



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Daniel Maceira

**Instituciones Sanitarias en un País Federal:
Las Obras Sociales Provinciales en Contexto**



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO IV – Agosto 2003

**Instituciones Sanitarias en un País Federal:
Las Obras Sociales Provinciales en Contexto**

Daniel Maceira, Ph.D.,¹

¹ Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Este trabajo contó con el apoyo de la Dirección de Gastos Sociales Consolidados de la Secretaría de Política Económica. El autor agradece la colaboración de Roxana Maurizio e Ignacio Apella (CEDES), y la asistencia de Eugenia del Mazo, en la elaboración de este documento. Se agradece especialmente a los representantes de las Obras Sociales Provinciales, a COSSPRA y al Dr. Luis Pérez (Banco Mundial) por la información suministrada durante esta investigación.
Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

Índice

- 1.- Introducción
- 2.- Objetivos y Preguntas de la Investigación
- 3.- Fuentes de Información y Calidad del Dato
- 4.- Características Provinciales e Institucionales
 - 4.1.- Características Provinciales
 - 4.2.- Normativa, Administración y Estructura de Ingresos
 - 4.3.- Gasto y Cobertura de las Obras Sociales Provinciales
- 5.- Organización Interna y Mercado de Atención
- 6.- Taxonomía de las Obras Sociales Provinciales
- 7.- Análisis Estadístico y Resultados
- 8.- Conclusiones y Comentarios Finales
- 9.- Bibliografía

Índice de Cuadros y Figuras

- Tabla 1: Características Provinciales
- Tabla 2: Obras Sociales Provinciales, Normativa
- Tabla 3: Obras Sociales Provinciales, Estructura de Administración
- Tabla 4: Estructura de Ingresos de las Obras Sociales Provinciales
- Tabla 5: Estructura del Gasto en Salud
- Tabla 6: Obras Sociales Provinciales, Beneficiarios y Afiliados, 1993 - 1999
- Tabla 7: Evolución del Gasto Total de las Obras Sociales Provinciales, Años 1993 - 2000
- Tabla 8: Gasto de las Obras Sociales Provinciales como Porcentajes del Gasto en Salud Provincial. Años 1993-2000
- Tabla 9: Organización Interna y Modelo de Atención (año 2002)
- Tabla 10: Taxonomía de las Obras Sociales Provinciales
- Tabla 11: Caracterización de Obras Sociales por Categoría
- Tabla 12: Patrones de Utilización y Financiamiento de Servicios de Salud en Empleados Públicos. Año 1997
- Tabla 13: Determinantes del Gasto de las Obras Sociales Provinciales
- Figura 1: Dispersión del Gasto Anual por Afiliado sobre la Media (año 1995)
- Figura 2: Dispersión del Gasto Anual por Afiliado sobre la Media (año 1999)

1.- Introducción

Durante años, las Obras Sociales Provinciales han sido consideradas actores secundarios en el financiamiento del sistema de salud en Argentina. La importancia política de los sindicatos, y las pujas de poder asociadas con el fenómeno "representatividad obrera-reivindicación salarial-gerentes de sistemas de salud", hizo que la problemática referida al funcionamiento de las Obras Sociales Nacionales recibiera mayor atención, no sólo por parte de los medios de comunicación sino también por parte de los especialistas del sector.

A partir de la descentralización de los servicios sociales y de la crisis de desfinanciamiento general, el sector público provincial se convirtió en un generador de empleo, y las Obras Sociales Provinciales se revalorizan como objeto de estudio. Actualmente, con una cobertura de 5,2 millones constituye aproximadamente el 14% del sistema de salud, en términos de financiamiento.

El proceso de descentralización llevado a cabo desde principios de los '90 cambia al eje del modelo de salud argentino. El Ministerio de Salud pasa a cumplir un papel complementario en la prestación de servicios de salud, aunque mantiene protagonismo en términos de financiamiento (aproximadamente 40% del gasto público en salud cuenta con fuentes nacionales). Desde esta nueva perspectiva, la visión centrada en la Ciudad de Buenos Aires se desplaza a una perspectiva provincial, donde la Obra Social de cada jurisdicción cumple una función protagónica. Ello se traduce en la necesidad de analizar tanto los mecanismos de coordinación y/o transferencia de riesgo con instituciones dependientes de los Ministerios de Salud Provincial, como así también en los diseños utilizados en la contratación de efectores privados. Estos aspectos se convierten en pilares básicos del análisis sobre políticas futuras en el área, donde los seguros provinciales de salud, coordinando recursos e instalaciones de las Obras Sociales Provinciales, Ministerios de Salud locales y PAMI constituyen uno de los escenarios potenciales analizados.

El "nuevo fenómeno" de las Obras Sociales Provinciales enfrenta al investigador con varios desafíos. Primero, estas instituciones, como organismos teóricamente autárquicos de un país federal, cuentan con una legislación que le otorgan funciones y características propias, y no necesariamente son homogéneas entre sí. Segundo, la falta de información sobre las Obras Sociales Provinciales, asociada a un modelo desmembrado de financiamiento, genera incógnitas acerca de la calidad del dato recogido, sus fuentes de información y los parámetros adecuados para establecer comparaciones entre instituciones. Adicionalmente, y a diferencia de las Obras Sociales Nacionales, éstas no cuentan con un marco de superintendencia que promueva estructuras regulatorias de redistribución de fondos, paquetes de servicios y mecanismos homogéneos de fiscalización de calidad en la atención.

A lo largo de las siguientes secciones se intentará dar cobertura a distintos aspectos que hacen a la discusión del conjunto de Obras Sociales Provinciales, partiendo de las diferencias normativas existentes entre jurisdicciones como así también a las brechas identificadas entre la legislación y la aplicación de la norma. Se compararán las

estructuras de ingreso teórico y gasto por beneficiario, utilizando como parámetro los valores desembolsados por el sector público provincial. En especial, se analizará la dispersión entre ingresos y gastos asociada con cada una de las instituciones provinciales, y la potencial relación con los niveles de riqueza y necesidades de la población de cada provincia.

Asimismo, se proveerá un análisis comparado de las estructuras de organización y contratación de servicios, a partir de un cuestionario confeccionado específicamente para este trabajo, y se presentarán los patrones de financiamiento y uso de servicios de salud por parte de los empleados públicos, de acuerdo a la encuesta Siempre 1997.

Finalmente, el documento introduce el debate sobre el protagonismo potencial de estas instituciones en una agenda de reforma del sector.

2.- Objetivos y Preguntas de Investigación

A diferencia de las Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección, creadas a partir de la Ley Nacional Nº 23.660, cada provincia dio nacimiento a su propia Obra Social Provincial (OSPr) a partir de una Ley o Decreto específico. El objetivo fue, en todos los casos, el de brindar servicios de salud a sus beneficiarios, quienes son principalmente agentes en relación de dependencia de la administración provincial y sus familias. Si bien en varios casos forman parte de la OSPr los jubilados y pensionados de la caja de previsión provincial (Provincia de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Río Negro, por ejemplo) y los llamados afiliados voluntarios, la mayor parte de la población cubierta corresponde al personal de administración pública.

De acuerdo a los seis estudios realizados a partir del PRESSAL, el porcentaje de afiliados voluntarios oscila entre el 2% y el 8% del total de contribuyentes a la Obra Social. El peso de la población en edad activa (18 a 60 años) oscila entre el 50 y el 63%, lo que es consistente con el origen contributivo de estas instituciones de empleados de la administración pública. Por esa misma razón, el porcentaje de los beneficiarios que reside en la capital provincial es generalmente elevado (entre el 40% y el 55% del padrón).

Sus afiliados no cuentan con la posibilidad de elección de su institución aseguradora como sucede actualmente en el Sistema de Obras Sociales Nacionales. La existencia de un grupo cautivo de beneficiarios de aproximadamente un cuarto de la población provincial (considerando el promedio simple) tiene implicancias directas sobre el funcionamiento organizacional y productivo de las mismas. Esfuerzos recientes de gestión han llevado a la creación de planes alternativos para la elección de prestadores por parte de sus afiliados, con redes alternativas de efectores (la provincia de Córdoba constituye un caso especialmente innovador en esta dirección).

De acuerdo a sus diferentes normativas, cada OSPr debe contar con un presidente¹ y un directorio. Este último generalmente está compuesto por los beneficiarios del sistema a

¹ En algunos casos la figura del presidente es denominada Administrador (Neuquén y La Rioja) o Director (Santa Fé).

través de sus gremios o asociaciones representativas, y por los delegados del gobierno provincial.

Cada OSPr es autárquica en su constitución, lo cual posibilitaría el manejo de sus propios recursos y el dictado de los actos administrativos necesarios para su funcionamiento. A pesar de ello, algunas OSPr se encuentran intervenidas por el gobierno provincial y aún en los casos de no-intervención, la autarquía de estas instituciones es relativa. Ello se atribuye a la imposibilidad de algunos gobiernos provinciales de cumplir oportunamente con sus aportes patronales, limitando su efectividad en el cumplimiento de sus funciones específicas.

La falta de una normativa común, así como la inexistencia de un organismo que compile la información sobre estas instituciones y regule su funcionamiento, constituye una limitante desde la perspectiva del investigador. Este trabajo se propone entonces como exploratorio, focalizándose en un número reducido de preguntas generales que serán respondidas a lo largo de las siguientes páginas. Las mismas pueden resumirse del siguiente modo:

- 1.- ¿Existe un patrón común en la Organización interna de las Obras Sociales, a pesar de su falta de coordinación, propia de su naturaleza institucional? ¿Pueden identificarse conductas comunes en los modos de contratación y pago de proveedores de servicios y en las prestaciones cubiertas?
- 2.- ¿Las diferencias existentes entre instituciones, pueden atribuirse a condiciones socioeconómicas provinciales o a mecanismos de ingresos y gastos de las Obras Sociales? ¿Es posible construir una taxonomía de Obras Sociales Provinciales, a pesar de las limitaciones de información existentes?
- 3.- ¿Pueden identificarse relaciones funcionales entre resultados seleccionados de gasto y cobertura de las Obras Sociales, con respecto a las características provinciales e institucionales encontradas a lo largo de la investigación? ¿Los niveles de ingreso y población provincial constituyen determinantes para la existencia de mecanismos de transferencia de riesgos y para el funcionamiento de un sistema de seguro social?

A partir de estas premisas, la próxima sección discute el proceso de búsqueda de información y la calidad del dato. Las secciones posteriores se destinan a evaluar los mismos a partir del plan presentado.

3.- Fuentes de Información y Calidad del Dato

La realización de este trabajo se apoya en dos etapas de recopilación de datos. La primera de ellas comprendió la búsqueda y sistematización de información primaria y secundaria referida tanto a las Obras Sociales Provinciales, como a variables sociales, económicas y fiscales de cada una de las jurisdicciones. La segunda etapa comprendió la confección y distribución de una encuesta entre autoridades de cada una de las instituciones provinciales de seguridad social.

En la primera etapa se recurrió a registros administrativos sobre empleados públicos provinciales, evolución de salarios promedio, y déficit y endeudamiento provincial extraídos de publicaciones de diversas Direcciones del Ministerio de Economía de la Nación. Estas fuentes también proporcionaron estimaciones de gasto y afiliación a Obras Sociales Provinciales. Información sobre características socio-económicas de la población provincial, producto bruto geográfico y condiciones de salud fueron reunidas a partir de reportes del INDEC y del Área de Estadística Sanitarias del Ministerio de Salud. De la primera de estas dos fuentes se obtuvo asimismo la información sobre usos del sistema de Salud de los empleados públicos, originada en la Encuesta del Gasto de los Hogares (1997/98). Asimismo, se recurrió a la información referida a las condiciones de salud y años de vida potencialmente perdidos elaborada por la Representación Nacional de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio del área. Finalmente, la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) brindó información sobre los porcentajes de retenciones salariales y contribuciones patronales y beneficiarios por Obra Social, así como una visión global e institucional sobre la organización y el funcionamiento de estas entidades.

Los antecedentes bibliográficos para la elaboración de este documento son limitados. Los mismos consisten en estudios de situación contratados por el proyecto PRESSAL para un grupo de cinco Obras Sociales Provinciales y dos documentos de la misma fuente que proponen un marco comparativo de análisis entre las instituciones estudiadas. Un trabajo adicional fue preparado por personal del Ministerio de Economía, fundamentalmente dirigido a identificar diferencias normativas en el origen y funcionamiento de estas instituciones.

Lamentablemente, no existe un registro que contenga información completa, sistemática y consistente sobre recursos, resultados y gasto de las Obras Sociales Provinciales, lo que obligó a llevar a cabo una encuesta específica, que constituye la segunda parte del proceso de recolección de información.

Un primer formulario fue elaborado en colaboración con funcionarios de la Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía y circulado a través de las vías tradicionales utilizadas por esa Oficina, recibiendo una respuesta limitada. Se definió entonces un nuevo cuestionario, el que fue respondido por funcionarios clave de cada administración. El mismo se focalizó en un grupo de veinte preguntas de tipo cualitativo, con elección múltiple y limitada necesidad de búsqueda adicional de información por parte del encuestado. Este método, si bien redujo las posibilidades de obtener información detallada, fue respondido en su totalidad por todas las provincias, con la única excepción de la Ciudad de Buenos Aires, la cual quedó excluida del análisis. Asimismo, la información parcial proveniente de la primera encuesta, sirvió de base para contrastarla con aquella obtenida a partir de COSSPRA y de otros trabajos realizados previamente sobre el subsector. Esta comparación arrojó fuertes discrepancias, lo que llevó a una importante tarea de consistencia entre diferentes fuentes, con resultados poco satisfactorios en algunos casos.

A modo de ejemplo, cabe mencionar que las series de beneficiarios y afiliados por institución provenientes de COSSPRA presentan fuertes diferencias (no sólo en valores absolutos de cada año sino incluso en el comportamiento tendencial) con la declarada por las provincias o identificadas en la bibliografía, y entre éstas y las que se infieren a partir del número de trabajadores públicos de planta en cada provincia elaborado por el Ministerio de Economía nacional. En algunos casos se registraron incrementos en el total

de ocupados por el sector público conjuntamente con caídas en el total de afiliados a la Obra Social Provincial, a pesar que ambas deberían presentar una alta correlación positiva. Si bien existen factores que generan una brecha entre las mismas, tales como la descentralización del personal de sectores sociales, que ha generado inconsistencias en la identificación de contribuyentes y beneficiarios, éstas no parecieran ser lo suficientemente importante para justificar las divergencias encontradas, por lo que se requiere esfuerzos adicionales de investigación.

Ante estas inconsistencias, se optó por considerar la información proveniente de COSSPRA y del Ministerio de Economía, bajo el supuesto que las mismas se encuentran sometidas a un mínimo proceso de control, que existe compatibilidad entre los datos de las diferentes Obras Sociales para un momento determinado del tiempo y en las series temporales dentro de cada una de ellas.

Surge entonces como primera recomendación de política establecer nuevos mecanismos de obtención de datos como así también promover el mejoramiento de los ya existentes, con el fin último de incrementar la eficiencia en la toma de decisiones por parte del sector público y de las propias instituciones de seguridad social.

4. - Características Provinciales e Institucionales

4.1. Características Provinciales

La Tabla II.1 muestra la diversidad existente entre los indicadores económicos y demográficos provinciales. En las primeras dos columnas se presentan las poblaciones de cada jurisdicción a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991 y su actualización para el año 2000. A continuación y sobre la base del mismo censo, se identifica la población con necesidades básicas insatisfechas como porcentaje del total de la población provincial. Para el año 1990 y 1999, y de acuerdo a los indicadores del Programa Nacional de Estadística de Salud y la Organización Panamericana de la Salud se presentan indicadores asociados con necesidades de salud de la población: mortalidad infantil y un ranking de perfil epidemiológico construido a partir de datos sobre años de vida potencialmente perdidos cada diez mil habitantes. Las últimas columnas de la Tabla establecen el déficit fiscal provincial, en miles de pesos constantes de 1999, para los años 1991 y 2000, y su peso per cápita para los mismos períodos.

Como se observa, la dispersión en la distribución de habitantes entre provincias es amplia, alcanzando una relación de ciento veintitrés a uno. La provincia de Buenos Aires alberga 14,2 millones de habitantes para el año 2000, en tanto que Córdoba y Santa Fe cuentan con 2,7 millones cada una. En el extremo opuesto, Tierra del Fuego, Santa Cruz y La Rioja contienen menos de 300 mil habitantes.

Tabla II.1: Características Provinciales

Provincia	Total de población		% Poblac.con NBI	% Población Urbana	% Población mayor de 65 años		Mortalidad Infantil		Perfil Epidemiológico	Déficit Fiscal Provincial (en miles de pesos constantes de 1999)		Déficit Fiscal Provincial Per Capita	
	1991	2000	1991	1998	1990	2000	1990	1999		1991	2000	1991	2000
	(1)	(2)	(1)	(3)	(4)		(5)		(6)	(7)		(8)	
Buenos Aires	12.594.974	14.214.701	17,00	94,50	9,20	10,30	24,20	16,60	2	-854.547	-1.870.647	-67,85	-131,60
Catamarca	264.234	318.147	28,00	69,50	6,80	7,30	34,60	20,30	3	-6.531	-27.754	-24,72	-87,24
Chaco	839.677	951.795	38,30	85,50	5,10	6,10	35,80	29,00	4	-24.205	-170.923	-28,83	-179,58
Chubut	357.189	448.028	21,40	74,00	5,00	6,00	20,60	17,90	1	-46.534	263	-130,28	0,59
Córdoba	2.766.683	3.090.803	14,00	67,50	9,30	10,50	22,20	15,30	2	-258.459	-106.521	-93,42	-34,46
Corrientes	795.594	921.933	30,40	87,90	6,40	6,70	31,70	22,90	3	-36.708	9.364	-46,14	10,16
Entre Ríos	1.020.257	1.113.438	18,80	74,40	8,80	9,70	24,30	19,50	2	-62.263	-200.522	-61,03	-180,09
Formosa	398.413	504.185	38,10	77,40	4,70	5,50	33,20	23,60	3	-120.352	-108.038	-302,08	-214,28
Jujuy	512.329	604.002	35,20	69,40	4,70	5,90	35,80	23,40	3	-42.351	-68.795	-82,66	-113,90
La Pampa	259.996	306.113	12,40	82,00	8,90	9,50	22,10	15,20	2	19.444	-1.232	74,79	-4,02
La Rioja	220.729	280.198	26,60	74,60	6,40	6,70	28,80	20,60	3	-125.911	-95.466	-570,43	-340,71
Mendoza	1.412.481	1.607.618	17,30	75,10	7,80	9,00	21,10	16,20	1	41.190	-204.019	29,16	-126,91
Misiones	788.915	995.326	32,80	77,80	4,50	5,30	31,80	21,70	3	-17.250	-124.544	-21,87	-125,13
Neuquén	388.833	560.726	21,50	63,40	3,90	4,70	16,90	12,40	1	-35.687	-36.629	-91,78	-65,32
Río Negro	506.772	618.486	22,10	86,40	5,30	6,30	23,10	15,80	1	-50.794	-88.090	-100,23	-142,43
Salta	866.153	1.067.347	36,80	79,70	5,10	6,00	32,30	21,20	3	-134.117	-73.572	-154,84	-68,93
San Juan	528.715	578.504	19,30	78,90	6,70	8,30	24,40	20,70	3	-60.652	-161.393	-114,72	-278,98
San Luis	286.458	363.345	21,00	80,60	7,30	7,30	29,70	18,90	3	35.358	46.125	123,43	126,95
Santa Cruz	159.839	206.897	14,30	81,20	3,90	4,70	20,70	13,20	1	-75.768	-34.950	-474,03	-168,93
Santa Fé	2.798.422	3.098.661	16,30	93,00	10,50	11,20	28,30	15,20	2	-14.034	-105.911	-5,02	-34,18
Santiago del Estero	671.988	725.993	36,70	85,40	6,90	7,50	28,30	15,50	3	-42.403	19.385	-63,10	26,70
Tierra del Fuego	69.369	115.538	22,30	81,20	1,90	1,90	27,90	7,80	1	-60.862	29.116	-877,37	252,00
Tucumán	1.142.105	1.293.349	26,60	76,70	6,30	7,40	28,50	22,50	3	-1.111	-26.961	-0,97	-20,85

Fuente: (1) INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991, Serie B.

(2) Población Estimada, INDEC- Anuario Estadístico 2000

(3) INDEC, 1998

(4) INDEC, Anuario 2000

(5) Organización Panamericana de la Salud y Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1990)

(6) Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud y la Organización Panamericana de la Salud

Se tomaron los promedios simples nacionales de dos indicadores: Años de Vida Potencialmente Perdidos por causas cardíacas y tumores (AVPPC) correspondientes a enfermedades infecciosas (AVPPI) comparar los índices provinciales contra ambos promedios se establece la existencia de cuatro grupos: Grupo 1 (bajo AVPPC y bajo AVPPI), Grupo 2 (bajo AVPPC - alto AVPPI), Grupo 3 (alto AVPPC - alto AVPPI) y Grupo 4 (alto AVPPC - alto AVPPI)

(7) Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, (2002)

(8) Elaboración propia en base a Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias e INDEC Anuario Estadístico 2000.

En términos de población con necesidades básicas insatisfechas, Santa Cruz, La Pampa y Córdoba, con menos del 15% de su población en estas condiciones son las menos afectadas en tanto que en Formosa y Chaco los indicadores se duplican, con 38,1% y 38,3% respectivamente.

El indicador de mortalidad infantil, encuentra a diez de las jurisdicciones por debajo del promedio nacional de 17 por mil. En el extremo inferior, Tierra del Fuego cuenta con 7,8 por mil, en tanto que el máximo lo alcanza Chaco con una tasa del 29 por mil, tres veces superior a la tasa más baja. En todos los casos, sin embargo, se verifica una mejora entre los dos períodos considerados, 1990 y 1999.

La situación fiscal es también altamente disímil. Para el año 2000, y con la excepción de cinco casos, las provincias sostienen niveles de déficit fiscal per cápita que fluctúan entre \$340 en La Rioja y \$4 en Jujuy. En el extremo opuesto, San Luis y Tierra del Fuego cuentan con superavit de \$127 y \$252 respectivamente, en pesos constantes de 1999.

4.2. Normativa, Administración y Estructura de Ingresos

La Tabla II.2 presenta en forma esquemática la normativa asociada con el funcionamiento de las Obras Sociales Provinciales. Se observa que existen varias instituciones que han sido establecidas por ley en tanto otras fueron creadas por decreto, llegando en algunos casos a contar con una legislación elaborada durante el gobierno de facto.

En la mayoría de los casos, son entidades autárquicas con manejo independiente de recursos con respecto al Ministerio de Salud o la Tesorería Provincial. Sin embargo, se reconocen grandes demoras en los cobros de los aportes estatales en su rol de empleador, limitando su capacidad de gestión.

Los porcentajes salariales que alimentan los fondos de utilización de las Obras Sociales Provinciales fluctúan entre un 13 y 12 por ciento en Chaco y Neuquén hasta un 7 por ciento en Entre Ríos y Chubut. Con las excepciones de Catamarca, Corrientes y Formosa, los aportes salariales son mayores o iguales, en peso porcentual, que las contribuciones patronales.

La Tabla II.3 completa el marco normativo, mostrando la estructura de administración de cada Obra Social Provincial. En las últimas dos columnas se presenta, y de acuerdo a la encuesta realizada al total de las instituciones, la independencia o no en la administración de recursos con respecto al Ministerio de Salud o a la Tesorería, y cuál es su estructura de dirección. En catorce de los veintitrés casos las Obras Sociales Provinciales son dirigidas por un presidente o administrador, y un directorio. En nueve casos la institución se encuentra intervenida, sin existir aparente asociación entre este aspecto y el nivel de ingresos o gasto promedio de la Obra Social Provincial.

Tabla II.2: Obras Sociales Provinciales, Normativa

Provincia	Nombre	OSP	Status Legal	Aportes y Contribuciones		
				Contribución Salarial	Aporte Patronal	Total
			(1)	(2)		
Buenos Aires	Instituto de Obra Médico Asistencial	IOMA	Ley 6892/87 - entidad autárquica con capacidad para actuar pública y privadamente	4,50%	4,50%	9,00%
Catamarca	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 3509 - Entidad autárquica financiera, administrativa y funcional	4,50%	4,00%	8,50%
Chaco	Instituto de Seguridad Social y Seguro de Previsión	INSSSEP	Ley 4044 - Organismos autárquico y funcionalmente autónomo.	6,50%	6,50%	13,00%
Chubut	Instituto de Seguridad Social y Seguros	ISSS - SEROS	Ley 1404	3,00%	4,00%	7,00%
Córdoba	Instituto Provincial de Atención Médica	IPAM	Ley 5299 - Entidad Autárquica con individualidad Financiera	4,00%	4,50%	8,50%
Corrientes	Instituto de Obra Social de Corrientes	IOSCOR	Ley 3341 - Parte del Instituto de Seguridad Social	6,00%	4,00%	10,00%
Entre Ríos	Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos	IOSPER	Ley 5326 (p) - Persona jurídica autárquica	3,00%	4,00%	7,00%
Formosa	Instituto de Asistencia Social de Empleados Públicos	IASEP	Decreto Ley 1463/62 (p) - Organismo descentralizado y autárquico.	5,00%	4,00%	9,00%
Jujuy	Instituto de Seguros de Jujuy	ISJ	Ley 4282/87	4,00%	6,00%	10,00%
La Pampa	Instituto de Seguridad Social - Servicios Médico Previsional	SEMPRE	Norma Jurídica de Facto 1170/82 - Entidad autárquica financiera y administrativa. Personería jurídica y patrimonio propio	3,50%	4,50%	8,00%
La Rioja	Administración General de Obra Social	APOS	Entidad con autarquía financiera, administrativa y funcional.	4,10%	5,50%	9,60%
Mendoza	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Organismo Descentralizado. Cualquier modificación de estructura orgánico funcional debe contar con decreto del Poder Ejecutivo	3,00%	9,00%	12,00%
Misiones	Instituto de Previsión Social de Misiones	IPSM	Ley 568/71 - Parte del Instituto de Seguridad Social. Carácter autárquico, dependiente del Ministerio de Hacienda y Finanzas. Capacidad para actuar pública y privadamente	5,00%	5,00%	10,00%
Neuquén	Instituto de Seguridad Social del Neuquén	ISSN	S/D	5,00%	7,00%	12,00%
Río Negro	Instituto Provincial de Seguro de Salud	IPROSS	Ley 2753/93 - Entidad autárquica con individualidad financiera. Funcionará en jurisdicción del Ministerio de Asuntos Sociales	3,50%	5,50%	9,00%
Salta	Instituto Provincial de Seguro	IPS	Ley 712/01 - Entidad autárquica con personería jurídica, individualidad administrativa, económica y financiera	4,00%	5,00%	9,00%
San Juan	Instituto Provincial de Seguridad y asistencia Social	IPSA	Ley 4373 modificada por decreto 4202 - Ente descentralizado con plena autarquía	3,50%	5,50%	9,00%
San Luis	Dirección de Obra Social del Estado Provincial	DOSEP	Ley 3419/72 derogada - Ley 4042/79 derogada	4,00%	4,00%	8,00%
Santa Cruz	Caja de Servicios Sociales	CSS	S/D	4,00%	6,00%	10,00%
Santa Fé	Instituto Autárquico Provincial de Obra Social	IAPOS	Ley 8288/78 - Personería jurídica autárquica en el ámbito del Poder Ejecutivo. Relacionada mediante el Ministerio de Bienestar Social	4,50%	6,00%	10,50%
Santiago del Estero	Instituto de Obra Social del Empleado Provincial	IOSEP	Parte del Instituto de Seguridad Social	5,00%	5,00%	10,00%
Tierra del Fuego	Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego	ISST	Ley 1072 - Organismo autárquico	3,00%	6,00%	9,00%
Tucumán	Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán	IPSST	Ley 6443/93 (p) - Servicio público con autarquía administrativa, personalidad jurídica e individualidad financiera	4,50%	4,50%	9,00%

Fuente: (1) Ministerio de Economía, Secretaría de Relaciones con Provincias, "Informe Preliminar Obras Sociales Provinciales", (2001)
 (2) Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), (2002)

Tabla II.3: Obras Sociales Provinciales, Estructura de Administración

<i>Provincia</i>	<i>Nombre</i>	<i>OSP</i>	<i>Administración de Recursos</i>	<i>Estructura de Dirección</i>
Catamarca	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	independiente	Intervenido
Corrientes	Instituto de Obra Social de Corrientes	IOSCOR	En conjunto con el Ministerio de Salud	Intervenido
Chubut	Instituto de Seguridad Social y Seguros	ISSS - SEROS	independiente	Intervenido
Formosa	Instituto de Asistencia Social de Empleados Públicos	IASEP	Dependiente del Ministerio de Economía	Intervenido
San Juan	Instituto Provincial de Seguridad y asistencia Social	IPSA	independiente	Intervenido
San Luis	Dirección de Obra Social del Estado Provincial	DOSEP	independiente	Intervenido
Santa Cruz	Caja de Servicios Sociales	CSS	independiente	Intervenido
Santiago del Estero	Instituto de Obra Social del Empleado Provincial	IOSEP	independiente	Intervenido
Tucumán	Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán	IPSST	independiente	Intervenido
Buenos Aires	Instituto de Obra Médico Asistencial	IOMA	independiente	Directorio
Córdoba	Instituto Provincial de Atención Médica	IPAM	independiente	Presidente + Directorio
Chaco	Instituto de Seguridad Social y Seguro de Previsión	INSSSEP	independiente	Presidente + Directorio
Entre Ríos	Instituto de Obra Social de la Pcia. De Entre Ríos	IOSPER	independiente	Presidente + Directorio
Jujuy	Instituto de Seguros de Jujuy	ISJ	independiente	Presidente + Directorio
La Pampa	Instituto de Seguridad Social - Serv. Médico Previsional	SEMPRE	independiente	Presidente + Directorio
La Rioja	Administración General de Obra Social	APOS	independiente	Administrador General
Mendoza	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	independiente	Presidente + Directorio
Misiones	Instituto de Previsión Social de Misiones	IPSM	independiente	Presidente + Directorio
Neuquén	Instituto de Seguridad Social del Neuquén	ISSN	independiente	Administrador + Directorio
Río Negro	Instituto Provincial de Seguro de Salud	IPROSS	independiente	Presidente + Directorio
Salta	Instituto Provincial de Seguro	IPS	independiente	Presidente + Directorio
Santa Fé	Instituto Autárquico Provincial de Obra Social	IAPOS	independiente	Director
Tierra del Fuego	Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego	ISST	independiente	Presidente + Directorio

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta realizada al total de las obras sociales provinciales.

Tabla II.4: Estructura de Ingresos de las Obras Sociales Provinciales

Provincia	Obras Social	Cantidad de Afiliados		Salario Promedio Mensual en \$*		Ingresos Teóricos Totales Mensuales en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Beneficiario en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Afiliado en \$*		Mantiene Coseguro
		1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	2001
		(1)		(1)		(2)		(2)		(2)		(3)
Buenos Aires	IOMA	319.667	404.655	909	1.087	26.140.943	39.569.303	25	33	82	98	si
Catamarca	OSEP	23.237	22.963	999	1.044	1.973.839	2.036.834	12	14	85	89	si
Chaco	INSSSEP	39.150	41.776	1.079	1.154	5.489.889	6.268.297	33	37	140	150	no
Chubut	ISSS - SEROS	23.013	22.921	1.050	1.134	1.691.852	1.819.481	21	23	74	79	si
Córdoba	IPAM	83.288	72.528	1.199	1.425	8.488.741	8.781.959	16	18	102	121	si
Corrientes	IOSCOR	41.051	41.401	801	954	3.616.756	4.342.608	21	26	88	105	si
Entre Ríos	IOSPER	43.745	50.283	1.134	1.046	3.473.099	3.682.175	14	16	79	73	si
Formosa	IASEP	32.415	33.440	878	963	2.562.811	2.898.998	22	22	79	87	si
Jujuy	ISJ	27.217	28.938	1.042	1.055	2.835.934	3.053.042	12	20	104	106	si
La Pampa	SEMPRE	15.552	17.177	1.104	1.104	1.887.947	2.085.215	29	32	121	121	si
La Rioja	APOS	22.031	23.581	1.070	1.108	2.264.024	2.509.272	29	21	103	106	si
Mendoza	OSEP	47.748	60.347	1.137	992	6.515.686	7.184.230	24	25	136	119	si
Misiones	IPSM	32.609	35.849	921	1.038	2.101.984	2.605.610	13	22	64	73	si
Neuquén	ISSN	32.340	36.177	1.218	1.246	4.725.389	5.409.930	34	39	146	150	si
Río Negro	IPROSS	30.353	28.548	1.195	1.069	3.264.785	2.746.395	22	23	108	96	si
Salta	IPS	41.721	36.238	1.005	1.053	3.773.565	3.434.543	15	10	90	95	si
San Juan	IPSA	29.569	29.161	1.195	1.129	3.180.907	2.961.848	24	21	108	102	no
San Luis	DOSEP	18.462	16.652	970	989	1.433.190	1.317.693	16	24	78	79	si
Santa Cruz	CSS	15.488	17.765	1.504	1.413	2.329.778	2.510.800	35	38	150	141	si
Santa Fé	IAPOS	94.959	101.363	1.028	1.134	9.762.767	11.496.450	22	26	103	113	si
Santiago del Estero	IOSEP	31.961	34.454	996	973	3.182.431	3.354.050	13	28	100	97	no
Tierra del Fuego	ISST	7.326	7.777	2.224	2.297	1.466.515	1.607.903	175	57	200	207	si
Tucumán	IPSST	48.191	43.306	886	1.060	3.842.280	4.131.735	12	13	80	95	si

Fuente: (1) Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

(2) Elaboración Propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias y C.O.S.S.P.R.A.

(3) Elaboración en base a encuesta propia realizada al total de la población en estudio.

Nota:

* Todos los valores se encuentran expresados en valores constantes a precios de 1999

La Tabla II.4 presenta la estructura de ingresos teóricos de las Obras Sociales Provinciales, con fuente en la Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, para los años 1995 y 1999, como así también el salario promedio mensual en pesos constantes de 1999. A partir de esta información y de la cantidad de afiliados y beneficiarios² se obtiene el ingreso per cápita para los dos períodos mencionados. La última columna establece la existencia o no de coseguros.

Se observa principalmente una gran dispersión en el número de afiliados. En la provincia de Buenos Aires, IOMA cuenta con una población contribuyente de 404.655 personas, en tanto que el IAPOS, la Obra Social de Santa Fe, registra una afiliación cuatro veces menor. En el extremo opuesto, DOSEP en San Luis e ISST en Tierra del Fuego, afilian a 16.652 y 7.777 personas respectivamente en sus sistemas provinciales de seguridad social.

Entre 1995 y 1999 se produce un aumento en la cobertura total del subsistema, con una caída de afiliados en sólo siete de los veintitrés distritos. Se observa asimismo un crecimiento de aproximadamente 3 por ciento en el ingreso teórico mensual por afiliado. Sin embargo, la dispersión en este ingreso medio alcanza un 140%: en tanto que en Tierra del Fuego el ingreso salarial promedio es de \$2.300.-, en Corrientes, Formosa y Santiago del Estero el salario promedio mensual no supera los \$950.

Los ingresos totales teóricos de cada Obra Social fueron calculados a partir de la multiplicación de la cantidad de afiliados por los aportes del salario promedio mensual en pesos constantes de cada uno de ellos. La dispersión es de aproximadamente treinta veces entre la Obra Social Provincial de Buenos Aires con ingresos estimados en \$ 39,6 millones mensuales, en contraposición con su par de la provincia de San Luis con \$1,318 millones. Desde la perspectiva de un seguro de salud, estas diferencias plantean limitaciones en los mecanismos de absorción de riesgos en aquellas provincias con población reducida.

Este argumento se vuelve más evidente al analizar los ingresos teóricos de la Obras Sociales Provinciales en función del número de sus beneficiarios. En el año 1999, la diferencia inter-institucional alcanza 5,7 veces si se compara a la Obra Social de la provincia con mayor ingreso por beneficiario, (Tierra del Fuego, \$57) y aquellas jurisdicciones con un ingreso promedio por beneficiario menor a los \$15 (Salta, Tucumán y Catamarca). Si se considera el ingreso promedio simple para el total de instituciones en 1999, el mismo es de \$25,57, superando en casi \$6 el PMO de \$20 establecido para el mismo período en las Obras Sociales Nacionales.

4.3. Gasto y Cobertura de las Obras Sociales Provinciales

La Tabla II.5 analiza comparativamente las estructuras de gasto en salud de las Obras Sociales Provinciales con respecto a las erogaciones realizadas por las autoridades públicas de cada una de las jurisdicciones.

² Fuente: Secretaría de Hacienda y COSSPRA, respectivamente

Tabla II.5: Estructura del Gasto en Salud

Provincia	Obra Social	Gasto Total en Salud Provincial Anual en millones de \$*		Gasto Total en Salud Provincial Per Capita en \$* (mensual)		Gasto de la Obra Social Provincial Anual en millones de \$*		Gasto de la Obra Social Provincial por Afiliado en \$* (mensual)		Gasto de la Obra Social Provincial por Beneficiario en \$* (mensual)		Relación Gasto de la OSP/Gasto Total en Salud Provincial		Cobertura	
		1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
		(1)		(2)		(1)		(2)		(3)		(1)		(4)	
Buenos Aires	IOMA	815	1.183	5	6	476	649	124	134	37	45	58,4%	54,9%	8,0%	8,5%
Catamarca	OSEP	38	51	11	14	26	39	93	141	13	23	68,6%	76,0%	55,8%	45,5%
Chaco	INSSSEP	85	107	8	9	55	74	117	147	28	36	64,2%	69,1%	18,4%	18,2%
Chubut	ISSS - SEROS	66	72	14	14	38	45	137	163	40	46	57,1%	62,1%	19,8%	18,4%
Córdoba	IPAM	224	185	6	6	184	216	184	248	30	36	81,9%	116,8%	17,6%	16,3%
Corrientes	IOSCOR	60	61	6	7	41	39	84	79	20	20	68,8%	65,0%	20,0%	18,3%
Entre Ríos	IOSPER	118	188	9	8	67	67	128	110	22	23	57,1%	35,5%	23,9%	21,5%
Formosa	IASEP	49	71	9	11	29	33	75	83	21	21	58,7%	47,0%	26,1%	26,4%
Jujuy	ISJ	67	65	10	9	38	48	117	138	13	27	56,8%	74,2%	43,9%	25,2%
La Pampa	SEMPRE	55	64	16	17	26	29	140	139	33	37	47,5%	44,9%	23,3%	21,6%
La Rioja	APOS	38	62	13	16	34	40	130	140	37	28	89,3%	63,4%	31,5%	43,9%
Mendoza	OSEP	134	145	7	7	74	71	130	98	23	21	55,2%	48,9%	18,2%	18,0%
Misiones	IPSM	67	77	6	6	30	34	78	78	16	23	45,0%	43,8%	18,3%	12,3%
Neuquén	ISSN	99	121	18	16	83	88	215	204	50	54	84,1%	73,2%	29,8%	25,4%
Río Negro	IPROSS	77	68	11	10	42	40	117	115	24	27	54,9%	58,0%	26,5%	19,8%
Salta	IPS	106	118	9	10	43	91	87	210	15	21	41,0%	77,6%	26,1%	34,3%
San Juan	IPSA	74	74	11	11	42	39	117	112	26	23	55,9%	52,9%	24,1%	24,4%
San Luis	DOSEP	48	40	12	12	15	18	69	90	14	27	31,7%	44,3%	28,0%	15,5%
Santa Cruz	CSS	58	69	27	28	38	58	207	273	48	74	65,9%	84,2%	36,5%	32,6%
Santa Fé	IAPOS	187	203	5	5	147	146	129	120	28	28	78,5%	71,8%	14,8%	14,2%
Santiago del Estero	IOSEP	68	76	8	8	46	60	121	145	16	42	68,1%	78,9%	34,4%	16,6%
Tierra del Fuego	ISST	47	41	44	34	21	22	240	238	210	65	44,8%	54,2%	9,3%	25,7%
Tucumán	IPSST	97	96	7	6	54	59	94	114	15	15	55,8%	61,6%	25,4%	25,0%

Fuente: (1) Caracterización y Evolución del Gasto Público Social - Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía.

(2) Caracterización y Evolución del Gasto Público Social - Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía e INDEC- Anuario Estadístico 2000

(3) Caracterización y Evolución del Gasto Público Social - Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía y COSSPRA

(4) COSSPRA y INDEC - Anuario 2000

Nota:

* Todos los valores se encuentran expresados en valores constantes a precios de 1999

El gasto provincial en salud, entre los períodos 1995 y 1999, se incrementó en todas las jurisdicciones, con excepción de Río Negro, Jujuy, Córdoba, Tierra del Fuego y San Luis. De todos modos, y en términos per cápita el mismo se mantuvo constante en promedio entre ambos períodos, alcanzando \$12 por persona, con un máximo de \$34.- y \$28.- en Santa Cruz y Tierra del Fuego, y un mínimo de aproximadamente \$5.- en Santa Fe³.

Las Obras Sociales Provinciales, por su parte, cuentan con un promedio de gasto por afiliado en 1999 de \$144,35, 13 por ciento mayor al registrado en 1995. La diferencia en gasto entre las instituciones de seguridad social alcanza 3,5 veces. Santa Cruz y Tierra del Fuego, nuevamente, junto a Córdoba son aquellas jurisdicciones cuyas obras sociales cuentan con un gasto que supera los \$235 por afiliado, en tanto que la Obra Social de la provincia de Misiones no supera los \$78.

El peso relativo del gasto de las Obras Sociales Provinciales con respecto al gasto público en salud se vio incrementado entre los años 1995 y 1999 en 12 de las jurisdicciones, siendo el promedio para el año 1999 de 66,40 por ciento. Dentro de las provincias en las que la participación de las Obras Sociales Provinciales aumenta, es posible identificar dos grupos: aquellas jurisdicciones con menores ingresos relativos tales como Catamarca, Chaco, Jujuy y Santiago del Estero, y la mayor parte de las provincias patagónicas, efecto probable del aumento del empleo público como política local.

Para el año 1999, aproximadamente 14% de la población del país se encuentra comprendida dentro de alguna de las Obras Sociales Provinciales. En términos temporales esto constituye una caída del 6 por ciento aproximadamente en la cobertura de beneficiarios con respecto al período 1995.

Estas variaciones de signo opuesto entre el gasto por beneficiario y la evolución de la cobertura podrían encontrarse asociada con la calidad de la información obtenida sobre afiliados y beneficiarios del sistema⁴. La Tabla II.6 muestra la dimensión de esta limitación en el acceso a información homogénea. En ella, se presenta para los años 1993 y 1999 el número de beneficiario por Obra Social Provincial acompañado por la columna de variación porcentual entre los dos períodos. A continuación, y para los años 1995 y 1999 se observa el número total de afiliados, acompañado por su variación porcentual. Las últimas dos columnas de la tabla reflejan la relación beneficiarios/afiliados calculada para el período 93/95 y para el período 1999 separadamente.

Santiago del Estero, San Luis y Jujuy muestran una caída superior al 38 por ciento en el número de beneficiarios de sus Obras Sociales Provinciales, en tanto que provincias como Salta, La Rioja y Tierra del Fuego cuentan con aumentos superiores al 40 por ciento. Sin embargo, en tres de estos casos mencionados, el número de afiliados evoluciona en sentido opuesto. Estos valores inciden en la evolución de las tasas beneficiario/afiliado por institución, encontrando un máximo en Salta con una tasa de diez beneficiarios por afiliados, y un mínimo en la provincia de Buenos Aires con tres beneficiarios por cada aportante. En todos los casos son claramente superiores al promedio de las Obras Sociales Nacionales, que es de aproximadamente 2,11 beneficiarios por titular.

³ Los valores expresados consideran únicamente el gasto en salud del gobierno provincial, sin capturar los recursos provenientes de los municipios. Los mismos resultan significativos en aquellas jurisdicciones donde el proceso de descentralización regional es avanzado (Córdoba, Santa Fe, por ejemplo).

⁴ Los niveles de sobre o subestimación del número de afiliados constituyó un tópico común de debate al momento de consultar a expertos y funcionarios provinciales.

Tabla II.6 : Obras Sociales Provinciales, Beneficiarios y Afiliados, 1993 - 1999

Provincia	Beneficiarios		Variación %	Afiliados		Variación %	Tasa Beneficiario/Afiliado	
	1993	1999		1995	1999		1993/95	1999
	(1)			(2)				
Buenos Aires	1.066.918	1.200.000	12,5	319.667	404.655	26,6	3,3	3,0
Catamarca	161.409	142.000	-12,0	23.237	22.963	-1,2	6,9	6,2
Chaco	164.832	171.611	4,1	39.150	41.776	6,7	4,2	4,1
Chubut	79.200	80.819	2,0	23.013	22.921	-0,4	3,4	3,5
Córdoba	516.272	500.000	-3,2	83.288	72.528	-12,9	6,2	6,9
Corrientes	171.597	166.000	-3,3	41.051	41.401	0,9	4,2	4,0
Entre Ríos	255.171	237.300	-7,0	43.745	50.283	14,9	5,8	4,7
Formosa	116.600	130.000	11,5	32.415	33.440	3,2	3,6	3,9
Jujuy	243.683	150.000	-38,4	27.217	28.938	6,3	9,0	5,2
La Pampa	65.825	65.000	-1,3	15.552	17.177	10,4	4,2	3,8
La Rioja	78.100	120.000	53,6	22.031	23.581	7,0	3,5	5,1
Mendoza	274.700	286.000	4,1	47.748	60.347	26,4	5,8	4,7
Misiones	161.546	120.000	-25,7	32.609	35.849	9,9	5,0	3,3
Neuquén	138.134	137.000	-0,8	32.340	36.177	11,9	4,3	3,8
Río Negro	148.189	120.000	-19,0	30.353	28.548	-5,9	4,9	4,2
Salta	250.502	358.000	42,9	41.721	36.238	-13,1	6,0	9,9
San Juan	134.085	140.000	4,4	29.569	29.161	-1,4	4,5	4,8
San Luis	90.200	55.000	-39,0	18.462	16.652	-9,8	4,9	3,3
Santa Cruz	66.193	65.796	-0,6	15.488	17.765	14,7	4,3	3,7
Santa Fé	437.808	435.181	-0,6	94.959	101.363	6,7	4,6	4,3
Santiago del Estero	240.724	120.000	-50,2	31.961	34.454	7,8	7,5	3,5
Tierra del Fuego	8.383	28.300	237,6	7.326	7.777	6,2	1,1	3,6
Tucumán	309.191	320.000	3,5	48.191	43.306	-10,1	6,4	7,4

Fuente: (1) Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (C.O.S.S.P.R.A.)

(2) Número de personal público de planta de cada jurisdicción. Ministerio de Economía, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

La Tabla II.7 presenta la evolución del gasto total de las Obras Sociales Provinciales por jurisdicción para los períodos 1993-2000. Exceptuando los casos de Corrientes y Río Negro, donde la caída es del 21 y 25 por ciento respectivamente, en el resto de las provincias el aumento es consistente, superando en algunos casos el 100 por ciento como en Salta y Santa Cruz. En cinco de los veintitrés casos, el incremento del gasto total supera el 50 por ciento de lo ejecutado en el año 1993, mientras que en trece instituciones este aumento es mayor al 20 por ciento.

Finalmente la Tabla II.8 muestra un aumento en la participación de las Obras Sociales Provinciales como porcentaje del gasto en salud pública provincial para los años 1993 y 2000 en diecisiete de los veintitrés casos. Sólo en seis jurisdicciones esta variación es negativa. La caída más importante en financiamiento relativo corresponde a Chaco, con una disminución de la participación de 13,67 por ciento.

Tabla II.7: Evolución del Gasto Total de las Obras Sociales Provinciales, Años 1993 - 2000, en miles de pesos constantes de 1999

<i>Provincia</i>	<i>1993</i>	<i>1995</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>Variación 1993-2000 en %</i>
Salta	39.543	43.487	91.390	88.297	123,29
Santa Cruz	31.323	38.274	58.200	63.078	101,37
Catamarca	24.359	25.774	38.760	42.396	74,04
Chubut	27.857	37.629	44.940	46.682	67,58
Buenos Aires	437.090	475.523	649.190	666.931	52,58
Santiago del Estero	44.040	46.386	59.800	63.759	44,78
Jujuy	31.785	38.185	48.050	44.819	41,01
La Rioja	24.134	34.204	39.610	33.932	40,60
Neuquén	66.295	82.963	88.430	91.992	38,76
Formosa	25.153	29.031	33.350	33.522	33,27
Tierra del Fuego	15.474	21.048	22.210	20.622	33,27
Santa Fé	125.991	146.882	145.730	158.715	25,97
San Luis	17.169	15.201	17.890	20.902	21,74
Tucumán	49.984	54.051	59.180	57.910	15,86
La Pampa	24.885	25.983	28.750	28.704	15,35
Córdoba	196.922	183.727	216.000	225.148	14,33
Chaco	57.947	54.766	73.740	66.102	14,07
San Juan	36.796	41.501	39.250	41.254	12,11
Entre Ríos	61.069	67.166	66.640	67.595	10,68
Mendoza	69.354	74.067	70.790	72.833	5,02
Misiones	33.083	30.302	33.600	33.342	0,78
Corrientes	47.752	41.322	39.430	37.889	-20,66
Río Negro	53.998	42.315	39.530	40.463	-25,07

Fuente: Caracterización y Evolución del Gasto Público Social - Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía.

Del análisis se desprende que las instituciones de seguridad social provincial son altamente diversas, no existiendo un patrón uniforme de población cubierta, financiamiento y participación en el gasto en salud de las jurisdicciones a las que pertenecen. Asimismo, estas diferencias en desempeño no necesariamente se encuentran asociadas con niveles de ingresos teóricos, gastos o necesidades particulares de la población de las provincias.

La conclusión más evidente es el aumento de los fondos utilizados por las Obras Sociales Provinciales para atender a la salud de su población, ya sea esto medido en términos de ingreso teóricos como en gastos declarados a la Secretaría de Hacienda de sus provincias.

Sin embargo, y de acuerdo a la información provista por estas instituciones y por la cámara que las nuclea, se establece una disminución en la población atendida, calculada en términos de cobertura de beneficiarios. Esta reducción es de aproximadamente un 6 por ciento como promedio simple para el consolidado de instituciones. Si bien es necesario identificar nuevas fuentes de información para explicar las razones de este fenómeno a pesar del aumento de afiliación, una conclusión preliminar es que la cobertura de las Obras Sociales Provinciales se encarece en términos de erogaciones y aumenta su participación en el gasto promedio en salud provincial.

Tabla II.8: Gasto de las Obras Sociales Provinciales como porcentajes del Gasto en Salud Provincial. Años 1993-2000

<i>Provincia</i>	<i>1993</i>	<i>1995</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>Variación 1993-2000</i>
Córdoba	58,94	81,92	116,77	112,73	53,80
Salta	34,89	41,03	77,64	72,39	37,50
Catamarca	62,90	68,59	75,97	96,95	34,05
Chubut	42,12	57,15	62,06	66,33	24,21
Jujuy	48,27	56,78	74,24	70,92	22,66
Tierra del Fuego	42,94	44,79	54,18	61,71	18,77
Corrientes	66,40	68,79	65,04	82,41	16,01
Santa Cruz	72,96	65,90	84,17	88,62	15,67
Santiago del Estero	63,82	68,06	78,94	77,03	13,20
Santa Fé	64,84	78,51	71,79	77,44	12,60
Buenos Aires	51,67	58,37	54,88	61,26	9,60
San Juan	49,59	55,93	52,89	55,59	6,01
Tucumán	56,35	55,80	61,57	59,89	3,54
Formosa	52,54	58,66	46,97	55,21	2,67
La Pampa	44,61	47,53	44,85	47,09	2,48
San Luis	38,91	31,74	44,35	40,43	1,52
Neuquén	69,93	84,13	73,20	71,20	1,27
Misiones	45,53	44,95	43,82	45,40	-0,13
Río Negro	61,70	54,91	58,03	59,66	-2,04
Mendoza	55,83	55,24	48,94	50,77	-5,06
Entre Ríos	58,90	57,10	35,50	51,18	-7,72
La Rioja	68,15	89,29	63,40	55,65	-12,50
Chaco	77,42	64,23	69,07	63,75	-13,67

Fuente: Caracterización y Evolución del Gasto Público Social - Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía.

5. - Organización Interna y Modelo de Atención

La Tabla II.9 presenta indicadores asociados con la organización interna y el modelo de atención de las Obras Sociales Provinciales para el año 2002. La información volcada en esta Tabla se basa en la encuesta realizada para esta investigación y presenta variables relacionadas con el modo de prestación y los mecanismos de pagos a prestadores por servicios de internación y servicios ambulatorios.

Con la excepción de Mendoza, las Obras Sociales Provinciales no cuentan con instalaciones propias para la prestación de servicios. Sólo en algunos casos existen farmacias u oficinas de administración que siguen siendo propiedad de la institución.

Tabla II.9: Organización Interna y Modelo de Atención (año 2002)

Provincia	Obras Social	Existe PMO	Cubre Vacunas	Cubre Medicamentos	Cuenta con Instalaciones Propias	Mecanismos de Pago		Existe Intermediario	
						Servicios de Internación	Servicios Ambulatorios	Servicios de Internación	Servicios Ambulatorios
Buenos Aires	IOMA	si	si	si	no	Cartera Fija	Capita	ACLIBA + FECLIBA	FEMEBA + Círculos Médicos
Catamarca	OSEP	no	si	si	no	Por Prestación	Por Prestación	Feclisa	Colegio de Médicos
Chaco	INSSSEP	no	si	si	no	Cartera Fija	Capita	Asociación Locales (sanatorios)	Colegio de Médicos
Chubut	ISSS - SEROS	si	si	si	no	Por Prestación	Por Prestación	No	No
Córdoba	IPAM	si	si	si	no	Cartera Fija	Capita	Existen convenios con tres redes de efectores	Existen convenios con tres redes de efectores
Corrientes	IOSCOR	no	no	si	no	Cartera Fija	Capita	No	Colegio de Médicos
Entre Ríos	IOSPER	no	si	si	no	Cartera Fija	Capita	No	No
Formosa	IASEP	no	no	si	no	Cartera Fija	Por Prestación	Aclisa, Federación de Médicos y APS	Aclisa, Federación de Médicos y APS
Jujuy	ISJ	no	no	si	no	Por Prestación	Por Prestación	No	Colegio de Médicos
La Pampa	SEMPRE	si	no	si	no	Por Prestación	Por Prestación	No	No
La Rioja	APOS	si	no	si	no	Modulo	Por Prestación	No	No
Mendoza	OSEP	no		si	si	Modulo	Por Prestación	Asociación de Clínicas	Asociación de Clínicas y Colegio de Médicos
Misiones	IPSM	si	si	si	no	Cartera Fija	Capita	Federación de Clínicas y Sanatorios	Colegio de Médicos
Neuquén	ISSN	si	si	si	no	Por Prestación	Por Prestación	No	No
Río Negro	IPROSS	si	si	si	no	Cartera Fija	Capita	No	No
Salta	IPS	si	si	si	no	Cartera Fija	Por Prestación	Entidades Sanatorias	Federación Médica
San Juan	IPSA	si	si	si	no	Cartera Fija	Por Prestación	No	No
San Luis	DOSEP	no	si	si	no	Por Prestación	Capita	No	No
Santa Cruz	CSS	no	si	si	no	Por Prestación	Por Prestación	No	No
Santa Fé	IAPOS	no	si	si	no	Cartera Fija	Capita	Dos Centro Médicos	Dos Centros Médicos
Santiago del Estero	IOSEP	si	si	si	no	Por Prestación	Por Prestación	Asociación de Clínicas	Colegio de Médicos
Tierra del Fuego	ISST	si	si	si	no	Cartera Fija	Capita	No	No
Tucumán	IPSST	si	si	si	no	Por Prestación	Por Prestación	Aclisa	Colegio de Médicos y Círculo Médico

Fuente: Elaboración en base a encuesta propia realizada al total de las Obras Sociales Provinciales.

Si bien no se encuentran comprendidas dentro de la normativa regulatoria de la Superintendencia de Servicios de Salud que establece la aplicación de un paquete médico obligatorio en la prestación de servicios asistenciales, trece de las veintitrés instituciones respondieron afirmativamente ante la pregunta sobre la existencia de un paquete básico de servicios de salud. Sin embargo, estas mismas instituciones consideraron que el paquete de servicios se encuentra sujeto a la capacidad de la oferta para hacer frente a las necesidades de la población, y por tanto no necesariamente una respuesta afirmativa implica el cumplimiento estricto de un grupo de prestaciones preestablecidas.

En el total de los casos, las instituciones provinciales proveen cobertura financiera parcial en medicamentos ambulatorios. Esta cobertura oscila entre el 40 y el 50 por ciento para la mayoría de los medicamentos y se extiende hasta llegar al 100 por ciento en algunos casos específicos tales como remedios oncológicos, tratamiento de SIDA, etc., como así también aquellos asociados con internaciones.

Los mecanismos de remuneración a proveedores utilizados por las instituciones provinciales han sufrido profundos cambios durante la última década. Anteriormente, los mismos eran basados en pagos por prestación, ya sea en servicios ambulatorios como de internación. Paulatinamente, esta modalidad ha cedido paso a presupuestos fijos, llamados de cartera fija, o pagos por cápita. De acuerdo a la información recogida para este estudio, la modalidad de pago por cartera fija es utilizada por más del 50 por ciento de las instituciones de aseguramiento. Sin embargo, el pago por prestación en internación aún representa el mecanismo predominante para nueve de las instituciones, mientras que el pago por modulo es utilizado en Mendoza y La Rioja.

El pago por prestación sigue siendo la forma tradicional de remuneración a los servicios ambulatorios de trece jurisdicciones. En las restantes diez Obras Sociales, el pago per cápita muestra síntomas de ser la estructura de remuneración más extendida.

Estas estructuras de pago se encuentran significativamente asociadas con las características de los mercados en los cuales las Obras Sociales Provinciales se desenvuelven. Estudios recientes (Maceira y Poblete, 2002) sugieren que la relación entre poder relativo de negociación entre financiadores y proveedores, estructura de mercado y mecanismos de pago se encuentran correlacionadas. En el caso, en que la institución financiadora, cuente con mayor poder de negociación dentro del mercado de servicios de salud, mayor será su capacidad de transferencia de riesgo. Esta transferencia de riesgo, en términos de mecanismos de pago, se vincula con estructuras capitadas y en algunos casos con mecanismos alternativos de cartera fija.

Se verifica que en provincias más pobladas, con mercados más desarrollados y por tanto con mayor poder institucional de las clínicas y sanatorios con respecto a los médicos, o con Obras Sociales Provinciales de mayor cobertura, cuentan con una probabilidad más alta de alcanzar acuerdos que involucren mecanismos de pago capitados o por cartera fija, que en aquellas provincias pequeñas con bajo poder relativo de los prestadores hospitalarios o con menor capacidad de negociación de la Obra Social Provincial como financiado del sistema.

La falta de una estructura formal y verificable en la transferencia de fondos desde las Tesorerías o Ministerios de Hacienda provinciales a la Obra Social Provincial, genera limitaciones en el financiamiento de estas instituciones. Esta desfinanciación relativa es

transferida a través de la aplicación alternativa -o combinada- de dos mecanismos. El primero se asocia con la reducción en el total de instalaciones propias y la extensión en el uso de intermediarios en la contratación de servicios mediante pago capitado. Ello constituye un fenómeno relativamente reciente de transferencia de riesgo financiero de la institución aseguradora hacia la red de provisión de servicios, a la vez que protege a la Obra Social de potenciales fluctuaciones de la demanda. El mecanismo alternativo, especialmente en instituciones con limitada capacidad de negociación y financiamiento, consiste en demorar el pago de sus contratos, limitando la capacidad de acceso de sus beneficiarios a los servicios de atención de la salud. En el primer caso (subcontratación más transferencia de riesgo) el mantenimiento de estándares de calidad y cobertura requieren del establecimiento de rutinas de seguimiento, a partir de indicadores seleccionados que permitan la evaluación de los contratos de prestación acordados.

Finalmente la Tabla II.9 refleja la presencia significativa de intermediarios en la prestación de servicios. En todos los casos, estos intermediarios son asociaciones de clínicas y sanatorios, redes de prestadores, centros médicos o asociaciones de hospitales. En el caso de los servicios ambulatorios, los colegios médicos son las instituciones más representativas en trece de los veintitrés casos para establecer mecanismos de negociación entre la Obra Social y sus afiliados.

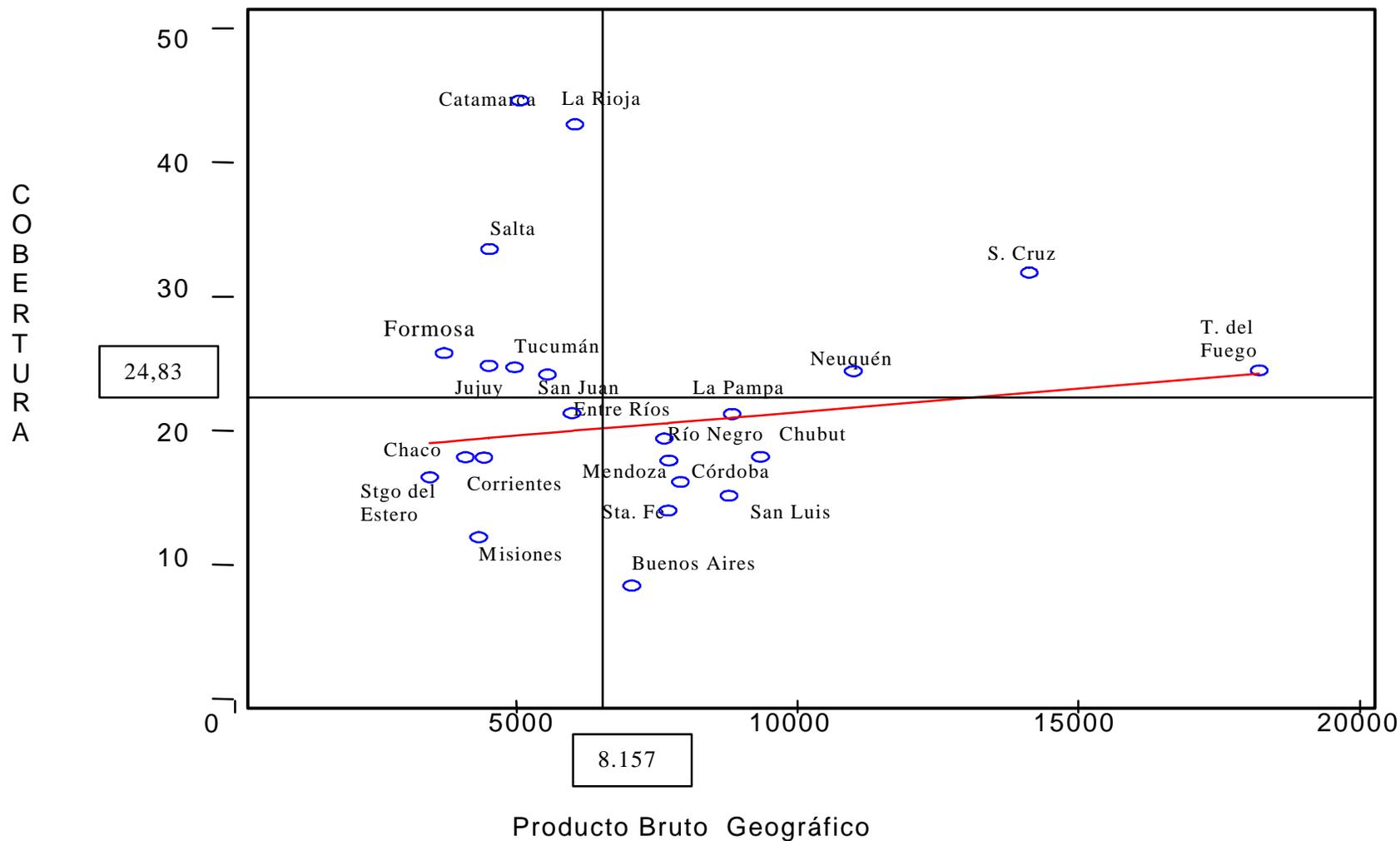
Una característica común entre las Obras Sociales Provinciales es la libre elección del prestador al interior del menú de clínicas y profesionales certificados por institución. La encuesta mostró que el 85 por ciento de los servicios son realizados a través de efectores privados y sólo un 15 por ciento corresponde a servicios públicos.

Esta relación entre la Obra Social y el prestador privado explica la escasa conexión formal con el sector público prestador, generando interrogantes acerca de la posibilidad de selección adversa y transferencia de pacientes sin convenio previo a instituciones públicas provinciales. Una medida aproximada de este fenómeno se obtiene a partir del análisis de los patrones de uso y consumo de servicios de salud por parte de los empleados públicos en la provincia, presentada en la próxima sección.

6. - Taxonomía de las Obras Sociales Provinciales

A partir de la información analizada puede presumirse que las Obras Sociales Provinciales son sinónimo de diversidad: no existe un modelo único de atención como tampoco patrones de financiamiento, o gasto que parezcan identificar un perfil propio y diferenciado. Sin embargo, es posible establecer una taxonomía relacionando factores propios de la provincia y de su Obra Social. La misma se construye en base a dos indicadores: la cobertura relativa de cada institución con respecto al total de la población de su jurisdicción y el producto bruto geográfico per cápita provincial. Este segundo indicador se encuentra asociado con la estructura epidemiológica de la población y las necesidades teóricas de la demanda de cada provincia.

Tabla II.10: Taxonomía de Obras Sociales Provinciales



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de INDEC y C.O.S.S.P.R.A.

Estableciéndose un promedio simple de 24,83% de cobertura para el conjunto de las Obras Sociales Provinciales, y un ingreso promedio, medido como producto bruto geográfico per cápita, de \$8.157 para el año 1999, se definieron cuatro categorías. La primera de ellas, considera a aquellas Obras Sociales con cobertura mayor a la media y localizadas en provincias de ingreso per cápita mayor al promedio consolidado. En el extremo opuesto, se encuentran aquellas instituciones con cobertura menor al promedio en provincias relativamente más pobres.

Los resultados obtenidos (Tabla II.10) a partir del establecimiento de estos cuatro grupos son llamativos en tanto establecen cortes no solamente asociados con características de las instituciones aseguradoras, sino con patrones geográficos y socio-demográficos definidos. En primer lugar, el grupo de mayor cobertura y mayor ingreso geográfico con respecto al promedio, encuentra a tres provincias patagónicas: Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén.

El segundo grupo, identificado con aquellas provincias con producto bruto geográfico per cápita mayor al promedio pero con una cobertura de la Obra Social Provincial por debajo de la media nacional, encuentra a las provincias del centro del país: Mendoza, Córdoba, Santa Fe, La Pampa, San Luis, Buenos Aires y Río Negro. A ella se une la provincia del Chubut, en la zona patagónica.

El tercer grupo nuclea a aquellas provincias del Noroeste del país, con cobertura de la Obra Social mayor al promedio pero con un producto bruto geográfico por debajo de la media nacional. Las provincias pertenecientes a este bloque son La Rioja, Catamarca, Salta, Jujuy, Tucumán, Formosa y San Juan. Finalmente, el Noreste del país, con excepción de Formosa, se encuentra en el grupo más limitado, con baja cobertura y bajo ingreso. Las provincias pertenecientes a esta área son Chaco, Misiones, Corrientes, Entre Ríos y Santiago del Estero.

La Tabla II.11 analiza esta taxonomía de obras sociales a partir de los valores promedios para tres grupos de variables. El primero está asociado con el perfil socioeconómico de las provincias y los gastos en salud de cada grupo. El segundo bloque de indicadores identifica características generales de financiamiento y cobertura de las Obras Sociales Provinciales pertenecientes a cada grupo. Finalmente, se expone un tercer bloque de indicadores asociados con la estructura organizativa de las instituciones.

El primer corte muestra la existencia de un patrón definido: el grupo de mayor ingreso y cobertura cuenta con un producto bruto geográfico que es más de tres veces superior a los bloques del noreste y noroeste, una tasa de mortalidad infantil de 16 por mil en comparación con el 25 por mil de los dos grupos más desprotegidos, y un perfil epidemiológico más evolucionado. Del mismo modo, el gasto público provincial en salud per cápita es aproximadamente el triple de los otros tres grupos y el porcentaje del gasto privado total en salud es el más bajo del país. El salario promedio del sector público es 60 por ciento más elevado que el promedio de los otros grupos de provincias.

Tabla II.11: Caracterización de los Grupos de Obras Sociales

(valores promedio de cada variable)

Variables	Alta Cobertura, Alto Ingreso	Baja Cobertura, Alto Ingreso	Alta Cobertura, Bajo Ingreso	Baja Cobertura, Bajo Ingreso
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	16	19	25	25
Perfil epidemiológico	1	2	3	3
Producto Bruto Geográfico per cápita	14.442	8.818	4.909	4.459
Gasto público provincial en salud per cápita	288	95	128	93
% gasto privado total en salud	5	7	7	6
Salario medio del sector público	17.340	11.847	11.112	10.799
Ingreso teórico per cápita de las Obras Sociales Provinciales	537	750	208	307
Gasto per cápita de las Obras Sociales Provinciales	820	352	229	290
% Cobertura de las Obras Sociales Provinciales	28	19	32	21
Afiliados totales (2000)	62.037	758.982	222.488	203.640
Beneficiarios totales(1999)	231.096	2.742.000	1.360.000	814.911
Beneficiarios/Afiliados	4	4	6	4
% de OS intervenida	33	25	57	0
% de OS con fondo conjunto	0	0	0	20
% de OS con cobertura de vacuna	100	75	67	80
% de OS con Paquete Básico de Servicios	67	63	67	40
% de OS con copago	100	86	83	60
% de OS con capita para servicios ambulatorios	50	50	0	67
% de OS con pago por prestación para servicios ambulatorios	50	50	100	33
% de OS con capita para internación	33	50	33	67
% de OS con pago por prestación para internación	67	38	50	33
% de OS con módulo para internación *	0	13	17	0
Existe deuda con proveedores (%casos)	67	50	83	100
Existe retraso en las contribuciones (%casos)	67	63	67	100

Fuente: elaboración en base a encuesta propia realizada al total de la población bajo estudio

Nota: * Mendoza y La Rioja mantienen este sistema

Alta Cobertura, Alto Ingreso: Tierra del Fuego, Santa Cruz, Neuquén

Baja Cobertura, Alto Ingreso: Córdoba, Chubut, Santa Fe, La Pampa, San Luis, río Negro, Mendoza, Buenos Aires

Alta Cobertura, Bajo Ingreso: San Juan, La Rioja, Jujuy, Salta, Formosa, Tucumán, Catamarca

Baja Cobertura, Bajo Ingreso: Chaco, Corrientes, Misiones, entre Ríos, Santiago del Estero.

El segundo grupo de indicadores presenta el gasto per cápita de las Obras Sociales Provinciales, su cobertura, en términos de afiliados y beneficiarios, y su ingreso teórico per cápita. Este último indicador para la zona centro del país, con baja cobertura y alto producto, es aproximadamente tres veces y medio superior al del noroeste argentino. Sin embargo, su nivel de gasto es aproximadamente un 50% del ingreso teórico recaudado. Paralelamente, la región patagónica duplica el nivel de gasto del bloque central. Este fenómeno puede estar asociado con un mayor nivel de riqueza relativa de las provincias que componen el grupo o por un mayor rango de erogaciones, asociado con traslados de

pacientes hacia centros de mayor complejidad, o bien con una reducida escala de operación, dada su escasa densidad poblacional.

La región del centro gasta aproximadamente la mitad de su recaudación teórica y brinda una cobertura de alrededor de 19 por ciento para el promedio del bloque, en tanto el noroeste argentino, con menor ingreso y menor gasto, cuenta con una cobertura superior, alcanzando el 32 por ciento. Estos indicadores pueden estar estableciendo una asociación entre pobreza y restricción presupuestaria, con empleo público y responsabilidad mayor de las instituciones de seguridad social.

Asimismo, se comprueba que aproximadamente el 61 por ciento de los afiliados a las Obras Sociales Provinciales y el 53 por ciento de los beneficiarios totales de este subsistema participa del bloque establecido como región central, cuya cobertura es menor al promedio.

Por último, el tercer bloque de indicadores se encuentra asociado con las características organizativas y de gestión de las Obras Sociales Provinciales. Se verifica que en aquellas provincias de menores ingreso y mayor cobertura existe mayor probabilidad de encontrar instituciones administradas por un interventor provincial. Las instituciones con mayor cobertura se encuentran en bloques donde es más probable hallar paquetes de servicios definidos, a pasar que, para todos los grupos, más del 65 por ciento de sus instituciones cuentan con cobertura propia de vacunación. Asimismo, se observa una relación positiva entre ingreso del grupo de referencia y existencia de mecanismos de copago.

El pago por prestación sigue siendo la variable dominante en servicios ambulatorios. Sin embargo, en servicios de internación el pago por cápita y los mecanismos de pago a través de prestaciones tienen similar alcance. De todos modos la baja cobertura, a cualquier rango de ingreso provincial, se encuentra asociado con mecanismos de pago per cápita, lo que abona la hipótesis que asocia tamaño de mercado y transferencia de riesgo.

Finalmente, la Tabla II.12 presenta los patrones de utilización y financiamiento de servicios de salud para cada una de las jurisdicciones de acuerdo a la información proveniente de la encuesta SIEMPRO del año 1997. La información presentada considera solamente las respuestas de aquellas personas que se identificaron como empleados públicos.

Los resultados muestran que 80 por ciento de los empleados públicos se presentan con afiliación única al sistema de Obras Sociales, es decir que aproximadamente un 20 por ciento cuenta con doble afiliación. Alrededor del 17 por ciento de la población incorporada en este cuadro, decide no consultar a un médico en caso de enfermedad en tanto que el 82,73 por ciento si lo hace. El lugar de consulta es el hospital público o una sala barrial en aproximadamente el 13 por ciento de los casos. Este indicador es una aproximación a algún criterio de subsidio cruzado desde el hospital público hacia las Obras Sociales Provinciales que requiere de mayor investigación a fin de establecer cuales son las características asociadas con esta consulta.

Tabla II.12: Patrones de Utilización y Financiamiento de Servicios de Salud en Empleados Públicos. Año 1997

Provincia	Afilación al Sistema de Salud. Solo Obra Social (en %)	A quién consultó por malestar, enfermedad o accidente (en %)		Lugar de Consulta. Hospital Público o Sala Barrial (en %)	La Obra Social se hizo cargo total/parcialmente el gasto (en %)	
		Médico, Odontólogo, Psicólogo	No consultó		Consulta	Medicamentos
Capital	85,47	72,68	27,32	3,66	40,61	32,25
Metropolitana	81,91	73,70	26,30	15,72	55,86	42,81
Resto de pcia. de Buenos Aires	77,97	88,53	11,47	16,43	58,90	49,29
Catamarca	68,50	85,19	12,83	2,25	45,21	16,75
Chaco	89,39	75,50	24,50	12,00	70,66	48,57
Chubut	90,13	71,79	28,21	0,00	54,50	51,97
Córdoba	71,64	81,84	14,81	14,35	53,98	41,90
Corrientes	73,96	85,31	14,69	23,52	49,28	31,47
Entre Ríos	86,24	92,20	7,80	31,90	46,79	45,76
Formosa	81,47	96,11	3,89	14,93	47,48	41,06
Jujuy	84,17	72,04	27,96	15,54	43,49	43,40
La Pampa	86,83	90,17	9,83	15,09	51,98	52,96
La Rioja	88,48	72,39	27,61	19,31	43,48	38,35
Mendoza	84,83	90,49	6,01	0,00	51,86	39,19
Misiones	81,45	89,06	10,94	2,47	55,71	53,82
Neuquén	65,39	89,40	10,60	8,86	48,28	49,73
Río Negro	72,23	81,08	18,92	11,12	55,29	44,44
Salta	70,21	94,83	5,17	34,21	34,14	33,43
San Juan	80,04	85,89	14,11	7,16	47,64	50,80
San Luis	75,57	64,71	35,29	25,04	52,02	50,63
Santa Cruz	87,89	89,34	9,53	27,27	51,35	45,59
Santa Fe	83,45	98,24	1,76	8,12	53,64	43,00
Santiago del Estero	84,96	97,81	2,19	23,26	43,50	46,54
Tierra del Fuego	89,32	82,86	17,14	26,88	64,14	66,05
Tucumán	74,41	87,16	12,84	8,60	50,26	45,97
Total (promedio simple)	80,02	82,73	16,72	13,14	50,80	44,23

Fuente: Encuesta SIEMPRO, 1997

Finalmente el 51 por ciento de las consultas y el 45 por ciento de los medicamentos cuentan con financiamiento total o parcial de la Obra Social Provincial. Estos valores se encuentran por debajo de los niveles de cobertura total presentados por el lado de la oferta en las secciones anteriores.

7.- Análisis Estadístico y Resultados

En esta sección se presenta información adicional analizando, a través de estructuras de correlaciones y regresiones simples, los determinantes del desempeño de las Obras Sociales Provinciales a partir de características institucionales y provinciales.

El análisis de correlación muestra en primer lugar una asociación significativa y positiva entre los ingresos teóricos totales de cada Obra Social y su gasto per cápita. Del mismo modo, la relación positiva y significativa entre el número de beneficiarios y afiliados y los gastos totales de las Obras Sociales reflejan un factor de escala. Sin embargo, la relación entre la cantidad de afiliados y beneficiarios y el nivel de gasto per cápita de la Obra Social ofrece un alto nivel de significatividad pero con signo negativo: si bien un mayor número de beneficiarios o titulares determina mayor nivel de gasto por institución, la escala de afiliación genera una erogación promedio proporcionalmente menor a medida que va aumentando la masa asegurada (ejemplo: disminución del gasto administrativo promedio, mejor distribución de contratos con prestadores, etc.).

Los índices de correlación calculados muestran una relación negativa y significativa entre las variables asociadas con los niveles de ingreso teórico y el gasto per cápita de la Obra Social, con aquellas relacionadas con las necesidades de la población provincial, tales como el perfil epidemiológico y la tasa de mortalidad infantil de la provincia.

Asimismo, existe una correlación negativa (-0,813) entre el ingreso de la Obra Social Provincial y la tasa de mortalidad infantil, en tanto que la relación entre esta última tasa y el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas provincial es positiva y significativa en 0,787. Estas asociaciones entre variables aproximadas de necesidad con ingresos y gasto presentan dos posibles explicaciones. La primera de ellas es que al igual que se observa en estudios similares realizados en América Latina asociando ingreso y resultados de salud, el sector público no logra atender las necesidades de su población, y ello se evidencia en la poca asociación o asociación negativa entre necesidades, resultados y gastos. La segunda explicación es que las Obras Sociales Provinciales no se encuentran afectadas por las características generales de las provincias en las que actúan en tanto que la población tradicionalmente asegurada por estas instituciones son individuos y familias de clase media, que no representan el perfil epidemiológico promedio de la sociedad.

Finalmente se ha identificado una correlación positiva y significativa entre el nivel de deuda total per cápita del gobierno provincial y la deuda de las instituciones de seguridad social con sus proveedores. Este resultado permite sugerir la existencia mecanismos de traslado de riesgo de la institución aseguradora hacia los proveedores provocado por un posible desfinanciamiento en su fuente de ingresos.

Tabla II.13: Determinantes del Gasto de las Obras Sociales Provinciales

Variables Dependiente:	Log(Gtosocpercap)			
Metodo de Estimación:	Mínimos Cuadrados Clásicos			
Observaciones Incluidas:	23			
Variable	Coficiente	Error Estandar	t - estadístico	Probabilidad
Benefic	-6.96E-07	3.10E-07	-2.241678	0.0371
Perfepid	-0.152691	0.079249	-1.926739	0.0691
Log(Ingteorperc)	0.434293	0.117451	3.697654	0.0015
C	3.911964	0.747609	5.232636	0.0000
R - cuadrado:	0.620158			
R - cuadrado ajustado:	0.560183			
Desvio estandar de regresión:	0.268895			
Suma de Residuos al cuadrado:	1.373787			
Media de la variable dependiente:	5.901884			
Desvio estandar de la variable dependiente:	0.405459			
F- estadístico:	10.34025			
Probabilidad (F- estadístico):	0.000297			

La Tabla II.13 analiza esta información a través de una regresión donde el logaritmo del gasto per cápita de las Obras Sociales Provinciales constituye la variable a ser explicada y el número de beneficiarios, una variable que refleja diferencias interprovinciales de perfil epidemiológico, y el logaritmo de los ingresos teóricos per cápita de la Obra Social son utilizadas como las tres variables explicativas.

Se confirma que la relación entre el ingreso teórico per cápita y el gasto de la Obra Social Provincial por beneficiario cuentan con una relación positiva y significativa al menos del uno por ciento. Al ser expresadas ambas variables en términos logarítmicos se puede argumentar que de cada peso teórico a ser recibido por la Obra Social Provincial aproximadamente 43 centavos son gastados por la institución en sus erogaciones correspondientes a la atención de la salud de sus beneficiarios. Considerando la existencia de retrasos en las contribuciones del Estado provincial, es posible que la diferencia entre ambos rubros no constituya un indicador de ahorro, sino de restricción presupuestaria.

La variable asociada con número de beneficiarios tiene un efecto negativo y significativo al cinco por ciento. Considerando que la variable dependiente está expresada en términos per cápita, esta relación habla del efecto escala decreciente planteado anteriormente.

Finalmente, la relación entre perfil epidemiológico y gasto por beneficiario es negativa y significativa marginalmente, evidenciando el punto planteado acerca de la poca influencia de las necesidades de la demanda en la estructura del gasto.

8.- Conclusiones y Recomendaciones de Política

Este estudio intenta ser una primera aproximación de un análisis en mayor profundidad sobre un sector con incidencia creciente en el sistema de aseguramiento social de la Argentina, no solamente en términos de cobertura sino también de capacidad estratégica para ampliar la equidad del modelo argentino de atención de la salud.

Si bien existieron esfuerzos aislados por parte de los Ministerios de Economía y de Salud para avanzar en el conocimiento de este sector, la información resulta aún segmentada e incompleta. Nuevos esfuerzos para hacer compatible la información entre estas instituciones entre sí, y de ellas con la Cámara que las nuclea es imprescindible para retomar esta iniciativa.

Las Obras Sociales Provinciales no se incluyen en la normativa sobre las Obras Sociales Nacionales establecida por la Ley 23.660 y por lo tanto no se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. A partir de ello no participan en el Fondo Solidario de Redistribución ni cuentan con la obligatoriedad de establecer un paquete médico obligatorio, a pesar que algunas instituciones provinciales hayan avanzado sensiblemente en esta dirección. Asimismo, su proceso de financiamiento, organización y asignación de recursos depende directamente de cada una de las provincias y por tanto no se requiere coordinación entre las mismas.

A pesar de la existencia de una norma provincial sobre autarquía de la Obra Social Provincial con respecto al gobierno de su jurisdicción, ello no necesariamente se cumple en todos los casos. Las decisiones de las instituciones dependen en gran medida del gobierno provincial quién a partir del manejo de las remesas de aportes patronales condiciona directa o indirectamente la dinámica de la institución y sus posibilidades de contratación de servicios.

En términos de cobertura, no existe un padrón de beneficiarios único y actualizado para cada una de las Obras Sociales Provinciales. La información proveniente del estado provincial relacionada con empleados públicos no necesariamente coincide con las disponibles por la cámara de las Obras Sociales Provinciales ni por las oficinas que dentro del Ministerio de Economía recogen información asociada. De cualquier modo, y de acuerdo a la información existente, la cobertura de cada institución en el ámbito de su jurisdicción cuenta con una amplia dispersión que se extiende desde un mínimo de 8,5 por ciento en la provincia de Buenos Aires a un máximo del 45 por ciento de los habitantes catamarqueños. La media aproximada es de 24,83 por ciento para el promedio simple de las 23 jurisdicciones analizadas.

Estas instituciones cuentan con una administración provincial en la ciudad capital de la provincia y una red de contratos con efectores privados y públicos, existiendo sólo una provincia (Mendoza) con recursos físicos propios. Las contrataciones se realizan generalmente por prestación, con creciente impacto de las renegociaciones per cápita. Se observa asimismo una significativa participación de intermediarios, especialmente colegios o círculos médicos, y asociaciones de clínicas y sanatorios provinciales. La

limitada aplicación de mecanismos de seguimiento y evaluación reduce la posibilidad de hacer efectiva una estrategia de incentivos monetarios y/o no monetarios para sus recursos humanos.

A pesar de la diversidad institucional encontrada, es posible establecer cuatro categorías de Obras Sociales en función de sus coberturas y del producto bruto geográfico per cápita de cada jurisdicción. Esta taxonomía ofrece una correlación entre niveles de ingresos, resultados de salud y características de las Obras Sociales Provinciales que fue corroborado a partir de análisis de regresión. Allí se establece que el nivel de gasto per cápita de las Obras Sociales se encuentra asociado positivamente con el ingreso teórico de las mismas y negativamente con los indicadores de perfil epidemiológico y mortalidad infantil utilizados.

A partir de la crisis actual del sistema de financiamiento y prestación de servicios de salud en Argentina, el papel desempeñado por las Obras Sociales Provinciales se encuentran revalorizado. Con una cobertura promedio simple de aproximadamente el 25 por ciento de la población de cada jurisdicción, estas instituciones cuentan con capacidad potencial para constituirse en herramientas idóneas en la ampliación de la cobertura en salud, recreando sistemas de aseguramiento provincial.

Conjuntamente con el PAMI y los sistemas públicos provinciales, las Obras Sociales de cada jurisdicción proveen cobertura teórica a aproximadamente el 75 por ciento de los habitantes de una provincia promedio. La posibilidad de combinar los fondos y los mecanismos de cobertura de estas tres instituciones podría constituir una fuente potencial de éxito en esta empresa. Asimismo, la red de prestadores privados ya desarrollada por las Obras Sociales Provinciales al interior de cada jurisdicción asentaría las bases para articular al sector público, la seguridad social y el sector privado a través de mecanismos públicos o para públicos de financiamiento.

Sin embargo, y partir de la información recogida, la calidad de datos asociados con beneficiarios, ingresos y resultados en salud de las Obras Sociales Provinciales presenta fuertes limitaciones. Del mismo modo, la existencia de una estructura de financiamiento relativamente asociada con el poder político reduce las posibilidades de estas instituciones para constituirse en gerencadoras de un sistema de salud. Estas falencias impiden la definición de una estrategia de seguimiento y evaluación, no existiendo metas establecidas, objetivos explícitos y modos de corroborar los esfuerzos realizados por las instituciones para mejorar su desempeño. Finalmente, la falta de un marco regulatorio común representa un desafío en el establecimiento de prioridades desde el nivel federal que permitan cubrir déficits puntuales en el acceso a servicios de salud de la población de distintas provincias.

De este modo, si bien las Obras Sociales Provinciales cuentan con una serie de ventajas sobre las cuales construir una posible reforma basada en seguros provinciales de salud, las limitaciones identificadas requiere de un debate sobre su funcionamiento, antes de establecer mecanismos cruzados de financiamiento con terceras instituciones.

Las propuestas de políticas hacia este sector deben priorizar el establecimiento de pautas estrictas para resolver los problemas puntuales identificados al interior de cada institución, tal que la resolución de estos problemas guíe la dinámica para la articulación de mecanismos de financiamiento futuro. En segundo lugar, es recomendable promover la creación de una superintendencia de Obras Sociales Provinciales, o incorporarlas a la

estructura supervisada por la Superintendencia de Servicios Nacionales de Salud, resolviendo las barreras que genera en las provincias el descreimiento en estructuras federales de control.

Paralelamente, deben recrearse mecanismos idóneos de recolección de fondos e información para evitar la politización en la recaudación de sus ingresos. Finalmente, y a partir de una visión de largo plazo, se deberá diseñar mecanismos de redistribución que permitan una identificación más precisa de las necesidades de la población y una asociación entre transferencia de recursos y atención de tales necesidades.

9.- Bibliografía

- COSSPRA, *Tablas mimeo*.
- INDEC, *Página web: www.indec.mecon.gov.ar*
- Maceira, D. (2002) *"Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino"*, CEDES, *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, no.7, Octubre.
- Maceira, D y C. Poblete (2002). *"Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencia en la Provincia de Mendoza, Argentina"*, *Desarrollo Económico (en prensa)*.
- *Ministerio de Economía, Subsecretaría de Relaciones con las Provincias, (2001) "Obras Sociales Provinciales. Primer Informe de Avance"*, mimeo, Diciembre.
- *Ministerio de Economía, Secretaría de Política Económica, (2000). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social"*, mimeo.
- *Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, (1999). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social"*.
- *Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, (1980-1997). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social"*.
- *Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Informes Varios*.
- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (2000-2001). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud. Cuestionario de Establecimientos Asistenciales."*, mimeo.
- *Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1999). "Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1998-2000"*, mimeo, Noviembre.
- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), (1998). "Informe Obras Sociales Provinciales"*, mimeo, Marzo.
- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), (1997). "Obra Social de la Provincia de Chubut."*, mimeo, Septiembre.

- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), (1997). "Obra Social de la Provincia de Entre Ríos.", mimeo.*
- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), (1997). "Obra Social de la Provincia de Formosa.", mimeo.*
- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), (1997). "Obra Social de la Provincia de Mendoza.", mimeo, Abril.*
- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), (1997). "Obra Social de la Provincia de Misiones.", mimeo, Septiembre.*
- *Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (1996). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud", mimeo, Diciembre.*
- *Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaria de Política y Regulación de Salud, Subsecretaría de Política de Salud y Relaciones Institucionales, Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1995). "Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995", mimeo.*
- *Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud, (2000). Indicadores Básicos.*
- *Programa de Reversión de Obras Sociales (PROSS), (2000). "Obras Sociales Provinciales. Estudio, Diagnóstico y Síntesis de Aspectos Relevantes.", mimeo, Noviembre.*
- *Tafari R., (1997). "Reformas al Sector Salud en Argentina", CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53.*

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

*Sanchez de Bustamante 27
1173 – Buenos Aires – Argentina*

Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204

Fax (54 11) 4862-0805

www.cedes.org

NOTAS