



Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la población residente en zonas urbanas de Argentina entre 2003 y 2010*

Impact caused by the transformations in the labor market and in social security upon the health insurance system for the people residing in urban areas in Argentina between the years 2003 and 2010

Impacto das transformações no mercado de emprego e Seguridade Social sobre a cobertura de saúde da população residente nas áreas urbanas da Argentina entre o 2003 e 2010

Matías Salvador BALLESTEROS**



Ver licencia <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

Resumen

Argentina tiene un sistema de salud en el que conviven distintas modalidades de aseguramiento (público, de la seguridad social y privado) que ofrecen una cobertura diferencial y condicionan la utilización y el acceso a los servicios de salud de la población. En el artículo analizamos los efectos que tuvieron sobre la afiliación a las distintas modalidades de cobertura de salud, los cambios que se produjeron, entre el 2003 y el 2010, en el mercado de trabajo, en el sistema previsional y en el marco regulatorio de los monotributistas. Utilizamos para ello la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del cuarto trimestre de los años 2003 y 2010 y la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) de los años 2005 y 2010. Los resultados del análisis muestran que estas transformaciones tuvieron un importante impacto en el incremento de los niveles de población afiliada, así como en los cambios del tipo de afiliación (se incrementó particularmente la población afiliada a la seguridad social). Sin embargo, también se

* Agradezco a Ruth Sautu, Betina Freidin, Magdalena Chiara, Laura Pautassi y Manuel Riveiro quienes me han realizado aportes, facilitado bibliografía e incentivado para publicar el artículo.

** Licenciado en Sociología y Magister en Investigación en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA). Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires (IIGG-UBA). matiballesteros@yahoo.com.ar

destacan las limitaciones que ha tenido el proceso para permitir que amplios sectores de la sociedad puedan contar con otra cobertura de salud además de la que ofrece de forma universal el sector público. Específicamente vemos que gran parte de los nuevos contribuyentes al sistema de seguridad social ya se encontraban afiliados gracias a la transferencia de la cobertura de otro miembro de su hogar.

Palabras Clave: sistema de salud, cobertura de salud, mercado de trabajo, seguridad Social

ABSTRACT

Argentina's Healthcare System provides its citizens with three different types of Healthcare Insurances (Public Social, Social Security and Private). Each insurance provides differential coverage and this may affect the chances of the people to receive proper access to the Healthcare Service. In this article, we analyze the consequences that have arisen from the affiliation to the different types of Care Insurance and the changes that took place between the years 2003 and 2010 in the labor market, the social security system and in the regulatory framework of mono taxpayers. We have based our analysis in the results of the Encuesta Permanente de Hogares (EPH) of the years 2003 and 2010 and in the results taken from the Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) for the years 2005 and 2010.

The results of the analysis show that these changes have had a major impact and have considerably increased the number of affiliates particularly to the Social Security Care Service. However, we also point out the process limitations to provide to a high number of people with an alternative care system to the Universal Healthcare Insurance provided by the Public Care Service. As a result we observe that a big number of the new Social Security System taxpayers were already affiliated due to the switch of Healthcare Service carried out by another family member.

Key words: healthcare sistem, healthcare insurance, labor market, social security

Resumo

Argentina tem um sistema de saúde no qual convivem diferentes modalidades de segurança (público, da segurança social e privado) que oferecem uma cobertura diferencial e condicionam a utilização e o acesso aos serviços de saúde na população. No artigo analisamos os efeitos que tiveram sobre a afiliação as distintas modalidades de cobertura de saúde, as mudanças que aconteceram, entre o 2003 e 2010, no mercado de emprego, no sistema de previdência e no marco regulatório dos monotributistas. Utilizamos para aquilo a Encuesta Permanente de Hogares (EPH) do quarto trimestre dos anos 2003 e 2010 e a Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) dos anos 2005 e 2010. Os resultados do análise ensinam que aquelas transformacoes tiveram um importante impacto no incremento dos níveis de população afiliada, assim como as mudanças no tipo de afiliação (incrementou-se particularmente a população afiliada no sistema de segurança social). No entanto, também é destaque as limitações que teve o processo para permitir que maiores setores da sociedade possam contar com outra cobertura além daquela que oferece

de forma universal o Setor Publico. Especificamente vemos que grande parte dos novos contribuintes ao sistema de Segurança Social já encontravam-se afiliados graças a transferência da cobertura de outro membro do seu lar.

Palavras-chave: sistema de saúde, cobertura de saúde, mercado de emprego, segurança social

Sumario: Introducción. El sistema de Salud Argentino. 1976-2002: Transformaciones regresivas en la estructura social argentina y su vínculo con la cobertura de salud. 2003-2010: Impacto de los cambios en el mercado de trabajo y de las reformas en la seguridad social sobre la cobertura de salud. Consideraciones finales.

Introducción

Argentina cuenta con un sistema de salud en el que conviven distintos tipos de aseguramientos (del sector público, de la seguridad social y del sector privado) que condicionan el tipo de acceso que la población tiene a los servicios de salud. A su vez, el tipo de cobertura con el que la población cuenta está profundamente vinculado con las contribuciones a la seguridad social que las familias realizan así como sus capacidades de pago “de bolsillo” (Maceira, 2009). Es por ello que los cambios en las formas de cobertura de la población argentina están profundamente atados a los cambios en el mercado de trabajo, pero también a los acontecidos en el sistema previsional y en la legislación sobre la cobertura de la seguridad social.

Las transformaciones en el modelo de acumulación generadas en la última dictadura militar (1976-1983), y profundizadas en la década del '90, produjeron profundos cambios en la estructura social y en el mercado de trabajo argentino. Una de sus consecuencias fue un importante descenso del porcentaje de población aportante a la seguridad social. Esto último a su vez generó un incremento constante de la población cubierta únicamente por el sistema público de salud. Sin embargo, luego de la profunda crisis del 2001-2002, distintos fenómenos permitieron que se revierta esa tendencia y aumenten los niveles de población afiliadas a otros sistemas de salud (principalmente a obras sociales, instituciones de la seguridad social). En el presente trabajo nos proponemos examinar el impacto que han tenido sobre los niveles y el tipo de afiliación los cambios acontecidos entre el 2003 y el 2010 en: 1. el mercado de trabajo (asalarización, incremento del trabajo registrado y disminución de la desocupación), 2) la extensión del sistema previsional (y por lo tanto de la cobertura del INSSJP-PAMI), y 3) los cambios en el marco regulatorio de los monotributistas. Cabe destacar que si bien estos cambios han permitido un incremento en los niveles de afiliación, características asociadas a los mismos también muestran límites a las posibilidades de su incremento. En particular veremos que gran parte de los nuevos contribuyentes a algún seguro de salud ya se encontraban afiliados mediante la transferencia de la cobertura de otro miembro de su hogar.

Para analizar el impacto de estos cambios en la afiliación de la población trabajamos con la Encuesta Permanente de hogares (EPH) de los cuartos trimestres del 2003 y 2010

llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). La encuesta se aplica a las principales ciudades de Argentina cubriendo alrededor del 70% de la población urbana. Además complementamos el análisis con información proveniente de la Encuesta de Utilización y Gastos en servicios de Salud (EUGSS) de los años 2005 y 2010, realizadas de forma conjunta por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación y el Centro de Opinión Pública (CEDOP) de la Universidad de Buenos Aires. La EUGSS de los años 2005 y 2010 permiten realizar estimaciones para la población de todo el país (incluyendo zonas urbanas y rurales). Para respetar el universo de análisis de la EPH, que fue nuestra principal fuente de análisis, recortamos el universo de la EUGSS a la población residente en zonas urbanas. Para analizar los datos utilizamos los factores de ponderación desarrollados por los realizadores de las encuestas, pero sin expandir los resultados a toda la población.

El sistema de Salud Argentino

Argentina tiene un sistema de salud segmentado (en el que conviven distintos sistemas de aseguramiento), fragmentado (sin articulación entre los distintos subsistema e incluso al interior de ellos) superpuesto, heterogéneo y con desigualdad en la atención. El mismo se asienta sobre el sector público, que brinda una cobertura a todos los habitantes del país (PNUD, 2011). Siguiendo a Esping Andersen (1993:72-73) y a Isuani (2009: 14) podemos decir que este sector se rige por un principio asegurador del riesgo social de tipo universalista, ya que existe una igualdad de derechos para todos los residentes en el país, independientemente de su posición en el mercado y su posición de clase, y se brindan servicios financiados con recursos generales del estado. En tanto el acceso a servicios de salud es un derecho social, el estado debería garantizar que dicho satisfactor del bienestar pueda ser alcanzado sin la necesidad de recurrir al mercado. Sin embargo, debido a la combinación entre un sistema fuertemente descentralizado en los gobiernos provinciales y municipales y las fuertes desigualdades de recursos entre las distintas Jurisdicciones, existen grandes diferencias en los servicios del sector público según la localización geográfica, y por lo tanto en las posibilidades del estado de garantizar el cumplimiento efectivo de ese derecho. A las diferencias en el acceso por las desiguales capacidades económicas entre las Jurisdicciones, se le suman las distintas respuestas locales al proceso de descentralización y autonomía, que han tenido disímiles resultados en términos de equidad y eficiencia (PNUD, 2011: 22-23)

Un segundo sector es el de la seguridad social. A partir de 1970 se generaliza la cobertura vía las obras sociales para la población en relación de dependencia registrada y sus familias, ya que se hacen obligatorios los aportes a este subsector por parte de los empleadores y trabajadores. Luego se extendió a los jubilados y pensionados (Belmartino, 2005; PNUD, 2011). Producto de esos cambios se estima que las obras sociales pasaron de cubrir el 37% de la población total en 1960, a cerca del 70% hacia 1980, convirtiéndose este sector en el principal eje articulador del sistema y relegando a la red de prestadores públicos la atención de los sectores carenciados y sin otra cobertura (Cetrángolo y Devoto, 1998: 5). Siguiendo a Arcidiácono et al. (2013:2) esta modalidad de seguros contributivos asociada con el trabajo formal ha sido el principal principio asegurador de riesgo mediante el cual el régimen de bienestar argentino históricamente ha permitido el acceso a derechos sociales. El esquema sobre el que se basa es que el jefe de familia asalariado formal permite

acceder a las protecciones a su cónyuge e hijos¹. Pautassi (2010: 73) plantea que el mismo suponía, a la vez que promovía, un modelo de familia con un “varón proveedor” y una “mujer ama de casa”.

Existen tres grandes tipos de organizaciones en el interior de este sector. Por un lado están las Obras Sociales Nacionales (280 aproximadamente), que se financian principalmente con los aportes patronales y salariales. Por otro lado, están las Obras Sociales Provinciales (una por provincia), que cubren a los trabajadores del sector público provincial y a los jubilados provinciales (y a sus familias) y se financian con los aportes de los afiliados y los recursos asignados por los estados provinciales². Por último, está el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP, más conocido como PAMI) que se financia con los aportes y las contribuciones de los asalariados registrados activos y del aporte de los pasivos. Además de jubilados y pensionados, entre sus afiliados se encuentran veteranos de guerra, los mayores de 70 años y los familiares a cargo (PNUD, 2011: 29- 30). Cabe destacar que las obras sociales se consolidaron como financiadores del sistema, con una prestación directa marginal, y orientaron su demanda hacia el sector privado (efectores, laboratorios y productores de equipamiento médico) (PNUD, 2011: 7).

En la década del '90 se reforma el sector, a partir de la desregulación de las Obras Sociales Nacionales (decreto 9/1993 que entra en vigencia en 1997). La reforma permite a los asalariados (que se llevan consigo sus aportes a la seguridad social) optar entre las múltiples obras sociales y pactar planes diferenciales de salud (Cetrángolo y Devoto, 1998). De esta forma se elimina la solidaridad interna a cada obra social propia del sistema anterior, en el que todos los asalariados de una misma rama de actividad recibían los mismos beneficios³. Los sindicatos logran imponer una cláusula por la que los aportantes no pueden optar por las empresas de medicina prepaga (Belmartino, 2005). Sin embargo, éstas hicieron acuerdos con algunas obras sociales para que les transfieran sus afiliados. De esta forma, los asalariados de mayores recursos y más jóvenes (con menores riesgos de enfermarse) “se pasan” a esas obras sociales, aunque en realidad se escapan del subsistema y pasan a ser aportantes directos del sector privado (Findling et al., 2000; Belmartino, 2005; Fidalgo, 2008). También se permite una estratificación de los servicios al interior de una misma obra social. A partir del Programa Médico Obligatorio⁴ se garantiza una cobertura

¹ En el caso de las obras sociales, la Ley N° 23.660 indica que quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales los empleados en relación de dependencia, su núcleo familiar (cónyuge, concubino o pareja de hecho e hijos solteros no emancipados hasta 21 años, extendiéndose hasta los 25 en caso de que estudien, y sin límite de edad para los discapacitados). También las personas que convivan con el afiliado titular, y reciban del mismo ostensible trato familiar. Además se puede incluir al grupo familiar extendido (nietos y padres), pero aquí pagando un 1,5% del salario por afiliado. En el caso del monotributo y del servicio doméstico, se puede incorporar al núcleo familiar primario de forma optativa y cada miembro paga la suma correspondiente.

² En algunas provincias también cubren a otros trabajadores estatales (como empleados municipales, de universidades nacionales, etc) e incorporan adherentes voluntarios (PNUD, 2011: 26- 28)

³ Sin embargo, había gran heterogeneidad entre los recursos por beneficiario que manejaban las distintas obras sociales.

⁴ El Programa Médico Obligatorio (PMO) es un conjunto mínimo de prestaciones que las Obras Sociales Nacionales les deben cubrir a sus afiliados que se decreta en el año 1996. La reforma también incluyó un Fondo Solidario de Distribución que destina una parte de lo recaudado por todo el sector a contribuir en cubrir a los trabajadores que sus aportes se encuentran por debajo de los costos del PMO. De esta forma, las obras sociales pueden brindarles un plan que asegure las prestaciones básicas del PMO a algunos afiliados, y

mínima para los afiliados que menos aportan en relación al tamaño de su grupo familiar, y ya no una cobertura homogénea para todos los afiliados, profundizando la fragmentación e inequidad del sector (PNUD, 2011: 26).

Un tercer sector, el privado, está compuesto por empresas de seguros privados de salud (prepagas), prestadores y profesionales independientes. En cuanto a las empresas de medicina prepaga, si bien existe una gran heterogeneidad en la cantidad de afiliados y de recursos por afiliado, las mismas cubren principalmente a la población de mayores ingresos y más joven (con menos riesgo de enfermarse) y se concentran en los grandes centros urbanos (principalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires) (Findling et al., 2000; Fidalgo, 2008). Por otro lado, existe una importante red de prestadores y profesionales independientes, que principalmente les brindan sus servicios a beneficiarios de obras sociales y empresas de medicina prepaga (que en algunos casos tienen efectores propios) y a usuarios que pagan las consultas y tratamientos de su bolsillo.

Como hemos visto, los tres sectores responden a principios distintos mediante los cuales se puede cubrir el “riesgo social” de enfermarse: el sistema público responde a una política de provisión de bienestar universalista y las obras sociales responden a una política basada en un principio corporativo vinculado con lo contributivo, mientras que las prepagas están vinculadas con la obtención de la cobertura a partir del mercado⁵. Si bien el sector público brinda cobertura a toda la población, en la práctica acceden al mismo principalmente la población sin otra cobertura de salud, generando que el acceso a los servicios y el subsistema de atención al que se accede esté fuertemente estratificado (Maceira, 2009). El derecho nominal a la salud garantizado legalmente no siempre se concreta en forma efectiva (Tobar, 2013: 8), en el contexto de un sistema con grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud producto de las diferentes capacidades de pago (a través de contribuciones a la seguridad social o de “bolsillo”) de la población (Maceira, 2009: 3; Curcio, 2011: 53). En este sentido, a pesar de que existe una gran heterogeneidad en las prestaciones que las diferentes obras sociales y prepagas brindan a sus afiliados, poseer alguna de estas coberturas de salud es tomado por algunos autores como indicador de acceso potencial a los servicios de salud (por ejemplo, Triano, 2006 y Adaszko, 2011). Estudios cuantitativos muestran que la población no afiliada a algún sistema utiliza menos todos los servicios de salud, aún una vez controlada la clase social, el ingreso, el nivel educativo, el sexo, la edad y las necesidades diferenciales de salud (Jorrat et al., 2008; Ballesteros, 2014). Además, la población que cuenta únicamente con cobertura pública es la que más frecuentemente se encuentra con barreras en el acceso a los servicios de salud (vinculadas con el tiempo, con el dinero, con los turnos o con las distancias a los centros de salud) (Stolkiner et al., 2003; Findling et al., 2004; Musante, 2011; Ballesteros, 2013).

ofrecer más servicios a otros afiliados, permitiendo la emergencia de planes diferenciales en una misma obra social (PNUD, 2011: 26-27).

⁵Si bien esta es la lógica principal de su funcionamiento, algunas obras sociales también permiten la incorporación de beneficiarios mediante el aporte de una cápita mensual de su bolsillo sin vínculo alguno con lo contributivo y parte de los afiliados a las prepagas derivan sus aportes contributivos para obtener la cobertura.

1976-2002: Transformaciones regresivas en la estructura social argentina y su vínculo con la cobertura de salud

Como dijimos más arriba, la expansión de la cobertura de salud vía obras sociales para los asalariados formales, jubilados y pensionados y sus familias suponía, a la vez que promovía, un modelo familiar con un “varón proveedor” inserto en el mercado formal y una “mujer ama de casa” encargada de la reproducción doméstica (Pautassi, 2010: 73; Arcidiácono et al., 2013:2). El mismo se enmarcaba en un modelo de acumulación centrado en la industrialización sustitutiva de importaciones que permitió la extensión de la relación asalariada a la gran mayoría de las clases trabajadoras urbanas, así como la presencia de un artesanado cuenta propia calificado (Dalle, 2012). El modelo se basaba en el mercado interno, favoreciendo la capacidad de compra de los trabajadores y permitiendo una distribución del ingreso más equitativa que la de la mayoría de los países de la región así como importantes niveles de movilidad social ascendente (Pucciarelli, 1998; Groisman, 2013). Sin embargo, nunca dejaron de existir regiones no integradas plenamente a la dinámica del modelo, bolsones de marginalidad y no se llegó a los niveles de relaciones salariales presentes en las sociedades Europeas de aquella época (Dalle, 2012). Si bien los altos niveles de relaciones asalariadas formales y los bajos niveles de desempleo alcanzaron a lograr una amplia cobertura vía lo contributivo, siempre quedó población por fuera de la misma (Arcidiácono et al. 2013).

A partir del gobierno de la Junta Militar (1976-1983) se producen cambios en el modelo de acumulación que se profundizarán en la década del 90. En el país se instala un modelo basado en la valorización financiera, aplicándose políticas neoliberales que incluyeron la apertura comercial y la liberalización y desindustrialización de la economía. Estos cambios generaron efectos regresivos en el mercado de trabajo y en la estructura social. Se destaca el aumento del desempleo, la informalidad, la caída del salario real y la inestabilidad laboral que afectó principalmente a los jóvenes y a los trabajadores de menor nivel educativo. En este sentido, la crisis industrial rompe con la figura del obrero calificado como principal sostén del hogar y consecuentemente salen más miembros de la familia al mercado laboral (Beccaria, 2003; Groisman, 2013). Además del aumento sustantivo de la tasa de actividad femenina, el incremento de los hogares monoparentales sostenidos por mujeres mina el modelo de “hombre proveedor” y mujer encargada de la reproducción doméstica del hogar (Isuani, 2009: 21)⁶.

Cabe destacar también que los hogares cuyo jefe era un asalariado precario fueron los más afectados por la pérdida de empleo, la imposibilidad de reinsertarse laboralmente, la subocupación y la sobreocupación horaria y los bajos salarios (Salvia y Tissera, 2000: 99-100). Como consecuencia de estos cambios anteriores se generó un profundo deterioro distributivo del ingreso en el país que produjo un fenómeno de polarización social (Benza y Calvi, 2005). Por un lado, hubo una profundización absoluta y relativa de la pobreza, que incluyó el empobrecimiento de sectores anteriormente ubicados en las capas medias. Por

⁶ Cabe destacar que la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo es un fenómeno que también aconteció en los países centrales. Además, en comparación con otros países de Latinoamérica, Argentina cuenta con una de las menores tasas de participación de mujeres en el mercado de trabajo. Paradójicamente, los países de la región con una menor inversión social en servicios que facilitan el acceso femenino al mercado laboral son los que cuentan con mayores tasas de participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Martínez Franzoni, 2005: 20-21).

otro, los sectores de mayores ingresos enriquecieron aún más en términos absolutos y se apoderaron de una mayor parte del producto (Pucciarelli, 1998).

Producto de estos procesos, la población afiliada a algún seguro de salud descendió del 63,1% en 1991 al 51,9% en el 2001 (según los datos de los censos poblacionales realizados en dichos años). Recordemos que las estimaciones indican que para 1980 el 70% de la población estaba afiliada a algún seguro de salud (Cetrángolo y Devoto, 1998: 5). El descenso en la afiliación no fue mayor ya que el impacto del aumento del trabajo informal y del desempleo, en parte, fue amortiguado por la doble cobertura que tenían algunas familias. De esta forma, en aquellas familias en las que más de un miembro del grupo tenían un trabajo en el que aportaba a la seguridad social, si uno de los miembros perdía el trabajo formal, el grupo familiar podía seguir cubierto con los aportes del otro miembro. Por otro lado, se produce un incremento de cantidad de afiliados por miembro aportante. Siguiendo a Tobar (2001: 7), esta es una estrategia desarrollada por “algunos sectores pauperizados que buscan extender la cobertura de aquellos que aún cuentan con algún tipo de protección de obra social hacia los familiares que han quedado excluidos del mercado laboral formal”.

El leve aumento del gasto en el sector público de salud (en proporción del PBI) (Isuani, 2009: 14) no fue suficiente para evitar la profunda crisis financiera y de infraestructura del sector que debió atender una gran masa de usuarios que anteriormente contaban con otra cobertura. La crisis se manifestó en la falta reiterada de materiales sanitarios y medicamentos, así como en los conflictos laborales producto del estancamiento salarial (Acuña y Chudnovsky, 2002: 31).

2003-2010: Impacto de los cambios en el mercado de trabajo y de las reformas en la seguridad social sobre la cobertura de salud

Luego de la profunda crisis del 2001-2002, el período iniciado en 2003 está marcado por un crecimiento económico a tasas elevadas, un descenso de la tasa de desocupación, un proceso de asalarización que implica un aumento absoluto y relativo de la población asalariada sobre el total de los ocupados (a expensas del descenso relativo del cuentapropismo), un incremento del trabajo registrado y un aumento del salario real de los asalariados (Palomino, 2010; Dalle, 2012). Por lo anterior Palomino (2010) sostiene que estamos ante la presencia de un nuevo régimen de empleo, diametralmente opuesto al instaurado a partir de la última dictadura militar y profundizado durante la convertibilidad (ya que tendencialmente la regulación del empleo reemplaza a la precarización).

A pesar de este proceso, aún continúan existiendo niveles muy altos de desigualdad en la distribución de los ingresos, importantes sectores de la población trabajando de forma precarizada, sin que se le realicen aportes a la seguridad social y en condiciones de pobreza (Dalle, 2012). En este sentido, Salvia et al. (2008:1-2) discuten la existencia de un nuevo régimen de empleo y sostienen que los cambios macroeconómicos acontecidos postcrisis 2001-2002 no son suficientes para alterar las características centrales del régimen social de acumulación “altamente concentrado, cada vez más globalizado y en buena medida responsable de la heterogeneidad estructural” que caracteriza a la Argentina. Así, si bien estos autores observan la existencia de los cambios postdevaluación anteriormente mencionados, sostienen que los mismos no modificaron los aspectos centrales de la segmentada matriz ocupacional ni la existencia de sectores marginales al modelo de

acumulación (Salvia et al., 2008:2). Independientemente de las distintas consideraciones sobre los significados que han tenido los cambios en el mercado de trabajo, estos han sido fundamentales para explicar el aumento de la población afiliada a algún seguro de salud (como veremos a continuación).

También ha contribuido a ello la modificación del marco regulatorio que incorpora a los monotributistas en el régimen de obras sociales (Danani y Grassi, 2013: 8) y el aumento de la población que recibe jubilaciones debido al Plan de Inclusión Previsional⁷ (y por lo tanto tiene la cobertura de INSSJP-PAMI). Todas estas transformaciones han generado, además del aumento de los niveles de población afiliada, algunos otros cambios en el tipo cobertura de la población como veremos a continuación, a partir de los resultados de la EPH 2003 y 2010 y de la EUGSS 2005 y 2010.

Para ver la forma en que estos factores impactaron en la afiliación a los sistemas de salud, a continuación vemos el cruce de una variable compuesta por la categoría ocupacional y la condición de inactividad con el tipo de cobertura de la población a partir de las EPH del cuarto trimestre del 2003 (Cuadro 1) y del 2010 (Cuadro 2). Comenzando con una lectura de los marginales del tipo de cobertura, se ve que la población cuya única cobertura es pública pasa de ser el 43,9% en 2003 (Cuadro 1) al 31,7% en 2010 (Cuadro2). Vemos también que este aumento en la población afiliada a algún seguro de salud se debe al fuerte incremento de la población que cuenta con obra social (pasa del 45,4% en 2003 al 60,4% en 2010), mientras que desciende levemente la población adherida a mutuales, prepagas y/o sistemas de emergencia (pasa del 7,7% al 5,3%), así como la población que tiene doble cobertura de Obra social y mutual, prepaga o servicio de emergencia (pasa del 2,5% al 2,2%). Es decir, que el aumento en los niveles de afiliación de la población se dio de forma conjunta con un aumento en el peso absoluto y relativo de la población afiliada a las obras sociales, y un retroceso del resto de las formas de afiliación. Cabe destacar la limitación del agrupamiento de la variable que brinda la EPH en tanto ubica de forma conjunta a prepagas, mutuales y servicios de emergencia. Esto nos impide afirmar si descendió el porcentaje de afiliados a las prepagas, por ejemplo, ya que es posible que este se haya mantenido o incluso aumentado, pero que haya descendido la población afiliada a mutuales o servicios de emergencia. En cambio lo que sí nos permite afirmar con certeza es que el aumento del peso de la población afiliada se debe al incremento de las obras sociales⁸.

⁷ La Ley 25.994 sancionada en el año 2004 y el decreto 1454/05, permitió que la población en edad legal jubilatoria que no contaban con los años de aportes suficientes para jubilarse, entren en una moratoria de pago de forma conjunta con el beneficio jubilatorio. Para el año 2009, 2.312.000 personas pudieron jubilarse gracias al Plan de Inclusión Previsional, lo que permitió la cobertura de alrededor del 90% de la población en edad jubilable (Alonso y Di Costa, 2012: 124), frente a solo el 68% que estaban cubiertos en el año 2003 (Danani y Grassi, 2013:13).

⁸ Una limitación extra vinculada con la autodeclaración del tipo de cobertura, es que en el lenguaje cotidiano parte de la población utiliza como sinónimos obra social o prepaga, o desconoce las diferencias entre ambas. Sin embargo, cabe destacar que tanto en la EUGSS del 2003 como en la del 2010, además de consultar por el tipo de cobertura se preguntó por el nombre de la cobertura. Ello permitió corregir cuando no había correspondencia con el tipo de cobertura del encuestado. Las EUGSS del 2003 y del 2010, arrojan un resultado similar a la EPH en cuanto al aumento del peso de las obras sociales y el retroceso del resto de las formas de aseguramiento.

Cuadro 1. Tipo de cobertura de salud según Categoría ocupacional y Condición de inactividad. Residentes en zonas urbanas de Argentina en el cuarto trimestre del año 2003. Datos en %.

Tipo de cobertura médica	Categoría ocupacional y Condición de inactividad							Total
	Patrón	Cuenta propia	Asalariado	Trabajador familiar	Desocupado	Jubilado-Pensionado	Otros inactivos	
Obra social (incluye PAMI)	35,9	24,0	51,6	28,5	22,5	84,5	41,7	45,4
Mutual/Prepaga/S. de emergencia	33,4	15,2	6,3	12,8	5,6	3,8	7,2	7,7
Obra social y mutual/prepaga/S. de emergencia	4,1	1,2	3,0	1,7	1,3	7,4	1,8	2,5
Planes y seguros públicos	0,4	0,3	0,4	1,0	0,5	0,1	0,5	0,4
Solo cobertura pública	25,7	59,1	38,5	55,9	70,1	4,3	48,7	43,9
Ns./Nr.	0,5	0,2	0,2		0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1,6	8,2	29,3	0,6	4,9	7,8	47,7	(46847)

Fuente: Elaboración propia en base a EPH- cuarto trimestre del 2003.

Cuadro 2. Tipo de cobertura de salud según Categoría ocupacional y Condición de inactividad. Residentes en zonas urbanas de Argentina en el en el cuarto trimestre del año 2010. Datos en %.

Tipo de cobertura médica	Condición de actividad y Categoría ocupacional							Total
	Patrón	Cuenta propia	Asalariado	Trabajador familiar	Desocupado	Jubilado-Pensionado	Otros inactivos	
Obra social (incluye PAMI)	53,6	39,3	68,4	32,2	36,4	87,4	53,1	60,4
Mutual/Prepaga/S. de emergencia	20,9	9,6	5,2	10,9	4,9	3,4	4,5	5,3
Obra social y mutual/prepaga/S. de emergencia	2,6	1,8	2,5	2,2	1,0	4,5	1,5	2,2
Planes y seguros públicos	0,2	0,4	0,2	0,0	0,5	0,3	0,5	0,4
Solo cobertura pública	22,7	48,9	23,7	54,6	57,2	4,3	40,4	31,7
Ns./Nr.	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1,7	7,6	32,7	0,3	3,3	11,5	42,8	(58898)

Fuente: Elaboración propia en base a EPH- cuarto trimestre del 2010.

Hemos dicho que son varios los factores que han incidido en el aumento de los niveles de afiliación, y que también pueden explicar el aumento del peso de las obras sociales. Uno de ellos es el fenómeno de asalarización (incremento del peso en la PEA del trabajo asalariado en detrimento del cuentapropismo) de forma conjunta con el aumento del trabajo registrado, debido a que la población asalariada cuenta en mayor proporción con obra social y los cuenta propia en mayor proporción con mutuales, prepagas y servicios de emergencia. Además entre los cuenta propia los niveles de informalidad son mucho más altos que entre los asalariados por lo que es más frecuente que cuenten únicamente con cobertura pública⁹. En cuanto al fenómeno de asalarización, vemos que en el 2003 los asalariados representaban un 29,3% y los cuenta propia un 8,2% (Cuadro 1) del total de la población, mientras que en el 2010 los asalariados representaban 32,7% y los cuenta propia un 7,6% (Cuadro 2). El hecho de que aumenten los asalariados (en mayor proporción afiliados a obras sociales) y desciendan los cuenta propia (en mayor proporción dependientes de la cobertura pública y con más peso de las prepagas, mutuales y servicios de emergencia), genera que entre la población afiliada tenga más peso la obra social y descienda el peso de las restantes formas de afiliación y de no afiliación.

Por su parte, el impacto del trabajo registrado se nota en que en el 2003 solo el 51,6% de los asalariados contaba únicamente con obra social, mientras que en el 2010 el 68,4% pasó a tener esa cobertura de salud. Además, el impacto del aumento del trabajo asalariado registrado genera que aumenten los niveles de población afiliados a obras sociales en otras categorías como otros miembros inactivos (principalmente estudiantes y amas de casa), quienes en el 2003 estaban afiliados en un 41,7% únicamente a obras sociales, mientras que en el 2010 pasaron a estarlo en un 51,1%. Ello se debe a que estos cuentan en mayor medida con la extensión de la cobertura de otros miembros del núcleo familiar que están insertos en un trabajo formal.

Por otro lado, vemos que hay un importante aumento en la afiliación a las obras sociales entre los cuenta propia (pasan del 24,0% al 39,3%) y un descenso en la afiliación a mutuales, prepagas y servicios de emergencia (pasan del 15,2% al 9,6%). Entendemos que ello puede explicarse por la modificación del marco regulatorio que incorpora a los monotributistas en el régimen de obras sociales (Danani y Grassi, 2013: 8). Un último elemento a considerar es el incremento del porcentaje de población jubilada como resultado del Plan de Inclusión Previsional: pasó del 7,8% en el 2003 al 11,5% en el 2010. Cabe destacar que entre los jubilados, el porcentaje de población afiliada únicamente a obras sociales es altísimo (84,5% en el 2003 y 87,4% en el 2010), en gran medida debido a la cobertura del INSSJP (PAMI).

La doble cobertura en el hogar como un límite a la expansión de la cobertura contributiva

En el apartado anterior hemos visto la forma en que el proceso de asalarización, el aumento del trabajo registrado, el incremento de la población que recibe jubilaciones y las modificaciones en el marco regulatorio de los monotributistas aumentaron los niveles de población afiliada y cambiaron el peso relativo de las distintas coberturas de salud

⁹Siguiendo a Curcio y Beccaria (2011: 68-69), en el 2009 el 60% de los cuenta propia eran trabajadores informales; mientras que entre los asalariados el 31% no se encontraban registrados en la seguridad social.

(generando que aumente la importancia de las obras sociales). Sin embargo, un punto a tener en cuenta es que los nuevos puestos de trabajo registrado no fueron captados únicamente por los hogares que no contaban con la cobertura contributiva. De hecho el aumento del trabajo registrado se produjo principalmente en hogares de mayores ingresos, con mayor nivel educativo del jefe y entre otros miembros del hogar que no sean el jefe, generando que gran parte de los nuevos asalariados registrados pertenezcan a hogares en los que algún miembro del hogar ya contaba con un trabajo registrado (Groisman, 2011). Como vemos en el Cuadro 3, en el 2003 el 61,6% de los asalariados registrados reside en hogares donde son los únicos con dicha condición de actividad, mientras que 38,4% restante se encuentra en hogares en los que hay al menos otro trabajador registrado. En cambio, en el 2010 el porcentaje de asalariados registrados que reside en hogares en los que al menos hay otro trabajador registrado aumenta al 48%, mientras que solo el 52% reside en hogares en los que son los únicos con dicha condición de actividad.

Cuadro 3. Cantidad de asalariados registrados en el hogar en 2003 y 2010. Población asalariada registrada en zonas urbanas de Argentina entre 2003 y 2010. Datos en %. ⁽¹⁾

		2003	2010
Cantidad de asalariados registrados en el hogar	1	61,6	52,0
	2	33,0	38,7
	3 o más	5,4	9,3
	Total	100,0 (6.932)	100,0 (12.827)

(1) La unidad de análisis del cuadro son los asalariados registrados y la “Cantidad de asalariados registrados en el hogar” es una variable contextual de los mismos. Es decir, en el cuadro no se están contabilizando los hogares, sino los asalariados registrados según la cantidad de asalariados registrados que residen en su hogar.

Fuente: Elaboración propia en base a EPH- cuarto trimestre del 2003 y 2010.

Para comprender mejor el fenómeno de la captación de trabajos registrados por hogares en los que ya existían asalariados registrados, en el Cuadro 4 tomamos como unidad de análisis el hogar y ampliamos el universo de análisis, incluyendo también a los hogares en los que no hay trabajadores registrados. Allí puede verse que el porcentaje de hogares sin trabajadores registrados pasa del 60,2% en 2003 al 48,5% en 2010. La reducción de 11,7% puntos porcentuales se explica principalmente por el descenso de hogares que tienen asalariados no registrados (pasan del 26,6% al 16,6%) y en menor medida por la inexistencia de trabajadores en relación de dependencia (pasan del 33,6 al 31,9). Ahora bien, en los hogares con trabajadores registrados, vemos que los que tienen dos o más trabajadores aumentaron 5,4 puntos porcentuales (pasaron del 9,5% al 14,9%) mientras los que tienen un trabajador registrado aumentaron 6,2 puntos porcentuales (pasaron del 30,3% al 36,5%). Ello muestra que gran parte de los nuevos puestos de trabajos registrados se han generado en hogares en los que otro miembro cuenta con un trabajo registrado.

Cuadro 4. Cantidad de trabajadores registrados en el hogar y promedio de miembros por hogar. Hogares de zonas urbanas de Argentina entre 2003 y 2010. Datos en %. ⁽¹⁾

Cantidad de trabajadores registrados en el hogar (2)		2003		2010	
		Hogares	Promedio de miembros por hogar	Hogares	Promedio de miembros por hogar
0	con trabajadores no registrados en relación de dependencia	26,6%	4,1	16,6%	3,9
	Sin Trabajadores en relación de dependencia	33,6%	2,6	31,9%	2,4
1		30,3%	3,8	36,5%	3,5
2		8,7%	4,2	13,2%	4,0
3 o más		0,8%	5,5	1,7%	5,2
Total		100,0%	3,5	100,0%	3,3
		(13.325)		(17.812)	

(1) A diferencia del Cuadro 3, la unidad de análisis del cuadro son los hogares.

(2) Para construir la variable primero se consideró la cantidad de trabajadores registrados en el hogar. Luego, entre los hogares sin trabajadores registrados, se diferenció entre aquellos que cuentan con trabajadores no registrados en relación de dependencia y los que no.

Fuente: Elaboración propia en base a EPH- cuarto trimestre del 2003 y 2010.

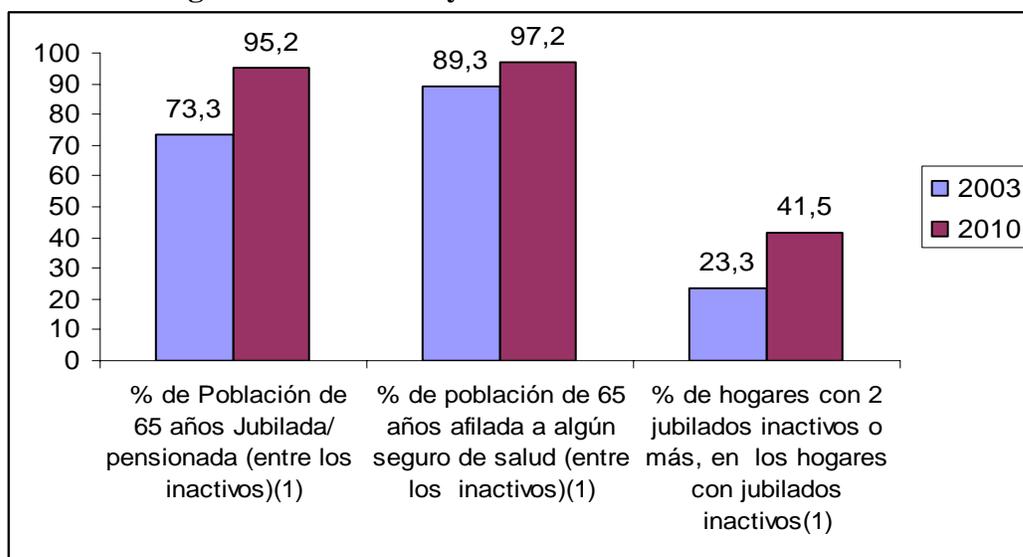
Otro punto a destacar del Cuadro 4 es el promedio de miembros por hogar según la cantidad de trabajadores registrados con los que cuentan. Tomando como referencia el año 2010 puede verse que los hogares con trabajadores no registrados tienen un promedio de integrantes (3,9) mayor que la media de los hogares del país (3,3) pero también mayor que los hogares con un integrante en relación de dependencia registrado (3,5) y casi los mismos que los hogares con dos integrantes en relación de dependencia registrados (4,0). Esto muestra que no han conseguido trabajo registrado miembros de hogares en los que potencialmente la obtención de un puesto de trabajo con esas características hubiera tenido un alto impacto en términos de potencial expansión de la cobertura.

Algo similar sucede cuando consideramos a la población jubilada y pensionada. Parte del efecto del aumento de la afiliación a algún seguro de salud generada por el incremento de la población que recibe jubilaciones o pensiones, se ha visto amortiguada por el hecho de que los nuevos beneficiarios (principalmente mujeres¹⁰) residen en hogares en los que otra persona ya recibía una jubilación o pensión (principalmente el cónyuge) y por lo tanto podía tener cobertura de salud. Como vemos en el Gráfico 1, mientras que en el 2003 solo el 23,3% de los jubilados inactivos residen en hogares en los que hay otras personas gozando de ese derecho, en el 2010 ese porcentaje aumenta al 41,5%. Es decir que casi se duplica (aumentan 18,2% puntos porcentuales) el porcentaje de jubilados/pensionados inactivos que residen en hogares en los que al menos una persona más recibe una jubilación

¹⁰ El 73% de los beneficiarios incluidos en la moratoria son mujeres frente al 27% de varones. Cabe destacar que si bien los efectos en la cobertura de salud se han visto amortiguados por la existencia de dos jubilaciones en un mismo grupo familiar, esto no invalida el enorme impacto social de la medida. Gran parte de la nueva población beneficiaría residía en hogares pobres, y la recepción del estipendio de la jubilación tuvo un impacto socioeconómico determinante (Danani y Beccaria, 2011: 123-124).

o pensión y se encuentra inactiva. Ello explica que mientras aumentan más de 20 puntos porcentuales los jubilados-pensionados entre la población inactiva de 65 años y más (pasa del 73,3% al 95,2%), la afiliación a algún seguro de salud entre esta población aumenta un poco menos de diez puntos porcentuales (pasa del 89,3% al 97,2%).

Gráfico 1. % de población de 65 años jubilada/pensionada (entre los inactivos), % de población de 65 años afiliada a algún seguro de salud (entre los inactivos), y % de hogares con 2 jubilados o más inactivos, en los hogares con jubilados inactivos. Zonas urbanas de argentina entre 2003 y 2010.



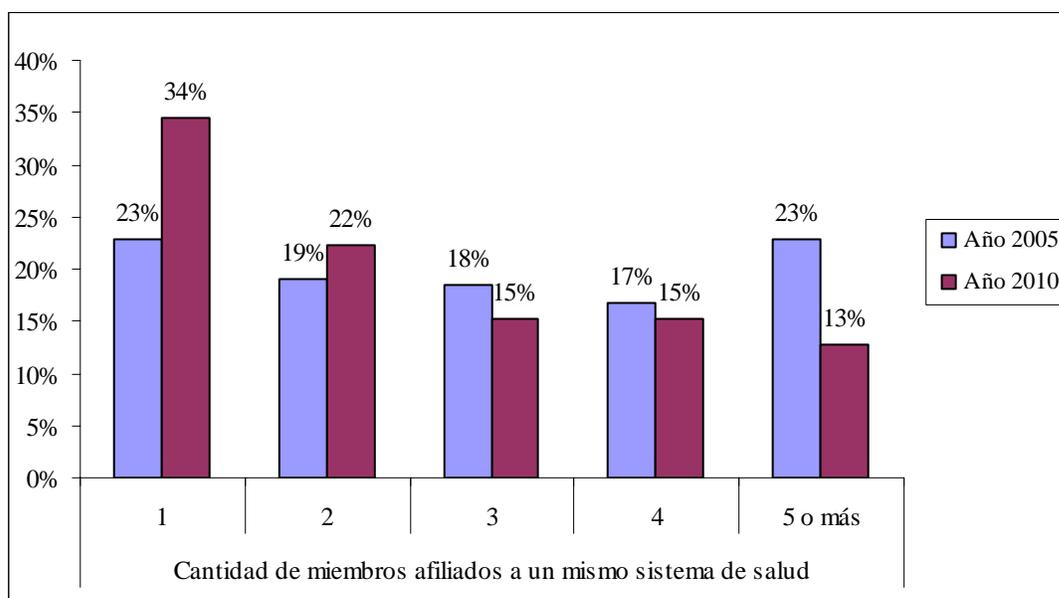
(1) Hemos trabajado con la población inactiva para que no se superponga el efecto del trabajo registrado en la cobertura de salud de la población de 65 años y más. Es decir, no incluimos en el cuadro a la población de 65 años y más que se encuentra activa.

Fuente: Elaboración propia en base a EPH- cuarto trimestre del 2003 y 2010.

Otro cambio con relación a la cobertura de salud que se puede obtener a partir del análisis de los datos de las Encuestas de Utilización y Gastos de Servicios de Salud (EUGSS), es la disminución del promedio de la cantidad de integrantes del grupo familiar afiliados a la misma cobertura de Salud. En este caso, no podemos comparar los resultados del 2010 con los del 2003, porque en ese año no se relevó la información, por lo que la comparación se realiza con los resultados de la encuesta del 2005. El promedio de integrantes del grupo familiar afiliados al mismo seguro de salud disminuyó casi un 20% entre el 2005 y el 2010, pasando de 3,15 a 2,56. Como vemos en el Gráfico 2, ello se explica porque en el 2005 los afiliados sin otros integrantes del grupo familiar afiliados a la misma cobertura representan el 23%, mientras que en el 2010 aumentan hasta un 34%. En cambio, los grupos familiares numerosos (5 miembros o más) afiliados a un mismo seguro de salud descienden del 23% al 13%. Recordemos que una de las estrategias desarrolladas por las familias durante los `90 para disminuir el impacto de la desocupación y el trabajo no registrado, fue la de extender la cobertura de algún miembro del grupo familiar que conservó el trabajo registrado hacia otros que perdieron los beneficios de la seguridad social (Tobar, 2001). En este sentido, mientras el aumento de la cantidad de miembros por grupo familiar afiliados a un mismo plan produjo una amortiguación en el impacto del

trabajo no registrado y el desempleo en la década del `90; la disminución de los miembros por grupo familiar también estaría amortiguando el impacto pero en el sentido inverso, impidiendo que sea mayor la cantidad de población afiliada a algún seguro de salud.

Gráfico 2. Cantidad de miembros del grupo familiar afiliados a un mismo seguro de salud. Población residente en zonas urbanas de Argentina en los años 2005 y 2010. Datos en %.



Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS de los años 2005 y 2010.

Consideraciones finales

En el trabajo hemos visto los efectos que han tenido los cambios en el mercado de trabajo, en la extensión de la cobertura previsional y las modificaciones en el marco regulatorio de los monotributistas sobre la afiliación a los seguros de salud. Hemos destacado que estas transformaciones generaron un importante aumento de la población afiliada (en las zonas urbanas del país pasó del 56,1% en 2003 al 68,3% en 2010), así como en el tipo de afiliación (generando que aumenten particularmente los afiliados a obras sociales).

Por otro lado, también hemos observado que estos procesos han visto limitado su efecto debido a que gran parte de la nueva población aportante a la seguridad social ya se encontraba afiliada a algún seguro de salud debido a la extensión de beneficios por parte de otro miembro de su hogar. En este sentido, destacamos que los hogares en los que hay trabajadores no registrados suelen ser numerosos (tienen un alto promedio de cantidad de miembros por hogar), por lo que la obtención de un puesto de trabajo registrado por parte de algún miembro de muchos de esos hogares tendría un gran potencial en términos de expansión de la cobertura vía lo contributivo. Por último, cabe destacar que hemos marcado al descenso en el promedio de la cantidad de integrantes por grupo familiar afiliados al

mismo seguro de salud como otro factor que estaría amortiguando el impacto de los cambios en el mercado de trabajo, en la cobertura previsional y en las modificaciones sobre el marco regulatorio de los monotributistas.

Entendemos que el trabajo brinda un elemento más para comprender las dificultades que tiene lograr la universalización de la cobertura de salud vía lo contributivo (Arcidiácono et al., 2013: 5). Cabe destacar que durante el período analizado desde el estado nacional se han desarrollado políticas orientadas al sistema de salud “con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos” y disminuir las desigualdades territoriales, como la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, el Programa Remediar, el Plan Nacer/SUMAR y el Programa de Salud Sexual y Procreación responsable (PNUD, 2011: 9). Estas prestaciones brindan cobertura y facilitan el acceso a determinados servicios de salud por fuera del campo de lo contributivo. Sin embargo, distintos autores coinciden en señalar que durante el período se consolidó la fragmentación e inequidad del sistema. A diferencia de otras áreas donde han habido cambios mucho más significativos o “contra-reformas” de las políticas sociales y laborales neoliberales de los `90 (Danani y Grassi, 2013:6) (como la reforma del sistema previsional, políticas laborales como la ley del Régimen Laboral o de inclusión social como la Asignación Universal por Hijo), las políticas en salud desarrolladas con posterioridad al 2003 no han modificado las características centrales del sistema reformado en los `90 (PNUD, 2011: 9; Escudero, 2011: 11; Basile, 2013). Entendemos que en el contexto de un sistema de salud fuertemente segmentado y fragmentado, en el que las desigualdades en el acceso a los servicios de salud están profundamente asociadas con el tipo de cobertura y el lugar de residencia de la población, una profunda reestructuración para generar un sistema de salud más equitativo implicaría la generación de un fondo único de recursos que permita ofrecer un paquete de servicios homogéneo a toda la población (con independencia de sus aportes contributivos y sus capacidades de pago de bolsillo) (Maceira, 2009: 3).

Bibliografía

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en la Argentina* (Documento de Trabajo N° 60). Buenos Aires: Universidad de San Andrés. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Adaszko, D. (2011). La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende. En *Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario*. Buenos Aires: Educa.
- Alonso, G. y Di Costa, V. (2012). Cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2010. *Aportes*, 18 (29).
- Arcidiácono, P. y Gamallo, G. y Straschnoy, M. (2013). ¿Consolidación de un sistema de protección social no contributivo en Argentina? el Plan Nacer, la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo. En L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (Coord.), *Salud: sobre (des)igualdades y derechos*. Buenos Aires: Editorial Abeledo Perrot.

- Ballesteros, M. S. (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios* (Documentos de Jóvenes Investigadores número 41. Buenos Aires: IIGG (UBA).
- Ballesteros, M. S. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: Reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. En X Jornadas de Sociología UBA[CD-ROM]. Buenos Aires: Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Basile, G. (2013). Tensiones creativas del Post-neoliberalismo: ¿avances en Seguridad Social, retrocesos en Salud Colectiva?. En A. Kornblit, A. Camarotti, G. Wald y M. Ponce (Coord.), Taller El balance de una década: avances y cuestiones pendientes en la política social y de salud 2003-201. X Jornadas de Salud y Población, IIGG-UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Beccaria, L. (2003). Las vicisitudes del mercado laboral argentino luego de las reformas. *Boletín Informativo Techint*, 312, 80-107.
- Benza, G. y Calvi, G. (2005). Reestructuración económica, concentración del ingreso y ciclos de desigualdad en la Argentina 1974-2003. *Realidad económica*, 214 (1), 74-104.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad* (Serie Estudios No. 27). Buenos Aires: CECE. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/13041/SALUDEQYREF.pdf>
- Curcio, J. (2011). Descripción del Sistema de Seguridad Social: componentes al cabo de la década del '90 y de la primera década del Siglo XXI. En C. Dananiy S. Hintze (coord.) *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Curcio, J. y Beccaria, A. (2011). Sistema de Seguridad Social y mercado de trabajo: evolución de la cobertura en la Argentina entre 1990 y 2010. En C. Dananiy S. Hintze (coord.) *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Dalle, Pablo (2012). Cambios recientes en la estratificación social en Argentina (2003-2011). Inflexiones y dinámicas emergentes de movilidad social. *Argumentos, Revista de crítica social*, 14, 77-114.
- Danani, C. y Beccaria, A. (2011). La (contra)reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político culturales del proceso de transformación de la protección. En C. Danani y S. Hintze (coord.) *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Danani, C. y Grassi, E. (2013). El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: características y nuevos problemas. En A. Kornblit, A. Camarotti, G. Wald y M. Ponce (Coord.), Taller El balance de una década: avances y cuestiones pendientes en la

- política social y de salud 2003-201. X Jornadas de Salud y Población, IIGG-UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Escudero, J. C. (2011). Sobre la salud colectiva. *Voces en el Fénix*, 7, 6-11.
- Esping Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio.
- Findling, L., Abramzón, M. y Peterlini, C. (2004). Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores. En: II Congreso Nacional de Sociología ¿Para qué la sociología en la Argentina actual? [CD-ROM]. Buenos Aires: Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA
- Findling, L., Arruñada, M., y Klimovsky, E. (2000). La desregulación de obras sociales: un balance de la libre elección. En *La salud en crisis*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Groisman, F. (2011). Argentina: los hogares y los cambios en el mercado laboral (2004-2009). *Revista de la CEPAL*, 104, 81-102.
- Groisman, F. (2013). Gran Buenos Aires: Polarización de ingresos, clase media e informalidad laboral, 1974-2010. *Revista de la CEPAL*, 109, 85-105.
- Isuani, A. (2009). El Estado de Bienestar Argentino: un rígido bien durable. *Politikos*, 12, 35-72.
- Jorrat, R., Fernández, M. M., y Marconi, E. (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud Colectiva*, 4(1), 57-96.
- Maceira, D. (2009). *Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina* (Documento de políticas públicas, Análisis Número 52). Buenos Aires : CIPPEC. Recuperado el 22 de febrero de 2014 de <http://www.danielmaceira.com.ar/pdfs/Inequidad.acceso.salud.pdf>
- Martínez Franzoni, J. (2005). *Regímenes de Bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales*. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales, FLACSO*, 4 (2).
- Musante, B. (2011). Tiempo de espera en la consulta. En *Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario*. Buenos Aires: Educa.
- Palomino, H. (2010). La instalación de un nuevo régimen de empleo en Argentina: de la precarización a la regulación. En H. Palomino (Comp.), *La nueva dinámica de las relaciones laborales en la Argentina*. Buenos Aires: J. Boudino.
- Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En: Montaña Virreira, S. y Calderón Magaña, C. (coord.) *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. Buenos Aires: PNUD. Recuperado el 20 de febrero de 2014 de <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20-%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>

- Pucciarelli, A. (1999). ¿Crisis o decadencia? Hipótesis sobre el significado histórico de algunas transformaciones recientes de la sociedad argentina. *Estudios sociológicos*, XVII(49), 121-152.
- Salvia, A., Comas, G., Ageitos, P. G., Quartulli, D., y Stefani, F. (2008). Cambios en la estructura social del trabajo bajo los regímenes de convertibilidad y post-devaluación. Una mirada desde la perspectiva de la heterogeneidad estructural. En J. Lindemboim (comp.) *Trabajo, Ingresos y políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Buenos Aires: Eudeba
- Salvia, A., y Tissera, S. (2000). Heterogeneidad y Precarización de los hogares asalariados en Argentina durante la década del 90. En J. Lindenboim.(comp.), *Crisis y Metamorfosis del Mercado de Trabajo. Parte, 1*. Buenos Aires: Cuadernos Facultad de Ciencias Económicas, UBA.
- Stolkiner, A., Comes, Y., Parenti, M., Solitario, R. y Unamuno, P. (2003). *Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense* (Serie Seminarios en Salud y Política Pública). Buenos Aires: CEDES.
- Tobar, F. (2001). *Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina*. Buenos Aires: Isalud.
- Tobar, F. (2013). Salud Pública y Derecho a la Salud. En L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (Coord.) *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Triano, M. S. (2006). *Mapa de población con déficit sanitario de la República Argentina 2001*. Buenos Aires: CEDES.