

## Divulgación

---

# Importancia de Obras Sociales Provinciales en la Cobertura de salud en Argentina. Análisis comparativo 2003–2013

---

RECIBIDO: 07/08/2015

REVISION: 09/09/2015

ACEPTADO: 16/09/2015

---

**De Ponti, H. • Canale, S. • Monteferrario, M.**

Universidad Nacional del Litoral. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Escuela Superior de Sanidad. Paraje El Pozo, Santa Fe, Argentina. Correspondencia a Héctor De Ponti, Salvador Caputo 3185, 18 A. Teléfono: 0342 154228053. fax: 0342 3442360 int. 102. E-mail: hdeponti@hotmail.com

**RESUMEN:** El sistema de salud argentino adopta un modelo mixto de financiamiento. La cobertura a través de seguros de salud con aporte de los trabajadores y cargas patronales para dos tercios de la población y cobertura del estado para quienes no cuentan con seguro o aquellos planes y programas que forman parte de las políticas de salud de los distintos niveles de gobierno.

Dentro de los múltiples seguros se destacan las obras y servicios sociales provinciales que agrupan al menos el 25% de la población asegurada dispersos a lo largo de todo el país con fuerte gestión local e incidencia en la determinación de precios.

El trabajo aborda las características de este colectivo y su participación relativa, datos de 2013 y comparación con análisis de 2003, destacando además las diferencias relativas por regiones y provincias.

**PALABRAS CLAVES:** Obras Sociales, Coberturas de Salud, Aseguramiento. Equidad.

**SUMMARY:** *Provincial Health Insurance and health coverage in Argentina . Comparative analysis 2003 2013*

The Argentine health system adopts a mixed funding model. Coverage through health insurance contributions of employees and employers' contributions for two thirds of the population and state coverage for those who are uninsured or plans and programs that are part of the health policies of various levels government.

Among the many insurances include provincial social services that bring together at least 25 % of the insured population scattered throughout the country with strong local management and impact on pricing. The paper discusses the characteristics of this group and its relative, data analysis

compared 2013 and 2003 also underscores the relative differences by regions and 2003 also underscores the relative differences by regions and provinces.

**KEYWORDS:** Health, Financing system, planning, management control

---

### Introducción

En la búsqueda de mejores niveles de salud para la población, las políticas sanitarias utilizan como herramienta fundamental al sistema sanitario. Desde esta perspectiva, según Tobar (2000) (1), el sistema de salud se articula a través de tres componentes fundamentales: político o modelo de gestión, técnico o modelo de atención y económico o modelo de financiamiento. Si nos centramos en el modelo de financiamiento, el mismo involucra el análisis y las decisiones inherentes a la cuantía y el direccionamiento del gasto y a las fuentes de financiamiento.

El sistema de salud argentino basa su financiación en la modalidad de aseguramiento con financiación mixta de los propios asegurados por un lado y del estado por otro. En términos de población cubierta, el Censo 2010 (2) aporta que aproximadamente el 64% de la población del país tiene cobertura de obra social (seguro sobre el trabajo) o alguna forma de aseguramiento formal (seguros privados), en tanto que el 36% restante solo cuenta con la cobertura del Estado. Corresponde en esta mirada del sistema destacar que las Obras Sociales provinciales representan el 25% de la población asegurada y el 17% de la población total.

De acuerdo a datos aportados por un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 2011) (3) el gasto en salud para el año 2008 representó el equivalente al 10,2% del PBI (Producto Bruto Interno) y sólo la quinta parte

del mismo se financió con recursos públicos (2,2% del PBI). Por su parte, otro 30% del gasto sanitario fue financiado con recursos de la Seguridad Social, tanto nacional como provincial. El origen de estos ingresos se relaciona con el aporte de los trabajadores privados en relación de dependencia que contribuyen conjuntamente con el empleador al sistema de obras sociales (leyes 23660 y 23661), a los servicios sociales para Jubilados y pensionados (ley 19032), y a las diversas obras y servicios sociales provinciales (OSP), con reglamentación en cada jurisdicción. Cabe destacar la importancia de las últimas mencionadas que alcanzan, según el informe mencionado, el 0,72 % del PBI, lo que indica que prácticamente un cuarto del segmento de la seguridad social es cubierto por las obras sociales provinciales.

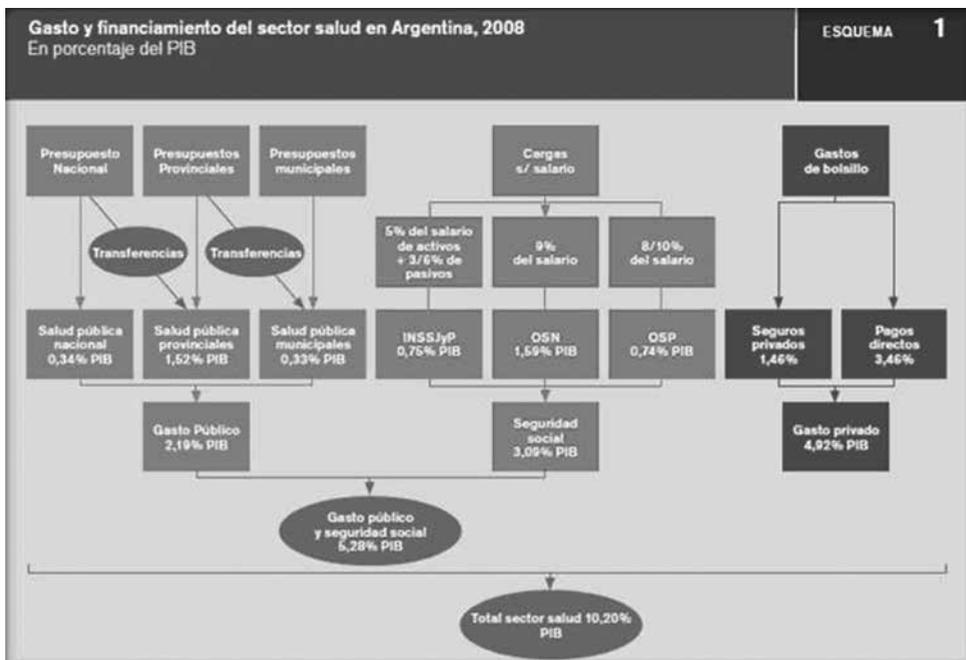
La fuente citada también indica que algo menos del 15% del gasto total está a cargo de aportes voluntarios y personales a seguros de salud privados, conocidos como empresas de medicina prepaga. Finalmente, el 35% restante –poco más de un peso de cada tres que se gasta en el sistema– está representado por pagos directos de las personas. Esta última situación torna inequitativo al sistema, dado que siendo el gasto de bolsillo un elemento decisivo, se condiciona la posibilidad de la población de recibir prestaciones destinadas a recuperar, mantener o mejorar la situación de salud a la contingencia de contar con los recursos para hacerlo, más allá (o más acá) de sus necesidades específicas.

La descripción anterior permite visualizar la coexistencia de dos modalidades de financiamiento, las que actúan sin coordinación formal en términos de eficiencia productiva, de equidad asignativa y distribución de tareas. Por un lado, el Estado en sus diversas expresiones (nación, provincias, municipios), no siempre articuladas, que brinda una cobertura prestacional a todos los habitantes; por el otro, las distintas formas de aseguramiento cuya cober-

tura alcanza solo a sus beneficiarios en los niveles que el financiamiento permita. Esta situación constituye otro rasgo de inequidad del sistema.

Un aporte adicional a la fragmentación está dado por la multiplicidad de seguros, el ingreso promedio de cada uno y la cantidad de aportantes. En el caso de la cobertura a cargo del estado muchas veces se plantean diferencias por las posibilidades presupuestarias de cada nivel o región.

Figura 1. Gasto y financiamiento sector salud en Argentina, 2008



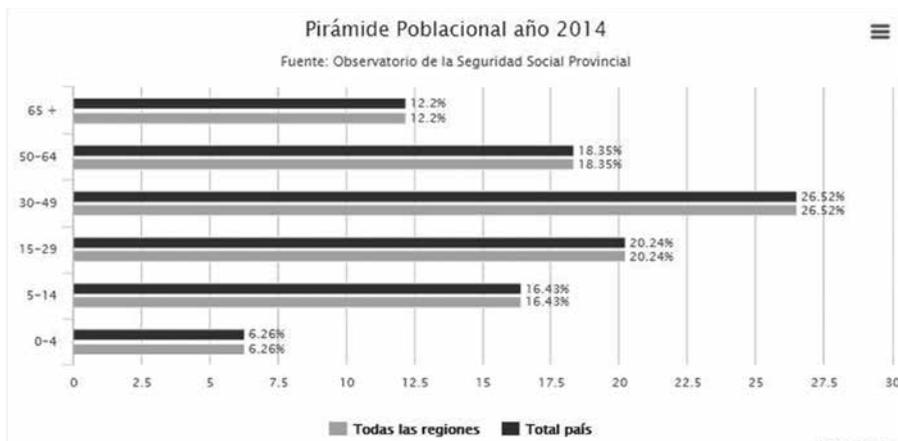
Fuente: PNUD, (2011)

Dentro de este esquema de múltiples financiamientos, se destaca la participación de las obras y servicios sociales provinciales en el sistema sanitario argentino por diversos y concurrentes motivos. En primer lugar, de acuerdo a los datos cuantitativos anteriormente aportados, se observa que conforman un grupo significativo de la población asegurada y de la población total, siendo –además– figuras representativas del financiamiento solidario de los seguros, dado que incluyen a todo el universo de trabajadores vinculados a los estados provin-

ciales y municipales, independientemente de la remuneración, homogeneizando el promedio de aportes, situación que no se plantea en otras obras sociales que fragmentan de derecho o de hecho a partir de la posibilidad de traspasos.

Por su parte, al incluir –en la mayoría de los casos– a los jubilados y pensionados a cargo de las Cajas de Jubilaciones Provinciales, brindan cobertura a todos los grupos etarios, destacándose que 12% de los asegurados por OSP tienen más de 65 años, como se aprecia en Figura 2

**Figura 2.** Población cubierta por OSP por tramos de edades



Fuente: Observatorio Seguridad Social Provincial. Cosspra UNL

Otro de los rasgos distintivos de las entidades de referencia es que tienen una distribución geográfica que alcanza a todo el país, dado que los servicios gubernamentales, tanto de las provincias como de los municipios, se prestan en todas las provincias lo que garantiza su dispersión regional (4). Esta disgregación provoca la necesidad de contar con prestadores disponibles en todas las localidades en las que haya trabajadores públicos, lo que la convierte en

una de las mayores redes de prestadores médicos asistenciales del sistema de seguridad social. Adicionalmente, la representación geográfica y el volumen de demanda de prestaciones constituyen a este grupo en referente o formador de precios de mercado de las prestaciones médico asistenciales, conjuntamente con el INSSJyP y otras obras sociales con relevancia en las distintas regiones.

Al vincularse el financiamiento del seguro social a la remuneración existe una relación directa entre ocupación y aseguramiento, en tanto la posibilidad de acceder al seguro depende de la disponibilidad de trabajo no precarizado. Las obras sociales provinciales están menos vinculadas con esta situación, dado que la masa de asegurados depende de cuestiones vinculadas a las políticas que lleva adelante cada gobierno antes que del nivel de actividad económica. Esta situación hace que las Obras sociales provinciales, como otras obras sociales de empleados del estado actúen anticíclicamente moderando las subas y bajas de asegurados respecto al nivel de empleo.

Finalmente, constituyen un instrumento de la política de salud de los gobiernos provinciales, teniendo en cuenta que, si al 16% de los beneficiarios cubiertos por las obras sociales provinciales se le suma el 36% de la población bajo cobertura directa de los Estados Provinciales por no gozar de otra forma de aseguramiento, se alcanza en promedio al 52% de la población total con impacto directo de las políticas provinciales. Sin embargo, es importante considerar que

*“...esta realidad no es homogénea para todas las regiones, variando entre el 45% en la región Centro al 68% en NOA. Tal dispersión es mayor si analizamos por Provincia donde oscila entre el 27% de CABA al 80% de Catamarca.”*(4)

La relevancia del colectivo analizado ha sido expuesta por otros autores como Maceira (5) luego Torres (6), quienes hace más de una década exteriorizaron la importancia de los seguros de salud provinciales como referentes en cada región e instrumento de las políticas de salud de cada

provincia en forma conjunta con las acciones referidas a las prestaciones brindadas directamente por los sistemas de salud de las provincias.

El objetivo de este artículo es analizar si la presencia de los seguros de salud de los estados provinciales ha variado durante la última década (2003 a 2014) en términos absolutos y relativos en cuanto a cantidad de asegurados, niveles de cobertura y resultados y destacar elementos específicos que demuestren la incidencia de las OSP en los niveles de salud de la población en general y del sector salud en particular. Para ello, se aborda un estudio comparativo entre los trabajos desarrollados por el Observatorio de la Seguridad Social Provincial (COSSPRA UNL) que se presentan en Canale y otros (4) con un análisis del mismo universo realizado por Maceira (5) en el año 2003, Torres en 2004 (6) y PNUD en 2011 (3).

## **Materiales y Métodos**

### **• Sobre el proceso**

La investigación que se aborda en el presente trabajo es descriptiva cuantitativa. La información correspondiente al año 2013 surge de relevamientos realizados en el marco de un acuerdo celebrado entre UNL y Cosspra, que permitió la aplicación de encuestas anuales desde el año 2011 en todas las provincias argentinas adheridas a la última entidad mencionada.

La encuesta fue enviada por cuatro años consecutivos a la totalidad de las obras sociales provinciales y abordó los siguientes ejes temáticos: formas de contratación vigentes; tipologías de prestadores contratados; plazos de pago; total de beneficiarios, grupos familiares, distribución por edades; volumen anual de un grupo de prestaciones significativas (consultas

ambulatorias, días cama en piso y en área crítica, imágenes, etc.); valores de referencia provinciales; monto y desagregación de los principales componentes del gasto

prestacional.

Cosspra funciona a través de regiones que agrupan a provincias con

**Tabla 1.** Grado de respuestas Formulario relevamiento de información

	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
% sobre total de OSP	70%	74%	63%	70%
% sobre total beneficiarios OSP	85%	87%	86%	86%

Fuente: Observatorio Cosspra UNL

características similares. Cada una de ellas ha conformado un subcomité técnico prestacional con la participación de funcionarios de las distintas provincias miembros, de este modo representantes del equipo de trabajo de la UNL se reunieron con cada una de estas subcomisiones en encuentros regionales a los efectos de consensuar y aplicar criterios equivalentes en la respuesta de los formularios.

En 2014 en el marco del Convenio se crea el Observatorio de la Seguridad Social Provincial que se operativiza a través del sitio [www.oossp.com.ar](http://www.oossp.com.ar) se inicia la carga de datos de cada provincia en la plataforma interactiva de dicho sitio. Allí además de mantener la información propia actualizada se realizan consultas mostrando la información por el total país y en forma comparativa entre provincias, regiones y años. Esta información y los indicadores que se generan automáticamente son de gran utilidad para la gestión de las obras sociales provinciales (4).

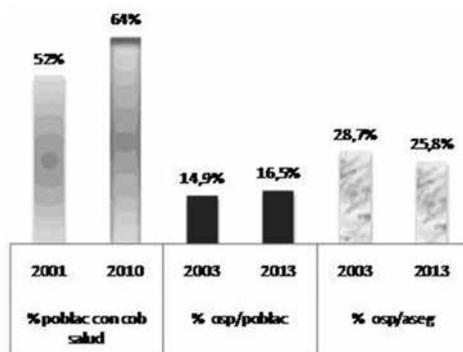
La información que excede el ámbito de las Obras Sociales Provinciales se obtuvo del Censo 2010 (ver Ref. 2).

Para el análisis retrospectivo se comparó con Maceira 2003, op. Cit., Rubén Torres 2004<sup>6</sup>, Censo de Población y Vivienda 2001 y 2010.

### Resultados y Discusión

- Evolución de población con cobertura de salud y representatividad de OSP

**Figura 3.** Población con Cobertura de Obra Social o seguro de salud



Fuente: Elaboración propia en base a datos Indec, Observatorio Seguridad Social Provincial (Cosspra UNL)

De acuerdo a datos censales, la población que cuenta con Obra Social u otra forma de aseguramiento (empresa de medi-

cina prepaga, mutual, etc.) aumentó entre el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 al Censo Nacional de 2010 poco más de siete millones de personas, equivalente al 36% de los que contaban con cobertura en 2001. Así, los datos arrojan que la proporción de argentinos con cobertura formal creció del 52 al 64% de la población total, vinculándose esta situación con la variación en el nivel de actividad económica y con los procesos de desprecuarización del empleo.

Si nos centramos en las entidades objeto de nuestro estudio, el incremento de la actividad económica le permitió al Estado adquirir mayor fortaleza y financiamiento, lo que provocó el crecimiento de la población a cargo de las OSP, así es posible observar que entre 2003 y 2013 la proporción de ase-

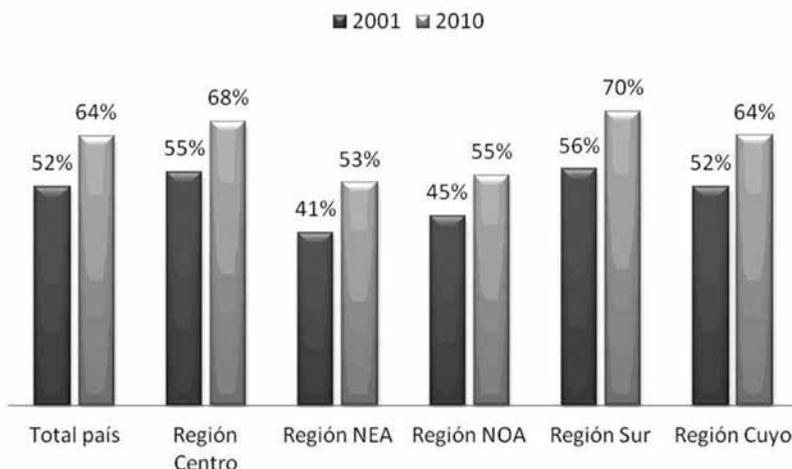
gurados por estas organizaciones pasó del 14,9 al 16,5% de la población.

No obstante lo anterior el porcentaje respecto al total de asegurados de este colectivo ha mostrado un descenso. Esta situación se presenta porque creció en mayor medida el total de asegurados que la población cubierta por Obras Sociales Provinciales, de modo que la proporción de asegurados pertenecientes a OSP sobre el total asegurados país se redujo en una cifra cercana al 3% (del 28 al 25% de los asegurados).

De este modo se puede inferir que, si bien la cantidad de beneficiarios de un sistema de aseguramiento basado en el trabajo varía de acuerdo al nivel de actividad económica, en algunos seguros, como los de empleados del estado, inciden otras variables.

• *Evolución de cobertura por región*

**Figura 4.** Proporción de población con cobertura Formal de Salud. Comparación 2001 2010

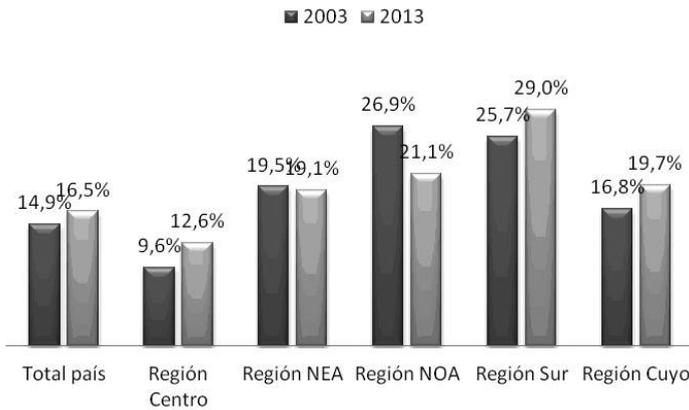


Fuente: Indec

La apertura de los datos censales por región<sup>1</sup> posibilita observar situaciones disímiles en nuestro país. En la Figura 4 surge que la región Cuyo y Centro presentan valores cercanos de aseguramiento social y/o privado a los promedios del total país, en

tanto que la región NEA es la que cuenta con menor porcentaje de población con cobertura de seguros. En el otro extremo se destaca la región Sur con porcentajes superiores a la media y el mayor incremento porcentual entre períodos.

**Figura 5.** Participación de población con cobertura de OSP en el total de habitantes



Fuente: Elaboración propia en base a datos Indec, Observatorio Seguridad Social Provincial (Cosspra UNL)

Del análisis específico del colectivo estudiado surge que la cobertura a cargo de las OSP no es homogénea en el país, ni tampoco lo ha sido la variación en la década analizada. Observando las regiones Cosspra, cuatro de ellas tienen indicadores superiores al promedio nacional. Solo la región centro está por debajo del promedio, destacando que esta región (constituida por Buenos Aires, Santa Fe y C:A:B:A.) es la más importante cuantitativamente y tiene fuerte incidencia en los promedios nacionales.

Aumenta la importancia relativa del aseguramiento de OSP en el resto de las Regiones, donde se visualiza que en ninguna de ellas es inferior al 19%, destacándose especialmente la Región Sur que llega al 29% de la población en 2013 (casi 1 de cada 3 habitantes).

Los datos anteriores son indicativos de una importante presencia de las OSP a lo largo de todo el país y corroboran su capacidad de negociación para la determinación de precios de referencia y modalidades prestacionales para la Seguridad Social en su conjunto, con el consiguiente impacto en la organización del sistema de atención médica.

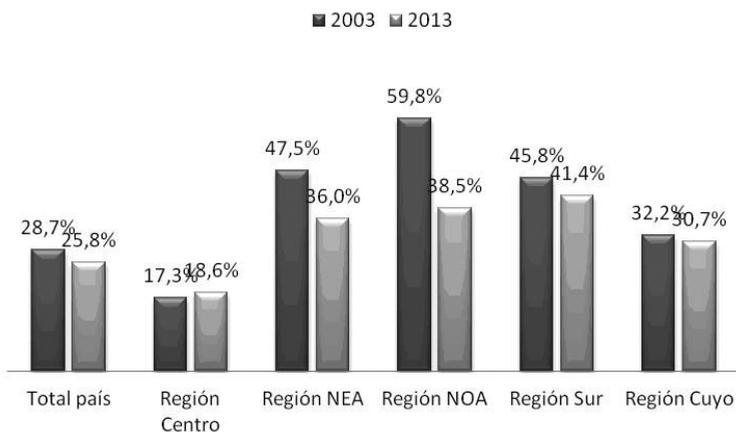
El análisis de la presencia de las OSP dentro del mercado de seguros valida, fortalece y refuerza lo expresado anteriormente acerca de su importancia relativa. La participación de este grupo en el total de asegurados bajó casi 3% dado que en términos absolutos creció pero en menor medida que los restantes seguros, no obstante la participación continúa siendo importante

ya que los datos promedios indican que uno de cada cuatro asegurados pertenecen a las OSP. En este punto los datos de la Figura 6 .permiten apreciar aquí también dispersión regional, en tanto que si bien la media se halla en el 25%, la participación oscila desde el 18% en región Centro al 40% en la Sur, considerando –además– que

la mayoría de las regiones se acerca al valor de esta última.

En términos concretos, en la mayoría de las provincias argentinas, las OSP gestionan uno de cada dos y medio asegurados. Esto apoya el argumento de la capacidad de definir precios con la que cuentan estas organizaciones.

**Figura 6.** Participación de población con cobertura de OSP en el total de asegurados

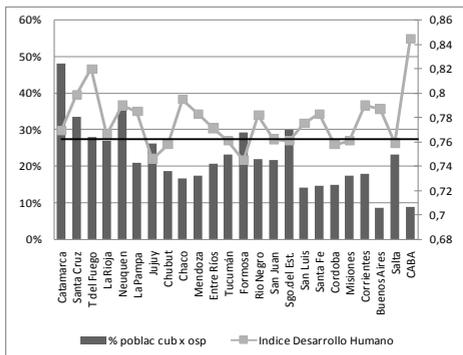


Fuente: Elaboración propia en base a datos Indec, Observatorio Seguridad Social Provincial (Cosspra UNL)

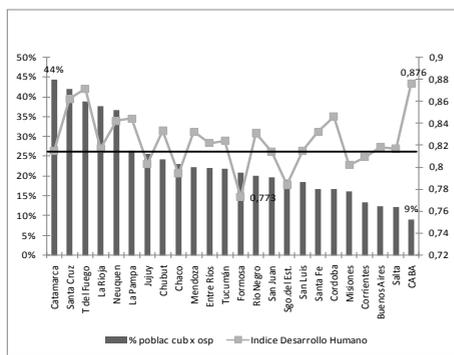
• *Relación con indicadores sanitarios*

Aseguramiento de OSP e Índice de Desarrollo Humano

**Figura 7.** Cobertura OSP e IDH 2003



**Figura 8.** Cobertura OSP e IDH 2013



Fuente: Elaboración propia en base alndec, Observatorio Seguridad Social Provincial (Cosspra UNL), OPS, Ministerio de Salud

Más allá de evaluaciones referidas al impacto de programas específicos, no es habitual la medición o estudio del impacto de mantener asegurada la población actuando sistemáticamente en la solución de sus problemas de salud.

Al realizar este análisis sobre un colectivo importante, podría presuponerse que incide en los resultados generales de la salud de la población, por ello se compara su peso o presencia relativa con indicadores generales de la salud de la población.

El índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que busca medir el nivel de desarrollo humano en los distintos países. La construcción de este índice social estadístico se basa en tres parámetros o variables: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno. Solo la variable vida larga y saludable es influenciada por la cobertura de salud por lo que el impacto en la variación del indicador puede deberse a otros motivos.

La comparación en 2003 muestra que el 50% de provincias con mayor presencia de asegurados de OSP, cuatro sobre doce jurisdicciones están por encima del IDH promedio país, en cambio en la segunda mitad de menor cobertura por OSP, ocho provincias sobre doce superan el promedio. Esto arroja como tendencia general que a medida que disminuye el porcentaje de población cubierta por las OSP, mejora el IDH de la jurisdicción. Esto puede deberse a la participación de otras formas de aseguramiento o la correlación con otros determinantes del IDH.

En 2013 la situación es distinta, dado que en las provincias con mayor proporción cubierta por OSP tienen, en general, mejores niveles de IDH. Esto podría considerarse una fortaleza del sistema de atención de la salud, sin ignorar que seguramente también influyen los otros determinantes del IDH.

La tasa de mortalidad infantil arroja un resultado que determina la cantidad de defunciones por cada 1000 niños nacidos vivos que fallecen dentro del primer año de vida. Ello depende de una multiplicidad de factores que se relacionan, entre otros, con los cuidados y controles que debe realizar la madre y el niño los que forman parte de planes y programas que ejecutan los seguros de salud.

En 2003 la relación entre mortalidad infantil y población cubierta por obras sociales provinciales no permite extraer conclusiones, por un lado en las provincias de alta cobertura, hay más jurisdicciones por debajo de la media nacional que por encima, lo que constituye un indicador positivo. Pero igual relación existe en las provincias de menor cobertura, tal vez se manifiestan en este caso otros factores que inciden en la mortalidad infantil.

En 2013 en cambio se mantiene menor tasa que el promedio para el grupo de mayor cobertura de OSP y en contraposición se dan tasas superiores al promedio nacional para las provincias con menor incidencia de asegurados provinciales con la excepción de CABA por diversas razones, entre ellas la distribución geográfica de la población de riesgo.

• *Aseguramiento de OSP y Tasa de Mortalidad Infantil*

Figura 9. Cobertura OSP y Mort infantil 2000

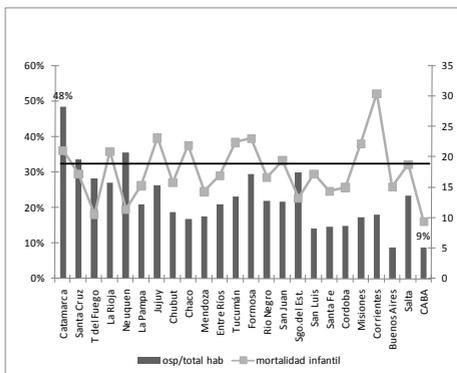
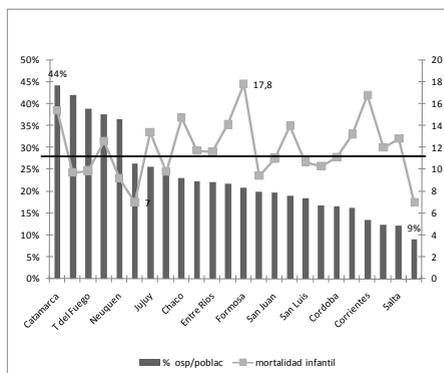


Figura 10. Cobertura OSP y Mort infantil 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos Indec, Observatorio Seguridad Social Provincial (Cosspra UNL), OPS, Ministerio de Salud

La información analizada no es totalmente homogénea dado que proviene de fuentes distintas con relevamientos de distintas épocas, no ha sido posible establecer una serie similar.

El objetivo de esta mención es dejar constancia que a diferencia de otros seguros, las Obras y Servicios Sociales Provinciales incluyen en su cobertura a grupos de todas las edades, sin excluir o transferir a otros seguros a los mayores de edad. Esta situación puede verificarse en ambos años.

• *Caracterización de Obras Sociales Provinciales*

Uno de los objetivos de este trabajo es analizar las principales causas que convierten a las obras y servicios sociales provinciales en actores principales y referentes del sistema de financiación de prestaciones sanitarias a la vez que un instrumento de política para el estado tanto provincial como de otros niveles.

Así como se dan características que homogeneizan este segmento desde lo institucional, hay otras que las diferencian.

Siguiendo a Monteferrario, De Ponti, Canale (7)

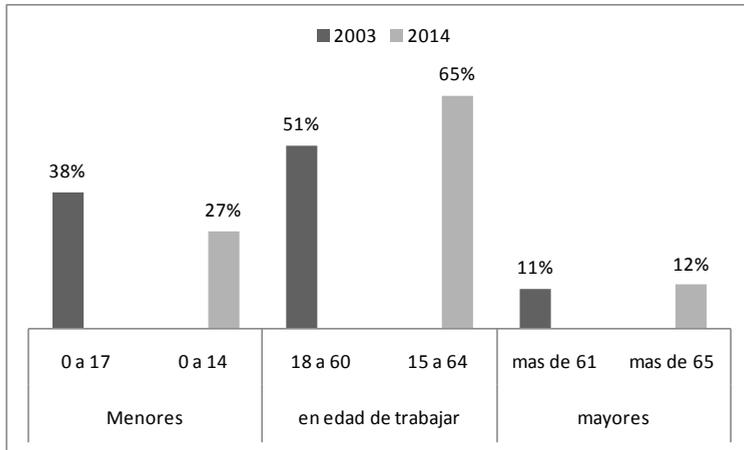
“Son organizaciones cuyo origen y funcionamiento se encuentra fundado en leyes y reglamentaciones provinciales. Son autárquicos, con personalidad jurídica propia, asignación legal de recursos, su patrimonio es propiedad del estado, control estatal, responsabilidad o imputabilidad subsidiaria del estado e integración estatal en el órgano de conducción”.

Al no contar con una reglamentación común, su organización y operativa difiere.

En la publicación de CEDES 2003 op.cit Daniel Maceira propone una clasificación que denomina Taxonomía de las Obras Sociales Provinciales.

• *Perfil Etario de los asegurados por OSP*

**Figura 11.** Asegurados de Obras Sociales Provinciales por Edades



*Fuente: Elaboración propia en base a Rubén Torres 2004 y Observatorio Seguridad Social Provincial Coss-  
pra UNL 2014*

La clasificación propuesta parte de dos indicadores.

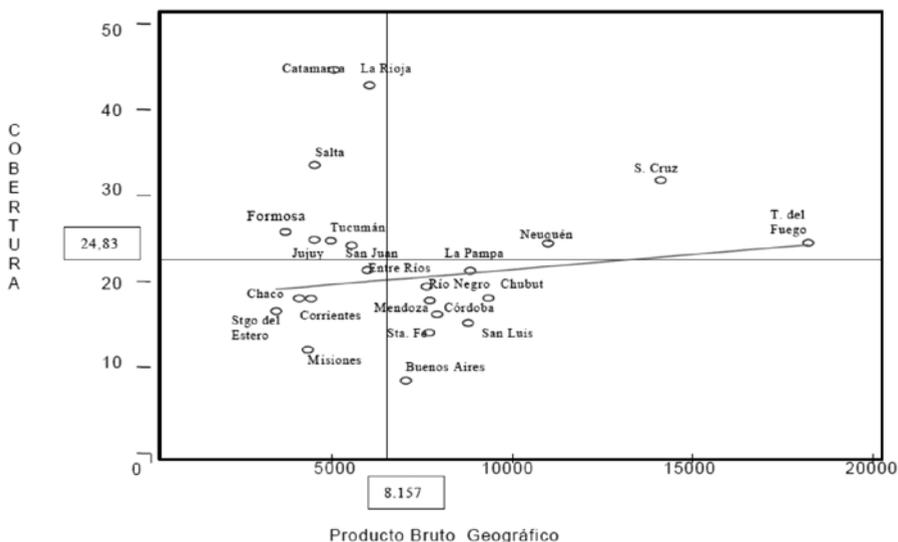
- La proporción de asegurados por las OSP dentro del total de la población (indicador analizado en este trabajo) a nivel de cada jurisdicción y el promedio simple de todas jurisdicciones como referencia media.
- El Producto Bruto Geográfico per cápita de cada jurisdicción y el promedio simple de los valores de cada provincia. “Este segundo indicador se encuentra asociado con la estructura epidemiológica de

la población y las necesidades teóricas de la demanda de cada provincia”

Esto determina una clasificación en cuatro grupos según el producto bruto geográfico sea mayor o menor que el promedio y que la incidencia de asegurados por OSP sea mayor o menor al promedio simple del conjunto.

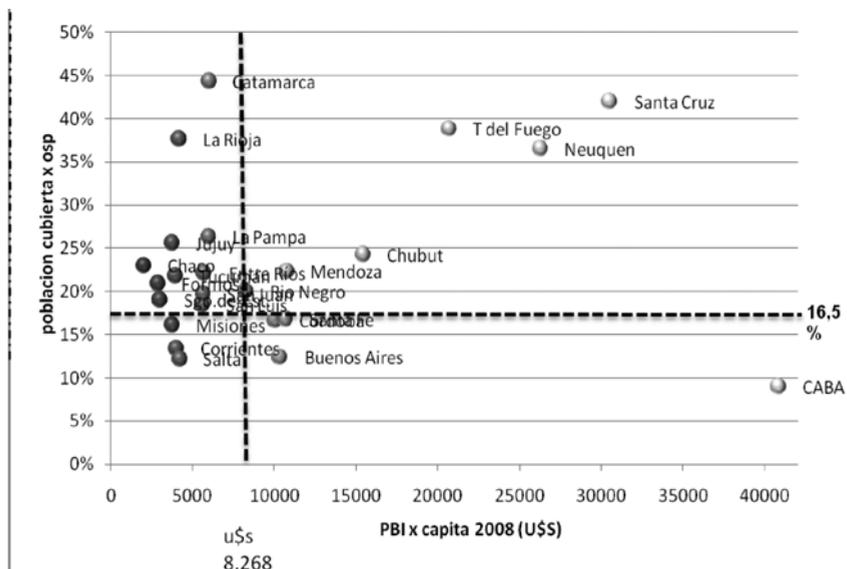
Se intentó reproducir la caracterización con datos presentes y los resultados fueron los siguientes:

Figura 12. Taxonomía OSP 2003



Fuente: Elaboración propia en base a Indec. Observatorio Seguridad Social Provincial (Cosspra UNL) Abeceb report

Figura 13. Taxonomía OSP 2010



Fuente: Elaboración propia en base a Indec. Observatorio Seguridad Social Provincial (Cosspra UNL) Abeceb report

Del análisis de ambas situaciones se desprende:

**Tabla II.** Agrupación según PBI per cápita geográfico y aseguramiento de OSP

Grupo	Año 2003	Año 2013
<p><b><u>Grupo 1: + +</u></b> PBG x capita superior al promedio, cobertura Osp superior al promedio</p>	Tierra del Fuego Santa Cruz	Tierra del Fuego Santa Cruz
	Neuquén	Neuquén Chubut Mendoza
<p><b><u>Grupo 2: + -</u></b> PBG x capita superior al promedio, cobertura Osp inferior al promedio</p>	Mendoza, Córdoba, Santa Fe, La Pampa, San Luis, Buenos Aires	Buenos Aires Caba Cordoba Santa Fe
	Río Negro Chubut	
<p><b><u>Grupo 3: - +</u></b> PBG x capita inferior al promedio, cobertura Osp superior al promedio</p>	La Rioja, Catamarca, Salta, Jujuy, Tucumán, Formosa San Juan	La Rioja Catamarca Jujuy La Pampa Chaco Formosa Santiago del Estero San Luis Rio Negro
	Chaco, Misiones, Corrientes, Entre Ríos Santiago del Estero.	Misiones Corrientes Salta Tucuman Entre Rios San Juan

Diez de las veinticuatro jurisdicciones cambiaron de categoría básicamente por variar su producto bruto geográfico respecto a la media del conjunto.

Cabe aclarar que en ambas variables se consideró el promedio simple de los valores de las jurisdicciones para evitar la incidencia ponderativa que tienen aquellas provincias con alto número de asegurados.

### Conclusiones

La población con cobertura formal de salud, esto es asegurada por OS, Seguros, Mutuales o Empresas de Medicina Prepaga, en Argentina, creció en términos porcentuales en un 36%, entre el periodo 2001-2010, mientras que la población se incrementó un 10,6%.

Se incorporaron al sistema de aseguramiento casi siete millones de personas, de las cuales el 71% lo realizó en el marco de su incorporación al mercado laboral formal; el fortalecimiento de los estados provinciales y nacionales que sumaron empleos estatales; la ampliación de la cobertura del sistema jubilatorio, son las principales variables que determinan este crecimiento.

Dentro de la población directa de estudio, los asegurados por las OSP, en relación a la población total, tuvieron un significativo crecimiento del 14,9% en 2001, al 16,5% del total en 2010. En términos absolutos 1,2 millones de nuevos aseguradas.

Para el análisis de niveles de aseguramiento, según los diferentes financiadores, podemos determinar que este segmento de las OSP, mantuvo gran importancia, pasando de casi 2,8 cada 10 asegurados en 2001, a casi 2,6 en 2010. En términos absolutos los asegurados totales se incrementaron en 7 millones de personas y los del segmento de la SSP en 1,2 millones.

Para el análisis detallado, según regiones utilizado por el COSSPRA, todas las regiones han incorporado población al aseguramiento global, destacándose porcentualmente por sobre la media nacional (12% de crecimiento), las regiones Centro (13%) y Sur (14%); en igual proporción Nea y Cuyo (12%) y por debajo de esta media la región Noa (10%). En términos absolutos el crecimiento del 1% de la población asegurada perteneciente a la Región Centro, es muy superior a los que podrían haber disminuido en la región NOA o al crecimiento del Sur.

La Región Centro, con un grado de asegurados del 12,6% sobre el total de la población, es la única que se encuentra por debajo de la media nacional (16,5%). Se destaca la presencia en las regiones Sur (29% de asegurados por OSP/población), Noa (21,1%); Cuyo (19,7%) y Nea (19,1).

Lo anterior avala a las OSP, referentes prestaciones, de precios y segmentación de la oferta y la demanda dentro de nuestro fragmentado sistema de salud.

Analizando la evolución en 10 años de estas variables podemos determinar, que el aseguramiento provincial, se incrementó principalmente en la Región Centro, pasando del 9,6% en 2001 a un 12,6% en 2010 sobre la población total. En términos porcentuales un 31% de crecimiento.

Las Regiones Nea y Noa, decrecieron en su participación en 2% y 21% respectivamente. En tanto las Regiones Cuyo y Sur crecieron en el orden del 17% y 13% respectivamente.

Al interrelacionar este conjunto de variables, según Regiones nos encontramos en 10 años con un análisis de relación proporcional directa en la Región SUR; los asegurados crecieron por encima de la media nacional y 14 % de periodo a periodo (56%

en 2001 – 70% en 2010), siendo la región con mayor proporción de población asegurada. La Región Sur alcanza el 29% de asegurados sobre el total de habitantes, casi uno de cada tres asegurados posee OSP, marcando el rol central que tiene el estado en el empleo y el aseguramiento en este tipo de provincias.

La segunda Región en aseguramiento de su población, es la Región Centro, que integra las Provincias de Buenos Aires, Santa Fe y CABA. El aseguramiento llega al 68% de la población general, un 4% superior a la media Nacional. En 2001 9,6 personas de cada 100 que habitaban esta región poseían aseguramiento provincial, en 2010 este dato ascendió al 12,6%.

La región Cuyo, es similar a la media Nacional en todos sus aspectos, la población asegurada total es del 64%, al igual que la nacional, su crecimiento fue del 12% al igual que el dato nacional, al comparar la incidencia de las OSPs sobre la población general, la misma es del 19,7% con una diferencia inferior al 3% sobre la media nacional.

Las Regiones NEA y NOA marcan los porcentajes menores de población asegurada entre el 53-55% de la misma respectivamente. En su interior los porcentajes de participación de las OSP están entre el 19,1 para el NEA y el 21,1 para el NOA, siguiendo la tendencia anterior. En ambos casos, la incidencia de las OSP sobre el nivel de la población general, disminuyó, en el primero de los casos en un 2% y en el segundo en un 21%.

En la comparación con indicadores sanitarios como Índice de Desarrollo Humano (IDH) o tasa de mortalidad infantil (TMI), la correlación se ve moderada por la suma de determinantes de los mismos, pero en el

caso de la TMI para el año 2013 se aprecian tasas menores en aquellas provincias que tienen mayor incidencia de las OSP en la cobertura.

En la comparación entre datos de 2003 y 2013 se percibe la consolidación de la presencia de las OSP en el escenario de los seguros de salud y la factibilidad de actuar en la fijación de políticas y modelos de atención.

### Nota

<sup>1</sup> COSSPRA se organiza en cinco regiones geográficas que agrupan provincias con características similares, a saber: Región I Sur, integrada por Santa Cruz, Neuquén, Río Negro, Tierra del Fuego y La Pampa; Región II Cuyo, integrada por Mendoza, San Juan, San Luis, La Rioja y Córdoba; Región III NOA, integrada por Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, Salta y Jujuy; Región IV NEA, integrada por Misiones, Entre Ríos, Corrientes, Chaco y Formosa; Región V Centro, compuesta por Buenos Aires, C.A.B.A. y Santa Fe

### Referencias Bibliográficas

1. Tobar, F., 2000. Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y sociedad*, **23(2)**: 83-108.
2. Indec. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.
3. PNUD, 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
4. Canale, S.; De Ponti, H.; Monteferrario, M., 2014. "Indicadores de consumo y gastos en salud para evaluación de gestión de obras sociales provinciales" *FABICIB*. **18** : 135-150.

5. Maceira, D., 2003. "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto" CEDES Centro de Estudios de Estado y Sociedad SEMINARIO IV – Agosto 2003.
6. Torres, R., 2004. "Mitos y realidades de las Obras Sociales" Ediciones ISALUD. Realidad: Las Obras Sociales Provinciales páginas 161 a168.
7. Monteferrario, M.; De Ponti, H.; Canale, S. 2015. Monitoreo de Sistemas Provinciales de Atención de la Salud. Indicadores de Gestión. Jornadas Asociación Economía de la Salud.