embargo, que este progreso fue muy limitado porque la competencia no se abrió a otras entidades dispuestas a ofrecer los mismos servicios, sino que para los trabajadores no jerárquicos se redujo la libertad de elección al conjunto de las obras sociales de naturaleza sindical que estaban operando.[4] En el caso del personal de dirección, se dispuso también la posibilidad de optar entre las entidades registradas en este segmento, competencia que sin embargo resulta más amplia que lo que aparenta, dado que –como se mencionara- algunas de estas instituciones subcontratan los servicios con entidades de medicina prepaga.

[4] Para facilitar esta desregulación parcial se dispuso una línea de crédito Banco Mundial/Gobierno Argentino a la que podían acceder las obras sociales con más de 10.000 beneficiarios. Los fondos del préstamo en cuestión podrían aplicarse a la cancelación de deudas con prestadores y a la racionalización de personal, como un paso previo para la futura desregulación completa de este régimen.

El nuevo esquema regulatorio del sistema –supervisado por la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo creado en 1996, que absorbió las funciones de la ANSSAL- resulta razonable en cuanto a que da respuesta a los problemas que típicamente se presentan en regímenes de libertad de elección, tales como la selección adversa o la concentración de individuos de alto riesgo en las mejores entidades. Así, por ejemplo, se limitó la posibilidad de traspaso a su ejercicio por grupo familiar como máximo una vez al año, al tiempo que se estableció que cuando un individuo se cambia de entidad y utiliza determinados servicios en los primeros meses luego de ocurrido el traspaso, la obra social de origen debe compensar monetariamente a la receptora por tales gastos. A su vez, se determinó que los beneficiarios fueran "dueños" de sus aportes y contribuciones (excepto en la porción que se canaliza al Fondo de Redistribución), reduciendo de esta manera los subsidios cruzados y la inequidad horizontal, y abriendo la posibilidad de acordar entre las partes planes superiores al PMO a "precios" diferenciados.

A pesar de estos aparentes avances hacia un esquema desregulado, la falta de una competencia abierta a todo tipo de entidades dentro del sistema, convierte a esta reforma -que podría haber sido amplia- en una de carácter marginal, dado que las obras sociales sindicales –que sistemáticamente se opusieron a la desregulación- intentaron mantener el status quo. En función de ello, evitaron una real competencia entre ellas, efectuando escasa publicidad de sus planes, y haciendo en consecuencia poco transparentes las condiciones de traspaso. Un elemento que refleja esta situación es el hecho que, de haber existido competencia, en un marco de apropiabilidad de los aportes y contribuciones como el que se determinó, las obras sociales sindicales –tal como lo efectúan las correspondientes al personal jerárquico- deberían haber diferenciado planes de cobertura por tramos de cápita, conducta que por lo general no se observó.

A este no despreciable obstáculo a lograr un mercado competitivo, debe agregarse que la desregulación no apuntó a reducir los aportes y contribuciones al sistema –aún en un contexto en el que teóricamente los individuos son "dueños " de éstos-, manteniendo así elevada esta porción de los costos laborales. Más aún, el Fondo de Redistribución cuenta con recursos que exceden los necesarios para el sostenimiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, el pago de los subsidios automáticos, y la cobertura de las pres-

taciones costosas; este excedente, en lugar de preverse que podría traducirse en una disminución en los aportes y contribuciones al sistema, pasó a estar "administrado" por un organismo con fuerte representación gremial.

IV. LA SITUACIÓN ACTUAL

Debido al carácter de "aparente" que tuvo la desregulación del sistema de obras sociales, el mismo sigue adoleciendo de los problemas que históricamente lo caracterizaron. Un ejemplo de ello lo constituye el elevado número de instituciones que aún operan en el sistema, muchas de las cuales cuentan con un tamaño de población cubierta extremadamente pequeño en función de la actividad aseguradora que se supone desempeñan. En efecto, a pesar de que en el período 1994/99 (última información disponible) ha tenido lugar una reducción neta en la cantidad de entidades de alrededor de 70, el total de inscriptas asciende a 290, que -dadas las aproximadamente 11.600.000 personas beneficiarias del sistema- equivale a un tamaño medio de obra social de 40.000 individuos. Sin embargo, el 57% de las entidades de naturaleza sindical cuenta con una cantidad de afiliados inferior a los 10.000, y de ésos el 78% (44% del total) no llega a los 5.000. A modo de comparación, debe tenerse presente que la cobertura de riesgos laborales de más de 5 millones de trabajadores –programa que contempla el otorgamiento de prestaciones en especie, monetarias y la realización de actividades de promoción de la prevención en empresas- en la Argentina se brinda a través de alrededor de 30 entidades, incluyendo empresas autoaseguradas.

Evolución del Padrón de Obras Sociales

Obras Sociales inscriptas en 1994	361
Altas de Obras Sociales posteriores a 1994	26
Bajas de Obras Sociales posteriores a 1994	97
Obras Sociales inscriptas en 1999	290

Fuente: SSS

Población Beneficiaria del Sistema de Obras Sociales

Titulares	4.593.640
Familiares ordinarios	6.838.650
Familiares extraordinarios	176.564
Total	11.608.854

Fuente: SSS

Como resultado de los cambios regulatorios que permitieron la libertad de elección, sobre una masa de casi 4.600.000 de beneficiarios titulares, algo menos de 350.000 (8%) ejercieron su derecho de opción de traspaso desde 1997 hasta mayo de 1999, cifra extremadamente reducida al tener en consideración la insatisfacción de los usuarios que diversos indicadores directos e indirectos permiten inferir, tales como encuestas de opinión, utilización de los servicios de hospitales públicos, contratación de seguros de salud privados adicionales, etc..

En 1999 la recaudación total del sistema en concepto de cotizaciones ascendió a casi $ 3.980 millones, lo cual teniendo en cuenta la cantidad de aportantes titulares y el porcentaje de aportes y contribuciones, implica una remuneración promedio cercana a los $ 850 mensuales. El total de fondos que administran las obras sociales trepa a $ 4.620 millones si se incluyen ingresos por otros conceptos (recursos extraordinarios, copagos, etc.), monto que resulta equivalente a algo más de un 1.5% del PBI de ese año, y que implica una disponibilidad de recursos en promedio de $ 33 por beneficiario por mes para esta finalidad. La desagregación por entidad muestra una fuerte dispersión, ya que el 23% de las obras sociales sindicales dispone de una cápita mensual inferior a los $17, en tanto que en el 21% de los casos supera los $45 por mes/beneficiario.

Ingresos de las Obras Sociales

Ingresos por cotizaciones (millones de $)	3.979
Otros ingresos (millones de $)	639
Total de ingresos (millones de $)	4.618
Ingreso per cápita mensual (pesos)	33,2

Fuente: SSS

En lo que respecta a los egresos, durante el período bajo estudio, éstos totalizaron cerca de $ 4.550 millones, es decir que el sistema en su conjunto arrojó un superávit de casi $ 65 millones, a pesar de que el 27% de las entidades sindicales mostraron un resultado negativo. Del total de egresos, alrededor de un 85% se destina a prestaciones médicas, alcanzando los gastos administrativos a representar el 10.5% de las erogaciones.

Ingresos y Egresos del Sistema

Ingresos totales (millones de $)	4.618
Egresos totales (millones de $)	4.553
Egresos en prestaciones médicas (% egresos)	84.5%
Egresos en prestaciones sociales (% egresos)	3.2%
Gastos administrativos (% egresos)	10.5%
Gastos extraordinarios (% egresos)	1.8%
Resultado (millones de $)	65

Fuente: SSS

El carácter de asegurador más que de prestador que tienen las obras sociales se refleja en que sobre un total de casi 38 millones de consultas financiadas, el 82% corresponde a servicios contratados, en tanto que de los más de 954.000 egresos hospitalarios, sólo el 21% tuvieron lugar en efectores propios de estas entidades.

Prestaciones Médicas

Tipo de prestación	Servicio propio	Servicio contratado	Total
Consultas	18%	82%	37.744.828
Egresos hospitalarios	21%	79%	954.704

Fuente: SSS

Por último, respecto del Fondo de Redistribución, si bien no existen estadísticas publicadas al respecto, se estima que de los $ 550 millones a los que treparía anualmente, cerca de $ 120 millones se destinarían al financiamiento de las prácticas menos frecuentes pero más costosas y al otorgamiento de subsidios en forma discrecional. Al respecto, cabe destacar, en primer lugar, la falta de justificación de estos últimos en un régimen que pretende ser competitivo, al tiempo que, por otro lado, si bien la noción de un reaseguro para los eventos de mayor riesgo es algo deseable en cualquier sistema asegurador, la falta de control y auditoría que es de esperar de un reaseguro estatal de carácter monopólico, que en definitiva distribuye fondos entre las entidades, puede constituir –y de hecho, existe una fuerte presunción de que ello ocurre- una fuente de ineficiencia, fraude y corrupción. Téngase presente, en este sentido, la nefasta experiencia del INDER.

V. PROPUESTA DE REFORMA

El sistema de obras sociales vigente -como consecuencia de la falta de competencia entre las entidades y del mecanismo de financiamiento en el que se apoya- admite el funcionamiento de entidades por demás ineficientes, resulta poco transparente en el reparto de subsidios, al tiempo que constituye una elevada carga en términos de impuestos al trabajo, desalentando así la demanda laboral.

Es evidente, entonces, que la organización de este sistema merece ser revisada, apuntando a reemplazarla por un esquema que -sin descuidar los aspectos vinculados con la equidad- tienda a evitar la generación de ineficiencias o sobrecostos innecesarios. En virtud de ello, se desarrolla a continuación una propuesta de reforma que se basa en el concepto de que la transformación necesaria se logrará a través del establecimiento de un marco regulatorio que cree incentivos económicos para un comportamiento más competitivo de este mercado.

Lineamientos generales

La adhesión al seguro de salud tendrá carácter obligatorio para la población que trabaja en relación de dependencia y su grupo familiar primario, en tanto no se encuentren afiliados al sistema por otra vía. Se intenta con ello evitar problemas de imprevisión generalizada, que podrían redundar en una pesada carga para el sistema de salud pública, eliminando al mismo tiempo la múltiple cobertura. Sin embargo, los beneficiarios titulares tienen la posibilidad de elegir libremente con quien contratar el seguro de salud para sí y su grupo familiar.

Las entidades de seguro que deseen calificar para participar del sistema serán de carácter privado y deberán operar de acuerdo con un conjunto de reglas establecidas por el Estado que tienden a crear un marco de competencia adecuado para alentar la provisión de un servicio de calidad a costos razonables. Más allá del respeto de estas regulaciones, no

se introducen restricciones adicionales a la participación en la oferta de seguros ni se discrimina bajo ninguna forma –incluyendo en aspectos tributarios- entre entidades.[5]

Se prevé que en forma periódica, por ejemplo una vez al año, cada familia reciba una publicación conteniendo información comparable relativa a costos, beneficios y limitaciones de cada plan calificado en el área. Pasado un cierto tiempo, las unidades de consumo efectúan la elección de su aseguradora y plan médico para el período siguiente a través de su empleador. Las instituciones calificadas están obligadas a aceptar la incorporación de todos los beneficiarios que las seleccionen, admitiéndose como única excepción el haber alcanzado el cupo máximo -previamente definido- de población que cada ente está dispuesto a absorber.

Los ingresos de las entidades aseguradoras provendrán de las primas que fijen libremente, las que deberán ser iguales para todos los individuos que pertenezcan a la misma categoría de riesgo (en base a edad, sexo, etc.), tengan los mismos beneficios y residan en la misma área. Se admitirán, no obstante ello, reducciones programadas por tamaño del grupo familiar o por contratos colectivos, tales como los que pudieran efectuar las empresas para sus trabajadores.

Asimismo, las entidades estarán obligadas a ofrecer el PMO, modificable en el tiempo, conteniendo los beneficios básicos definidos por la agencia regulatoria. Ello apunta a evitar, por un lado, que el seguro sea insuficiente y no resuelva en definitiva el problema de imprevisión generalizada, y por el otro, impedir que se induzca involuntariamente a la población a contratar beneficios excesivos de elevado costo. No obstante ello, se admite que en forma adicional las entidades ofrezcan planes más amplios que el PMO.

Los entes serán controlados por la autoridad de aplicación tanto en lo que respecta al cumplimiento de los contratos con los afiliados como en lo referente a las cuestiones técnicas (solvencia, liquidez, reaseguros, etc.) vinculadas con su actividad aseguradora. Tendrán,

[5] Es probable que existan iniciativas de diverso tipo de instituciones para integrar la oferta, tales como asociaciones gremiales, fundaciones, cooperativas, empresas de medicina prepaga, compañías de seguro, redes de prestadores, etc.

por otra parte, plena libertad para suministrar los servicios asistenciales en forma directa o por intermedio de terceros, previa categorización y acreditación de los efectores.

El financiamiento del sistema se apoyará en aportes individuales (de bolsillo), sin establecer proporción fija alguna sobre el salario; el único requisito consiste en la obligación de contratar por grupo familiar al menos un seguro correspondiente al PMO.

Sin embargo, por razones de equidad se contempla la constitución de un Fondo de Seguro que se integrará con una contribución obligatoria sobre las remuneraciones. Este Fondo tendrá por finalidad asistir al financiamiento de un PMO básico para los grupos de menores recursos, completando sus cápitas. El mecanismo que se sugiere utilizar en estos casos se basa en que la agencia regulatoria establezca un sistema de licitaciones periódicas competitivas para proveer el PMO básico por un lapso determinado a la población que requiera asistencia del Fondo de Seguro. Bajo este esquema, esta agencia requerirá que las entidades participantes liciten una cápita por categoría de riesgo (o por descuento en relación a precios de referencia establecidos por la agencia) y el factor de corrección temporal, indicando la cantidad máxima de individuos que están en condiciones de absorber.

Se aconseja, en la medida de lo posible, que múltiples entes sean declarados ganadores en cada localidad, de modo tal de permitir mayores posibilidades de elección de los beneficiarios de la institución a la cual desean afiliarse.

Los contratos se celebrarán por un cierto plazo, después del cual se llamará a una nueva licitación. Al respecto, no necesariamente la duración de los contratos debe ser igual para todo el país, siendo recomendable inclusive que varíe en forma directa al grado de atomización de la oferta. Así, por ejemplo, en las regiones en que la oferta está muy concentrada, el establecimiento de contratos por períodos más cortos, introducirá competencia para disputar el mercado.

Dado que las cápitas que se licitan constituyen el principal factor para determinar las entidades elegibles, aquéllas de valor elevado corren el riesgo de no ser seleccionadas, lo cual genera incentivos para desarrollar métodos de organización que minimicen costos.

A su vez, aquellos entes que no brinden una cobertura adecuada, no sólo aumentarán el riesgo de ser rechazados en la siguiente licitación, sino que -de existir competencia en la región- acusarán en el corto plazo una merma de adherentes con la consiguiente pérdida de ingresos.

Bajo este esquema, la fijación del impuesto al trabajo estará vinculada con el costo del PMO básico y el tamaño de la población a subsidiar, dependiendo esta última a su vez del nivel y distribución de los ingresos familiares y de la relación costo PMO/ingresos a partir de la cual se otorgan subsidios para completar las cápitas. Un aspecto importante en este esquema lo constituye el diseño del PMO. Al respecto, cabe señalar que la elección de un plan sumamente ambicioso generará problemas de financiamiento para asistir a la población de menores recursos, que se traducirán en definitiva o bien en mayores impuestos al trabajo para constituir el Fondo de Seguro, o en la selección de una menor cantidad de individuos elegibles y/o un menor monto de subsidio per cápita.

El siguiente ejercicio ilustra acerca de los impuestos al trabajo que se requieren para financiar tres diferentes alternativas de PMO para, además, dos casos posibles en cuanto a la proporción del costo del PMO sobre los ingresos a partir de la cual las familias reciben subsidios a cargo del Fondo de Seguro. Estas estimaciones se han realizado en base a la distribución del ingreso laboral familiar de los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y al tamaño promedio de familia de cada grupo que se muestra a continuación, elaborados a partir de información de la Encuesta Permanente de Hogares que realiza el INDEC correspondiente a la onda de mayo de 2000.

Distribución del ingreso laboral

Tramo de ingreso	Tamaño promedio del grupo familiar	Ingreso familiar promedio mensual	Nro de familias
Menos de 200	2.8	161	13087
201-300	3.1	285	58672
301-400	3.4	379	126389
401-500	3.4	479	123956
501-600	3.4	587	121823
601-700	3.1	678	74068
701-800	3.1	786	96007
801-900	3.3	879	49914
901-1000	3.3	987	70982
1001-1100	2.9	1075	28802
1101-1200	2.9	1188	41036
1201-1300	3.3	1290	21731
1301-1400	3.0	1379	16899
1401-1500	2.3	1492	26164
1501-1600	2.8	1582	14170
1601-1700	3.2	1685	9666
1701-1800	3.3	1793	11189
1801-1900	3.3	1859	7600
1901-2000	2.8	1997	19180
2001-2100	2.3	2059	4013
2101-2200	3.6	2198	14278
2201-2300	3.8	2257	5275
2301-2400	4.0	2398	5122
2401-2500	3.4	2500	7836
Más de 2501	3.3	3786	55220

Fuente: FIEL en base a EPH/mayo2000 de GBA, La Plata, Mar del Plata, Córdoba, Rosario y Tucumán.

Los resultados de estas estimaciones se resumen en el siguiente cuadro. Se observa así, que establecer un PMO del orden de los $ 17 per cápita por mes, con un subsidio a partir de que el costo para la familia represente más del 5% de sus ingresos, exige un Fondo de Seguro de alrededor de $1127 millones al año, que equivale a establecer impuestos al trabajo del orden del 2.25%; si en cambio el costo del PMO trepa a $22 mensuales y se amplía la asistencia contemplando subsidios a partir de que el gasto familiar en este rubro supere el 4% de su ingreso, el impuesto requerido aumenta al 3.18%.

Aportes al Fondo de Seguro

Costo PMO	Subsidio a partir de 4% ingreso familiar		Subsidio a partir de 5% ingreso familiar	
	Monto anual subsidio (mill.$)	Impuesto laboral	Monto anual subsidio (mill.$)	Impuesto laboral
$17/persona/mes	1014	2.03%	815	1.63%
$20/persona/mes	1359	2.72%	1127	2.25%
$22/persona/mes	1592	3.18%	1353	2.71%

Fuente: FIEL

Así como cada costo del PMO y cada proporción del mismo que se subsidia a través del Fondo de Seguro está asociado a un impuesto al trabajo diferente, también debe tenerse en cuenta que esta elección genera -por la fracción que no cubre el Fondo de Seguro- distintos gastos de bolsillo para los beneficiarios.

Tomando en consideración el conjunto de estas cuestiones, una alternativa que parecería razonable sería otorgar una cobertura que contemple un subsidio a partir de que estos gastos representen más del 4% de los ingresos familiares y un PMO cuyo costo estimado ronde los $ 20 per cápita por mes, esquema que podría sostenerse con un impuesto al trabajo del orden del 2.72%. Un aporte más elevado contraría la posibilidad de reducción de costos laborales que la economía argentina requiere, en tanto que un subsidio más limitado, que posibilite aspirar a un PMO de mayor nivel con el mismo impuesto al trabajo, significaría una pesada carga de bolsillo para los beneficiarios.

A modo de comparación, téngase presente que el 30% de las entidades del régimen de obras sociales sindicales cuenta actualmente con una cápita promedio inferior a $20 mensuales, por lo que aún con la organización hoy vigente un PMO de alrededor de ese monto significaría una mejora para una proporción importante de la población; debe agregarse a ello, sin embargo, la ganancia de eficiencia que se espera lograr con la reforma del sistema y que se traducirá, probablemente, en una reducción de costos y/o mejora en la calidad de los servicios.

Respecto del reaseguro para la cobertura de los riesgos más elevados, se propone que ca-

da entidad efectúe una cesión de un porcentaje determinado por prima con el fin de obtener un reintegro monetario dado ante la ocurrencia del evento reasegurado, reintegro que estará a su vez vinculado con el monto destinado de cada prima al reaseguro. Un reintegro del mismo monto por evento implicaría no tener en consideración para estas cuestiones las diferencias de planes de salud de los beneficiarios, lo cual se traduciría que o bien para ciertas prácticas el servicio debe ser homogéneo o bien que las diferencias de costos las tendría que asumir cada entidad. La primer alternativa carece de sentido en un sistema en la que se admite la diferencia de planes de salud a la que pueden acceder los beneficiarios –siempre a partir de un mínimo-, en tanto que la segunda significaría que los individuos de alto riesgo serían discriminados de alguna manera por las aseguradoras. Se sugiere, sin embargo, que este reaseguro sea licitado para la totalidad del sistema, es decir no por cada entidad en forma individual, dado que de este modo se evitan los perjuicios que pudiera ocasionar una elevada concentración de individuos de alto riesgo en algunas entidades.

El sistema propuesto en estas líneas goza de diversas ventajas en relación al vigente actualmente. En primer lugar, al permitir la libre elección de los beneficiarios, introduce la competencia entre aseguradoras, las que en razón de ello tendrán fuertes incentivos para operar de una manera eficiente. En efecto, dado que la permanencia en el mercado de las entidades estará estrechamente vinculada a su resultado económico-financiero, existirá un importante estímulo tanto para minimizar los costos, como para brindar la mejor cobertura posible, de modo tal de captar una mayor demanda.

En segundo lugar, al fijar libremente las entidades las primas de los distintos planes y categorías de riesgo, desaparece la disociación de ingresos y egresos que existe bajo el sistema actual, evitando de este modo problemas financieros que se traducen en incumplimientos de contratos.[6]

[6] Recuérdese, no obstante ello, que se prevé una supervisión de la agencia estatal en materia de actividad aseguradora, con el objetivo de evitar el fraude y quiebras generalizadas en el sistema (por ejemplo, por contar con un número muy reducido de usuarios que no permita hacer una compensación de riesgos adecuada) que pondrían en peligro la credibilidad del mismo.

En tercer lugar, se reduce sustancialmente el impuesto al trabajo: bajo la hipótesis seleccionada esta disminución alcanza a más de de dos puntos porcentuales sobre los aportes patronales vigentes. Ello tenderá, por un lado, a disminuir el grado de evasión del sistema, y por otro mejora la competitividad de las empresas radicadas en el país. A su vez, al no establecerse la obligación de destinar un porcentaje fijo de las remuneraciones al seguro de salud, permite adaptar éste a las necesidades, gustos y circunstancias personales.

Por último, al eliminarse completamente los subsidios a las obras sociales reemplazándolos por subsidios a los beneficiarios, se torna más transparente el mecanismo redistributivo, garantizando de esta manera que sólo sean subvencionados aquéllos que así lo requieran. Del mismo modo, el cambio en la contratación del reaseguro reducirá los eventuales fraudes que las obras sociales puedieran estar cometiendo actualmente, al tratarse de un fondo que administrarán entidades privadas y no las autoridades públicas.

El período de transición

La reforma propuesta en este trabajo implica un cambio significativo en la organización del mercado de atención médica, motivo por el cual la transición de un sistema a otro es una cuestión que debe tenerse en especial consideración. Se estima que este período no será inferior a los seis meses, dado que involucra reconversión de las entidades que actualmente participan en el mercado, la contratación entre aseguradores y prestadores, la información y proceso de elección de los beneficiarios, la instrumentación del mecanismo de canalización de primas entre empleadores y aseguradoras, el diseño e implementación de la licitación pública para el PMO básico correspondiente a los individuos de menores ingresos, la identificación de esta población elegible, la acreditación y categorización de prestadores, la adecuación de la superintendencia, etc.

En este proceso existen dos cuestiones que se presentan como las más delicadas a resolver: la determinación de la conveniencia de otorgar algún privilegio especial a las obras sociales que hoy funcionan en el sistema para facilitar su reconversión y la crisis de co-

bertura generalizada y/o fraude a que puede dar lugar la incertidumbre de qué entidades permanecerán o no en el mercado.

Con respecto al primer punto, debe tenerse presente que el objetivo de facilitar la reforma es el de proteger a los beneficiarios del sistema y no a las entidades que participan en él. Bajo esta condición, y teniendo en cuenta que no es de esperar un problema importante de expulsión neta de empleo del sector ya que el mercado -con éstas u otras entidades- continuará operando, se concluye que no existen argumentos sólidos que justifiquen asistir financieramente en el proceso de reconversión a las obras sociales que, por otra parte, ya han recibido fondos para ello en los últimos años.

Del mismo modo, tampoco existe razón alguna para otorgarles a estos entes una reserva de mercado temporaria que se traduciría en definitiva en una competencia desleal con las potenciales aseguradoras a ingresar. De hecho, hace ya casi cinco años que está en discusión la desregulación del sistema, en cuyo transcurso se ha intimado oficialmente al saneamiento, fusión, etc. de las entidades, constituyendo éste un período suficiente para su reconversión.

En relación al segundo aspecto a considerar, se sugiere que entre el anuncio de la reforma y su implementación, la autoridad de aplicación ejerza una fuerte supervisión del fluir de fondos y la cobertura que brindan las entidades. En el caso de entidades con problemas, hasta tanto se decide el cierre o la fusión, los recursos por aportes y contribuciones los retiene la autoridad, quien paga en forma directa a los prestadores.

Por último, con respecto al Fondo de Redistribución, se propone que a partir del anuncio de la reforma y hasta su implementación su reparto sea objeto de auditoría externa, eliminando cualquier discrecionalidad de la autoridad de aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel-Smith, B. Contención de Costos y Reforma del Sector Salud en Países Miembros de la OCDE. Estudios Públicos, 58, Otoño 1995.
- Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, Dec.1963.
- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud. Capítulo 3.
- Bovbjerg, R., P. Held, M.Pauly. Privatization and Bidding in the Health Care Sector. Journal of Policy Analysis and Management. Vol. 6, N°4, 1987.
- Cochrane, J. Time-Consistent Health Insurance. Journal of Political Economy, 1995, Vol.103, N°3.
- Cutler, D. Public Policy for Health Care. NBER, Working Paper 5591, 1996.
- Diamond, P. Organizing the Health Insurance Market. Econométrica, Vol.60, N°6, Nov. 1992.
- FIEL. Crecimiento y Equidad en la Argentina. Bases para una Política Económica para la Década. Ed. Manantial, 2000.
- Graig, L. Health of Nations. The Wyatt Company, 1991.
- Montoya, S., M. Willington. Financiamiento de Hospitales Públicos: Alternativas para la Argentina. IEERAL, 1996.
- Musgrove, P. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. World Bank, 1996.
- NERA. A Report on the Economics of Health Care Reform, September 1993.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Obras Sociales: Información General del Sistema, Vol 1 y 2, 1999.

SERIE DOCUMENTOS DE TRABAJO

1. La Fuerza de Trabajo en Buenos Aires. J. L. Bour. Diciembre 1981.
2. Encuesta sobre Remuneraciones en la Industria. Diseño Metodológico. J. L. Bour, V. L. Funes, H. Hopenhayn. Diciembre 1981.
3. Algunas Reflexiones sobre el Tratamiento a los Insumos no Comerciados en el Cálculo de Protección Efectiva. G. E. Nielsen. Diciembre 1981.
4. Ganado Vacuno: El Ciclo de Existencias en las Provincias. M. Cristini. Junio 1982.
5. Oferta de Trabajo: Conceptos Básicos y Problemas de Medición. J. L. Bour. Julio 1982.
6. Ocupaciones e Ingresos en el Mercado de Trabajo de la Cap. Fed. y GBA. H. Hopenhayn. 1982. 3 tomos.
7. La Oferta Agropecuaria: El Caso del Trigo en la Ultima Década. M. Cristini. Septiembre 1983.
8. Determinantes de la Oferta de Trabajo en Buenos Aires. J. L. Bour. Enero 1984.
9. El Ciclo Ganadero. La Evidencia Empírica 1982-84 y su Incorporación a un Modelo de Comportamiento. M. Cristini. Noviembre 1984.
10. El Impuesto a la Tierra, las Retenciones y sus Efectos en la Producción Actual y la Futura. M. Cristini, N. Susmel y E. Szewach. Octubre 1985.
11. El Impuesto a la Tierra: una Discusión de sus Efectos Económicos para el Caso Argentino. M. Cristini y O. Chisari. Abril 1986.
12. La Demanda de Carne Vacuna en la Argentina: Determinantes y Estimaciones. M. Cristini. Noviembre 1986.
13. Las Encuestas de Coyuntura de FIEL como Predictores del Nivel de Actividad en el Corto Plazo. M. Cristini e Isidro Soloaga. Noviembre 1986.
14. La Política Agropecuaria Común (PAC): Causas de su Permanencia y Perspectivas Futuras. M. Cristini. Julio 1987.
15. Informe OKITA: Un Análisis Crítico. D. Artana, J. L. Bour, N. Susmel y E. Szewach. Diciembre 1987.

16. Regulación y Desregulación: Teoría y Evidencia Empírica. D. Artana y E. Szewach. Marzo 1988.
17. Sistema de Atención Médica en la Argentina: Propuesta para su Reforma. M. Panadeiros. Mayo 1988.
18. Investigaciones Antidumping y Compensatorias contra los Países Latinoamericanos Altamente Endeudados. J. Nogués. Agosto 1988.
19. Aspectos Dinámicos del Funcionamiento del Mercado de Tierras: El Caso Argentino. M. Cristini, O. Chisari. Noviembre 1988.
20. Incidencia de los Impuestos Indirectos en el Gasto de las Familias. J. L. Bour, J. Sereno, N. Susmel. Enero 1989.
21. Inversión en Educación Universitaria en Argentina. J. L. Bour, M. Echart. Junio 1989.
22. La Promoción a la Informática en la Argentina. D. Artana, M. Salinardi. Septiembre 1989.
23. Principales Características de las Exportaciones Industriales en la Argentina. C. Canis, C. Golonbek, I. Soloaga. Diciembre 1989.
24. Efectos de un Esquema de Apertura Económica sobre la Calidad de Bienes Producidos Localmente. C Canis, C. Golonbek, I. Soloaga. Marzo 1990.
25. Evolución de las Cotizaciones Accionarias en el Largo Plazo. C. Miteff. Julio 1990.
26. Algunas Consideraciones sobre el Endeudamiento y la Solvencia del SPA. D. Artana, O. Libonatti, C. Rivas. Noviembre 1990.
27. La Comercialización de Granos. Análisis del Mercado Argentino. D. Artana, M. Cristini, J. Delgado. Diciembre 1990.
28. Propuesta de Reforma de la Carta Orgánica del Banco Central. J. Piekarz, E. Szewach. Marzo 1991.
29. El Sistema de Obras Sociales en la Argentina: Diagnóstico y Propuesta de Reforma. M. Panadeiros. Agosto 1991.
30. Reforma de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Mendoza. M. Cristini, J. Delgado. Octubre 1991.
31. Los Acuerdos Regionales en los 90: Un Estudio Comparado de la CE92, el NAFTA y el MERCOSUR. M. Cristini, N. Balzarotti. Diciembre 1991.

32. Costos Laborales en el MERCOSUR: Legislación Comparada. J. L. Bour, N. Susmel, C. Bagolini, M. Echart. Abril 1992.

33. El sistema Agro-Alimentario y el Mercado de la CE. M. Cristini. Junio 1992.

34. Gasto Público Social: El Sistema de Salud. M. Panadeiros. Setiembre 1992.

35. Costos Laborales en el MERCOSUR: Comparación de los Costos Laborales Directos. J. L. Bour, N. Susmel, C. Bagolini, M. Echart. Diciembre 1992.

36. El Arancel Externo Común (AEC) del MERCOSUR: Los Conflictos. M. Cristini, N. Balzarotti. Febrero 1993.

37. Encuesta sobre Inversión en la Industria Manufacturera. M. Lurati. Julio 1993.

38. La Descentralización de la Educación Superior: Elementos de un Programa de Reforma. Agosto 1993.

39. Financiamiento de la Inversión Privada en Sectores de Infraestructura. FIEL/BANCO MUNDIAL. Diciembre de 1993.

40. La Experiencia del Asia Oriental. FIEL/BANCO MUNDIAL. Marzo de 1994.

41. Reforma Previsional y Opción de Reparto-Capitalización. José Delgado. Junio 1994

42. Fiscal Decentralization: Some Lessons for Latin America. D. Artana, R. López Murphy. Octubre 1994.

43. Defensa del Consumidor. D. Artana. Diciembre 1994.

44. Defensa de la Competencia. D. Artana. Marzo 1995.

45. Encuesta sobre Inversión en la Industria Manufacturera (2da. parte). M. Lurati. Setiembre 1995.

46. Precios y Márgenes del Gas Natural: Algunas Observaciones Comparativas. F. Navajas. Octubre 1995.

47. Las PYMES en la Argentina. M Cristini. Diciembre 1995.

48. El Relabanceo de las Tarifas Telefónica en la Argentina. D. Artana, R. L. Murphy, F. Navajas y S. Urbiztondo. Diciembre 1995.

49. Una Propuesta de Tarificación Vial para el Area Metropolitana. O. Libonatti, R. Moya y M. Salinardi. Setiembre 1996.

50. Mercado Laboral e Instituciones: Lecciones a partir del Caso de Chile. Ricardo Paredes M. Diciembre 1996.

51. Determinantes del Ahorro Interno: El Caso Argentino. R. López Murphy, F. Navajas, S. Urbiztondo y C. Moskovits. Diciembre 1996.

52. Las Estadísticas Laborales. Juan L. Bour y Nuria Susmel. Junio 1997.

53. Decentralisation, Inter-Governmental Fiscal Relations and Macroeconomic Governance. The Case of Argentina. Ricardo L. Murphy and C. Moskovits. Agosto 1997.

54. Competencia Desleal en el Comercio Minorista. Experiencia para el Caso Argentino. D. Artana y F. Navajas. Agosto 1997.

55. Modernización del Comercio Minorista en la Argentina: El Rol de los Supermercados. D. Artana, M. Cristini, R. Moya, M. Panadeiros. Setiembre 1997.

56. La Deuda Pública Argentina: 1990-1997. C. Dal Din y N. López Isnardi. Junio 1998.

57. Regulaciones a los Supermercados. D. Artana y M. Panadeiros. Julio 1998.

58. Desarrollos Recientes en las Finanzas de los Gobiernos Locales en Argentina. R. López Murphy y C. Moskovits. Noviembre 1998.

59. Aspectos Financieros de Tipos de Cambio y Monetarios del Mercosur. Diciembre 1998.

60. El Problema del Año 2000. Implicancias Económicas Potenciales. E. Bour. Marzo 1999.

61. El Crédito para las Microempresas: Una Propuesta de Institucionalización para la Argentina: M. Cristini y R. Moya. Agosto 1999.

62. El Control Aduanero en una Economía Abierta: El Caso del Programa de Inspección de Preembarque en la Argentina. M. Cristini y R. Moya. Agosto 1999.

63. La Integración Mercosur-Unión Europea: La Óptica de los Negocios. M. Cristini y M. Panadeiros. Diciembre 1999.

64. La Apertura Financiera Argentina de los '90. Una Visión Complementaria de la Balanza de Pagos. Claudio Dal Din . Junio 2000.

65. Hacia un Programa de Obras Públicas Ampliado: Beneficios y Requisitos Fiscales. S. Auguste, M. Cristini y C. Moskovits. Setiembre 2000.

66. Una Educación para el Siglo XXI. La Evaluación de la Calidad de la Educación. G. Cousinet. Noviembre 2000.

67. Una Educación para el Siglo XXI. La Práctica de la Evaluación de la Calidad de la Educación. Experiencia Argentina e Internacional. M. Nicholson. Diciembre 2000.

68. Microeconometric Decompositions of Aggregate Variables. An Aplication to Labor Informality in Argentina. L. Gasparini. Marzo 2001.

69. Apertura Comercial en el Sector Informático. P. Acosta y M. Cristini. Junio 2001.

70. Reseña: Indice de Producción Industrial y sus Ciclos. L. Lucero. Agosto 2001.

71. El Agro y el País: Una Estrategia para el Futuro. M. Cristini y otros. Octubre 2001.

ESTAS EMPRESAS CREEN EN LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA PRIVADA EN LA ARGENTINA

Aga S.A.
Agfa Gevaert Arg. S.A.
Aguas Argentinas S.A.
American Express Argentina S.A.
Aseg. de Cauciones S.A. Cía. Seg.
Aseg. de Créditos y Garantías
Asoc. Argentina de Cías. de Seguros
Asoc. Bancos de la Argentina –ABA -
Automóvil Club Argentino

Bagley S.A.
Banca Nazionale del Lavoro S.A.
Banco Bisel
Banco CMF S.A.
Banco COMAFI
Banco Galicia
Banco de Inversión y Comercio Exterior - BICE
Banco de la Ciudad de Buenos Aires
Banco de la Nación Argentina
Banco Europeo para América Latina
Banco General de Negocios
Banco Patagonia
Banco Río
Banco Sáenz S.A.
Banco Societe Generale
Banco Sudameris
Banco Velox S.A.
BankBoston
Bansud S.A.
Bayer S.A.
BBV Banco Francés
Berkley International Argent. S.A.
BNP Paribas
Bodegas Chandon S.A.
Bolsa de Cereales de Buenos Aires
Bolsa de Comercio de Bs.As.
Booz Allen & Hamilton de Arg. S.A.
Bunge Argentina S.A.

C&A Argentina SCS
Caja de Seguro S.A.
Cámara Argentina de Comercio
Cámara Argentina de Supermercados
Cámara de AFJP
Camuzi Gas Del Sur
Cargill S.A.C.I.
Carrefour Argentina S.A.
Central Puerto S.A.
Cepas Argentinas S.A.
Cervecería y Maltería Quilmes
Citibank, N.A.
CMS Operating S.A.
Coca Cola de Argentina S.A.
Coca Cola FEMSA de Buenos Aires
Compañía de Radio Comunicaciones Móviles
COPAL
Corsiglia y Cía. Soc. de Bolsa S.A.
CTI Compañía de Teléfonos del Interior S.A.

Daimler Chrysler
Droguería Del Sud
Du Pont Argentina S.A.

EDENOR S.A.
Editorial Atlántida S.A.
Esso S.A. Petrolera Argentina
Est. Vitivinícolas Escorihuela
Estudio Glibota

F.V.S.A.
Ford Argentina S.A.
Fratelli Branca Dest. S.A.
Fund. Cámara Española de Comercio de la Rep. Arg.

Gas Natural Ban S.A.

ESTAS EMPRESAS CREEN EN LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA PRIVADA EN LA ARGENTINA

Heller Financial Bank S.A.
Hewlett Packard Argentina S.A.
HIH Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
HSBC Argentina Holdines S.A.

IBM Argentina S.A.
Industrias Metalúrgicas Pescarmona
ING Bank
IRSA

Javicho S.A.
José Cartellone Const. Civiles S.A.

Laboratorios Rontag S.A.
La Holando Sudamericana
Loma Negra C.I.A.S.A.
Luncheon Tickets S.A.
Lloyds Bank (BLSA) Limited

Massalin Particulares S.A.
Mastellone Hnos. S..
Medicus A. de Asistencia Médica y Científica
Mercado de Valores de Bs. As.
Merchant Bankers Asociados
Metrogas S.A.
Metrored Telecomunicaciones S.A.
Molinos Río de la Plata S.A.
Monsanto Argentina S.A.I.C.
Morixe Hermanos S.A.C.I.
Murchison S.A. Estib. y Cargas

Nobleza Piccardo S.A.I.C.F.
Novartis

OCASA
Organización Techint
Orígenes AFJP S.A.

Orlando y Cía. Sociedad de Bolsa

Pan American Energy LLC
Pecom Energía S.A.
Pirelli Argentina S.A.
Polisur S.A.

Rabo Trading Argentina S.A.
Repsol-YPF S.A.
Roggio S.A.

San Jorge Emprendimientos S.A.
SC Johnson & Son de Arg. S.A.
SanCor Coop. Unidas Ltda.
Scotiabank Quilmes
Sealed Air Argentina S.A.
Serono Argentina S.A.
Shell C.A.P.S.A.
Siembra AFJP
Siemens S.A.
Sociedad Comercial del Plata S.A.
Sociedad Rural Argentina
Socma Americana S.A.
Swift Armour S.A. Argentina

Telecom Argentina
Telefónica de Argentina
Thales Spectrum de Argentina
The Chase Manhattan Bank NA.
Total Austral
Transportadora de Gas del Norte SA

UBS Capital Latin America
Unicenter Shopping
Unilever de Argentina S.A.

Vidriería Argentina S.A.