

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Analía Mariana Sesta

IMPACTO ECONÓMICO DE LA INCORPORACIÓN DE MONOTRIBUTISTAS PEQUEÑOS PRODUCTORES AGROPECUARIOS EN UNA OBRA SOCIAL SINDICAL

2015

Citar como: Sesta, A. M. (2014). Impacto económico de la incorporación de monotributistas pequeños productores agropecuarios en una Obra Social Sindical. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

1- Tema y cuestión a abordar.....	4
2- Fundamentación.....	5
3- Objetivo general y específicos.....	6
3.1- Objetivo general.....	6
3.2- Objetivos Específicos.....	7
4- Tipo de trabajo.....	7
5- Marco teórico.....	8
5.1- El sistema de obras sociales en Argentina.....	8
5.2- Beneficiarios de las obras sociales.....	9
5.2.1-El monotributista pequeño productor agropecuario.....	11
5.3- Financiamiento de las obras sociales.....	15
5.3.1- Aporte del trabajador en relación de dependencia.....	15
5.3.2- Aporte del monotributista.....	15
5.3.3- Aporte del monotributista Social.....	15
5.3.4- Aporte del monotributista pequeño productor agropecuario.....	16
5.3.5- Fondo Solidario de redistribución.....	16
5.3.6- SUMA– Subsidio de mitigación de asimetrías.....	17
5.3.7- SANO– Subsidio automático nominativo de obras sociales.....	17
5.3.8- SUMARTE- Subs. de mitigación de asimetrías -Reg. de trabajo especial..	18
5.3.9- SUMA 70- Subsidio para mayores de 70 años.....	19
5.3.10- SUR.....	19

5.4 – P.M.O.- Programa Médico Obligatorio.....	20
6- Análisis de la Obra Social Sindical.....	21
6.1 -Población Beneficiaria.....	21
6.1.1- Composición por edad y sexo de la población beneficiaria.....	21
6.1.2- Estructura de la población beneficiaria de la obra social.....	23
6.1.3- Población monotributista pequeño productor agropecuario.....	25
6.2- Análisis de ingresos de la obra social.....	27
6.2.1 Análisis del aporte del trabajador en relación de dependencia año 2013.....	28
6.2.2 Análisis del aporte de monotributista pequeño productor agropecuario.....	29
6.3- Costo del P.M.O.....	30
6.4- Relación entre los aportes y el P.M.O.....	31
7- Conclusiones.....	32
8- Bibliografía.....	34

1) TEMA Y CUESTION A ABORDAR: "Evaluar el impacto económico de la incorporación de los monotributistas pequeños productores agropecuarios en la Obra Social."

La seguridad social está dividida en nuestro país en distintos subsistemas, siendo uno de ellos el sistema de obras sociales regidas por las leyes 23660 y 23661.

Dentro de sus beneficiarios se han incorporado en los últimos años los beneficiarios monotributistas, y a partir del último año los beneficiarios monotributistas pequeños productores agropecuarios.

El aporte del monotributista al sistema es inferior al que realizan los beneficiarios en relación de dependencia, se cree que esto impacta en forma negativa sobre el financiamiento del sistema.

Las prestaciones que reciben los monotributistas agropecuarios son las incluidas en el PMO, al igual que el resto de los beneficiarios. La población objeto de este análisis contaría con demanda contenida de prestaciones médicas, de acuerdo al relevamiento de condiciones de vida y hábitos realizado por la obra social.

El aporte de la cuota para acceder a la cobertura de obra social de los monotributistas agropecuarios está a cargo de la Secretaría de Agricultura de la Nación y el Ministerio de Desarrollo Social, en un cincuenta por ciento cada una de ellos del valor de la cuota del monotributista, los beneficiarios son incorporados al padrón de la obra social a través de agentes sociales, y acceden a la cobertura a "costo cero". No existe el pago de bolsillo del beneficiario, este pago es realizado por los Ministerios indicados anteriormente, quienes realizan el aporte a la obra social. Los beneficiarios son invitados a integrar el sistema por los agentes sociales de cada lugar, integrados por redes y organizaciones de emprendedores entre otros, efectores dependientes de los organismos de control.

¿Existe un problema de impacto económico de las prestaciones de obra social que requieren los monotributistas agropecuarios? ¿De existir este impacto se debe a la existencia de demanda contenida de prestaciones en salud? ¿Por qué esta población beneficiaria no accedería a prestaciones de salud antes de su incorporación al régimen de obras sociales? ¿Existe una situación de vulnerabilidad socioeconómica de estos

beneficiarios? Indagar sobre estos cuestionamientos es necesario para poder resolver el problema planteado.

2) FUNDAMENTACION

La seguridad social en nuestro país es uno de los pilares del sistema de salud. Dentro de ella las obras sociales brindan cobertura al 39% aproximadamente de la población, entre beneficiarios que se encuadran en las distintas categorías, siendo las dos principales a efectos de este trabajo los trabajadores en relación de dependencia y los monotributistas.

Las obras sociales sindicales están regidas por las leyes 23660, 23661 y complementarias, son las encargadas de brindar la cobertura médica, a los trabajadores que realizan aportes a la misma. Deben brindar la cobertura establecida en el PMO.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión (Resoluciones 310/04 y 201/01 de la Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación). El concepto de *universalidad* se traduce en la cobertura del PMO a todos los beneficiarios, independientemente su condición de trabajador dependiente o independiente.

El aporte a la obra social está establecido en las leyes 23660 y 23661 para trabajadores en relación de dependencia. El trabajo en relación de dependencia es aquel trabajo que una persona realiza bajo la dependencia o subordinación y en beneficio de otra persona, quien se apropia del producto de ese trabajo, a cambio de un salario; y la ley 24977 modificatorias y complementarias, de monotributo para los monotributistas, que comprende a aquel trabajador que no depende ni está subordinado a ninguna otra persona y se apropia del producto de su trabajo.

Si bien el sistema de obras sociales es un sistema que tiene como principio fundamental la *solidaridad*, las diferencias en el monto de las obligaciones de aportes entre beneficiarios en relación de dependencia y monotributistas pueden provocar que

este último grupo acceda a la atención en salud a través de un valor muy inferior al que deben aportar los trabajadores en relación de dependencia.

La consecuencia sería el desfinanciamiento del sistema, atento a la igualdad en las prestaciones establecidas en el PMO para todas las categorías de beneficiarios y el aporte insuficiente de los monotributistas. Específicamente entre los beneficiarios monotributistas, podemos subdividir este grupo entre monotributistas, monotributistas sociales y un último grupo de beneficiarios que se han ido incorporando durante el año 2013 y el anterior a la obra social que se analiza y que son los monotributistas agropecuarios.

Este último grupo –monotributistas agropecuarios- no realiza el aporte a la obra social de su bolsillo, sino que el mismo está a cargo de la Secretaría de Agricultura de la Nación y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Son incorporados al sistema por agentes sociales que ofrecen la cobertura a “costo cero” para el pequeño productor agropecuario y su familia, y que carecían hasta ese momento de cobertura de salud. Da marco legal al monotributo agropecuario la Resolución conjunta Afip 2880/2010. El Monotributo Agropecuario es una de las iniciativas de la Subsecretaría de Agricultura Familiar de la Nación (SSAF). La resolución estableció que si un productor agropecuario poseía ingresos menores a los 24.000 \$/año y se encontraba en situación de vulnerabilidad socio-económica podía acceder al Monotributo Social Agropecuario, Costo Cero.

La población de la Obra social que recibe cobertura se encuentra especialmente en las provincias del norte de nuestro país. Debido a la calidad de sus prestaciones es elegida por varios de los monotributistas agropecuarios o sugerida por los agentes sociales que los asesoran en el trámite de inscripción. De allí el incremento de monotributistas agropecuarios que se han incorporado al padrón de esta obra social.

3) OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto económico en el periodo del último año (2013) de la incorporación de la población de monotributistas agropecuarios, de las provincias de Tucumán, Salta, Misiones, Jujuy, Corrientes al padrón de beneficiarios de la obra social.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

-Identificar características de la población de beneficiarios monotributistas agropecuarios de las provincias de Tucumán, Salta, Corrientes, Misiones y Jujuy, sus condiciones de vida, nivel de educación, empleo, acceso a servicios básicos.

-Describir conductas sobre el cuidado de la salud de la población objeto, la realización de controles en salud, concurrencia al médico para chequeos y la adherencia a los tratamientos indicados por los profesionales médicos. (se define adherencia como regreso a la consulta para evaluación y seguimiento de los tratamientos).

-Describir y comparar los aportes de los monotributistas agropecuarios, con el resto de los aportes de los beneficiarios de la obra social, y el costo del Programa Médico Obligatorio.

-Describir los costos de las prestaciones de salud de los monotributistas agropecuarios.

4) TIPO DE TRABAJO

Unidad de análisis: la unidad de análisis es el monotributista agropecuario. Se evaluará la incorporación de los monotributistas agropecuarios al padrón de beneficiarios de la obra social.

La obra social es la unidad de observación.

Es un trabajo exploratorio descriptivo. El análisis es cualicuantitativo.

Se relevó las voces de los actores, por las características de dificultoso acceso a los lugares donde se encuentra la población beneficiaria monotributista agropecuaria, de entrevistas tomadas en artículos e informes periodísticos (revista Campesinas, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación) a efectos de explorar conductas e identificar características de la población, trabajar con las historias clínicas. Se relevó las tasas de uso de los beneficiarios monotributistas agropecuarios de la obra

social, observar las patologías que requieren de emergencias o urgencias. Se utilizaran fuentes primarias, la base de datos de la obra social, que contiene la información requerida para el trabajo, las estadísticas de prestaciones, y los datos que surgen del padrón de beneficiarios, los indicadores de auditoría médica y económicos financieros.

5) MARCO TEORICO

5.1 EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES EN LA ARGENTINA

Las obras sociales en Argentina tienen su origen en asociaciones de inmigrantes y de trabajadores que fueron formando las primeras mutuales o sociedades de socorros para dar respuesta a necesidades de salud, organizando así los primeros seguros de salud. El surgimiento del peronismo y la fuerza que adquirieron los sindicatos en el primer gobierno de Perón, dieron lugar al nacimiento de las obras sociales sindicales administradas por las mismas entidades gremiales y teniendo en cuenta la rama de la actividad.

En el año 1970 se dicta la primera ley de obras sociales 18.610 que establece el sistema obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar primario, reemplazada luego por la ley 22.269 del año 1980 y posteriormente por ley 23.660 hoy vigente, la que otorga entre otras cosas la personería jurídica a las obras sociales. El Decreto 9/93 permitió la libre elección de obra social.

"La historia del sistema de obras sociales habla de su enorme potencial organizador del conjunto del sistema de salud, de su capacidad para constituir actores y sujetos en distintos niveles y dimensiones y para orientar sus prácticas. Si bien existió una solidaridad fragmentada desde su origen, pues la solidaridad opero solo al interior de cada rama de actividad, existió un esquema redistributivo progresivo". (Torres, Rubén 2004).

Es entonces que este principio de la seguridad social, la **solidaridad**, el esfuerzo económico de toda la comunidad y posterior distribución a los miembros que requieren prestaciones, es un pilar fundamental del sistema de obras sociales sindicales

5.2 BENEFICIARIOS DE LAS OBRAS SOCIALES

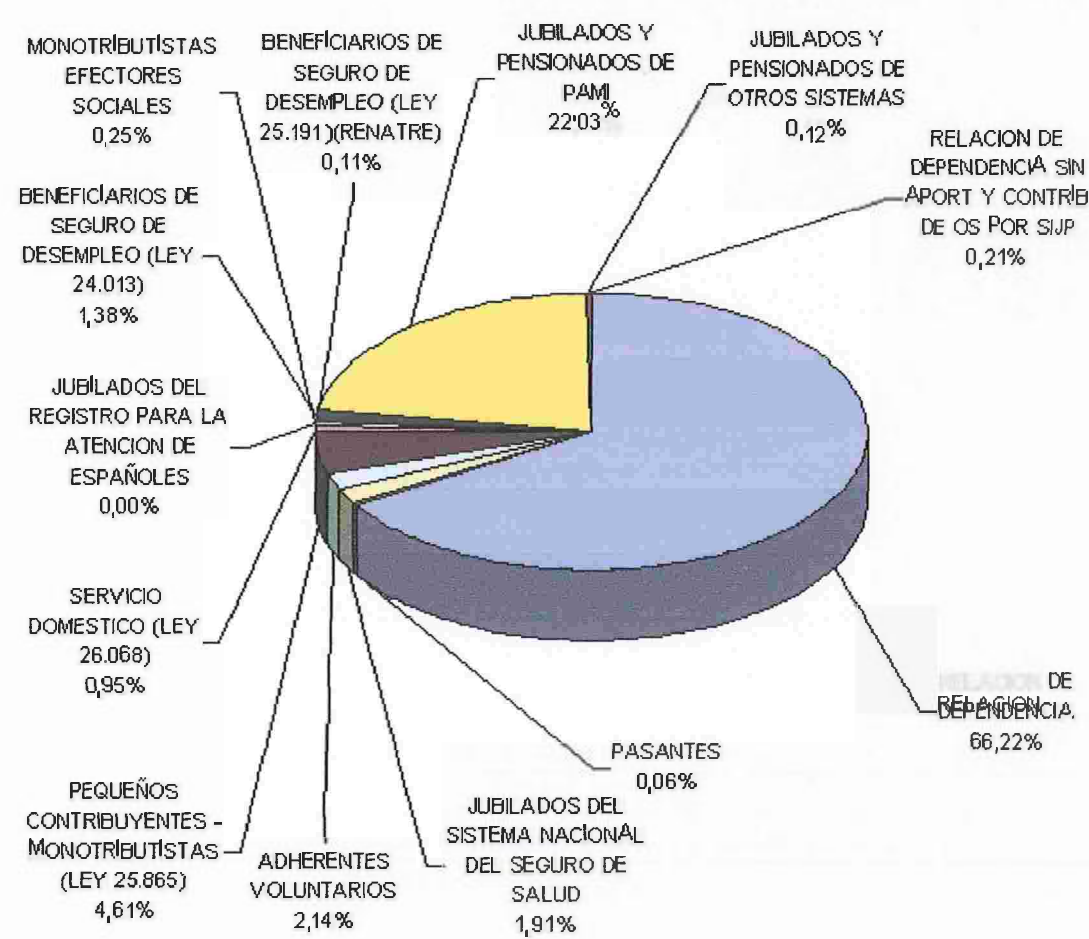
Si bien en sus orígenes las obras sociales sindicales daban cobertura a los trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar primario, hoy el tipo de beneficiarios es mucho más amplio:

Tipo de beneficiario	Descripción
00	Relación de dependencia
01	Pasantes
02	Jubilados sistema nacional del seguro de salud
03	Adherentes voluntarios
04	Monotributistas (Ley 25.685)
05	Servicio Doméstico (Ley 26.068)
06	Jubilados del Registro para la Atención de Españoles
07	Monotributistas Efectores Sociales
08	Beneficiarios de Seguro de Desempleo (Ley 24.013)
09	Beneficiarios de Seguro de Desempleo (Ley 25.191)
10	Jubilados y Pensionados del Instituto Nacional de Servicios Sociales
11	Jubilados y Pensionados de Otros Sistemas
12	Relación de dependencia sin aporte y contrib de os por sijp

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud-Códigos de aportantes 2014

El código de aportantes permite a las obras sociales identificar el origen de los aportes y contribuciones que reciben mediante transferencias a sus cuentas recaudadoras, en el caso de los trabajadores en relación de dependencia es la AFIP la encargada de transferir mensualmente los fondos a las cuentas recaudadoras de la obras sociales y de la información que brindan los empleadores en las declaraciones mensuales al SICOSS. En el caso de los monotributistas esta transferencia está sujeta al pago directo del beneficiario monotributista o a transferencias de los organismos que subsidian parte de esos aportes o el total según la categoría de monotributista social, muchas veces con demoras en dichas transferencias.

Tipo de beneficiarios del sistema al 31/7/2014:



Fuente: Estadísticas de la Superintendencia de Servicios de Salud

Como dijo el Dr. Ricardo Bellagio, Ex Superintendente de Servicios de Salud (2010): "Los beneficiarios son los verdaderos titulares del sistema y hoy tienen una tipificación muy amplia. Es cierto que la mayoría corresponde al titular y su grupo familiar primario que se encuentra trabajando en relación de dependencia. Es decir que tanto empleados y empleadores destinan con aportes y contribuciones a las obras sociales. Pero también tenemos dentro del sistema a los jubilados, a los monotributistas, a los monotributistas sociales, los pasantes, servicio doméstico y otras personas que las que la Superintendencia tiene la misión de garantizarles esa cobertura y accesibilidad a la salud, como los desempleados que poseen seguro."

El aporte que realizan los trabajadores que trabajan en relación de dependencia, resulta muy superior al realizado por otros sectores, especialmente cuando se lo compara con el aporte del monotributista y con los tiempos de demora en recibir dichos aportes por parte de los agentes del seguro de salud, siendo los mismos recibidos con dos meses de demora.

5.2.1 EL MONOTRIBUTISTA PEQUEÑO PRODUCTOR AGROPECUARIO

El monotributo social agropecuario fue creado para facilitar el desarrollo de las actividades productivas de aquellos pequeños productores que se encuentran en situación de vulnerabilidad socio económica, que están desarrollando una única actividad económica, que poseían ingresos menores a los 24.000 \$/año al momento de implementarse la normativa, valor que es ajustado por la AFIP , situación que les permite acceder al Monotributo Social Agropecuario a Costo Cero, sin perder otros derechos como el pago de la Asignación Universal por Hijo.

Esta categoría de monotributistas están eximidos del pago de su bolsillo del 100% de la cuota de monotributo (absorbida en partes iguales por el Ministerio de Desarrollo Social y la Secretaria de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación), lo que facilita el acceso al régimen no solo desde el punto de vista económico sino también facilitando el pago, a través de concentrarlo en los organismos antes mencionados. El monotributo social agropecuario permite incorporarlos a la formalidad a través de poder facturar su trabajo, y acceder a los beneficios de la jubilación y obra social.

El pequeño productor agropecuario lleva adelante actividades productivas en el medio rural trabajando directamente en la actividad, y es en numerosas ocasiones ayudado en sus tareas por algún miembro de su familia. Este pequeño productor puede ser propietario de la totalidad o solo de una parte de los medios de producción. Una de sus características es que son pobladores que están alejados de los grandes centros urbanos, y residen habitualmente en localidades con escasa provisión de servicios como educación, salud o transporte y con dificultades de accesibilidad a los mismos. Los bienes que producen generalmente se destinan a la propia subsistencia y para pequeñas unidades de venta.

De las estadísticas relevadas del Registro Nacional de Agricultura Familiar dependiente del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación a marzo de 2014 podemos analizar las siguientes:

Máximo nivel de educación alcanzado según región (%) –Análisis Regiones NOA/NEA:

Región	NOA	NEA
Sin instrucción	3.5	6.1
Primaria incompleta	32.1	42.8
Primaria completa	49.4	39.6
Secundaria completa	5.9	5.5
Secundaria incompleta	6.5	4.5
Superior comp o incom	2.6	1.4

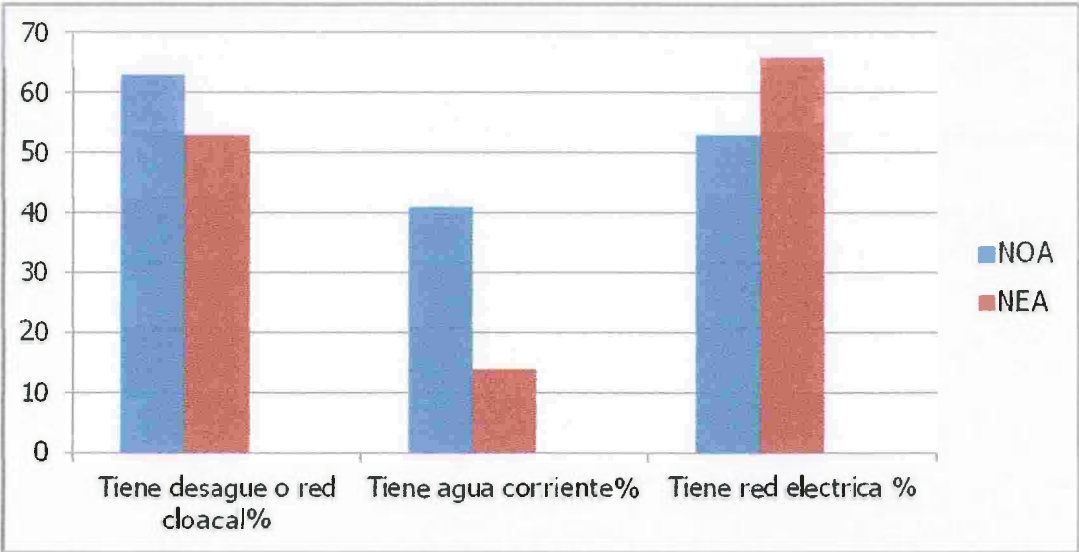
Fuente: Elaboración propia. Base: NAFS (núcleo de agricultores familiares) registrados marzo 2014.

Se observa que casi la mitad de la población no termino la escuela primaria y la otra mitad aproximadamente tiene estudios primarios completos. La educación secundaria aparece aun muy lejana.

Disponibilidad de luz, agua corriente y desagüe/red cloacal. –Análisis

Regiones NOA/NEA:

REGION	NOA	NEA
Tiene desagüe o red cloacal %	63	53
Tiene agua corriente %	41	14
Tiene red eléctrica %	53	66



Fuente: Elaboración propia. Base: NAFS (núcleo de agricultores familiares) registrados marzo 2014.

Entre el 53% y 66 % de la población relevada tienen desagüe y/o electricidad, el agua corriente en el NOA llega al 41% de la población pero en el NEA al escaso 14%.

Tiene baño y cocina instalados en la vivienda rural (%) - Análisis Regiones

NOA/NEA:

Región	NOA	NEA
Tiene baño instalado	25	23
Tiene cocina instalada	18	25

Elaboración propia. Base: NAFS (núcleo de agricultores familiares) registrados marzo 2014.

La existencia de baño y cocina instalados en las casas no supera el 25% de los NAFS relevados.

Como dice el Dr. Carlos Díaz (2014) "La Argentina está sufriendo una epidemia...sanitaria y social: la desigualdad en salud": "Efectivamente la pregunta por la relación entre "condiciones de vida" y "situaciones de salud" no es una pregunta menor ni banal, ya que, como señala el epistemólogo de la salud Juan Samaja "Por momentos se tiene la impresión de que existe una contaminación irremediable entre ambas variables, de modo que la respuesta daría lugar a una pura tautología. En efecto ¿no es obvio que los hechos de salud-enfermedad son parte integrante de las condiciones de vida? Siendo así, no es nada sorprendente que las "malas condiciones de vida" aparezcan asociadas a "situaciones deprimidas de salud". Se trataría, en este caso, ante una mera tautología: el concepto "malas condiciones de vida" ya contiene en su semántica la noción de "mala situación de salud" (Samaja, 2007: 50)".

Las barreras de accesibilidad geográfica son un importante determinante a la hora de acceder a los servicios de salud, como así también entender que los beneficiarios monotributistas agropecuarios (por definición aquellos que están en una situación de vulnerabilidad socio económica) acceden a consultas ambulatorias, urgencias o de internación en ocasiones solo si tienen los medios económicos para concurrir a las mismas -barrera económica. La concentración de los servicios medico asistenciales en las zonas urbanas podría determinar muchas veces que estos beneficiarios no concurren a la atención médica o no adhieran a los tratamientos indicados.

Por otro lado es fundamental también recordar el concepto de **equidad** que establece que los beneficiarios de los sistemas de salud puedan acceder a servicios de salud y recibir una atención que contemple sus necesidades.

En la Revista Campesinas (MAGyP, 2014) en la que se da cuenta de la realización de la jornada de prevención de salud sexual con mujeres campesinas llevada a cabo en la Provincia de La Rioja los días 30 y 31 de julio de 2013, se reproduce el sentir, a través de testimonios, de mujeres agropecuarias que manifestaban: "nos hacen los estudios pero nunca nos enteramos si están bien o no, por eso ya no nos hacemos nada. La salita queda lejos de mi casa y si no fuera porque el técnico de la SaAF nos vino a buscar, para nosotras es imposible ir hasta allá".

5.3 FINANCIAMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES

5.3.1 APOORTE DEL TRABAJADOR EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

El mismo está establecido en la ley 23.660 y consiste en una contribución a cargo del empleador del 6% (seis por ciento) de la remuneración del trabajador y un aporte a cargo del trabajador del 3% (tres por ciento) de su remuneración. La cobertura, como se desprende de la ley en los artículos 8º y 9º abarca al titular y su grupo familiar primario. En el caso de ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1.5%) por cada una de las personas que se incluyan.

5.3.2 APOORTE DEL MONOTRIBUTISTA:

El aporte para acceder a la cobertura del beneficiario titular es de \$100.- (pesos cien) mensuales durante el periodo enero a octubre de 2013 y \$146.- (pesos ciento cuarenta y seis) desde el mes de noviembre del mismo año. El mismo valor en caso de querer acceder a la cobertura de obra social aportara cada integrante del grupo familiar.

5.3.3 APOORTE DEL MONOTRIBUTISTA SOCIAL

El aporte para acceder a la cobertura del beneficiario titular es de \$100.- (pesos cien) mensuales durante el periodo enero a octubre de 2013 y \$146.- (pesos ciento cuarenta y seis) desde el mes de noviembre del mismo año. En caso de querer acceder a la cobertura de obra social por cada integrante del grupo familiar aportara el mismo importe que el titular. En el caso del monotributista social el pago del 50% de dicha cotización es subsidiada por el Ministerio de Desarrollo Social, y el 50 % restante a cargo del monotributista social.

5.3.4 APOORTE DEL MONOTRIBUTISTA PEQUEÑO PRODUCTOR AGROPECUARIO

Como en los casos anteriores el aporte para acceder a la cobertura del beneficiario titular es de \$100.- (pesos cien) mensuales durante el periodo enero a octubre de 2013 y \$146.- (pesos ciento cuarenta y seis) desde el mes de noviembre del mismo año y el mismo importe por cada integrante del grupo familiar primario. El Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación aportara el 50% del valor y el 50% restante lo aportara el Ministerio de Desarrollo Social. El costo es cero para el beneficiario.

5.3.5 FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN

De los aportes de los trabajadores que se destinan al sistema de obras sociales, un porcentaje es derivado al FSR de acuerdo a lo establecido en el artículo 22 ley 23.661. El mismo consiste en un aporte del 10% para remuneraciones brutas de hasta \$2400.- o 15% para remuneraciones mayores a \$2.400.- en el caso de obras sociales sindicales; y del 15% para remuneraciones brutas de hasta \$2.400.- o del 20% para remuneraciones mayores a \$2.400.- en el caso de obra sociales del personal de dirección. Debido a la falta de actualización del importe de la remuneración bruta indicada se ha generalizado el porcentaje mayor en ambos casos, es decir el aporte del 15% y del 20%.

Este Fondo debe destinarse, según el artículo 24 de la ley mencionada, entre otros a cubrir los gastos de administración y funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud y subsidiar a los agentes que perciben menores ingresos promedio por beneficiario. Los excedentes anuales deberían ser distribuidos entre los agentes del seguro en proporción a los montos con que estos hubieran contribuido en cada período. El remanente no distribuido a la fecha ha provocado numerosos reclamos de las entidades beneficiarias del mismo.

El monto distribuido según información provista por AFIP para un mes (en miles de pesos):

Monto distribuido al sistema nacional de salud (OS) diciembre de 2013: **4.415.121**

Monto distribuido al **F.S.R.** diciembre de 2013: **610.855**

Del total de cotizantes, aproximadamente 6,3 millones corresponden a trabajadores en relación de dependencia, y alrededor de 1,7 millones a trabajadores monotributistas.

Fuente: Estadísticas de la Seguridad Social-AFIP

5.3.6 SUMA (SUBSIDIO DE MITIGACIÓN DE ASIMETRÍAS)

Este subsidio, establecido en el decreto 1609/12, utiliza una parte de los recursos del FSR, y se integra con el 6% de la recaudación por aportes y contribuciones establecida en la ley 23660. Se liquida en forma mensual y automática de acuerdo al siguiente esquema: *20% en partes iguales entre aquellas obra sociales con más de 5000 afiliados, *80% en proporción al número de afiliados de cada obra social, *aquellas obras sociales con menos de 5000 afiliados son compensados mensualmente hasta alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado del sistema.

Los casos de las obras sociales con más de 100.000 beneficiarios no podrán percibir un monto menor del 1.5% de su recaudación mensual correspondiente a los aportes y contribuciones que establece el art. 16 incisos a) y b) de la ley 23660, ni mayor al 8.5% de la misma. En ningún caso los agentes del seguro de salud de más de 100.000 afiliados recibirán un importe menor al que percibirían si solo tuviese 100.000 afiliados.

5.3.7 SANO (SUBSIDIO AUTOMÁTICO NOMINATIVO DE OBRAS SOCIALES)

El subsidio automático nominativo de Obras Sociales, denominado SANO, tiene su origen en asegurar a las Obras Sociales un valor mínimo de aportes per cápita, para cubrir las prestaciones médico-asistenciales, garantizando a los beneficiarios de las obras sociales que puedan acceder a igual tipo y calidad de prestaciones medicas

Está contemplado en el decreto 576/93 artículo 24º anexo II y en el decreto 1901/2006.

Están alcanzados los empleados en relación de dependencia del Régimen General y del Régimen Provincial incluidos en el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones

El decreto 488/10 establece los valores del ajuste por riesgo considerando edad y sexo de los beneficiarios:

GRUPO EDAD		VALOR ASIGNADO
EDAD	MASCULINO	FEMENINO
0 a 14	47	47
15 a 49	74	87
50 a 64	87	87
65 en adelante	192	192

5.3.8 SUMARTE (SUBSIDIO DE MITIGACIÓN DE ASIMETRÍAS PARA EL RÉGIMEN DE TRABAJO ESPECIAL)

Con el fin de garantizar la solidaridad, equidad y transparencia en la distribución de los recursos del sistema nacional del seguro de salud, el decreto 1368/13 instituyó el SUMARTE destinado a complementar la financiación de los Agentes de dicho sistema que poseen afiliados dentro del régimen de trabajo especial (trabajadores de casas particulares y régimen simplificado para pequeños contribuyentes), mediante la distribución automática de una parte del FSR equivalente al 1.5% del total de la recaudación correspondiente a los aportes y contribuciones para obra social. Los agentes del seguro de salud no deben tener reclamos pendientes de resolución en la SSS por reclamos de negativa de afiliación y/o cobertura para recibir este subsidio.

5.3.9 SUMA 70 (SUBSIDIO PARA MAYORES DE 70 AÑOS)

El decreto 1368/13 también instituyó el Subsidio SUMA 70 que se aplica en el caso de los agentes del seguro de salud que poseen afiliados cuya edad iguales o supere los 70 años, distribuyéndose en forma automática una parte del FSR, equivalente al 0.7% del total de la recaudación correspondiente a los aportes y contribuciones para obra social. Según establece la normativa, no se abonará el subsidio a aquellos agentes del seguro que posean reclamos pendientes por falta de cobertura a sus afiliados y/o negativa de afiliación a quienes al momento de acceder a la jubilación realicen la opción por dicho agente.

5.3.10 SUR

Por Resolución Nº 1200/2012-SSSALUD se crea el SISTEMA UNICO DE REINTEGRO (S.U.R.), en reemplazo de la A.P.E (Administración de Programas Especiales) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud, para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado. Los recursos para este sistema surgen del Fondo Solidario de Redistribución.

Las prestaciones médicas y de medicamentos con recupero del S.U.R. se encuentran establecidas en la normativa y periódicamente se modifica o amplía el listado de prestaciones cubiertas.

Posteriormente a la creación del S.U.R. se dicta la resolución 1511/12 de la S.S.S. que crea el Sistema Único de Reintegro por prestaciones otorgadas a personas con discapacidad, con el fin de apoyar económicamente a los agentes del sistema nacional del seguro de salud, mediante el reintegro de las erogaciones que hubieran realizado para atender dichas prestaciones básicas.

5.4 P.M.O: PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO:

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión (Superintendencia de Servicios de Salud, 2014).

La Resolución MS Nº 1991/05 SSS aprueba el programa médico obligatorio vigente desde el 1 de enero de 2006, variando las coberturas a medida que se incorporan nuevas prestaciones.

Mediante la Resolución Nº 201/2002, se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley Nº 23.660. Fue modificada por la Resolución 310/2004 SSS efectos de basarse en el nuevo Formulario Terapéutico Nacional para garantizar accesibilidad, equidad distributiva y optimizar recursos.

La evaluación de tecnologías sanitarias considerando las nuevas tecnologías disponibles es un desafío permanente a efectos de brindar a los beneficiarios de las obras sociales la cobertura que por ley tienen garantizada. Es necesario que las del PMO se correspondan con criterios de evidencia y costo efectividad. En este marco es importante el concepto de racionalidad en la provisión de servicios a efectos de utilizar los recursos escasos, con políticas de salud solidaria.

"La salud no tiene precio, pero si tiene un costo, y este debe gerenciarse adecuadamente para generar un valor que no debe ser otro que la salud del conjunto de la comunidad" (Torres, Rubén, Agosto 2004)

El PMO garantiza hoy un mínimo de prestaciones para atender la salud de la población. El sistema se ha judicializado en numerosas oportunidades ante reclamos de los beneficiarios de obras sociales por prestaciones que no estaban incluidas en el PMO.

6- ANALISIS DE LA OBRA SOCIAL SINDICAL

6.1 POBLACION BENEFICIARIA

6.1.1 COMPOSICION POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACION BENEFICIARIA

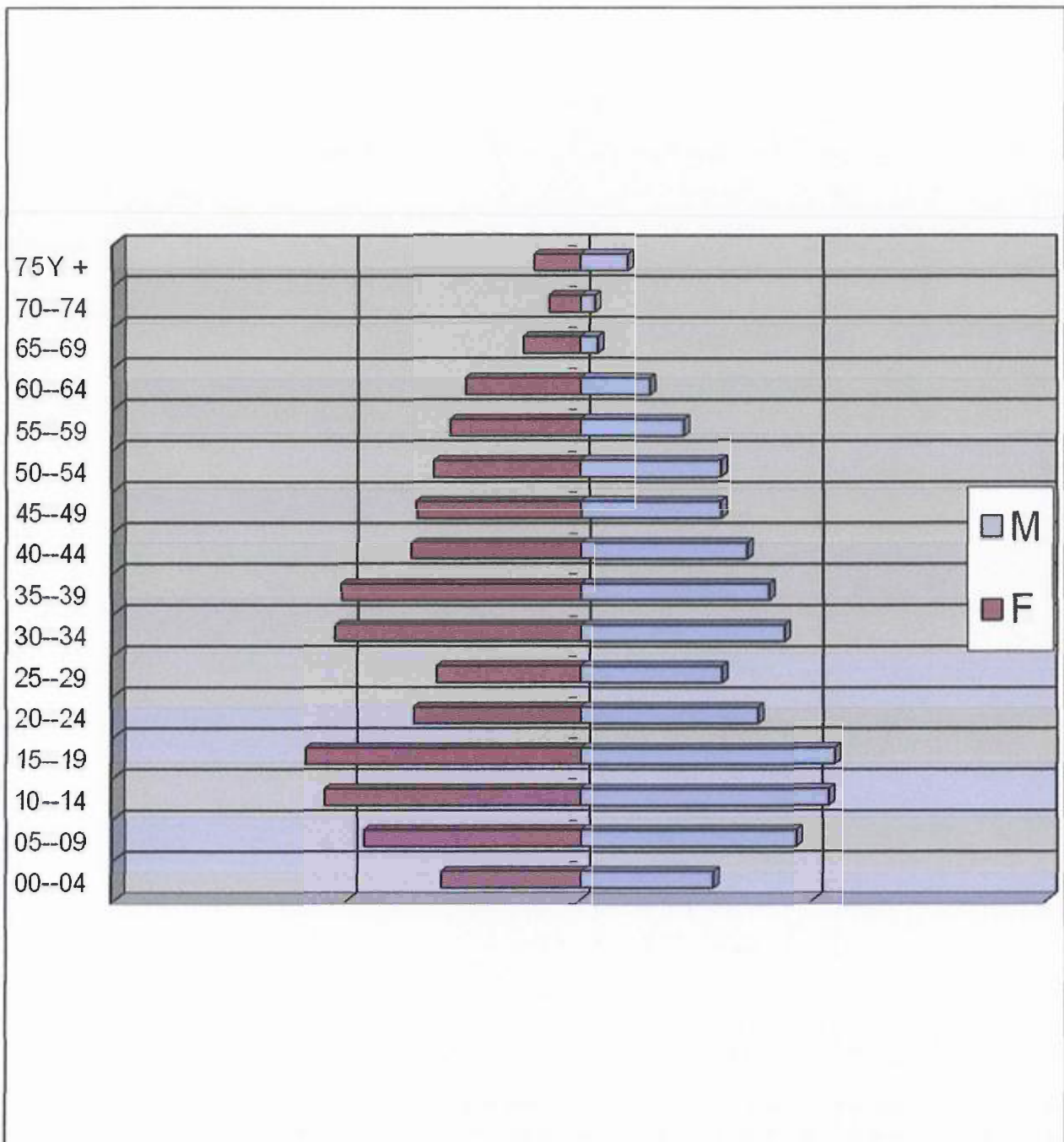
Del análisis de la población beneficiaria de un mes, surge que la obra social posee un padrón de beneficiarios -a octubre de 2013- de 10286 beneficiarios, constituido en un 47.02% por hombres y un 52.93 % por mujeres. La estructura de la pirámide poblacional se asemeja a la de una pirámide tradicional, la distribución de la población por edad y sexo muestran una población activa predominante con una edad promedio de 30 a 40 años, y por las características propias de la obra social, un fuerte sentido de pertenencia de sus beneficiarios pasivos.

EDAD	M	F	M	F
00—04	283	-299	5,85	5,48
05—09	463	-465	9,57	8,53
10—14	533	-549	11,01	10,07
15—19	545	-590	11,26	10,82
20—24	379	-358	7,83	6,57
25—29	302	-308	6,24	5,65
30—34	436	-528	9,01	9,68
35—39	403	-514	8,33	9,43
40—44	356	-363	7,35	6,66
45—49	300	-352	6,2	6,45
50—54	302	-313	6,24	5,74
55—59	220	-279	4,54	5,12
60—64	147	-245	3,03	4,49
65—69	37	-121	0,76	2,22
70—74	30	-67	0,62	1,22
75 Y +	101	-98	2,08	1,79
TOTAL	4837	5449	100%	100%

Fuente: Datos propios de la obra social

PIRAMIDE POBLACIONAL (POR SEXO Y EDAD)

(Padrón de beneficiarios del mes de Octubre Año 2013)



Fuente: Datos propios de la obra social. Elaboración propia.

6.1.2 ESTRUCTURA DE LA POBLACION BENEFICIARIA DE LA OBRA SOCIAL (POR TIPO DE BENEFICIARIO)

La población beneficiaria de la obra social está compuesta por trabajadores bajo relación de dependencia que pertenecen a la propia actividad de la obra social, y aquellos que por opción de cambio de obra social se van incorporando al padrón, jubilados de la propia actividad, monotributistas y desempleados con cobertura de obra social.

El padrón de beneficiarios trabajadores bajo relación de dependencia con cobertura de salud varia a lo largo del año, debido a que un 20% en promedio de la población de la obra social está compuesta por trabajadores cíclicos o de temporada que son aquellos trabajadores que trabajan - y por lo tanto realizan aportes a la obra social - en promedio seis meses al año, manteniendo el resto de los meses del año relación de dependencia con la empresa a la que pertenecen, pero sin percibir salario. En consecuencia la obra social no percibe aportes y contribuciones de ley.

En caso que este trabajador desee continuar con la cobertura de obra social puede optar por lo establecido en el artículo 10° inciso e) de la ley 23.660, manteniendo el carácter de beneficiarios durante el período de inactividad y mientras subsista el contrato de trabajo cumpliendo durante ese período con las obligaciones del aporte a su cargo y de la contribución a cargo del empleador que establece la ley mencionada. Este derecho cesará a partir del momento en que, en razón de otro contrato de trabajo, pasen a ser beneficiarios titulares en los términos previstos en el artículo 8° inciso a) de la ley 23.660.

Considerando las características propias de la población beneficiaria, resulta útil realizar un análisis del promedio por trimestres del año 2013 de la misma y la incorporación de los monotributistas agropecuarios dentro del padrón de beneficiarios.

POBLACION BENEFICIARIA AÑO 2013

Categoría	Trim	Titulares	Familiares	Total
Relación de Dependencia	1	3880	7305	11185
Jubilados	1	393	123	516
Monotributistas*	1	366	94	460
Desempleo	1	35	79	114
TOTAL	1	4674	7601	12275
Relación de Dependencia	2	4738	8415	13153
Jubilados	2	397	125	522
Monotributistas*	2	390	169	559
Desempleo	2	27	63	90
TOTAL	2	5552	8772	14324
Relación de Dependencia	3	4237	7776	12013
Jubilados	3	395	122	517
Monotributistas*	3	433	180	613
Desempleo	2	20	40	60
TOTAL	3	5085	8118	13203
Relación de Dependencia	4	3476	6637	10113
Jubilados	4	397	126	523
Monotributistas*	4	466	218	684
Desempleo	4	19	28	47
TOTAL	4	4358	7009	11367
TOTALES POR TRIMESTRE				
Trimestre	1	4674	7601	12275
Trimestre	2	5552	8772	14324
Trimestre	3	5085	8118	13203
Trimestre	4	4358	7009	11367
TOTAL		19669	31500	51169
Promedio		4917	7875	12792

Fuente: Datos propios de la obra social. *Monotributistas: todas las categorías.

muchos casos los domicilios con los que son incorporados a través de los agentes sociales son incompletos, requiriendo esfuerzos adicionales para contactarlos e informarlos de la cobertura que brinda la obra social.

6.2 ANALISIS DE INGRESOS DE LA OBRA SOCIAL

La obra social percibe los ingresos a través de acreditaciones bancarias en la cuenta recaudadora de la misma, en base a las declaraciones juradas presentadas por los empleadores de los trabajadores en relación de dependencia ante AFIP, organismo encargado de la recaudación, los pagos de los monotributistas, y las transferencias por subsidios y capitas de Anses, Ministerio de Economía, Ministerio de Agricultura y Ministerio de Desarrollo Social.

Ingresos Año 2013 (en pesos):

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
1- Recaudación Ley 23660													
a) Aportes y Contribuciones	3555296,42	2726363,32	2624716,72	2962348,64	3037644,53	2928618,55	3955618,61	2970408,62	3491230,19	21040318,5	2345313,15	1988624,44	346902150,4
b) Monotributo	54038,67	25522,00	40057,92	75,60	34635,23	47877,82	62741,34	45676,19	31421,88	51879,94	72198,35	52582,00	518706,94
c) SBO	22995,00		24030,00		12060,00	13365,00	26415,00		30465,00		16515,00	30015,77	175860,77
d) Capitas Jubilados	81414,00	81222,00		80970,00	81589,00	81367,00	81367,00	80776,00	81350,00	81422,00	81230,00	81752,00	894459,00
e) Capitas Desempleados	9538,00	8773,00	7995,00	6465,00	5800,00	5753,00	5753,00	4969,00	4654,00	3252,00	2957,00	4077,00	699860,00
2- Otras Acreditaciones													
a) Anticipos	44290,81			53475,30			42549,54			78757,97			219073,62
b) Subsidios	15898,79	12029,33	2375,91	9661,62	15485,82	8236,35	7400,45	10646,90	11226,50	67200,5	6511,21	3166,22	1093591,5
c) Decreto 77/2011 - S	304305,77		329300,10		381515,00	388660,19	384408,95	551074,98	425048,50	392872,15	392872,15	445314,33	3995372,12
d) Suma 70												32367,77	32367,77
e) Sumate												26000,00	26000,00
SUB TOTAL	4087777,46	2853909,65	3028475,65	311299,61	3568729,58	3473877,91	4566253,89	3663551,69	4075396,07	2718935,96	2917596,86	2663899,53	40731400,41
Otros ingresos leyes esp	5169014,64	3011638,92	2848257,57	26790501,8	3027824,42	2698825,68	2816248,84	2733598,31	2813425,41		92726047,4	1425166,54	38495655,25
TOTALES	9256792,10	5865548,57	5876733,22	5792046,34	6596554,00	6172703,59	7382502,73	6397150,00	6888821,48	2718935,96	12190201,60	4089066,07	79227055,66

Fuente: datos propios de la obra social. Elaboración propia.

De la comparación del aporte de estos dos tipos de beneficiarios surge que la diferencia entre ambos es considerable, toda vez que el aporte del trabajador en relación de dependencia esta en proporción a sus ingresos mensuales, y se incrementa cuando aumenta su salario, mientras que el aporte del monotributista agropecuario es una cotización fija, sujeto su incremento a decisiones ajenas a quienes administran las obras sociales. Como surge de los datos expuestos desde el penúltimo mes del año la cotización se incremento a \$146.- por beneficiario, pero dicho incremento, ¿alcanza a satisfacer los valores necesarios para cubrir el gasto prestacional? ¿La solidaridad del sistema debe cubrir estas diferencias? ¿Deberían subsidiar los ministerios el aporte del monotributista agropecuario teniendo en cuenta el aporte mínimo que realiza un trabajador en relación de dependencia para acceder a la cobertura de obra social?

6.3 COSTO DEL PMO:

La cobertura que brinda la obra social es la establecida en el PMO, mas aquellas coberturas que en los últimos años se han ido judicializando por reclamos de beneficiarios, y otorgadas por entendimiento de los jueces, aunque las mismas no se encuentren enumeradas en el conjunto básico de prestaciones, ha generado incertidumbre en relación a cual sería hoy la cobertura que deberían brindar las obras sociales y el modo de financiarlas, lo que debería ser analizado en profundidad por quienes toman las decisiones de brindar nuevas coberturas sin determinar claramente la fuente de financiamiento de las mismas. El PMO funciona hoy en día como un "piso" de prestaciones básicas. En concordancia con esto, la incorporación de nuevas tecnologías, el análisis costo-beneficio de nuevas terapéuticas que se van incorporando a la cobertura que brinda la obra social, ha hecho imprescindible la utilización eficiente de los recursos escasos ante necesidades cada vez mayores, para evitar se desvirtúen los conceptos de accesibilidad y equidad para todos los beneficiarios de las obras sociales sindicales.

La posibilidad de otorgar descuentos en medicamentos por encima del mínimo establecido en la ley (por ejemplo la cobertura del 50% del valor en medicamentos ambulatorios) constituyen coberturas adicionales que afectan directamente en el gasto

El valor de la capita del PMO que brinda la obra social (\$329.36) es superior al aporte que se realiza para la cobertura de los monotributistas agropecuarios, por lo que dicha cobertura es subsidiada por los trabajadores en relación de dependencia.

Muchos monotributistas agropecuarios por sus características demográficas, sociales, culturales, la existencia de barreras geográficas, la falta de información concurren a la obra social solo cuando se manifiesta un problema de salud que requiere de los servicios de la misma, quedando ajenos a las tareas de prevención y promoción de salud llevadas a cabo por la obra social y que podrían prevenir un gasto prestacional mayor.

7-CONCLUSIONES:

Las obras sociales en sus orígenes brindaban atención a beneficiarios en relación de dependencia exclusivamente, a través de los años desde su creación y con la incorporación de otras categorías de beneficiarios y especialmente con la incorporación de los monotributistas, monotributistas sociales y monotributistas agropecuarios el equilibrio económico- financiero ha cambiado. La cantidad de monotributistas que se incorpora, con un aporte menor al del beneficiario que trabaja en relación de dependencia, hace caer el valor del promedio de aporte que reciben las obras sociales por la totalidad de sus beneficiarios. En la obra social que se analiza esta situación se ha visto acentuada en el año 2013 por la fuerte incorporación de monotributistas agropecuarios.

Por otro lado los subsidios SUMARTE, SUMA 70 se financian con los recursos que al Fondo Solidario de Redistribución aportan las obras sociales, por lo que salen los recursos de las obras sociales para volver a ellas.

La solidaridad del sistema permite hoy brindar la misma cobertura a todos los beneficiarios, universalidad en las prestaciones independientemente del tipo de beneficiario.

El trabajador bajo relación de dependencia esta subsidiando con su aporte la cobertura del PMO para el trabajador monotributista agropecuario, con lo que cabe preguntarse si el subsidio que realizan los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Social no debería

ajustarse teniendo en cuenta el incremento promedio del aporte del trabajador en relación de dependencia .

Las políticas llevadas a cabo desde el Estado Nacional a través, entre otros, del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación (PROINDER Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación, abril 2013) no solo tratan de resolver el problema de los campesinos o agropecuarios en situación de vulnerabilidad que habitan hoy el campo, sino que se está trabajando tal como lo explican desde la Secretaría de Agricultura de la Nación en una política de colonización y vuelta al campo de aquellos que migraron hacia las ciudades, de evitar la migración de la población hacia los grandes centros urbanos, por lo que el número de beneficiarios monotributistas agropecuarios en el padrón de la obra social tiende a incrementarse con el transcurso de los años.

La población beneficiaria integrada por monotributistas agropecuarios que se encuentran en situación de vulnerabilidad socio – económica tienen todavía, hoy en día, barreras geográficas y económicas que dificultan el acceso a la salud. Las condiciones de vida no son ajenas a los problemas de salud de la población, el nivel cultural es también un determinante al momento de considerar el cuidado prioritario de la salud, a través de tareas de prevención de enfermedades y cuidados regulares de salud.

Ante esto es posible que los gestores de las obras sociales se enfrenten ante una situación con pocas posibilidades de modificarse desde la gestión de cada entidad, la cobertura del programa médico obligatorio para los monotributistas viene normada desde la macro gestión, de leyes que establecen la cobertura que debe brindarse y el aporte que el Estado determina realicen los monotributistas en general y en el caso particular de los monotributistas agropecuarios, a costo cero para el beneficiario en situación de **vulnerabilidad**.

Las necesidades ilimitadas, ante recursos escasos, con un Programa Médico Obligatorio cada vez más abarcativo en las prestaciones que las obras sociales deben brindar, sin contemplar de donde surgirán los recursos para las nuevas coberturas, y la disminución del aporte promedio del beneficiario de la obra social por la incorporación de monotributistas agropecuarios plantean un fuerte desafío para el sistema.

BIBLIOGRAFIA:

- Ley 23.660 Obras Sociales
- Ley 23.661 Sistema Nacional de Seguros de Salud
- Resolución 310/04 Superintendencia de Servicios de Salud
- Resolución 210/01 Superintendencia de Servicios de Salud
- Resolución conjunta 2880/2010 AFIP
- Ley 24977 modificatorias y complementarias. Régimen simplificado para pequeños contribuyentes
- Torres, Rubén. "Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina". Buenos Aires, 2004, pág. 131,201.
- Díaz, Carlos. Documento Cátedra de políticas saludables de la Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad Isalud. Buenos Aires, 2014.
- Bellagio, Ricardo. "Los beneficiarios son los verdaderos titulares del Sistema". En Revista de la Superintendencia de Servicios de Salud: La salud en la seguridad social, Año 1, N° 2. Buenos Aires, Julio-Agosto 2010, ISSN 1853-2314, pág.4.
- Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación, Registro Nacional de la Agricultura Familiar, Informe Nacional 2014. Buenos Aires, 2014.
- Ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca de la Nación, Revista "Campesinas", Año 18, N° 31. Buenos Aires, 2014, pág. 26.
- Ministerio de Agricultura Ganadería y Pesca de la Nación, Proyecto de desarrollo de pequeños productores agropecuarios PROINDER, Serie Estudios e Investigaciones N° 32. Buenos Aires, 2013, pág. 4.
- Administración Federal de Ingresos Públicos- Estadísticas de la Seguridad Social. Buenos Aires, 2014.