

## **LAS OBRAS SOCIALES Y LA ATENCIÓN MÉDICA**

*Horacio Luis Barragán  
Jorge Luis Rosotti*

### **1.- La Seguridad Social fundada en la Solidaridad**

La Seguridad Social (SS) es una forma de organización de la comunidad para afrontar los riesgos de la vida ayudando a las personas con el esfuerzo de todos. Se basa en el principio de solidaridad social a través de un conjunto de garantías individuales y familiares. Es necesaria por la vulnerabilidad del hombre frente a distintos riesgos y por la compleja trama social que debilita los lazos y posibilidades de solidaridad primaria, familia y círculos de amistad. Por otra parte la ciencia y la tecnología han desarrollado recursos costosos que disminuyeron la posibilidad de afrontarlos individualmente.

Enseña Juan XXIII: “Estimamos que por eso la política social debe proponerse que el trato asegurativo dado a los ciudadanos no presente diferencias notables, cualquiera que sea el sector económico en el que trabajen o de cuyos réditos vivan. Los sistemas de seguros sociales y de seguridad social pueden contribuir eficazmente a la redistribución de la renta total de la comunidad política, según criterios de justicia y equidad; pueden por lo tanto considerarse uno de los instrumentos para reducir los desequilibrios en el tenor de la vida, entre las varias categorías de ciudadanos” (Mater et Magistra, 1961:30).

La enfermedad fue atendida mediante la solidaridad familiar, la beneficencia privada, la caridad religiosa y la asistencia de los Estados. Tales mecanismos siguen teniendo vigencia, pero requieren otros para alcanzar eficacia y equidad.

En sus inicios el concepto de Seguridad Social fue identificado con alguno de sus componentes, la “previsión social” (régimen de jubilaciones y pensiones) o con la “asistencia social” (régimen supletorio para ayudar a quienes no pueden cubrir sus necesidades básicas).

Sin embargo la SS no es uno de esos regímenes ni su combinación, sino un sistema global para afrontar solidariamente los riesgos de la vida sin detrimento de la responsabilidad individual. La SS se sustenta en principios similares a los de la AM y la involucra.

Hay dos principios correlativos en un sistema de SS: el de solidaridad y el de responsabilidad. El primero encarna la fraternidad de los hombres: cuando uno de ellos sufre una contingencia, los demás están llamados a ayudarlo (Vázquez Vialard, 1989). La responsabilidad que asumen los unos por los otros es lo que constituye la solidaridad.

La industrialización y la urbanización, transformaron la familia que resultó insuficiente para afrontar contingencias y las personas se nuclearon en grupos de intereses comunes por localidad u oficio.

Se extendió una responsabilidad de los sanos por los enfermos, los ocupados por los sin trabajo, los vivos por las viudas y los huérfanos, los jóvenes por los ancianos, los que tienen más respecto a los que tienen menos.

La Seguridad Social es una forma moderna y macrosocial para encarnar ese principio. Implica un pacto entre generaciones: los activos y sanos no solamente proveen ayuda a los pasivos y enfermos sino que prevén una ayuda que mañana ellos mismos habrán de recibir.

Este principio de solidaridad es la contraparte del de responsabilidad según el cual cada persona debe ocuparse de atender sus propios riesgos y contingencias, los de su familia y grupo primario. La solidaridad debe promover esta responsabilidad y la propia iniciativa frente a las contingencias.

De la complementación de ambos principios surge la subsidiaridad: la SS acude en ayuda de la responsabilidad cuando ésta no es suficiente frente a la contingencia. El principio de subsidiaridad establece que los niveles sociales superiores (en cuanto a organización) no deben absorber las funciones de los inferiores sino complementar sus limitaciones (Vázquez Vialard, 1989:396 y ss.)

De esta manera no se anula la responsabilidad del núcleo menor ni se le exige que afronte situaciones que lo desbordan, y no se sobrecarga el papel de los núcleos mayores.

La SS en los países occidentales de Europa, con distintos modelos de organización, promueve la iniciativa de grupos intermedios a través de diversos mecanismos (vg. ahorro, mutualidad, seguros de accidentes, responsabilidad civil hacia terceros). Reserva así para las instituciones mayores o para el Estado, los seguros sociales: la previsión, el seguro de enfermedad y la asistencia a los carenciados.

La SS se configuró así como un derecho consagrado en las normas de convivencia internacional y en las leyes de los Estados con el objeto de asegurar y regular la protección de las contingencias. Su desarrollo ha sido paralelo al del Derecho del Trabajo. Muchas de las contingencias que intenta cubrir son producidas por hechos impersonales y afectan no sólo a la persona sino al orden social. Piénsese, por ejemplo, en el seguro de desocupación. El derecho civil que funda el resarcimiento en la responsabilidad culposa<sup>1</sup> resulta inoperante para remediar estas situaciones.

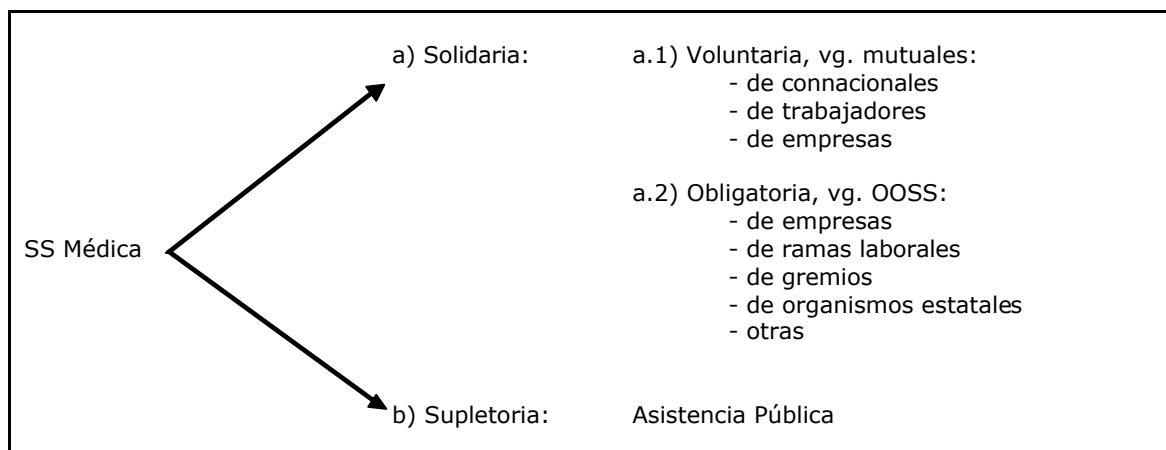
La SS es también, una forma de participación de las personas y los grupos en la garantía de su propio bienestar. Como parte del desarrollo social, si bien no crea riqueza económica, contribuye a su equitativa inversión y distribución (Vázquez Vialard, 1989).

## 2.- Organización de la seguridad social

Tal como se refirió, la Seguridad Social cubre contingencias diversas y en adelante nos concentraremos en la SS Médica, considerada como un subsector de la Atención Médica: el de Obras Sociales.

La Seguridad Social Médica, según los tiempos y países, puede ser solidaria o supletoria como la Asistencia Pública para quienes no tienen cobertura. La solidaria es voluntaria, como las mutuales, u obligatoria, como las obras sociales. Estas últimas, a su vez están organizadas en torno a empresas, gremios, ramas de actividad laboral, organismos estatales, u otras dependencias [Cuadro 2.a].

### *Tipos de Seguridad Social Médica*



Cuadro 2.a

<sup>1</sup> En el ámbito de la responsabilidad civil, frente a un hecho dañoso el derecho se pregunta si es justo que el daño quede a cargo de quien lo ha sufrido o si, por el contrario, debe desplazar sus consecuencias económicas a otra persona. En este último caso, impone la obligación de responder.

La razón suficiente por la cual se justifica que el daño que ha sufrido una persona se traslade económicamente a otro sujeto puede hallarse en la reprochabilidad de la conducta de aquél al que se le imputa el hecho dañoso ("responsabilidad culposa"), sea porque obró descuidadamente (culpa), o porque lo hizo intencionalmente, con la voluntad dirigida a la obtención de ese resultado (dolo). Es lo que se conoce como factor subjetivo de atribución (Mossat Iturraspe J. 1992; aporte de M. Mauriño).

### 3.- Obra Social como un concepto preciso

Las obras sociales (OOSS) argentinas nacieron en la década de 1940, en paralelo al proceso de migración interna, industrialización y sindicalización. Se configuraron así como seguros de salud. En sus orígenes fueron de adhesión voluntaria, pero en la década de 1970 se formalizó el aporte y contribución obligatorios (Decreto-Ley 18.610).

Es la principal fuente de recursos financieros de la AM en el país y una forma fragmentada de Seguro de Salud. Forma parte del Sistema de Seguridad Social, que incluye la previsión (jubilaciones y pensiones), seguros de invalidez, vejez y muerte, cargas de familia y maternidad, así como la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que en Argentina tienen institutos separados.

Se considerarán las OOSS como:

- formas de seguro médico y social;
- que en base a los principios de solidaridad y de responsabilidad;
- agrupan a trabajadores en relación de dependencia y otros;
- del mismo rubro, oficio o empresa;
- percibiendo cotizaciones obligatorias y porcentuales al sueldo, compuestas por aportes de los trabajadores y contribuciones patronales;
- con los que forman un fondo para;
- cubrir prestaciones de AM y otras de índole social.

En cuanto que “seguros” implican la previsión de un riesgo futuro a través de un aporte, que respeta la solidaridad toda vez que es proporcional al sueldo, para cubrir prestaciones de acuerdo a las necesidades emergentes. Los principios que las sustentan han sido ya considerados. Reconocen antecedentes en las antiguas mutuales, en leyes o en convenciones colectivas de trabajo, y son las formas actuales de la SS para brindar prestaciones de salud.

El primer intento de lograr un sistema fue el Decreto-Ley 18.610 (23/2/1970), dictado bajo la presidencia Onganía, siendo Ministro de Bienestar Social el Dr. Consigli y Secretario de Promoción y Asistencia de la Comunidad, el Dr. Santiago de Estrada. Esta norma reconoció la existencia de las OOSS, fruto de numerosas iniciativas, y les dio un marco legal y administrativo.

### 4.- Los aportes y contribuciones fueron aumentando

Las OOSS se financiaban con aportes del trabajador y contribuciones patronales variables, hasta que la norma de 1970, estableció los mínimos obligatorios de 1% y 2% respectivamente. Desde entonces las circunstancias políticas, sindicales y empresarias motivaron sus variaciones [Cuadro 4.a].

#### ***Evolución de aportes y contribuciones a OOSS de la ANSSAL. Argentina. 1970 a 1989***

		Porcentaje sobre remuneraciones			Total	Observaciones
		Aportes		Contribuciones		
		S/flia	C/flia			
1970	D-Ley 18610	1	2	2	3 a 4	Con tope
1971	D-Ley 18980	1	2	2	3 a 4	Con tope
1974	Decr. 189/74	1	2	2	3 a 4	Sin tope
1974	Decr. 1684/74	1	2	2.5	3.5 a 4.5	Sin tope
1975	Ley 21216	2	3	4.5	6.5 a 7.5	Sin tope
1980	Ley 22269	3	3	4.5	7.5	Sin tope
1989	D-Ley 23660	3	3	6	9	Sin tope

Consejo Empresario Argentino (Consejo Empresario Argentino, 1995:30).

Cuadro 4.a

La fortaleza de las OOSS es disponer de una población cautiva y de fondos emergentes de aportes y contribuciones obligatorias. En la concepción gremial esos fondos son parte diferida del salario<sup>2</sup>. Por el contrario, en la concepción empresaria patronal, son impuestos al salario.

La capacidad financiera de una obra social es función del tamaño de su población, de su estructura por edad, del salario promedio, del porcentaje de aportes y contribuciones y de la relación de activos aportantes/beneficiarios no aportantes (familiares) [Cuadro 4.b].

### **Capacidad financiera de una OOSS. Factores**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- tamaño de su población</li><li>- estructura etárea</li><li>- promedio del salario</li><li>- porcentaje de aportes-contribuciones</li><li>- relación beneficiarios: aportantes/no aportantes</li></ul> |
|---|

Cuadro 4.b

En general el financiamiento de las OOSS depende del nivel de ocupación, de la proporción de trabajadores/empresas que aportan al sistema (trabajo en blanco) respecto a los trabajadores/empresa que no aportan (trabajo en negro), del grado de evasión de aportes/ contribuciones y de los niveles salariales [Cuadro 4.c].

### **Capacidad financiera conjunta de OOSS. Factores**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- nivel de ocupación</li><li>- promedio de salarios</li><li>- proporción de trabajo "en negro"</li><li>- grado de evasión</li></ul> |
|---|

Cuadro 4.c

La financiación de las OOSS presenta una disociación entre ingresos y egresos: los recursos de estas entidades están de la mano de la evolución del salario y los gastos devienen de la utilización de la oferta prestacional, fundamentalmente del alto costo de algunos de servicios de alta complejidad y/o tecnologías médicas sofisticadas. Esta asimetría financiera necesita de aportes externos para posibilitar equilibrio y supervivencia del sistema (subsidios del Estado y fondos compensadores).

La capacidad de las OOSS para retribuir en tiempo y forma las prestaciones brindadas a sus beneficiarios depende no sólo de su capacidad financiera, sino también del nivel de utilización de servicios por parte de sus beneficiarios y de la valoración pecuniaria de las prestaciones. Por su parte los niveles de utilización no son sólo función de las características de la demanda sino también de la amplitud de la oferta, que de suyo promueve la demanda.

## **5.- Las OOSS Nacionales**

### **5.1- El Instituto Nacional de Obras Sociales**

El Decreto-Ley 18.610 (1970), como se dijo, ordenó las OOSS respetando su autonomía, estableció un mínimo obligatorio de aportes y contribuciones, y creó un ente coordinador y de contralor: el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS, después ANSSAL y hoy Superintendencia de Servicios de Salud), que además debía administrar un Fondo de Redistribución (FR) del orden del 10% de la recaudación. Asimismo categorizó las OOSS según el cuadro 5.1.a.

---

<sup>2</sup> Este concepto se opone al del carácter público de los recursos de las OOSS.

**R. Argentina. OOSS nacionales. Categorización y características. 1970**

Categoría	Art. Ley	Pertenencia y conducción	Beneficiarios		OOSS inscriptas	% OOSS	Recaudación en %
			en miles	en %			
Estatales <sup>3</sup>	8 inc. a)	-Estado Nacional -organismos titulares	833	5,76	16	4,9	5,6
Sindicales	8 inc. b)	-gremios -asc. profes. c/ personería gremial, signatarios de conv. colect.	6.324	43,78	240 *	72,9	38,0
De Administración Mixta	8 inc. a)	-ley ad-hoc -represent. estatales y personal	6.262	43,35	16	4,9	46,4
de Personal de Dirección	9 inc. c)	-p/ personal no incluido en conv. colect. c/ personería jurid.	785	5,43	16	4,9	8,7
por Adhesión	24	-excluidos de la ley y c/ adhesión voluntaria gremial -asoc. Gremial	37	0,26	11 **	3,3	0,3
por Convenio	9	-convenio e/ empresa y org. gremial -empresa	162	1,12	30 ***	9,1	1,0
<b>Total</b>	-	-	14.403	100	329	100	100

Ulloa R. A., 1977.  
**Notas:** inc.: inciso; \* Según Ulloa son 235; \*\* de ellas 1 es provincial (Santa Fe) y 8 municipales; \*\*\*Ulloa anota 29.

Cuadro 5.1.a

**R. Argentina. Beneficiarios de OOSS de la ley 23.660. Por categoría. Total del país. Años 1995 y 1999\***

Categoría	Beneficiarios de las OOSS (a). 1995 y 1999.			
	1995		1999	
	nº en miles	en %	nº en miles	en %
Total	16.269	100	15.673	100
Sindicales	9.508	58,43	9.205	58,73
Estatales	118	0,74	70	0,45
Por convenio	73	0,45	129	0,82
Personal de dirección	1.154	7,09	490	3,13
Administración mixta (b)	5.284	32,48	4.003	25,54
Por adhesión	51	0,31	53	0,34
Ley 21.476 (c)	36	0,22	618	3,94
De empresas (d)	24	0,15	20	0,13
Especiales (e)	7	0,04	988	6,30
Agentes de seguro	14	0,09	0	0
De otra naturaleza	0	0	97	0,62

\*a) Comprende titulares y familiares  
b) Creadas por ley. Incluye PAMI y otras menores.  
c) De empresas estatales vg. Atanor, Papel Misionero, etc.  
d) Se trata de una sola empresa  
e) Autorizadas a funcionar por la ley nº 23.660 (art. 1, inc.h)

El trabajador dependiente público o privado se halla comprendido en alguna de las obras sociales que organiza la ley nº 23.660  
Superintendencia de Servicios de Salud, 2001.

Cuadro 5.1.b

3 Las OOSS estatales fueron originalmente: el Instituto de OS de Agricultura y Ganadería (1948); las Direcciones de OS de Comunicaciones (1953), de Hacienda (1956) del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1947), del Ministerio de Educación (1953), del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1948), del Ministerio de Obras y Servicios Públicos (1956), de la Secretaría de Transporte (1957), de Obras Sanitarias de la Nación (1958), de Ferrovianos (1954); OS del Consejo Nacional de Educación (1948), del Ministerio del Interior (1947), del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (1952), de la Secretaría de Comercio (1963), de Vialidad Nacional (1957), de ELMA. También se agrupaban entre ellas la Dirección de Servicio Social para Personal de Seguros y Reaseguros (1951) y el Instituto de Servicios Sociales Bancarios (1950), así como las que cubrían a personal de las Fuerzas Armadas y de seguridad: Instituto de OS del Ejército (1947), Dirección de OS Naval (1960), Dirección de Bienestar de Personal de la Secretaría de Aeronáutica, Caja de Previsión Social de la Dirección de Fabricaciones Militares y la OS y Sanidad Policial (1956).

**R. Argentina. OOSS nacionales (300 seleccionadas significativas).  
Distribución por categoría y número de beneficiarios. 1976**

Número y/o variables \ Categorías	Estatales	De Administración mixta	Sindicales	por convenio empresa-sindicatos	Totales
Más de 100.000	3	10	18	-	31
e/ 100.000 - 50.001	3	1	18	1	23
e/50.000 - 5.001	10	4	93	4	111
Menos 5.000	-	1	111	23	135
Total OOSS	16	16	240	28	300
Total beneficiarios	833.190	6.261.970	6.324.449	162.466	13.582.075
Recaudación en %	5,6	46,4	38,0	1,0	91,0
(Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública 1976-1977)					

Cuadro 5.1.c

La viabilidad financiera de las OOSS de menos de 5000 beneficiarios (135 entidades seleccionadas) es virtualmente inalcanzable, las ubicadas entre 5001 y 50000 (111 entidades seleccionadas) es difícil.

## 5.2- OOSS Sindicales

El Derecho del Trabajo regula la relación entre trabajadores y empleadores fijando normas mínimas, máximas en algunos casos, respecto a las condiciones del contrato entre ambos e inviste al Estado de la facultad de contralor de su cumplimiento.

La evolución del gremialismo, que tuvo alternativas ya señaladas en Argentina, impulsó a los trabajadores a participar en forma activa en el establecimiento o complementación de las condiciones fijadas por las normas legales. Esta participación se logró a través de los contratos colectivos, fuente formal y particular del derecho laboral, que "tiene forma de contrato y alma de ley" (Vázquez Vialard, 1989:119, 167).

Su implementación fue alcanzada cuando se consolidó el movimiento sindical. Adquirió, en la carta de 1949, jerarquía constitucional ya que en el artículo 14 bis garantiza a los trabajadores "la organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial" y a la organización "concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga". La ley que reglamenta la norma constitucional diferencia organizaciones inscriptas de aquellas con personería gremial. Estas últimas, en un mismo ramo, corresponden a aquellas que afilien a más del veinte por ciento de los trabajadores que intente representar o, en confrontación, a la que reúna el mayor número de afiliados (Vázquez Vialard, 1989:123).

Así la organización que ostente la personería gremial es la que representa a los trabajadores en la mesa de negociación con el empleador para acordar el convenio colectivo que fija, entre otras, las tablas salariales y las condiciones específicas de cada ámbito laboral. Estos convenios comenzaron a concretarse desde 1948 sin el respaldo de una legislación específica, que se sancionó en 1959 (Vázquez Vialard, 1989:167-168) y que, después de alternativas políticas, recobró vigencia. Los convenios colectivos deben ser homologados por el Ministerio de Trabajo de la Nación.

Sobre la base de los convenios colectivos los sindicatos –interesados en la prestación de servicios de Atención Médica, de turismo, proveeduría y otros– negociaron, en la década de 1960, la percepción de fondos con ese destino a través de los convenios colectivos.

Como se indicó precedentemente, el Decreto-Ley 18.610 (1970) extendió el modelo de seguro de enfermedad por sindicato y fijó un mínimo de aportes y de contribuciones patronales, encomendando su administración al sindicato correspondiente.

Esta última atribución fue retirada por normas posteriores pero situaciones de hecho hicieron que los sindicatos, aún con ciertas limitaciones, continuaran a cargo de esa administración. Después de 1988 tanto la legislación de Obras Sociales como la de Asociaciones Profesionales devolvieron

a los sindicatos la atribución de administrar plenamente sus Obras Sociales aunque configurando entes de derecho, distintos del sindicato, pero conducidos por consejos designados por él. Así las obras sociales sindicales son, según Vázquez Vialard, “patrimonio de los trabajadores que las componen” (Vázquez Vialard, 1989:148), lo que el Decreto-Ley 18.610 tácitamente admitía en razón de su origen.

G. González García recuerda que “los gremios y los sindicatos se hicieron cargo de la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado y el mercado” (González García y Tobar, 2004:149). Asimismo que las OOSS, en particular las sindicales, configuraron un sistema cuando el Estado las promovió y la legislación previó una cofinanciación obligatoria. La contribución patronal no es un “impuesto al trabajo” como lo sostienen algunas escuelas neoliberales, sino que es “una dimensión del capital humano e invertir en salud produce un alto impacto sobre la productividad y la competitividad de las economías” (González García y Tobar, 2004:150).

Estas alternativas se produjeron dentro de una compleja trama política, general y sanitaria, que precedentemente se ha delineado.

De todas formas las Sindicales que en 1970 agrupaban casi el 44% de los beneficiarios de las Obras Sociales, aumentaron a algo más del 58% de los mismos en la década de 1990.

Ahora bien, su fragmentación que en 1970 era en 240 entidades distintas, y las características diferenciales de su población [Cuadro 5.2.a] y aportes-contribuciones [cfr. Cuadro 4.b] definieron recursos [Cuadro 5.2.b], demandas y posibilidades de cobertura disímiles [Cuadro 5.2.c].

#### R. Argentina. OOSS seleccionadas. ANSSAL. 1999\*

OOSS	Variables	Población Total (en miles)*	Familiares por titular
<b>Sindicales</b>			
Bancaria argentina		369	1,7
Choferes de camiones		174	2,4
Cond. de Transp. colectivo		256	2,4
Docentes particulares		121	0,3
Unión obrera metalúrgica		514	1,6
Empleados de comercio		1.401	1,4
Pers. edif. renta y horiz.		131	1,3
Personal de entidades deport. y civil.		121	1,1
Pers. de la construcción		602	1,8
Pers. industria alimentación		158	1,6
Pers. sanidad arg.		334	1,1
Pers. de seguridad comercial		166	1,4
Pers. hotelero y gastronómico		228	1,5
Pers. rural y estibadores		891	1,9
Sindicato mecánicos y afines		192	1,8
Unión pers. civil de la Nación		235	1,6
<b>Otras</b>			
Acción social de empresarios		288	1,6
Ejecutivos y pers. direc. de empresas		832	2,1
Ferroviaria		121	1,9
Actividad docente		493	1,4
*Los miles han sido redondeados (Superintendencia de Servicios de Salud).			

Cuadro 5.2.a

Se han incluido en el cuadro OOSS de más de 120.000 beneficiarios. Entre ellas se destacan sólo tres con más de 500.000 y una con casi un millón y medio de beneficiarios. La relación de familiares por titular agrega otra diferencia con un rango que va de 0,3 en Docentes Particulares con numerosos beneficiarios solteros, a 2,4 en Choferes de Camiones y Conductores de Transporte Colectivo. Similares consideraciones valen para las OOSS incorporadas al cuadro como “otras”, no sindicales.

**R. Argentina. OOSS seleccionadas de la ANSSAL. Ingresos y Egresos.  
Distribución en pesos o porcentajes. 1999**

Variables	Ingresos - totales- (mill \$)	Ingresos otros conceptos (mill \$)	Egresos (mill \$)	Egresos protec. médica (%)	Egresos adm. y extraord. (%)
<b>OOSS</b>					
<b>Sindicales</b>					
Bancaria argentina	221	97,7	206	80,1	13,1
Choferes de camiones	29	1,3	31	84,2	22,6
Cond. de transp. colectivo	69	4,4	67	79,3	16,2
Docentes particulares	37	1,1	36	86,4	11,6
Unión obrera metalúrgica	117	48,7	13	98,7	7,5
Empleados de comercio	466	36,7	458	87,4	7,7
Pers. edif. renta y horiz.	43	3,2	42	89,8	8,5
Personal de entidades deport. y civil.	51	2,6	47	65,8	12,9
Pers. de la construcción	118	8,3	102	80	5,5
Pers. industria alimentación	47	2,3	48	79,9	19,6
Pers. sanidad arg.	92	5,5	93	83,1	6,9
Pers. de seguridad comercial	31	0,3	29	83	14,2
Pers. hotelero y gastronómico	55	5,2	60	95,2	13,6
Pers. rural y estibadores	130	4,4	133	78,9	23,3
Sindicato mecánicos y afines	65	13,7	71	85,4	16,7
Unión pers. civil de la Nación	147	25,0	133	71,9	16,8
<b>Otras</b>					
Acción social de empresarios	214	5,6	210	89,6	6,5
Ejecutivos y pers. direc. de empresas	849	24,8	821	74	15,3
Ferroviaria	53	36,4	62	110	6,7
Actividad docente	126	9,4	127	84,6	12,9
Superintendencia de Servicios de Salud, 1999					
*Valores en millones redondeados					

Cuadro 5.2.b

Las mismas OOSS del cuadro 5.2.a se presentan en este marcándose una importante variable en Ingresos por otros conceptos (sumados en la columna de ingresos totales). La Bancaria argentina los obtuvo por la tercera contribución de usuarios del sistema la que le fue suprimida y generó una crisis financiera. Por su parte la UOM, los Empleados de Comercio, los Mecánicos y UPCN los obtuvieron del Fondo de Redistribución de la ANSSAL.

De las 16 OOSS sindicales sólo nueve dedican más del 84% de los egresos a AM. La mayoría, excepto tres, gastan más del 10%, y otras dos de ellas del 20%, en administración y prestaciones extraordinarias.

**R. Argentina. OOSS seleccionadas de la ANSSAL. 1999. Tasas de uso. Ingresos y egresos per cápita mensual. En pesos 1999**

OOSS	Variables	Consultas anuales c/benef.	Egresos hosp. anuales c/100 benef.	Cápita total/mes \$	Gastos/mes cápita total \$	Gastos/mes cap. admin. y extraord.	
						\$	%
<b>Sindicales</b>							
	Bancaria argentina	3,8	8,3	50	46,6	6,5	13,00
	Choferes de camiones	2,1	3,3	13,9	14,9	3,1	22,30
	Cond. de transp. colectivo	2,2	6,6	22,3	21,7	3,6	16,14
	Docentes particulares	3,5	8,1	25,5	25	3	11,76
	Unión obrera metalúrgica	2,9	7,8	19	20,2	1,4	7,34
	Empleados de comercio	2,3	8,3	27,7	27,2	2,1	7,58
	Pers. edif., renta y horizont.	2,7	3,1	27,5	27	2,3	7,36
	Pers. entidades deport. y civil	5,1	13,2	35,4	32,6	4,6	12,99
	Pers. de la construcción	3,5	5,5	16,3	14,1	0,9	5,52
	Pers. de la ind. alimentación	2,3	8,7	25	25,2	4,9	19,6
	Pers. sanidad argentina	1,3	4,8	23	23,3	1,6	6,95
	Pers. de seguridad comercial	1,9	3,6	14,8	14,4	2,1	14,18
	Pers. hotelero y gastronómico	3,6	7,9	20,2	22	2,8	13,86
	Pers. rural y estibadores	2,4	4,7	12,2	12,5	2,8	22,95
	Sindicato mecánicos y afines	4,6	6,5	28,1	30,6	4,7	16,72
	Unión pers. civil de la Nación	5,4	7,4	52,2	47,2	8,8	16,82
<b>Otras</b>							
	Acción social de empresarios	5,4	4,9	61,8	60,8	4	6,47
	Ejecutivos y pers. direc. empr.	7,8	10,6	85	82,3	13	15,29
	Ferroviaria	3,5	8,2	36,6	42,7	2,4	6,55
	Actividad docente	0,8	2,4	21,2	21,4	2,7	12,73

(Superintendencia de Servicios de Salud, 1999).

Cuadro 5.2.c

Las tasas de uso de prestaciones de AM son también disímiles. El rango de consultas está entre 5,1 y 1,9 por beneficiarios y año. Se excluye el 1,3 de la OOSS de la Sanidad considerando la posibilidad de consultas no registradas por el ámbito médico en que se desempeña buena parte de sus beneficiarios. En "Otras" las dos primeras, de personal de dirección, exhiben una alta tasa de consultas. El rango de egresos de internación está entre 13,2 y 3,1 por cada 100 beneficiarios y año. La demanda de Bancarios, antes de su crisis financiera, de Personal de entidades deportivas y civiles y UPCN puede relacionarse con el alto egreso en valores capitarios. El contraste más notable con "Otras" se aprecia en el valor capitaro egresado de casi \$ 61 y \$ 82 de las dos primeras OOSS de directivos, lo que favorece mayor cobertura, aunque la Asociación Social de Empresarios (ASE) tenga baja tasa de egresos.

Los gastos en administración y prestaciones extraordinarias son armónicos en las dos OOSS sindicales de cápitras más altas (Personal de entidades Deportivas y UPCN). Son muy altos en Choferes de camiones (22,3%) y en Personal rural y estibadores (22,95), aún con cápitras bajas. Por el contrario es bajo en la de Personal de construcción (5,52%) y de la Sanidad (6,65%). En "Otras", ASE gasta en el rubro 6,47% y Ferroviarios 6,55%.

De los cuadros expuestos pueden surgir numerosas relaciones más que marcan la fragmentación desigual y pueden explicar las dificultades de pago y de cobertura de numerosas OOSS. Téngase en cuenta que se están presentando, lamentablemente, datos de 1999 y que posiblemente la situación haya empeorado.

Algunas OOSS tienen efectores propios [cuadro 5.2.d]. Si bien los datos son antiguos, es verosímil que no haya cambiado sustancialmente, excepto que se conoce que algunas OOSS han comprado, parcial o totalmente, establecimientos complejos, algunos quebrados.

## Establecimientos y camas propios de OOSS. 1984

Obra Social	Establecimientos	Camas	% de camas
ISS Ferroviarios	40	2.648	40,0
Personal Ind. Metalúrgica	18	767	11,2
YPF	4	396	5,7
ISS Bancarios	1	296	4,2
ISSPICA	7	272	4,0
ADOS-Tucumán	1	260	3,7
INSSJyP	2	247	3,6
OSPLAD	1	174	2,6
ADOS-San Juan	2	173	2,6
ISSPI Vidrio	1	169	2,5
Personal Ind. Textil	1	146	2,1
ELMA	1	78	1,1
Subtotal	79	5.626	83,3
Otras OOSS [38]	38	1.139	16,7
Total (MSAS/INOS, 1985)	117	6.765	100

Cuadro 5.2.d

### 5.3.- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)

#### 5.3.1.- El INSSJP es la OOSS de mayor población de Argentina

Dentro de las OOSS regidas por la Ley 23.660, categorizada como de administración mixta, la principal es el INSSJP –conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral)–. Fue creado por Decreto-Ley 19.032 (TO ley 19.465) en mayo de 1971, bajo la presidencia Lanusse, siendo ministro de Bienestar Social Francisco Manrique. Está definido como una “entidad de derecho público, con personalidad jurídica e individualidad financiera y administrativa”.

Su misión es brindar prestaciones de AM y de índole social a los jubilados y pensionados del régimen nacional y a sus familiares directos. Por decreto del PEN puede incorporar a otros mayores de 60 años o discapacitados. Los veteranos de la Guerra de Malvinas fueron incorporados al PAMI<sup>4</sup>. El Instituto está administrado, por un directorio constituido por representantes de los beneficiarios y del Estado. Sus fuentes de su financiamiento son:

- El aporte de los beneficiarios, del 3% del haber mínimo y del sueldo anual complementario, y 6% sobre lo que exceda el haber mínimo<sup>5</sup>.
- El aporte obligatorio del 1% de los salarios de trabajadores activos bajo dependencia o autónomos, comprendidos en el régimen previsional nacional.
- La contribución del 10% de los ingresos de las Cajas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones<sup>6</sup>.

4 Las leyes originales fueron reglamentadas por los Decretos 1157/71 y 831/72, y modificadas parcialmente por Leyes 21.545 (sobre controles y sindicatura) y 22.563 (sobre subsidios por sepelio), 21.074, 22.245 (sobre fuentes de financiación), 22.563 (modificatoria del subsidio por sepelio), 22.954 (sobre constitución del directorio y financiación).

5 La anterior legislación preveía además el aporte de la diferencia del primer haber jubilatorio resultante de cualquier incremento. Esta diferencia resultaba significativa en periodos de alta inflación. Fue suprimido compensándolo con un aumento de la contribución de las cajas previsionales del 3% al 10% y el mencionado 6% sobre excedencia de haberes mínimos.

6 En la ley originaria esta contribución provenía del 8-10% del producido neto de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos. Las Cajas previsionales son agentes de retención para los pasivos, y la Dirección de Previsión Social, para los de activos. Se incorporan a los recursos los no invertidos en ejercicios anteriores y el producido de depósitos a plazo fijo que se hagan en el Banco Nación o Hipotecario. Según la ley los gastos administrativos no deben exceder el 5% del presupuesto.

- d) Los aportes del PEN para beneficiarios por pensiones graciables, veteranos de guerra o leyes especiales.
- e) El producido por aranceles, donaciones, legados o subsidios.

Por su individualidad financiera y administrativa el Instituto está excluido del régimen de la ley de Contabilidad, pero sus actos están sometidos a la fiscalización de una Sindicatura, designada por el Ministerio de Bienestar Social y después por la ANSSAL. Por estas características el Instituto es un ente público no estatal que no forma parte de la Administración pública nacional y sus cuentas no estaban incluidas en el Presupuesto de la Nación.

El Instituto estuvo intervenido por el Ministerio de Bienestar Social bajo los gobiernos de facto. En 1983, se instaló un presidente y comisión normalizadora con la participación de representantes de los beneficiarios. En 1995 se designó un interventor-normalizador y el Instituto fue incorporado al presupuesto nacional. Normalizado de nuevo en 1997, el Estado se hizo responsable de las deudas acumuladas del INNSJyP.

El nivel central se organiza por gerencias y tiene una estructura descentralizada con 36 delegaciones regionales, actualmente llamadas Unidades de Gestión Local (UGL). De ellas dependen: distritos, agencias y corresponsalías. La distribución de beneficiarios se aprecia en el cuadro 5.3.1.a. La categorización de beneficiarios se aprecia en el cuadro 5.3.1.b.

**R. Argentina. OOSS. INSSJP (PAMI). Beneficiarios por Jurisdicciones seleccionadas (2003). Distribución porcentual entre jurisdicciones (1986-2003) y porcentaje sobre población (2003)\***

	2003	2003	2003
<b>Jurisdicción</b>	total PAMI (en miles)	% s/ total PAMI	% s/ total población*
	2003	2003	2003
<b>Jurisdicción</b>	total PAMI (en miles)	% s/ total PAMI	% s/ total población
Ciudad de Bs As	350	11,16	11,47
Buenos Aires	1.305	41,63	9,07
Córdoba	299	9,54	9,58
Corrientes	54	1,73	5,81
Chaco	55	1,74	5,68
Entre Ríos	104	3,31	9,24
Formosa	14	0,45	2,74
La Pampa	25	0,79	7,95
Santa Cruz	10	0,32	4,77
Santa Fe	333	10,61	10,63
Tierra del Fuego	3	0,09	2,34
Tucumán	922	2,92	6,99
TOTAL	3.474*	84,3	-
*"% total de la población": indica la relación con la población total de c/ jurisdicción. Las no incluidas comprenden un rango de población entre 3,78 y 6,82 % (INSSJP, 2004).			

Cuadro 5.3.1.a

**R. Argentina. OOSS. INSSJP (PAMI). Distribución de titulares y familiares a cargo (%). Según tipo de beneficio. 2003\***

COD.	TIPO BENEFICIO	Total %	Titulares %	A cargo %
10	Jubilación	60,6	67,5	32,2
20	AFJP	2,5	66,8	33,2
30	Pensión	29,9	89,7	10,3
70	Mayores de 70 años	2,1	100	0
74	Pensión Vet. Guerra	1,4	25,6	74,4
91	Pensión discapacitados	2,5	66,9	33,1
	TOTAL	100	74,2	25,8

(INSSJP, 2004).

\*Los números porcentuales que completan el total, corresponden a: "AFJP invalidez transitoria", "Pensión graciable", "Convenio Italo Argentino" y "Provisorias". Los miles y las proporciones han sido redondeados. El total de titulares (74,2) y a cargo (25,8) da 100%.

Cuadro 5.3.1.b

La estructura etárea de la población del PAMI la hace una Obra Social totalmente atípica en función del predominio de las edades avanzadas que, graficadas en pirámide poblacional muestra carácter de envejecido, a la inversa del resto de las OOSS [Cuadro 5.3.1.c y Cuadro 5.3.1.d].

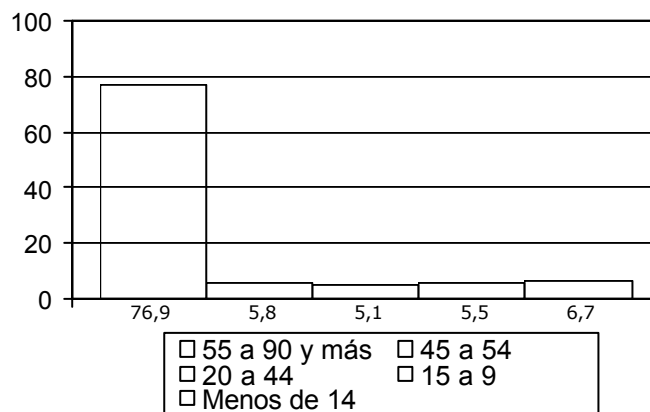
**INSSJP (PAMI) Beneficiados por edad y categoría. En miles redondeados. C. 1995**

Edad	Años	Jubilados	Pensionados	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	%
Hasta 14 años	14	-	9	-	235	27	271	6,7
De 15 a 19	4	*	9	s/d	198	15	222	5,5
De 20 a 44	24	15	83	40	64	3	205	5,1
De 45 a 54	10	39	99	87	6	1	233	5,8
De 55 a 90 y más	35	1.648	838	615	3	18	3.103	76,9
<b>Totales</b>		1.702	1.038	742	506	64	4.034	100

\* Se registra 1 persona.  
(Clarín, 1995)

Cuadro 5.1.3.c

**INSSJP (PAMI) Pirámide Poblacional de beneficiarios. Grandes grupos etéreos. Ambos sexos. C. 1995 (en porcentaje)**



(Clarín, 1995)

Cuadro 5.1.3.d

### **5.3.2.- La prestaciones de PAMI**

El INSSJP no tiene efectores propios, con excepción de dos sanatorios en la ciudad de Rosario (PAMI I y PAMI II), y brinda prestaciones a través de terceros contratados con distintas modalidades y niveles. Los niveles son:

- 1 I Nivel: atención ambulatoria con médicos, odontólogos, laboratorio, radiología y otros. Medicamentos para pacientes ambulatorios.
- 2 II Nivel: interconsulta con especialistas e internación de pacientes agudos, de atención psiquiátrica y de discapacitados.
- 3 III Nivel: internación crónica de beneficiarios autodependientes, semidependientes, dependientes y gerontopsiquiátricos.
- 4 Otras: provisión de prótesis, ortesis, marcapasos, medicamentos especiales, prótesis dentarias, bolsas para ostomizados.
- 5 Alta complejidad: estas prestaciones se consideran aparte de los distintos niveles.

Las modalidades de provisión de prestaciones dependen del área geográfica, por ejemplo:

- 6 Sistema PAMI (Programa de Atención Médica Integral) en base al sistema de capitación para I y II Nivel, tiene vigencia en la Capital Federal y su Conurbano.
- 7 Sistema PAMI incompleto en base a sistema de capitación para I Nivel, se aplica en La Plata, Bahía Blanca y Rosario.
- 8 Convenios globales de atención médica con instituciones profesionales para I y II Nivel.
- 9 Convenios globales de atención odontológica con federaciones y círculos odontológicos.
- 10 Convenios globales de atención bioquímica en ambulatorios con federaciones y círculos bioquímicos.
- 11 Convenios globales para dispensación de medicamentos ambulatorios con federaciones, cámaras o círculos farmacéuticos.
- 12 Convenios globales con instituciones oficiales, ya sean ministerios u obras sociales provinciales.

En el Gran Buenos Aires el Instituto tiene desde 1980 un Programa de Atención Psiquiátrica Dinámica (PAS) de acuerdo a siete módulos ambulatorios incluyendo hospital de día, y uno con internación. La retribución a los prestadores era por montos fijos para cada módulo. Para marzo de 1986 estaban cubiertos por él, aproximadamente 5.000 pacientes.

### **5.3.3.- La contratación con los efectores se hace mediante diversas modalidades**

Los mecanismos de contratación se retribuyen por cápita o cartera fija, de acuerdo a un valor que se multiplica por el número de beneficiarios asignados. Los servicios de alta complejidad se retribuyen por prestación de acuerdo al Nomenclador Nacional, y los medicamentos en ambulatorios según el valor establecido por la Secretaría de Comercio. Se agregan ajustes por gastos administrativos.

A título de ejemplo se referirán valores vigentes en 2003 [Cuadro 5.3.3].

**R. Argentina. OOSS. INSSJP. Valores capitarios para la CABA. 2003**

<b>Rubro</b>	<b>Valores de c/ cápita</b>
<b>I Nivel de Atención</b>	<b>2,95</b>
Medico de cabecera	2,15
Laboratorio ambulatorio	0,45
Radiología ambulatoria	0,35
<b>II Nivel de Atención</b>	<b>12,73</b>
Egresos (clínico/quirúrgicos)	10,80
Consultas Especialistas (inc. fisioterapia y kinesio.)	1,23
Otras prácticas	0,70
<b>III Nivel de Atención</b>	<b>2,39</b>
Oftalmología compleja	0,08
Laboratorio Alta Complejidad	0,35
Cirugía Cardiovascular	0,54
Tomografía Axial Computada	0,34
Resonancia Magnética Nuclear	0,08
Medicina Nuclear	0,15
Terapia Radiante	0,36
Litotricia Renal	0,05
Hemodinamia	0,18
Neurocirugía	0,07
Angioplastia	0,20
<b>Transporte y Emergencias</b>	<b>0,70</b>
Transporte y Emergencias	0,70
<b>Subtotal</b>	<b>18,77</b>
Gtos Administrativos U.G.P.	1,03
<b>TOTAL</b>	<b>19,80</b>
(Consultor de salud, 2003:24).	

Cuadro 5.3.3

Los convenios globales obligan al prestador a brindar atención médica, odontológica, farmacéutica (en internados) y de transporte de pacientes según un padrón de beneficiarios a actualizar con listados de altas y bajas. Detallan los servicios y modalidades de atención e identifican en anexos a los profesionales y establecimientos que habrán de brindarlos. Se detallan los servicios y modalidades excluidos del convenio, entre los que se cuentan los de alta complejidad, la cirugía plástica no reparadora, los procesos de evolución crónica (excepto reagudizaciones o complicaciones), la provisión de prótesis y ortesis y la atención de enfermedades infectocontagiosas. Las normas de atención se agregan en distintos anexos. El Instituto se obliga a pagar como toda contraprestación una cápita, cuya composición se establece por cada beneficiario titular o familiar incluido en padrón. Tal cápita incluye honorarios profesionales, por consulta, urgencia o interconsulta, derechos sanatoriales, honorarios por prácticas diagnósticas o de tratamiento, y medicamentos para internados.

El prestador se obliga a la provisión de información estadística así como a facilitar la auditoria y supervisión. Además de asumir la responsabilidad legal y profesional de las prestaciones.

#### **5.3.4.- Sistemas de evaluación del PAMI**

El INSSJP desarrolló una amplia normatización y procedimientos de evaluación para la selección y seguimiento de prestadores.

Sin embargo tiene dificultades emergentes del tamaño de la población, su alta demanda, la creciente complejidad de las prestaciones y la limitación de su financiación.

Se encuentra frente a permanentes reclamos por parte de los prestadores en pos de mayores valores capitados, al costo de aranceles diferenciados y de "plus" en forma directa a sus beneficiarios. La dinámica de su población le dificulta la actualización de sus padrones, agravada por beneficiarios "en tránsito" cuya atención debe retribuir por prestación.

En las áreas PAMI la elección de prestador es limitada y se complica por la diversidad de calidad y prestigio de los efectores.

### 5.3.5.- El PAMI: prestaciones

Los medicamentos para pacientes ambulatorios son cubiertos en el 70% para un listado de 370 drogas y algunas asociaciones seleccionadas según patologías prevalentes. El resto de los medicamentos son cubiertos hasta un 50%.

Hay regímenes especiales en que el Instituto se hace cargo del 100% del valor en citostáticos, tuberculostáticos, hemoderivados y productos del plan materno-infantil.

En 1985 se estimaba que el Instituto financiaba 21 millones de recetas por año, es decir 0.6 recetas/beneficiario/mes, con las que absorbía casi el 30% del mercado farmacéutico del país, si se sumaban los de uso en internación.

El Instituto provee distintos elementos de Atención Médica, entre los que se destacan:

- 1 Bolsas para ostomizados, de colostomía con o sin Karaya, de ileostomía, de urostomía.
- 2 Marcapasos cardíacos: los provee en comodato.
- 3 Audífonos: los provee en comodato.
- 4 Prótesis y ortesis.
- 5 Sillas de ruedas y camas ortopédicas: las provee en comodato.

### 5.3.6.- Las carencias de los beneficiarios

La cobertura del INSSJP fue un masivo sistema de atención administrada sobre una población de alta demanda del orden de los 3,2 millones de beneficiarios con un presupuesto de \$2.400 millones anuales.

El Instituto tiene una planta de 12.000 empleados y generó una creciente estructura administrativa bajo una conducción centralizada, con desconcentración sin poder de decisión.

Firmó un convenio con una UTE formada por las cámaras de producción de medicamentos (CAEME, CILFA y COOPERALA) por el que pagaba \$27 millones por mes por medicamentos ambulatorios.

La producción de prestaciones de AM se estima en 25 millones de consultas, consume el 70% de los marcapasos que se implantan en el país, y financia más de 200 operaciones cardiovasculares con prótesis (Garmendia, Consultor de Salud N° 244).

Cuesta explicar cómo con un valor capitarario técnico de alrededor de \$62/beneficiario/mes los contratos no superan un promedio de \$30.

### 5.3.7.- Las denuncias de corrupción

Una obra social de esta magnitud fue difícil de conducir desde su creación y a lo largo de las sucesivas administraciones sus propios titulares detectaron y corrigieron problemas de corrupción. El problema se agravó cuando los mismos titulares quedaron involucrados en ella.

Las denuncias sobre mala conducción del PAMI surgieron con la gestión que se inició a mediados de enero de 1991 y concluyó un año después. Después de un interregno de escasos 15 días la nueva gestión anunció: "eliminaremos todo lo que no sea transparente en el financiamiento del PAMI" (*La Nación*, 15/01/92). Dos años y 2 meses después la gestión terminaba con alrededor de 20 causas judiciales, escándalos por acusaciones de coimas<sup>7</sup> (*Clarín*, 1995) y dejaba al Instituto con un déficit de \$148 millones. Después de un período en que se hicieron ciertos ajustes la conducción del PAMI, entre enero de 1997 y diciembre de 1999, introdujo la intermediación de

---

<sup>7</sup> Estas denuncias incidieron en la derrota del oficialismo en las elecciones para convencionales de la Capital Federal.

grandes gerenciadoras, creadas “ad hoc”, para que a su vez contrataran prestadores. Lo hizo a través de una licitación judicialmente cuestionada. Terminó con un nuevo déficit y numerosas causas en los tribunales.

Estos cuestionamientos tienen su contraparte en proveedores de bienes y servicios que comparten la responsabilidad con la conducción pertinente de la obra social. Debe tenerse en cuenta, primero, que por la magnitud de su demanda el PAMI es formador de precios y, segundo, que por la diversidad de sus servicios contrata servicios de Atención Médica en todas sus formas y ramas, prótesis y ortesis, servicios de cuidados geriátricos, gerontopsiquiátricos y de distintas discapacidades. A ello se agregan servicios de recreación, de turismo y de sepelios. Por otra parte la proliferación de intermediaciones, no las que se hacen a través de instituciones que agrupan tradicionalmente a los prestadores, sino sociedades privadas que se fueron articulando “ad hoc”, no sólo encarece los servicios sino que se prestan a acuerdos marginales para retener y compartir, con los funcionarios que los propician, valores que superan los gastos de administración con claro carácter ilícito.

### **5.3.8.- Nuevas gestiones intentan corregir las falencias del PAMI**

Las conducciones del PAMI desde 1988 alcanzaron no mucho más de dos años de gestión, incluyendo las de quince días y seis meses. La continuidad que requiere una política no se dio en este Instituto, hubo presidentes con directorio, interventores y en algunos casos transitaban de una a otra función.

El error de agregar a la población propia grupos numerosos de personas sin cobertura y demanda de prestaciones alta, tuvo la contrapartida de gestiones que promovieron e incluso en ocasiones lograron la transferencia de alguno de esos grupos o de algunas coberturas especiales a la cobertura de otros organismos, pero agravó la carencia de padrones de beneficiarios verosímiles. Se repitieron asimismo los intentos de racionalizar los gastos administrativos, incluyendo retiros voluntarios y reducciones de personal, con los consecuentes conflictos. Se multiplicaron las licitaciones y las modalidades de contratación, subyaciendo siempre la permanencia –sino en la más alta conducción– en niveles decisorios intermedios de funcionarios de anteriores gestiones, acumulándose, que interferían con los planes de las sucesivas. Se acumulaban también los reclamos al Poder Ejecutivo para que cubriera los pasivos del PAMI.

En paralelo se abultaban las deudas con el grueso de los prestadores, que llegaban hasta los siete meses, se congelaban pagos de hasta tres meses. Por consecuencia en la mayoría de las regiones la cobertura real de los beneficiarios, era deficiente.

### **5.3.9.- El funcionamiento del PAMI exige aplicar doctrina sanitaria**

Como principio general debe insistirse en que el régimen argentino de OOSS se basa en el principio de solidaridad grupal. Más allá de la polémica sobre los seguros de solidaridad general, deberá atenerse a tal carácter. Es por ello que se estima que la incorporación de grupos poblacionales ajenos al ámbito de la población propia de cada obra social, es riesgosa. Ese tipo de incorporación encontró en el INSSJP un “candidato ideal”. Así, mientras las pensiones graciables eran de excepción sus beneficiarios se diluían en la masa poblacional del PAMI, pero a medida que fueron multiplicándose la situación cambió. El segundo caso es el de los Veteranos de la Guerra de Malvinas. Cualquier país civilizado que ha estado involucrado en una guerra –desde los valentudinaria (hospitales de crónicos) de las Legiones romanas, hasta la Veterans Health Administration de EEUU– tienen un régimen de cobertura total de sus heridos, convalecientes o discapacitados bélicos. En Argentina se buscó la solución más fácil –y más injusta para los veteranos–: incorporarlos al PAMI, que aunque en general tiene mala cobertura, “da para todo”. Estas incorporaciones de poblaciones distintas se financian con fondos de otra procedencia que pueden demorarse, fragmentarse o no pagarse nunca al Instituto.

Otro principio general es la descentralización tan mentada, muy difícil de lograr por un problema de la naturaleza humana: descentralizar significa renunciar a parte del poder para transferirlo a otro nivel, persona o grupo. De allí la resistencia psicopatológica a toda descentralización casi paralela a

la fortaleza de los liderazgos. Ahora bien, en el caso del INSSJP, la descentralización es imprescindible aunque tenga que vencer tan difícil valla, y puede realizarse según alternativas. Una es que la cobertura sea gestionada con financiamiento previo (vg. cartera anual) y en programa aparte por las Obras Sociales Provinciales o, en las jurisdicciones pequeñas, por un agrupamiento regional de ellas. Otra alternativa es la constitución de PAMIs regionales, autónomos y autárquicos, con una reducción al máximo del nivel central reservado sólo a la normatización y control. Las ventajas de la centralización, por ejemplo en las contrataciones de servicios o de grandes cantidades de bienes de uso en salud (vg. marcapasos, prótesis, otros), terminan hundiéndose en la tramitación propia de la contratación y para la obtención o distribución de los servicios o bienes en un territorio tan amplio como el argentino, es decir afectando la accesibilidad. Además en la realidad, esas gigantescas centralizaciones para la contratación han sido propicias a la corrupción tan profunda y reiterada en la obra social considerada. Por otra parte, aunque la corrupción no sea imposible en un modelo descentralizado, es probable que no afecte a todas las regiones. Además, nada obsta a que todas o algunas regiones se pongan de acuerdo desde la autonomía para grandes contrataciones. La realidad es que las regiones del Instituto tiene muy limitados poderes y deben recurrir sistemáticamente a donde –como lo enseña la historia y la vida– decide la divinidad: la ciudad de Buenos Aires. No es posible dar cobertura real a los beneficiarios del PAMI sobre la base de decisiones centralizadas, decisiones que tampoco son garantía de idoneidad y decencia.

Un tercer problema de esta, como la mayoría de la OOSS argentinas, es la representatividad a su vez ligada al concepto de propiedad de la Institución y de sus fondos. Tanto uno como otro deben considerarse propiedad de los beneficiarios ya que su cobertura constituye la misión de la Institución, y los fondos se reúnen a partir de los aportes de los beneficiarios, es decir del descuento de sus haberes, a lo que se agrega la “contribución” (nótese el sentido de la palabra) y, en el caso del PAMI, por su particular constitución demográfica y perfil de demanda, con un aporte adicional de los activos que aportan a cajas de previsión nacionales. Este se justifica sólo porque al retirarse serán beneficiarios del PAMI. Luego, si la institución y los fondos son de los beneficiarios, éstos deben dirigirla en forma directa con una representatividad auténtica. Por de pronto en la mayoría de los casos la representatividad es relativa. El directorio es de nivel nacional y los delegados de jubilados y activos se proponen desde ese nivel de las organizaciones respectivas. Las designaciones las hace el Poder Ejecutivo sobre la base de esas propuestas. Los delegados del Estado son designados también por él mismo que nombra el Presidente y el Vicepresidente.

En cuarto lugar la corrupción, que en gestiones de la década de 1990 parece haber sido conducida desde arriba, infiltró buena parte de la institución y dejó en posiciones significativas personeros de esas gestiones y de otras en la que la corrupción se manejó desde niveles intermedios a pesar de la conducción superior. Ninguna gestión podrá solucionarla manteniendo esos personeros, algunos identificados y otros difíciles de precisar. En el trasfondo, la inoperancia del Poder Judicial en este campo tan amargo de la corrupción del PAMI con una innumerable cantidad de causas abiertas jamás cerradas o ya prescriptas, configura uno de los monumentos a la impunidad que alientan a los delincuentes de guante blanco.

Otro principio de Atención Médica aplicable al caso de las OOSS es el de límites tanto en lo que hace a las ciencias como a las prestaciones médicas. El poder alcanzado por la Medicina actual ha generado el espejismo de su omnipotencia, ni siquiera lejana sino inalcanzable. El espejismo se difunde, de persona a persona y desde los medios masivos de comunicación, o inducido por los propios profesionales. Y las OOSS no se animan, en general, a poner los límites ya sean de carácter científico o de carácter financiero, es decir, señalar servicios y bienes que, aunque sean indicados, simplemente no pueden pagar. Desgraciadamente en casos en que una obra social pone un límite de otra naturaleza, pululan los jueces que declaran amparo y ordenan hacer lo imposible, a veces inútil, o lo que la obra social debe cubrir a costa de dejar de pagar los servicios y bienes habituales. Los ejemplos en este caso son innumerables y dolorosos de relatar porque, ¿quién no habrá de comprender que una familia reclame para un hijo gravemente enfermo el mejor Instituto del mundo para hacerle un tratamiento? Aunque los resultados son siempre reservados y su costo multiplica a de su asistencia en el país. Solo que la obra social del caso es la que debe dilucidar según sus normas y sus posibilidades aunque la decisión sea amarga, y los jueces no deberían ser tan aventurados. Por supuesto que los amparos y las órdenes judiciales son de su específica competencia respecto a la cobertura fijada por la obra social de acuerdo a sus normas y al PMO-PMOE, cuando no se atiende. Lo lamentable es

que en estos casos no se inicie a partir de la no cobertura debida y oportuna, ya sea por impericia o negligencia, causa por incumplimiento de los deberes del funcionario público y/o abandono de persona contra los responsables de las OOSS.

#### **5.4.- Otras categorías de OOSS**

##### **5.4.1.- Obras Sociales de Personal de Dirección**

En total agrupan más de 1 millón de beneficiarios. Son 24 (1996), dos de ellas multisectoriales, OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios) con más de 300.000 beneficiarios y ASE (Acción Social Empresaria) con alrededor de 250.000, que asocian personal superior fuera de convenio de cualquier actividad.

La obra social Luis Pasteur agrupa directivos de los laboratorios farmacéuticos o de tecnología médica. OSDIP se ocupa de directivos de la industria petrolera. Veinte de ellas están agrupadas en una Federación Argentina de OOSS de Personal de Dirección<sup>8</sup>.

En esta categoría se destaca por su extensión a todo el país la Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) creada en 1972 a iniciativa de empresarios de la Unión Industrial Argentina (UIA) con el objeto de dar cobertura a directivos de actividades diversas, muchas de las cuales nuclean grupos pequeños que les dificulta construir un sistema exclusivo y propio. En 1991 organizó un prepago, "OSDE binario" que alcanzaba en 2002 el número de un millón de beneficiarios con diversos planes de cobertura, incluyendo uno especial para jóvenes de 18 a 25 años.

La organización amplió sus servicios al campo de las jubilaciones (Arauca-Bit AFJP. Binaria Seguros de Retiro): seguros de vida, urgencias médicas (Rosario, Santa Fe) y turismo.

A través de la Fundación OSDE, promotora de diversas actividades culturales y sociales, se propuso en agosto de 2002 un Modelo Gerenciado de Salud que, bajo garantía del Estado, daba cobertura a toda la población en diferentes OOSS y EPP, normados ambos por un mismo cuerpo legal, y desregulados para favorecer la competencia e incluyendo un modelo gerenciado para los establecimientos estatales. Los grupos de menores ingresos y los desocupados serían cubiertos con cuotas emergentes de los presupuestos del Estado (*Clarín*, 2002).

Además existen también las obras sociales por convenio y son aquellas de personal directivo, creadas por las mismas empresas, tales como YPF, Shell, Ford, Mercedes Benz, Techint y otras.

##### **5.4.2.- Obras Sociales por convenio**

Son OOSS de personal directivo creadas por las mismas empresas: YPF, Shell, Ford, Mercedes Benz, Techint y otras.

## **6.- Las OOSS provinciales**

**Jorge Luis Rossotti**  
**Horacio Luis Barragán**

La organización de la AM en el sistema de Seguridad Social de un país, puede estar centralizada o descentralizada. La centralización se corresponde con un sistema político unitario y se confronta con uno federal. Este ha sido uno de los tradicionales conflictos de la política de Atención Médica en Argentina, nación constitucionalmente federal en la que cada provincia es un Estado Miembro, con su Constitución propia, y que se reconoce parte integrante de la República.

Las provincias no son la expresión resultante de una división territorial con fines administrativos, sino que preexistieron jurídicamente a la Nación, pero con reserva del ejercicio de todos los poderes

---

8 Cuando se les quiso incorporar monotributistas con un aporte de \$ 20 plantearon públicamente que les resultaba imposible brindar el mismo servicio que a sus beneficiarios tipo (Consultor de Salud N° 366).

y derechos que a través de la Carta Magna no hayan sido expresamente delegados al gobierno de la Nación; aspecto éste fundamental que suele ubicarse en el olvido. Las jurisdicciones provinciales son poseedoras de autonomía, y como tales sólo delegan a la Nación determinados poderes (vg. Defensa y Relaciones Internacionales), pero no otros. Así por ejemplo, garantizar la salud de la población es un deber de los Estados provinciales<sup>9</sup>.

La reforma constitucional de 1994 incorporó un nuevo párrafo al artículo 125, relacionado a las entidades de la Seguridad Social, donde se establece que las provincias pueden conservar ese tipo de organismos de seguridad social para empleados públicos y cajas de previsión para profesionales. Esta norma no hace más que ratificar una potestad no delegada por las provincias; a la vez que armoniza con la interpretación que debe darse al artículo 14 bis cuando señala que “los beneficios de la seguridad social” estarán “a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado”.

Finalmente, la supletoriedad de la competencia de las legislaturas de los Estados Miembros sobre la materia, ha sido consagrada por la Constitución Nacional para el único caso de que el Congreso no dictase los Códigos de fondo; ello conforme lo establece el artículo 126 de la misma carta magna.

### **6.1.- El rol de las obras sociales provinciales**

Las obras sociales provinciales fueron caracterizadas a modo de “hermanas menores” del sistema de salud argentino. El hecho que las obras sociales nacionales figuran en la primera plana puede atribuirse a la incidencia política del sindicalismo, así como a la mentada legitimidad de las reivindicaciones salariales, al solo efecto enunciativo.

La descentralización de los servicios sociales y la crisis de financiamiento general, conllevaron al subsector público provincial a convertirse en un mecanismo generador de empleo, y las obras sociales provinciales se revalorizaron como unidad de estudio. En la actualidad, en términos de financiamiento, con una cobertura aproximada de 5,2 millones de beneficiarios constituyen cerca del 14% de la cobertura en AM.

El proceso de descentralización iniciado a principios de la década de 1990 modificó el eje del modelo de salud, y de esa manera la autoridad de aplicación nacional pasó a desempeñar un rol complementario en el otorgamiento de servicios, aunque mantuvo su protagonismo en términos de financiamiento. Esta nueva perspectiva, motivó el giro de la óptica nacional hacia las obras sociales provinciales que asumieron un papel protagónico. Lo expuesto, se tradujo en la necesidad de analizar los mecanismos de coordinación existentes, la transferencia de riesgo con instituciones de los Ministerios de Salud Provinciales, como así también en los modelos de contratación del subsector prestador.

Las variables señaladas constituyen las piedras angulares del análisis de políticas a implementar, donde los seguros provinciales de salud, coordinando los recursos de las entidades jurisdiccionales, Ministerios de Salud locales y el PAMI constituyen uno de los escenarios potenciales.

Las obras sociales provinciales, como organismos autárquicos de un país federal, tienen una legislación que les otorga funciones y características propias, y no son homogéneas entre sí. La ausencia de información sobre las entidades aludidas, asociado a un modelo desarticulado de financiamiento, genera incógnitas sobre la confiabilidad de los datos a considerar, sus fuentes de información y los parámetros para establecer comparaciones entre instituciones. Finalmente, y a diferencia de lo que ocurre con las obras sociales nacionales, las jurisdicciones provinciales no cuentan con un organismo de supervisión que, a manera de superintendencia, regule la redistribución de fondos, establezca un programa mínimo obligatorio de servicios de salud y estandarice la calidad de la AM.

---

<sup>9</sup> La forma de gobierno de la Nación Argentina y de cada una de las provincias que la constituyen es representativa, republicana y federal. Representativa indica que constitucionalmente el pueblo elige libre y periódicamente sus representantes y no delibera ni gobierna sino a través de los mismos. Republicano indica que el gobierno tiene tres poderes independientes entre sí: uno Legislativo, que dicta las leyes; uno Ejecutivo, que las reglamenta y las hace cumplir; y otro Judicial, que administra la justicia sobre la base de la Constitución, las leyes y las normas complementarias y la jurisprudencia; Federal es que cada provincia, en atención a su preexistencia a la Nación, tiene todos los poderes que no ha delegado y el Estado Federal sólo aquellos que las provincias le han delegado. El sistema democrático debe representar las características señaladas, de forma tal que no debe limitarse o restringirse a votar libremente en las elecciones, sino al pleno funcionamiento del régimen representativo, republicano y federal.

## **6.2.- El denominador común de su génesis fue otorgar servicios de salud**

Cada una de las jurisdicciones provinciales organizó su propia obra social provincial a partir de una ley o decreto específico. El objetivo común fue el de brindar servicios de salud a sus beneficiarios, quienes en su mayoría son agentes de la administración provincial y municipal, así como a sus grupos familiares primarios.

En algunos casos integran las obras sociales los jubilados y pensionados de la caja de previsión provincial (provincia de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Río Negro, entre otras) y los llamados afiliados voluntarios. No obstante la mayor parte de la población cubierta corresponde al personal de la administración pública.

El peso de la población en edad activa oscila entre el 50 y el 63%, lo que es consistente con el origen contributivo de estas instituciones. Por esa misma razón, el porcentaje de los beneficiarios que reside en las capitales provinciales 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. Esfuerzos recientes de gestión han llevado a la creación de planes alternativos para la elección de prestadores por parte de sus afiliados, como Córdoba que constituye un caso innovador en esta dirección.

## **6.3.- Distribución de las obras sociales por provincia**

En 1998 había veintitrés obras sociales provinciales (OSP) agrupadas en la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) con una población de seis millones de beneficiarios y un presupuesto sumado del orden de los \$2.000 millones anuales (1994).

Las obras sociales provinciales son autárquicas o descentralizadas y se financian con aporte de los empleados provinciales y municipales de entre 3 y 4,5% y con contribuciones patronales de entre 4 y 6% de los salarios. Hay porcentuales complementarios para jubilados, pensionados y familiares voluntarios.

Operan como financiadores de prestaciones incluyendo programas especiales como el materno-infantil. No tienen efectores propios. Sus beneficiarios demandan al subsector privado y al estatal. A mediados de los 1990 se consolidó la tendencia a financiar prestaciones brindadas en el subsector estatal de autogestión (*Clarín*, 08/08/94).

Su autarquía actual está limitada por la retención de fondos en las tesorerías provinciales y por la falta de pago de las contribuciones patronales de los municipios y, a veces, de las mismas provincias. Las OSP están relacionadas entre sí por convenios de reciprocidad para la cobertura de sus beneficiarios en extraña jurisdicción, y suele haber deudas pendientes de las provincias más derivadoras hacia las con mayor complejidad de efectores. El IOMA (PBA), en junio de 2000, decía ser acreedor de \$8 millones acumulados en 12 años de convenios de reciprocidad (Consultor de Salud N° 271).

La conducción de las OSP está a cargo, según cada reglamentación, por un presidente y un cuerpo colegiado generalmente formado por representantes gremiales y funcionarios del gobierno. Estas conducciones tienen una estabilidad proporcional a la duración de los gobiernos provinciales, menor que la del nacional. Se les critica ser deficitarias en dirección técnica y estar fuertemente influidas por las agrupaciones profesionales y sanatoriales.

### **6.3.1.- IMOS**

El Instituto Municipal de Obras Sociales (IMOS) cubre a los trabajadores y jubilados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, alrededor de 370.000 beneficiarios.

Tiene un establecimiento propio, el Sanatorio Municipal "Dr. Julio Mendez" de 350 camas como eje del 2º nivel de atención (*Clarín*, 1996:7).

### 6.3.2.- IOMA

El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia e Buenos Aires fue creado en febrero de 1957, por Decreto-Ley 2.452, dependiendo del entonces Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Su misión es brindar cobertura médico asistencial al personal de la administración pública provincial y de los municipios que adhirieran así como a sus familiares.

En noviembre de 1965, por Ley 6.323 se transformó en un ente autárquico provincial, y previó la incorporación de voluntarios.

En 1965, se estructuró por la Ley 6.982, que tiene vigencia de acuerdo a su texto ordenado (TO) de 1987.

En el artículo primero incorpora el principio de "libre elección del médico por parte de los usuarios, reafirmando el sistema de obra social abierta y arancelada".

La administración del IOMA corresponde a un directorio formado por un presidente, tres representantes del Estado y tres de los afiliados obligatorios a propuesta de los gremios más representativos. Los tres gremios y discrecionalmente el resto, son designados por el Poder Ejecutivo por cuatro años pudiendo seguir nuevos períodos.

La financiación del IOMA se basa en el aporte de los beneficiarios que en 1978 (Decreto 9.152/78) era del 3,5% y del 4% de cada sueldo como contribución del Estado Provincial o los Municipios<sup>10</sup>. El sistema cubre a los activos y pasivos (jubilados y pensionados), así como a sus familiares directos de la Administración Pública Provincial y de las municipalidades adheridas, en forma obligatoria. Son voluntarios los funcionarios de cargo electivo y los jueces del Poder Judicial.

El porcentaje de aportes y contribuciones varió en sucesivas gestiones [Cuadro 6.3.2.a].

#### Prov. Bs. As. IOMA. Aportes y Contribuciones. Evolución\*

Decreto -Ley	Período	Contribuciones Patronales	Aportes personales	Total
6982	1-1-65 al 31-12-77	2,5	2,5	5
9152/78	1-1-78 al 30-11-82	4	3,5	7,5
9888/82	1-12-82 al 31-3-83	3,5	2,5	6
9952/83	1-4-83 al 31-8-83	4	3,5	7,5
10042/83	1-9-83 al 31-12-04	4,5	4,5	9
Decreto 2655/04	1-1-05 a la fecha	4,8	4,8	9,6

IOMA. Dirección de RRHH.  
\*Las contribuciones y aportes son % sobre el sueldo.

Cuadro 6.3.2.a

#### Prov. Bs. As. IOMA. Gasto operativo en prestaciones de AM. Distribución 1964-68 (en millones de \$ y %)

Rubro	Años y %	1964	1965	1966	1967	1968
	%	%	%	%	%	
Médicos		39,4	39,6	34,1	41,9	40,7
Sanatorios		16,1	17,4	20,7	18,5	18,3
Farmacia		33,5	30,4	29,5	27,2	29,6
Laboratorios		4,5	4,7	5,9	5,1	5,1
Odontología		4,0	5,7	5,9	4,9	4,3
Reintegros		2,5	2,2	3,9	2,4	2,0
Total		100	100	100	100	100

(IOMA, 1970)

Cuadro 6.3.2.b

10 Los ingresos del IOMA dependen no sólo de las contribuciones patronales de la administración provincial central sino también de los del Instituto de Previsión de la Caja de Retiro de la Policía.

En años posteriores se fueron agregando rubros relacionados con el desarrollo tecnológico (prótesis, diálisis) como se verá en los cuadros siguientes. Estos rubros modificaron la distribución porcentual en detrimento de los enumerados en el cuadro precedente [Cuadros 6.3.2.c y 6.3.2.d].

**Prov. de Bs. As. IOMA - Distribución del gasto por sectores 1990 - 1998**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sanatorios	44,3%	39,8%	40,3%	32,6%	35,4%	36,3%	35,8%	36,7%	35,8%
Farmacias	17,3%	17,0%	18,8%	15,8%	15,5%	16,6%	16,2%	16,4%	19,8%
Médicos	21,7%	17,6%	14,2%	21,2%	30,5%	28,7%	30,4%	30,2%	29,0%
Odontólogos	3,9%	10,2%	8,7%	5,7%	6,8%	5,6%	5,9%	5,6%	5,0%
Bioquímicos	5,6%	4,6%	4,6%	4,3%	6,2%	6,1%	5,9%	5,8%	5,0%
Prótesis	2,1%	1,2%	1,3%	1,6%	1,4%	2,3%	1,4%	1,8%	1,2%
Otros	5,3%	9,5%	12,2%	10,3%	4,2%	4,5%	4,3%	3,5%	4,2%
Indefinido				8,51%					
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fte. Prov. Bs. As. Ministerio de Economía. La Plata., 2000. Nota: decimales redondeados.

Cuadro 6.3.2.c.

**Prov. de Bs. As. IOMA - Distribución del gasto por sectores 1990-1998**  
En Miles de Millones de Pesos

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sanatorios	37,9	75,0	106,2	129,4	156,7	166,7	172,4	206,1	182,8
Farmacias	14,8	32,1	49,5	63,9	68,8	76,2	78,0	92,0	101,2
Médicos	18,5	33,2	37,4	105,7	135,2	131,6	146,4	169,9	148,3
Odontólogos	3,3	19,3	23,0	24,2	30,2	25,6	28,4	31,4	25,3
Bioquímicos	4,8	8,7	12,0	16,7	27,5	28,0	28,6	32,7	25,4
Prótesis	1,8	2,3	3,4	6,2	6,1	10,4	6,6	10,1	6,2
Otros	4,5	17,9	32,1	39,7	18,7	20,6	20,7	19,5	21,5
Total	85,6	188,5	263,6	385,9	443,1	459,0	481,1	561,8	510,6

Fte. Prov. Bs. As. Ministerio de Economía. La Plata., 2000. Nota: números redondeados.

Cuadro 6.3.2.d.

**Prov. de Bs. As. IOMA - Distribución del gasto por sectores 1990-1998**  
En Miles de Millones de Pesos

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sanatorios	37,9	75,0	106,2	129,4	156,7	166,7	172,4	206,1	182,8
Farmacias	14,8	32,1	49,5	63,9	68,8	76,2	78,0	92,0	101,2
Médicos	18,5	33,2	37,4	105,7	135,2	131,6	146,4	169,9	148,3
Odontólogos	3,3	19,3	23,0	24,2	30,2	25,6	28,4	31,4	25,3
Bioquímicos	4,8	8,7	12,0	16,7	27,5	28,0	28,6	32,7	25,4
Prótesis	1,8	2,3	3,4	6,2	6,1	10,4	6,6	10,1	6,2
Otros	4,5	17,9	32,1	39,7	18,7	20,6	20,7	19,5	21,5
Total	85,6	188,5	263,6	385,9	443,1	459,0	481,1	561,8	510,6

Fte. Prov. Bs. As. Ministerio de Economía. La Plata., 2000. Nota: números redondeados.

Cuadro 6.3.2.e.

## Principios y gasto de IOMA

La **distribución del gasto asistencial** del IOMA exhibe una modificación en los porcentajes por rubros, emergente de las modificaciones científico-tecnológicas y de factores relacionados con la “puja distributiva”. Así la proporción del rubro sanatorios se redujo en ocho puntos porcentuales mientras que farmacias aumentó en más de dos, médicos en alrededor de siete y odontólogos en uno.

En publicación reciente, el IOMA presenta la estructura del gasto con algunos rubros desglosados e incluyendo el gasto administrativo [Cuadro 6.3.2.e].

Sectores	%
Clínicas (Sanatorios)	22,0
Medicamentos (Farmacias)	20,0
Médicos	25,0
Odontólogos	4.1
Bioquímicos	5.0
Prótesis	7.1
Psiquiatría	1.0
Diálisis	3.1
Otros	7.1
Administrativo	4.0
TOTAL	98.4

Fte. Prov. Bs. As. IOMA. Folleto Informativo. IOMA La Plata. 2004: 11 Nota: porcentajes aproximados, obtenidos de un gráfico y ordenados con modificaciones.

Cuadro 6.3.2.f

De acuerdo a estos porcentajes, correspondientes al año 2003, el rubro sanatorios continúa reduciéndose pero, en este caso, cabría sumarle las proporciones de los rubros psiquiatría y diálisis, que no estaban explicitados en la distribución 1990-1999.

En esta publicación el IOMA marca una población beneficiaria del orden de 1,37 millones de beneficiarios y un presupuesto del orden de los \$730 millones, lo que indicaría un valor per cápita del orden de los \$44/beneficiario/mes (IOMA, 2004).

Con referencia al **principio de solidaridad** grupal, en tanto el IOMA cubre a los empleados del gobierno provincial y 129 municipalidades de las 134 bonaerenses con sus respectivas familias, ha tenido menos incorporaciones de grupos numerosos ajenos al núcleo que le es propio. Las pensiones gratificables aumentaron al orden de las 50.000 con una relación contribución/gasto de aproximadamente 1/8,6 (IOMA, 2004).

En un período el IOMA tuvo a su cargo la cobertura de sectores de población de recursos económicos insuficientes. Este programa, iniciado en noviembre de 1985, establecía un mecanismo de registro y reconocimiento de esos grupos para la conformación de un padrón y el pago per cápita al IOMA por parte del Ministerio de Salud. En la gestión siguiente fue ajustado en vistas a corregir desviaciones.

IOMA definió un mecanismo de cobertura de voluntarios, individuales y colectivos, bajo el cobro de cuotas (primas de los prepagos) a cargo del afiliado de esa condición con niveles accesibles y cobertura similar a los afiliados obligatorios, excepto en lo que hace a carencias y preexistencias. Los voluntarios conforman un grupo del orden de los 130.000 beneficiarios, con lo que el IOMA alcanza una población total de más de 1,5 millones de personas (IOMA, 2004).

Respecto a **su conducción**, el IOMA, como el resto de las obras sociales, no ha encontrado aún un mecanismo que asegure la real representatividad de los beneficiarios. Su directorio está constituido por presidente y vicepresidente, dos representantes más por el estado provincial y tres por el sector gremial. Todos ellos son nombrados por el Poder Ejecutivo, aunque los del sector gremial a propuesta

de los sindicatos de personal estatal de mayor tamaño poblacional. A su vez la propuesta emerge de las conducciones gremiales. No en todas las gestiones el directorio logra tomar las decisiones que le son propias, dependiendo del poder diferencial entre el conjunto del mismo y la presidencia.

El **principio del límite** es escasamente asumido “ex ante” por el IOMA. En efecto las prestaciones nuevas y complejas, salvo excepciones, tienden a autorizarse así como a complicarse su posterior pago.

Se ha sostenido que, a través de décadas, no se logró un sistema efectivo de habilitación/ categorización de establecimientos asistenciales privados y cuanto menos de fiscalización y acreditación. Si bien hay legislación y esfuerzos por parte del Ministerio de Salud, debe enfrentarse a un subsector de crecimiento anárquico con disímil calidad de prestaciones y estilos de facturación. Es así como el **principio de desconfianza universal** orienta las acciones de auditoria de IOMA afectando a “justos y pecadores”.

Una solución racional y justa sería una habilitación / categorización / fiscalización a cargo del Ministerio de Salud provincial con participación del IOMA y los agrupamientos de establecimientos asistenciales. Asimismo es necesario que el mismo Ministerio y el IOMA, en su caso, implementen un sistema completo de acreditación de calidad. El instituto intenta este tipo de evaluación con encuestas de satisfacción que resultan insuficientes.

La exigencia de cumplimiento de convenios suele tener vigencia para los prestadores y no para la obra social. Así los intereses punitivos por demoras en el pago de facturas, si bien están establecidos en los convenios, nunca se percibieron aún en los períodos en que esos pagos se atrasaban o fragmentaban significativamente. La fortaleza del IOMA genera una fuerte dependencia para los establecimientos privados bonaerenses, especialmente en el Gran La Plata y los conglomerados principales donde viven la mayoría de los empleados públicos. Esta dependencia pone en minusvalía a los prestadores. De esta forma es frecuente que el Instituto tome decisiones unilaterales en normas operativas, sin tener en cuenta los principios que norman un convenio entre partes, y esas normas comprenden siempre nuevas exigencias y han previsto hasta penalidades económicas sin su justa contrapartida que son los premios. Es así como se configura una manifiesta asimetría en las decisiones y en el cumplimiento de los contratos, y posiciona al IOMA y a los prestadores en competidores en vez de aliados en la cobertura de la salud de sus beneficiarios.

En cuanto a los valores de las prestaciones asistenciales, en general, su deterioro es evidente, tanto los establecidos en los convenios de IOMA como en la mayoría de las obras sociales.

Este deterioro resultó de una sumatoria de acontecimientos: la congelación de honorarios y aranceles de marzo de 1993 en relación a la cual se firmaron los convenios de base, los aumentos de cargas impositivas nacional, provincial y de tasas municipales, del valor de los servicios públicos y del cobro de consumo de agua medida, el costo desmedido de los seguros de responsabilidad, del aumento de los insumos importados a raíz de la crisis de fines de 2001 y del cese posterior de la convertibilidad, del de los insumos nacionales y finalmente del los aumentos salariales, justos por cierto, pero no compensados armónicamente con un ajuste en las tarifas. No faltaron quitas de hasta un mes entero ni períodos con debitaciones desproporcionadas. Estos períodos llevaron a conflictos y huelgas de personal, a la quiebra a numerosos establecimientos privados, a la reducción de personal y camas en otros y al empobrecimiento del grueso del cuerpo profesional con cierta excepción en los de arancel libre o prácticas de alta complejidad.

Las leyes nacionales y provinciales de emergencia administrativa y financiera cerraron, por otra parte, la posibilidad de reclamos de acreencias por vía judicial, vía por otra parte raramente emprendida por el subsector de Atención Médica privado.

### ***La catástrofe inminente puede ser evitada***

Las formas de facturación y pago que IOMA estableció “por prestación” desde sus inicios, se modificaron siguiendo la tendencia general en la década de 1990. Primero estableció un sistema de módulos día-cama (1993) que llevó al aumento del PDE y de la facturación y como consecuencia generó fuertes débitos. El de día-cama fue suplido, entonces, por el sistema de módulos por patología resuelta al alta (1996), que es el vigente, con lo que se ajustó la facturación con una relativa reducción de débitos, que en un período anterior había alcanzado el monto de un mes de facturación y eran difíciles sino imposibles de recuperar. El sistema de asignación de módulos encuadraba en un marco

de cartera fija con lo que IOMA intentaba, con razón, tener un presupuesto previsible. En ese sentido logró regularizar aportes y contribuciones adeudadas, aumentar los valores per cápita del gobierno bonaerense para la cobertura de beneficiarios de pensiones graciables y bomberos voluntarios y ajustar las cuotas de voluntarios para alcanzar la autofinanciación de ese grupo. Por otra parte, facilitó el pago de los coseguros ambulatorios, eliminó el bono para internación, aceleró el pago de reintegros, regularizó el pago a los establecimientos municipales, redujo los gastos de administración en los convenios, así como los tiempos y fragmentación de pagos. Por otra parte, implementó un reempadronamiento y amplió la representatividad de los beneficiarios a través de un Consejo Asesor Gremial. La gestión en curso ordenó diversos aspectos claves del funcionamiento de la obra social.

No obstante, los valores retributivos tanto a profesionales como a instituciones siguieron demorados a pesar de los aumentos de costos en personal, funcionamiento y equipos, sin computar la amortización de edificios, remodelaciones y equipamiento. El decreto de emergencia sanitaria salvó situaciones críticas para los prestadores pero tiene vigencia hasta fines de 2003.

Si los valores no se aumentan sustancialmente sobre la base de convenios-alianza que permitan corregir los desvíos sobre un principio de confianza mutua y tomar decisiones de común acuerdo, y pierde vigencia el decreto de emergencia, los profesionales se verán afectados en sus ingresos y los establecimientos se reducirán en camas y servicios o irán a la quiebra derivando en la sobrecarga de demanda, ya desbordada, del subsector estatal con el consecuente detrimento en la atención de los beneficiarios de IOMA.

Es de esperar que esta misma gestión ordenadora tome decisiones que permitan evitar una catástrofe. Para ello depende de un adecuado aumento salarial, base de aportes y contribuciones, a los empleados provinciales y municipales. Este depende, a su vez, de una justa coparticipación nacional para la provincia de Buenos Aires. Asimismo de una eventual ajuste solidario de los aportes y contribuciones de los mayores sueldos y de la aceptación de copagos para prestaciones nuevas y de alta complejidad o nuevas, que asegure el acceso para quienes no puedan afrontarlo. Cabe señalar por otra parte que la ley de IOMA establece que su déficit eventual debe ser cubierto por el tesoro de la Provincia.

### **6.3.3.- Otras OOSS provinciales**

El Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) de Santa Fe fue creado por Ley provincial 8288 (set-1978) como persona jurídica autárquica en el ámbito del P.E. con el que se relaciona través del Ministerio de Bienestar Social. Cubre al personal activo y pasivo de la Administración Pública y sus familiares, que en 1980 comprendían más de 190.000 personas. Se financia con el 3% y 4% del haber de activos y pasivos respectivamente, y el 6% de contribución por la provincia. Los aportes aumentan en 1% si el afiliado tiene familiares a cargo y 2% a 3% por cada familiar voluntario a cargo.

El Instituto Provincial de Atención Médica de la Provincia de Córdoba (IPAM) en el año 2000 licitó las prestaciones de sus casi 500.000 beneficiarios en cinco regiones y las adjudicó a cinco gerencadoras por un valor \$18 per cápita, lo que generó conflictos. La crítica fue que la obra social se privatizaba.

Los equívocos respecto de la autarquía de las obras provinciales suelen pasar desapercibidos. Las declaraciones del presidente del directorio fueron: "La fecha de adjudicación debe ser decidida por el gobernador...".

Las empresas adjudicatarias fueron: 1) Dyma S.A. Hospital Privado y Centro Médico de Córdoba; 2) Consorcio de Prestaciones Integrales del Centro de la República; 3) Prored-Ase; 4) Medicina de Asistencia Solidaria y 5) Federación Médico Gremial de Córdoba. Dos de las cinco redes no pudieron continuar. El valor per cápita aumentó posteriormente a \$23,43, no obstante, el acceso de los usuarios a ciertos servicios fue dificultoso y los prestadores padecieron quitas e índices.

En agosto de 2004, vencido el contrato, el IPAM propuso renovarlo a los cinco adjudicatarios o una nueva licitación. Los adjudicatarios están agrupados en una Cámara de Prestadores de Salud (CEPSAL). La Federación Médica reclama un aumento de cápita a \$27 (Consultor de Salud N° 344).

La nómina de OSP, con alguna carencia de datos, se presenta en el Cuadro 6.3.3.

<b>R. Argentina. Obras Sociales Provinciales. Circa 2002</b>						
Jurisdicc. y sigla	Nombre	Año creación*	Contr/Aport = Total (%)	Benefi. Aprox (miles) ***	% de pobl. Provincia	Censo prov. 2001(miles)
Bs. As. IOMA	Inst. Obra Méd Asistencial	1957	4,5/4,5 = 9	1,200	8.8	13.756
Catamarca OSEP	O.S Empleados Públicos	1959		142	42.9	331
Ciudad Bs. As. OSBA	O.S. Buenos Aires		6/3 = 9	-	-	2.729
Córdoba IPAM	Instituto Provincial de A.M	1971	4,5/4 = 8,5	500	16.4	3.053
Corrientes IOSCOR	Instituto de O.S de Corrientes	1972	6/5 = 11	166	17.9	927
Chaco INSSEP	Instituto de Seg. Social y Previsión	1958		172 <sup>a</sup>	17.5	979
Chubut ISSS (ex SEROS)	Instituto de Seg. Social y Seguros	1972	4/3 = 7	81	19.9	408
E. Ríos IOSPER	Instituto O.S. de Entre Ríos	1967		237	20.6	1.152
Formosa IASEP	Inst. Asist. Social a Empl. Públicos	1962		130	26.6	489
Jujuy ISJ	Instituto de Seguros Jujuy	1965		150	24.6	609
La Pampa SEMPRES	Servicio Médico Previsional	1969	4,5/3,5 = 8	65	21.8	299
La Rioja APOS	Administración Previsional de OS	1953	5,5/4,1 <sup>b</sup> = 9,6	120	41.7	288
Mendoza OSEP	O.S. Empleados Públicos	1948	3/3 <sup>b</sup> = 6	286	18.2	1.574
Misiones IPS	Instituto de Previsión Social	1964		120	12.6	961
Neuquén ISSN	Inst. de Seg. Social de Neuquén			137	29	472
Río Negro IPROSS	Inst. Prov. del Seguro de Salud		5,5/3,5 = 9	120	21.8	549
Salta IPS	Inst. Provincial de Seguros			358	33.6	1.065
San Juan DOS	Dirección de Obra Social			140	22.7	617
San Luis DOSEP	Direc. Obra Social del Estado Prov.	1972		55	15	367
Sta. Cruz CSS	Caja de Servicios Sociales			-		197
Santa Fe IAPOS	Inst. Autárquico Provincial de O.S.		6/4 <sup>b</sup> = 10	-		2.976
Sgo del Estero IOSEP	Inst. de O.S. del Empleado Público		4/5 <sup>b</sup> = 9	120	15	796
T. del Fuego ISST	Inst. Serv Soc T. del Fuego		6/4,5 <sup>b</sup> = 10,5	28	28	100
Tucumán IPSST	Inst. Prev. Soc y Seg. Social		4,5/4,5 = 9	320	24	1.332

\* Congreso de la N. Argentina, 1982. \*\* Ministerio de Economía, 2001. \*\*\* Consultor de Salud N°252.  
<sup>a</sup> se refiere a "activos"; <sup>b</sup> con familia, sin ella es un punto menos

Cuadro 6.3.3

## 7.- Las OOSS entraron en crisis

El desarrollo de las OOSS en Argentina, su consolidación con el Decreto-Ley 18.610 y el intento de hacer de ellas eje del Servicio Nacional de Salud previsto en los proyectos de Liotta, de Neri y Mera, las presentan como una suerte de sistema de AM que cubre, con variada amplitud y calidad, a una alta proporción de la población.

Las OOSS configuran una forma acotada de socialización de la AM toda vez que operan con un mecanismo de prestaciones nomencladas y precios máximos, aún con diversas modalidades de facturación. En la etapa de facturación-pago "por prestación" contribuyeron, junto a la falta de regulación de la oferta, a sobrecargar los presupuestos de las OOSS.

El subsector estatal, en progresivo deterioro, reclamó retribución por las prestaciones brindadas a beneficiarios de OOSS desde mediados de 1970. Ese reclamo, concretado a medias, no sirvió para revertir aquel deterioro.

Mientras tanto las sucesivas crisis económicas, mundiales y propias, vinieron a dar un golpe de gracia a la financiación de las OOSS.

Un acelerado proceso de intermediación impulsado por corruptelas primero y corrupción franca después se confabuló para su desfinanciación.

Ineficaces los efectores públicos, alimentados con presupuestos estatales, e ineficaces las OOSS, sustentadas con aportes y contribuciones en reducción relativa, dieron pie a una creciente inequidad.

En el mundo desarrollado los gobiernos alarmados por el creciente gasto en AM comenzaron a pensar alternativas diferentes de política social.

El neoliberalismo enarboló la bandera de la eficacia teniendo por modelo a los seguros privados. Planteó la reducción del gasto público y de sus fuentes, los impuestos. Entre ellos llamó "impuestos al trabajo" a las contribuciones patronales de la Seguridad Social. Se argumentó también que la sobreprotección de la enfermedad resta fuerza a la responsabilidad personal por el cuidado de la salud, y que la Seguridad Social, en tanto aparece como un tercero pagador, alienta la sobredemanda.

Las alternativas inequitativas de solución fueron los mecanismos que reducían primero las contribuciones patronales y que intentaban después, eliminarlas. Para cubrir la AM de los sectores de ingresos medios-altos impulsaron a buscar la competencia de las OOSS de personal de dirección y de las entidades de prepa médica.

No resultan injustos, en vez, los mecanismos para evitar dobles o triples afiliaciones, pero poco se habló de las dobles o triples intermediaciones.

No resultaba tampoco injusto dar prioridad al gasto en AM frente a otros beneficios, no menos respetables, ni minimizar los gastos administrativos o reducir el número desmedido de OOSS a través de fusiones.

## **8.- La Superintendencia de Servicios de Salud y el Plan Médico Obligatorio**

*Horacio Luis Barragán  
Oscar Alfredo Ojea*

### **8.1.- Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)**

Por el decreto presidencial N° 1.615 del año 1996, modificado por su similar n° 651/97, se crea la Superintendencia de Servicios de Salud como ente descentralizado y producto de la fusión de la ANSSAL, el INOS y la DINOS. De esta forma la administración del presidente Dr. Carlos S. Menem intenta, una vez más, ejercer el control y regulación de las Obras Sociales sindicales. Mediante diversos acuerdos con los subsectores del ámbito de la salud, se fortalece la marcha y el accionar de este organismo llamado a normatizar los servicios de salud.

Acorde con su misión, la Superintendencia fiscaliza el cumplimiento del Plan Médico Obligatorio y las prestaciones para pacientes portadores de HIV, drogadependientes y discapacitados; controla el Programa Nacional de Garantía de Calidad; supervisa el ejercicio de la libre opción de obra social por parte de los beneficiarios; y controla el funcionamiento del régimen de débito automático en el caso del Hospital Público de Gestión Descentralizada, los agentes del Seguro de Salud con efectores propios y los beneficiarios del Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales.

Asimismo tutela el accionar de las Obras Sociales en todo el país, desplegando una presencia uniforme en el territorio nacional para la atención de los usuarios de las mismas.

Por último compete a este organismo la utilización, actualización y administración del padrón de beneficiarios y el control de los pagos correspondientes al Fondo Solidario de redistribución por parte de los distintos agentes del seguro de salud.

La Superintendencia de Servicios de Salud depende orgánicamente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, siendo su presupuesto para 2006 de \$ 550.869.354 (Secretaría de Presupuesto y Hacienda de la Nación).

## 8.2.- Plan Médico Obligatorio (PMO)

La Comisión Técnica creada por el Decreto 492/95, tenía como misión elaborar un proyecto de prestaciones médicas al alcance de todos los beneficiarios de la Seguridad Social, privilegiando la prevención y promoción de la salud y el libre acceso, solidario e igualitario. Dicha comisión estaba integrada por representantes del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, de la Administración Nacional del Seguro de Salud y de la Confederación General del Trabajo. De esta instancia surgió y se aprobó el denominado Plan Médico Obligatorio (PMO), instrumento que permitirá a las Obras Sociales optimizar las prestaciones a que están obligadas, haciéndolas más eficaces y eficientes tanto del punto de vista prestacional como administrativo.

Siendo el PMO una herramienta extremadamente sensible, los avatares económicos y sociales por los cuales atravesó nuestro país modificaron su esencia y contenido. Es así que durante la crisis del 2001, que generó la renuncia del presidente Dr. Fernando de La Rúa, determinó que el gobierno interino del Dr. Eduardo Duhalde instaurara el estado de Emergencia Pública (Ley 25.561 del 19/04/02) y como consecuencia se impuso la Emergencia Sanitaria Nacional (Decreto 486/02). Fue allí, que entre otras medidas, el PMO pasó a llamarse de Emergencia (res. 201/02 M.S.), garantizando la accesibilidad a los servicios de salud, medicamentos genéricos e insumos críticos. Sucesivas normas jurídicas prorrogaron la Emergencia Sanitaria Nacional y por ende el PMOE.

### Citas bibliográficas

- Clarín 4 de noviembre de 1996, en base a datos de ANSSAL.
- Clarín, 26 de agosto de 2002
- Clarín, 4 de noviembre de 1996; sección económica: 7.
- Clarín, 4 de septiembre de 1995:33.
- Clarín, 8 de agosto de 1994:21.
- Clarín, septiembre de 1995.
- Congreso de la Nación Argentina. Bibliografía. Obras Sociales. Serie Bibliográfica n° 2. Buenos Aires, 1982.
- Consejo Empresario Argentino. *El sistema de seguridad social. Una propuesta de reforma*. FIEL. Consejo Empresario Argentino, Buenos Aires, 1995. Modificado.
- Consultor de Salud 2000, N° 271:11. Cfr. Ministerio de Economía. SS de Relación en las Provincias. Obras Sociales Provinciales. Informe Preliminar. Buenos Aires, setiembre de 2001.
- Consultor de Salud N° 344.
- Consultor de Salud N° 366:4.
- Consultor de salud N° 252.
- Consultor de Salud, 2003.
- Garmendia, J., *La restauración del PAMI cambia el panorama del sector de salud*. Consultor de Salud 244: 4.
- González García, Ginés y Tobar, Federico, *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, ISALUD, 2004.
- INSSJP. Informes varios. Buenos Aires, 2004.
- IOMA. Reseña de una Obra Social. Provincia de Buenos Aires, La Plata, c. 1970; tabla página 19.
- Juan XXIII, P.P. Encíclica "Mater et Magistra" Sobre el reciente desarrollo de la cuestión social a la luz de la doctrina cristiana. 1961. Esc. Artes y Oficios S.V.P. La Plata, 1961.
- La Nación, 15 de enero de 1992.
- Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Salud Pública. Ciclo de Conferencias 1976/1977. Buenos Aires, mimeografiado: 31.
- Ministerio de Economía. SS. Relaciones con Provincias. OOSS Provinciales. Informe preliminar. Buenos Aires, setiembre de 2001.
- Mosset Iturraspe, Jorge, *Responsabilidad Civil*. Buenos Aires Hammurabi, 1992.
- MSAS/INOS, *Establecimientos y camas disponibles propias de las obras sociales*. Buenos Aires, 1985:3.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Buenos Aires, Diciembre de 2001.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Obras Sociales. Información General. Buenos Aires, 1999; tomo II.
- Ulloa, R. A., *Las OOSS y el Plan de Salud*. Ciclo de Conferencias, 1976-1977. Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Secretaría de Salud Pública. Buenos Aires, s/f.
- Vázquez Vialard, A. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Astrea, Bs. As. 4ª ed. 1989; tomo I.
- Vázquez Vialard, Antonio, *Derecho del trabajo y de la seguridad social*. Buenos Aires, Astrea, 1989. T. II.