

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO**

57

**GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD
EN ARGENTINA**

M. Cristina V. de Flood



NACIONES UNIDAS

**PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
“REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

**GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD
EN ARGENTINA**

M. Cristina V. de Flood



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

Santiago de Chile, julio de 1997

LC/L.1040
Julio de 1997

Este trabajo fue preparado por la señora M. Cristina V. de Flood, consultora de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". La edición técnica estuvo a cargo del señor Daniel Titelman, Experto en políticas monetarias y financieras de la Unidad de Financiamiento.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

RESUMEN ..	7
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES	11
3. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.....	13
4. EL GASTO Y FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD.....	17
4.1. El Gasto en Salud	17
4.1.1 Evolución del Gasto Público	19
4.2. Matriz de Fuentes y Usos del Sector Salud.....	20
5. EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL GASTO	23
5.1. Resultados del Gasto	23
5.2. Problemas de Eficiencia	26
5.3. Distribución del Gasto: Equidad	28
6. ANÁLISIS POR SUBSECTORES	33
6.1. Gasto y Financiamiento del Gobierno Nacional	33
6.2. Gasto y Financiamiento de los Gobiernos Provinciales y Municipales.....	34
6.3. Gasto y Financiamiento del Sistema de Seguridad Social.....	36
6.3.1. Gasto de las Obras Sociales.....	37
6.3.2. Beneficiarios de las OS.....	38
6.3.3. Financiamiento OS	39
6.3.4. Fondo Solidario de Redistribución	41
6.3.5. Financiamiento del INSSJP	41
6.3.6. Obras Sociales Provinciales.....	42
6.3.7. Modalidades de Contratación del Sistema de Seguridad Social.....	43
6.4. Mercado Privado	43
7. TENDENCIAS ACTUALES DE LA REFORMA.....	47
7.1. Salud Pública	48
7.2. Obras Sociales	49
7.2. 1. Libre Elección	49
7.2.2. Financiamiento	49
7.2.3. Fondo Solidario Redistribución (FSR)	50

7.2.4. Padrones de Titulares y Beneficiarios	50
7.2.5. Reforma en la INSSJP.....	50
7.2.6. Programa Médico Obligatorio (PMO)	50
7.3. Seguros Voluntarios.....	50
7.4. Consideraciones sobre las Nuevas Disposiciones.....	51
7.4.1. Hospital Autogestivo	51
7.4.2. Obras Sociales.....	52
 CONCLUSIONES	 53
 BIBLIOGRAFÍA	 57
 CUADROS	
Cuadro 1: Evolución del Gasto en Salud y su Financiamiento	17
Cuadro 2: Gasto en Salud. Año 1995.....	18
Cuadro 3: Gasto Público en Salud y su Participación en las Erogaciones Totales....	20
Cuadro 4: Gasto Público en el Sector Salud.....	20
Cuadro 5: Matriz y Fuentes y Usos Sector Salud. Año 1995	21
Cuadro 6: Camas Disponibles según Dependencia Administrativa.....	22
Cuadro 7: Distribución de la Población con Cobertura de Seguros de Salud.....	29
Cuadro 8: Distribución del Gasto Fiscal. Año 1992	30
Cuadro 9: Consultas por lugar de atención en el Conglomerado del Gran Bs. As Año 1992....	31
Cuadro 10: Gasto en Salud Pública	36
Cuadro 11: Obras Sociales - ANSSAL	37
Cuadro 12: Gasto de Obras Sociales	37
Cuadro 13: Gastos Mensuales por Beneficiario de Obras Sociales.....	38
Cuadro 14: Beneficiarios de Obras Sociales.....	38
Cuadro 15: Financiamiento de las Obras Sociales, ANSSAL y PAMI. Año 1996	39
Cuadro 16: Evolución de los Aportes y Contribuciones al Sistema	40
Cuadro 17: Evolución de los Aportes y Contribuciones al INSSJP.....	42
 ANEXOS	 59
Cuadro 1: Tasas de Mortalidad Infantil	61
Cuadro 2: Gasto Público Social.....	62
Cuadro 3: Gasto Público Sector Salud	62
Cuadro 4: Gasto Total de Obras Sociales	63
Cuadro 5: Producto Bruto Interno	63
Cuadro 6: Matriz Fuentes y Usos Sector Salud - Año 1986, Porcentajes PBI.....	64
Cuadro 7: Matriz Fuentes y Usos Sector Salud - Año 1986, En Millones de Australes	64
Cuadro 8 : Matriz Fuentes y Usos Sector Salud - Año 1995, En Millones de pesos corrientes	65
Cuadro 9 : Función Salud en la Administración Nacional (1994-1995). En Pesos. ...	66
Cuadro 10: Función Salud en la Administración Nacional (1994-1995) En Porcentajes	67

Cuadro 11:Función Salud en la Administración Nacional, abierto en Gastos y Transferencias (1994-1995)	68
Cuadro 12:Cronograma de Porcentaje de Descuento de Aportes Patronales en los Aglomerados Urbanos	69
Cuadro 13:Nuevas Alícuotas Aplicables - Decreto 292/95.....	70
Cuadro 14:Población Total por Tipo de Cobertura en Salud por Provincia	71
Cuadro 15:Población Total por Tipo de Cobertura en Salud según Edad	72
Cuadro 16:Población Clasificada por Condición y Tipo de Afiliación según Nivel de Ingreso Per Capita Familiar, Area Metropolitana, 1992.....	73
Cuadro 17:Gastos Directos de las Familias en el Total de Gastos según Estratos: Capital Federal, GBA 1 y GBA 2, Rosario	74
Nota Metodológica	75

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar la estructura de gasto y financiamiento en el sector salud en Argentina con el propósito de analizar los efectos que las distintas reformas financieras han tenido sobre el funcionamiento del sector salud.

El trabajo se inicia con una breve presentación de conceptos utilizados en la economía de la salud, los que se utilizan para interpretar la génesis del sistema de salud argentino. Se argumenta que el sistema de salud se caracteriza por la interacción desarticulada de tres subsectores: público, privado y cuasi-público, lo que implica un alto grado de complejidad en el diseño de una reforma.

Luego se analiza la evolución de los gastos y financiamiento haciendo hincapié en los cambios operados en los últimos años, y el impacto que estos cambios han tenido sobre la equidad y eficiencia tanto del gasto como del financiamiento.

Finalmente, se discuten los objetivos del debate actual sobre la reforma en el sector salud. Se reconoce la necesidad de una reforma en tanto Argentina es uno de los países de la región que más gasta en salud, 7,2% del PIB, sin que exista correspondencia positiva entre los esfuerzos de inversión en el sector y los resultados obtenidos. Se argumenta que la reforma actual no está centrada en los objetivos de un sistema de salud, sino por el contrario se limita a incorporar reglas de mercado en el sistema de las Obras Sociales.

1. INTRODUCCIÓN

Hacia fines de la década anterior, pero más específicamente durante la presente, Argentina inicia un proceso de reformas que modifican su ordenamiento institucional y macroeconómico. Estas transformaciones estructurales no difieren de las verificadas en otros países dentro y fuera de la región y tienen en común el cambio sustantivo en las relaciones público-privadas, la reforma del Estado, la prevalencia de las leyes del mercado y la apertura e integración del país en el mundo.

El sector salud se encuentra inserto en este marco y constituye uno de los principales núcleos en los que aún no se completó la reforma, pero sí se han diseñado sus principales lineamientos, que son compatibles con el contexto general de cambio. Los cambios normativos direccionados hacia la reforma, son altamente complejos y conflictivos por la estrecha relación existente entre la seguridad social, la política y los sindicatos.

Adquieren actualmente relevancia los estudios que evalúen los efectos exógenos al sector como son las crisis de ajuste, la racionalización del Estado, la reorientación de las políticas sociales, y los endógenos, como las transformaciones y complejización de los sistemas de salud. Acorde con ello, los estudios sobre el gasto y financiamiento del sector, que hasta no hace mucho tiempo no habían tenido difusión en comparación con otras preocupaciones sanitarias, se han convertido en núcleo de atracción de los ámbitos público y privado.

El propósito de este documento, es presentar el gasto y financiamiento en el sector salud en Argentina, tema que resulta oportuno para discutir los efectos que las distintas reformas financieras han provocado y están provocando en nuestros países y en base a los mismos, identificar algunos elementos útiles para el diseño de las políticas públicas y para las decisiones de los agentes privados, que faciliten la administración más eficiente de los recursos escasos y lleven a cabo políticas tendientes a lograr mayor equidad, en un contexto de viabilidad y sustentabilidad económica y política.

Cabe destacar que la necesidad e importancia de analizar el gasto y financiamiento del sector salud, no guarda relación con los inconvenientes metodológicos e informativos que se presentan para trabajar seriamente la cuestión, agravados por la constitución política del país, compuesta por el gobierno nacional, veinticuatro provincias federales (autónomas) y numerosísimos gobiernos locales. Pero a pesar de ello, la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), dependiente de la Secretaría de Programación Económica realiza esta actividad conformando series informativas, suficientemente confiables y comparables entre distintos años, que permanentemente es revisada y actualizada.

Este informe se inicia con una rápida presentación de conceptos utilizados en la economía de la salud, que se utilizan posteriormente para interpretar nuestra situación.

A continuación, se pasa revista a la génesis del sistema, que es donde se originan muchos de los problemas y conflictos que hoy poseemos. (sección 2 y 3)

Los gastos y el financiamiento del sector salud son analizados en la sección 4, en la que se hace hincapié en los cambios operados en los últimos años, aspectos que se completan en la sección siguiente, en la que se tratan las cuestiones de la eficiencia y equidad de los mismos. En la sección 6 se analizan los gastos y financiamiento por subsectores, es decir, público: nacional y provincial, sistema de obras sociales y privado.

En la sección 7 se presentan los lineamientos de la reforma del sistema y en la última sección las conclusiones finales.

2. ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES

Los gastos públicos en los sectores sociales son la expresión financiera de las políticas sociales y su objetivo es mejorar la asignación de los recursos para que las acciones sean llevadas a cabo con efectividad y eficiencia, logrando un mayor grado de equidad en la distribución de ingresos y riqueza entre todos los miembros de la sociedad.

Salud y educación son los sectores sociales que demandan mayores recursos del Estado, independientemente de las valoraciones o preferencias de los individuos. Por ello, los servicios mencionados pueden ser calificados como *bienes tutelares o meritorios*, lo que implica que los mecanismos del mercado no aseguran la provisión ni el consumo, entonces, los poderes públicos los tienen que promover y financiar su provisión imponiendo sus preferencias, dejando de lado la "soberanía del consumidor". Conviene aclarar que un bien tutelar o meritorio no es sinónimo de bien público ya que, desde la clasificación económica, éste es considerado público cuando no cumple con las condiciones de rivalidad ni de exclusión. La primera condición significa que el consumo de un individuo no modifica la cantidad disponible para los demás (la alteración de la oferta es irrelevante) y la segunda establece la imposibilidad de excluir a algún individuo del consumo del bien, es decir, la universalidad absoluta de la oferta.

Los servicios de salud pueden clasificarse en dos grandes grupos: de prevención y de medicina curativa. Los de prevención cumplen con las condiciones establecidas para los *bienes públicos* (educación para la salud, campañas prevención alcoholismo, tabaquismo, etc.) y para los bienes con *externalidades* (inmunizaciones, lucha contra enfermedades infecciosas, etc.) que significa que la utilización por un individuo afecta a los demás miembros de la sociedad.

La *provisión pública* - financiada en forma coercitiva a través de los impuestos - de estos servicios responde a la necesidad de neutralizar la conducta de los individuos que - al saber que no pueden ser excluidos del consumo, y que al desconocer que su uso afecte positiva o negativamente a los demás - se negarían a pagar. En estos casos el mercado no asignaría eficientemente los recursos ya que no ofrecería los niveles deseados o considerados necesarios. De hecho, en la mayoría de los países el acceso a la asistencia sanitaria básica es considerada como un derecho humano y es una de las funciones de los gobiernos.

Si bien existen sobrados argumentos que justifican los gastos públicos, debe tenerse en cuenta que ello implica costos con efectos sobre la macroeconomía. Dichos gastos constituyen una variable clave en el caso de existir ineficiencias porque se podrían provocar disminuciones de recursos asignados en actividades más productivas, o efectos indeseados inducidos por distorsiones en el financiamiento.

En oposición con los casos de intervención pública, la recuperación de la salud es un bien privado, y tiene por lo tanto un precio en el mercado. Existe un trade-off

intertemporal entre prevención y cura de la enfermedad, donde los beneficios de invertir en los primeros no son inmediatos ni claros, y las actitudes individuales difieren entre las personas (percepción de la enfermedad), apareciendo un elemento de suboptimización en el consumo, en el sentido de no haber utilizado una eficaz estrategia preventiva.

La atención médica personalizada, como las consultas, las internaciones y los medicamentos no cumplen con las condiciones establecidas para los bienes públicos, sino, se fundamentan económicamente en la necesidad de neutralizar las imperfecciones del mercado de la salud, que pueden sintetizarse en: a) la asimetría en la información entre consumidores (pacientes) y productores (médicos), b) la incertidumbre en la probabilidad de enfermar y en el resultado de los tratamientos médicos y en las necesidades futuras y c) las externalidades positivas y negativas, concentración de consumidores y de productores y barreras para la entrada de los oferentes en el sistema. A partir del reconocimiento de la existencia de las características mencionadas se acepta que los mecanismos propios del mercado no logran una óptima asignación de los recursos productivos. La presencia de incertidumbre impide que los demandantes y los oferentes identifiquen las funciones que maximizan sus beneficios y así determinar el nivel de precios a través del cual se garantice una asignación óptima.

La incertidumbre y el alto costo de los servicios médicos lleva a los individuos a contratar los seguros, los que a su vez crean mayores imperfecciones en el mercado. Puede producirse el azar moral o fenómeno de *tercer pagador*, que se resume como la falta de incentivos por parte de los consumidores para comparar precios o utilizar racionalmente los servicios cubiertos por los seguros, provocando sobreconsumos. Ello, debido a que la decisión está en manos del médico que atiende al paciente, y los pagos - totales o parciales - a cargo del seguro.

Por otra parte, debemos señalar que en el mercado de seguros existen dos tipos de fallas que son la *selección adversa* por parte de los asegurados, que depende de sus propios conocimientos sobre su estado de salud y la *selección de riesgo* por parte de las aseguradoras, que suelen emplear mecanismos para excluir a las personas que demanden gastos excesivos.

Por lo tanto, en el ámbito de la salud, los mecanismos de mercado encuentran dificultades para actuar como instrumento de la regulación de la actividad económica y el Estado necesita intervenir para permitir su mejor funcionamiento, ejercer la medicina preventiva, desarrollar e incentivar la competencia entre los efectores, regular y fiscalizar las prácticas restrictivas.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Para comprender la actual situación del sistema de salud, es imprescindible remontarse a sus antecedentes, que es donde se originó gran parte de la problemática actual.

En Argentina, hasta los años cuarenta, el sistema de salud era relativamente simple y se estratificaba por subsistema de acuerdo a la población que atendiese. Así, las clases medias y altas recurrían a la medicina privada que financiaban directamente. Los trabajadores inmigrantes y sus familias acudían a las mutuales y a las asociaciones de socorros mutuos, de acuerdo a su país de origen, mientras que los hospitales financiados y administrados desde el Estado Nacional o por la Sociedad de Beneficencia (SB) se dedicaban a los grupos más débiles. (OPS-MSAS, 1985) La SB era una institución privada sin fines de lucro, vinculada con las clases más altas que participaban - y financiaban en parte - estas actividades por razones de altruismo.

Con el advenimiento del peronismo (1946), se iniciaron importantes transformaciones en dos planos diferenciados: la atención pública y la seguridad social. Respecto a la primera, realmente se privilegió al sector, implementando ideas innovadoras con respecto a la concepción del hospital como centro de salud, integrando acciones preventivas y curativas, que se complementaron con crecientes inversiones en infraestructura hospitalaria y equipamiento a lo largo de todo el país, organizando la regionalización sanitaria. La SB fue separada de sus actividades y reemplazada por la Fundación Eva Perón. Así mismo se creó la Escuela Superior Técnica, antecesora de la Escuela de Salud Pública (1962) que impulsó la formación de profesionales con nuevas concepciones. (ITDT, 1990) Estas acciones llevadas adelante por la gestión del Dr. Carrillo, culminaron con la creación del Ministerio de Salud - hasta entonces sólo Departamento de Higiene del Ministerio de Interior - pero que terminó burocratizado. La expansión cuantitativa señalada, si bien muy valorable, se hizo en condiciones de baja capacidad técnica y organizativa y en muchos casos, mezclada con política partidista.

En el plano de la organización laboral, en dicho período adquirió auge la formación de los sindicatos, los que también se insertaron en el gobierno. A partir de ellos se crearon organizaciones encargadas de atender la salud de sus afiliados y sus familias, totalmente desvinculadas de la Salud Pública incentivada por el mismo gobierno. Al generarse estas instituciones como OS de sindicatos, cada una de ellas funcionaba autónomamente con grandes diferencias de poder económico y alta heterogeneidad. Esta fue la génesis del sistema de las obras sociales (OS) que nacieron de los sindicatos y que han determinado, desde esa fecha, que el sistema estuviera envuelto en conflictos políticos.

A partir de entonces, se delinearon dos ejes independientes, uno orientado a disseminar la atención médica en todo el país, aún con fuertes ineficiencias y otro, empujado dentro del sindicalismo, y administrado por ellos, donde se indiferenciaban las

prestaciones, con otras actividades vinculadas con la actividad gremial. Tiempo después hubo intentos de integrar el sector, pero muchos de los logros alcanzados por la Salud Pública se diluyeron y las dirigencias gremiales continuaron manteniendo la administración de las incipientes OS.

En el *plano de la seguridad social*, en el año 1970, se normatizó y legalizó la situación que de hecho existía desde tiempo atrás, convalidando a las OS, y estableciendo la obligatoriedad de afiliación para todos los trabajadores en relación de dependencia. El sistema se universalizó, consolidó y aumentó exponencialmente la cobertura. El financiamiento se originaba en los aportes de los trabajadores y contribuciones patronales, quedando la administración en manos de las dirigencias sindicales. Las prestaciones del sistema quedaron vinculadas con el sector privado y fueron pocas las OS que se convirtieron en sus propios efectores. Se estableció un Fondo de Redistribución manejado por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), antecesor de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), destinado a equiparar las OS de menores ingresos con las de mayores. El sistema creado tuvo débil control público y nula intervención de los empleadores.

En términos generales, los marcos legales referidos al funcionamiento de las OS, dependieron más de los cambios políticos que afectaban reglamentaciones laborales que de la propia regulación del sistema. La dependencia de las OS del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y no del Ministerio de Salud fue un indicador de que los intereses excedían a los objetivos de brindar cobertura de salud a la población.

Los problemas de inequidad entre beneficiarios de OS (especialmente comparados con los de los institutos mixtos -Bancarios, Seguros, etc.- que percibían, además de los aportes y contribuciones, ingresos adicionales por parte de sus empleadores), heterogeneidad prestacional, diferenciación en las coberturas médicas, no funcionamiento del Fondo de Redistribución, falta de programación y normatización, elemental registración contable y financiera, fueron la constante en toda la vida de la seguridad social.

Los distintos marcos jurídicos (Sistema Nacional Integrado de Salud, 1973, creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y otros, ley de Obras Sociales de 1980, ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud, 1989), si bien modificaron normas que regulaban el sistema, en la práctica la organización quedó prácticamente inalterada, salvo en el crecimiento de los aportes y contribuciones que fueron determinados en cada oportunidad. Demostrando nuevamente que *siempre sobresalieron las cuestiones del financiamiento que se vinculaban directamente a los sindicatos más que a la propia regulación del sistema*.

La incorporación del sistema del "tercer pagador", indujo a la aparición de los Colegios de Profesionales y Cámaras de Clínicas y Sanatorios, Empresariales que negocian, precios, condiciones de acreditación, conformando grupos de oligopolios por el lado de la oferta de servicios que se enfrenta con el oligopsonio por el lado de la demanda. (Katz, 1988).

En el *plano de la salud pública*, luego de la primera administración peronista (1955) comenzó un desfinanciamiento importante, que originó falta de mantenimiento hospitalario y reducción de su productividad. Simultáneamente se inició la transferencia de los servicios a las provincias, que demoró cuatro décadas en consolidarse. A fines de los sesenta, se retomó y profundizó la formación de los recursos humanos y se fortalecieron las delegaciones sanitarias federales. Durante largos períodos, la calidad de la atención de la salud pública, fue en promedio superior al sector privado, especialmente en lo concerniente a quemados, pediatría, cirugía pediátrica, neurocirugía e inmunología. En capitales de provincia y en la mayoría de las

grandes ciudades estos establecimientos constituía la mejor alternativa (World Bank, 1987). Aún hoy, es en estos establecimientos dónde se cumple el rol de docencia y son respetados en este aspecto por la comunidad. Asimismo es allí donde se atienden a los enfermos crónicos, que son separados de los restantes subsistemas por poco rentables y donde se realizan las prácticas complejas no cubiertas por los seguros.

Uno de los principales problemas en llevar adelante programas integrales y coordinados se deriva de la constitución política del país, mediante la cual cada provincia es autónoma y es dónde se ejecutan la casi totalidad de las acciones (los hospitales son provinciales y municipales), el gobierno nacional tiene incumbencias sobre las políticas generales del sector y programas de fiscalización y control de medicamentos y otros. Las relaciones entre estas jurisdicciones se efectúan a través del Consejo Federal de Salud, pero su efectividad no es la esperada.

Previo al desarrollo del sistema de seguridad social, el *sector privado* sufría el encarecimiento acelerado de los costos y comenzaba a marginar de hecho a crecientes estratos sociales de la utilización de estos servicios, que sumado a la presión generada por la gran cantidad de médicos llevaba al sector a una seria crisis, que fue atenuada por el sostenido crecimiento de las OS, que se desarrolló a través de los efectores privados y no de los públicos (MSAS-OPS, 1985). La normativa de las OS explícitamente desalentó la creación de la capacidad instalada propia y la utilización de la pública, dirigiendo la contratación de las prestaciones a través del sector privado, que creció financiado por este sistema.

En síntesis, llegamos a casi a fines de siglo con un sistema de salud no integrado, conformado por tres subsectores: el público, la seguridad social (obras sociales), y el privado, identificados por su organización, financiamiento, coberturas y beneficiarios, que interactúan con distinta intensidad, resultando las vinculaciones más fuertes las del sistema de la seguridad social con el subsector privado. El rol que cumple el sistema de la seguridad social es el que principalmente moviliza al sistema en su conjunto, ya que del mismo depende el funcionamiento de gran parte de los efectores privados y últimamente de los hospitales públicos como efectores de los beneficiarios del INSSJP.

4. EL GASTO Y FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

4.1. El Gasto en Salud

El gasto total en salud en 1995 es de aproximadamente U\$S 20.500 millones, equivalente al 7,26% del PBI y a U\$S 590 por habitante/año. Esta medición en términos del PBI, nos colocaría entre las naciones que asignan una proporción importante de sus recursos a salud pero, si nos comparamos por el gasto per capita, nos diferenciamos drásticamente del mundo desarrollado. En efecto, EE.UU., Canadá, Alemania gastaban en 1990 el 12.7, 9.1 y 8.8 % del PBI, pero registraban un consumo por habitante de U\$S 2.763, U\$S1.945 y U\$S1.511 respectivamente. (Banco Mundial, 1993)

El creciente gasto en los últimos veinte y cinco años muestra el cambio organizacional que se fue operando. Así, el gasto estimado para 1970 era equivalente al 5.18 % del PBI, creció al 6.6 % del PBI en 1986 y se estima en 1995 en 7.26%.¹ Dicho crecimiento de algo más de dos puntos en el PBI fue coherente con el aumento de los costos operado mundialmente.

En 1970, el gasto directo de las familias tenía una fuerte participación (55 %), mientras la seguridad social y salud pública registraban el 26 y 19 % respectivamente. Con la consolidación y expansión de las OS, en 1980 la participación del gasto familiar bajó al 34 % y consecuentemente subió el de la seguridad social (33 %). Ya en 1986, la tendencia comenzó a revertirse con las crisis de las OS, que bajaron al 31% y aumentaron nuevamente los gastos directos (40%) y hasta que se llega a la actualidad, con la participación de las familias en un 44 % y un leve aumento de la correspondiente a las OS (por efecto del INSSJP). La participación de la salud pública observa una constante pérdida en su participación en los últimos quince años.

Cuadro 1
Evolución del Gasto en Salud y su Financiamiento

Años	Gasto en % PBI	Participación en el financiamiento			
		Público	OS	Directo Familias	Total
1970	5.18	19	26	55	100
1980	5.68	33	33	34	100
1986	6.60	29	31	40	100
1995	7.26	23	34	44	100

Fuente: Años 1970 y 1980: MSAS-OPS, 1985, 1986: Dieguez, et al, ITDT, 1990, año 1995: Flood et al, SPE. 1996.

Como surge del cuadro, los gastos crecieron, pero el cambio en la estructura de su financiamiento nos muestra que la seguridad social y el subsector público no

¹ La estimación para 1970 y 1980 surge de MSAS-OPS, 1985, sobre la que realizamos un ajuste del PBI para homogeneizarlos con la nueva revisión de Cuentas Nacionales. Advertimos sobre la precariedad de las estimaciones del gasto privado, que surgen de las Encuestas de Gastos e Ingresos que se realizaban cada 10 años solamente para el Gran Buenos Aires.

cumplieron el rol esperado de cobertura de la salud y las familias tuvieron que aumentar sus erogaciones para compensar las carencias en las prestaciones. Como consecuencia, aparece claramente que *los aumentos de los gastos son solventados por las familias en un contexto en el que disminuyen las coberturas de las OS y el subsector público fiscal, no sólo reduce sus gastos sino también su actividad de entidad reguladora y fiscalizadora.*

Debemos resaltar, que el hecho de que las familias tengan que financiar más al sistema, provoca fuertes inequidades, porque son las más pobres las que proporcionalmente mayor parte de sus ingresos destinan a la salud. Un estudio último realizado para algunas localidades, señala que las familias carenciadas asignan aproximadamente el 12 % de sus ingresos a los gastos directos de salud. La compra de medicamentos, los pagos de consultas a médicos y dentistas les demandan alrededor del 70 % de ellos. Por el contrario, las familias de altos ingresos gastan de bolsillo alrededor del 6 % de sus ingresos. (Jorrat, 1994) ²

A continuación se presenta el cuadro resumen del gasto en salud para 1995, y en las sección se analizan cada uno de los componentes.

Cuadro 2
Gasto en Salud - Año 1995
En Millones de Pesos Corrientes

CONCEPTO	Montos	% PBI	%
I. SUBSECTOR PUBLICO	4.654	1,66%	22,8%
- Gobiernos Nacionales ³	694	0,25%	3,4%
Min. Salud y Ac. Social y Min. de Educación y Cultura ⁴	504	0,17%	2,5%
Ministerio de Defensa y otros ⁵	190	0,08%	0,9%
- Gobiernos Provinciales ⁶	3531	1,26%	17,3%
- Gobiernos Locales	428	0,15%	2,1%
II. SUBSECTOR SEGURIDAD SOCIAL	6.858	2,44%	33,6%
- Obras Sociales del ANSSAL y otras de nivel Nacional	3.056	1,09%	15,0%
- PAMI (INSSJP)	2.574	0,91%	12,6%
- Obras Sociales Provinciales	1.228	0,44%	6,0%
III. GASTO DIRECTO FAMILIAS (*)	8.888	3,16%	43,5%
- Cuotas pre-pagos y planes médicos	2.520	0,90%	12,4%
- Medicamentos	3.039	1,08%	14,9%
- Otros	3.329	1,18%	16,2%
IV. TOTAL	20.399	7,26%	100,0%

Fuente: DNPGS - SPE

Referencia: PBI = \$ 281.039 millones

(*) Estimación preliminar

² Según la misma fuente, en los cinturones 1 y 2 del Gran Buenos Aires, las familias pobres destinan el 5 % de sus ingresos a la compra de medicamentos.

³ Para el cálculo del gasto se asignan las transferencias de fondos de la Nación a las provincias o a los organismos de la seguridad en estas últimas jurisdicciones y se restan del gobierno nacional. Ello significa que el Presupuesto de la Nación va a resultar superior de los montos señalados en los cuadros que se presentan y la diferencia va a ser el valor de las transferencias.

⁴ Incluye los programas Ministerio de Salud y los hospitales-escuela dependientes de las Universidades Nacionales (Ministerio de Educación y Cultura), que realizan prestaciones para toda la población.

⁵ Incluye los hospitales de las Fuerzas Armadas, Policía Federal, que proveen prestaciones limitadas sólo a sus miembros.

⁶ Incluye Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires

El *subsector público*, gastó en 1995 \$4.654 millones, de los cuales correspondieron \$694 millones a la Nación, \$3.532 millones a las provincias y \$ 428 a los municipios. Este subsector, a través de sus ministerios de salud (nacional, provinciales y locales), conduce, regula y normatiza el funcionamiento del sistema, lleva adelante programas preventivos de educación para la salud, protege a los grupos más débiles con programas focalizados, fiscaliza y controla medicamentos y alimentos. Pero sus principales acciones - que se llevan a cabo a través de las provincias y algunos municipios - se vinculan con la provisión gratuita a toda la población a través de una red de hospitales públicos y centros de salud.

El *subsector de la seguridad social* (OS) gastó casi \$ 7.000 millones y está conformado por instituciones de derecho cuasi-público que cubren las contingencias de salud y proveen facilidades de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados del régimen nacional de previsión social. Las características comunes a las OS son: a) la obligatoriedad de pertenencia, b) la cautividad de la población beneficiaria y c) el reducido margen de elección de efectores. El financiamiento del seguro se basa en las contribuciones obligatorias de empleadores y empleados, vinculadas con sus niveles de ingresos.

El *gasto directo de las familias* comprende los contratos directos entre el paciente y el prestador y los sistemas voluntarios de seguros en empresas con o sin fines de lucro, los gastos en medicamentos no cubiertos por los seguros y los co-seguros. Para el año 1995, se estima que los gastos alcanzaron cerca de los \$ 9.000 millones, representando el 44 % de las erogaciones totales.

4.1.1. Evolución del Gasto Público

El rol del Estado en las políticas sociales, se ha modificado sustantivamente a partir de la Reforma de 1991, cuando se privatizaron las empresas públicas, se descentralizaron los servicios educativos de nivel secundario y los hospitales, se disminuyó el gasto público total y aumentó fuertemente la participación de los gastos sociales en la estructura pública. Los gastos sociales medidos como porcentaje del PBI, han pasado del 14 % en 1980-1983 al 17 % en 1991-1995, y como porcentaje de los gastos totales, parten de un 45% de ellos a representar cerca de las dos terceras partes.

El gasto en salud, considerando a todos los gobiernos intervinientes (Nación, provincias y municipios) y a las obras sociales representan cerca de un cuarto del gasto social y aproximadamente el 15 % del gasto público argentino consolidado (DNP GS, 1995). El subsector salud público fiscal tiene una relevante importancia entre los programas sociales, y por otro lado, las OS incluyendo al INSSJP ocupan el segundo lugar entre los seguros. (Flood et al, 1994).⁷ En cuanto a la composición del gasto, debe destacarse que alrededor del 30% corresponde a medicamentos, sin poder definir el peso en cada uno de los subsectores, pero incidiendo seguramente con mayor intensidad en el gasto de las familias. (MSAS, 1994)

⁷ Es conveniente recordar que en los cálculos no se tiene en cuenta la calidad de las prestaciones. El gasto está medido por el costo de producción y no por el valor que le asignan los beneficiarios. En muchos casos la información de las distintas jurisdicciones e instituciones es incompleta y se la estimó en base a indicadores apropiados.

Cuadro 3
Gasto Público en Salud y su Participación en las Erogaciones Totales

Años	Participación en el Gasto Público	Participación en el Gasto Social Total
1980	11.35	22.77
1985	12.76	25.49
1990	14.22	25.47
1991	14.23	23.61
1992	14.49	23.26
1993	14.67	23.25
1994	15.67	23.81
1995	15.80	23.81

Fuente: DNP GS. SPE

En cuanto a la oferta pública, el gasto está conformado, por los gastos realizados por los gobiernos -financiados por rentas generales, fundamentalmente- y por las entidades de la seguridad social. Estos últimos son computados dentro del gasto público, porque se considera que su financiamiento está originado en aportes obligatorios que realizan los empleadores y trabajadores en relación de dependencia (impuesto al salario) y cuya administración está a cargo de una institución pública: la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

Cuadro 4
Gasto Público en el Sector Salud
En Porcentaje del PBI

Años	Sistema Seguridad Social	Salud Pública Fiscal	TOTAL SALUD PÚBLICA
1991	2,36	1,41	3,77
1992	2,28	1,51	3,79
1993	2,28	1,62	3,89
1994	2,38	1,67	4,05
1995	2,44	1,66	4,11

Fuente: DNP GS, SPE, en base a datos ANSSAL, DGI, Secretaría de Hacienda
Referencias: obras sociales no incluyen los gastos en asistencia social y turismo.

4.2. Matriz de Fuentes y Usos del Sector Salud

El análisis del financiamiento y del gasto constituyen la clave del sistema, y siendo las dos caras de la misma moneda, ambos tienen que ver con la eficiencia y equidad desde distintos aspectos. Ambos encuentran su equilibrio a nivel global pero no considerados por subsector y ello sucede porque existen transferencias de fondos entre todas las jurisdicciones. Ello significa que una jurisdicción como la Nación financia más de lo que gasta en su propia órbita, porque financia a las provincias, y gobiernos locales y por el otro lado las OS financian más de lo que ejecutan sus propios efectores, por las razones ya expuestas.

Las fuentes de financiamiento de los gastos de salud son: a) recursos nacionales, b) recursos provinciales, c) recursos municipales, d) recursos del exterior, e) reintegros de las OS por prestaciones, f) aportes y contribuciones sobre los salarios, g) aportes sobre los haberes jubilatorios y h) aportes directos de las familias.

Cuadro 5
Matriz y Fuentes y Usos Sector Salud
Año 1995 - En porcentaje del PBI

USOS FUENTES	EFECTORES						
	Nación	Provincias	Municipios	Subtotal Público	Obras Sociales	Sector Privado	Totales
Tesoro Nacional	0.21	0.02	0.01	0.25			0.25
Tesoros Provinciales		1.16	0.11	1.26			1.26
Tesoros Municipales			0.15	0.15			0.15
Consolidado Gobiernos	0.21	1.18	0.27	1.66			1.66
Contr. s/salarios y haberes a O.S. y I.N.S.S.J.y P.	(*)	(*)	(*)	(*)	0.20	2.24	2.44
Familias						3.16	3.16
TOTALES	0.21	1.18	0.27	1.66	0.20	5.40	7.26

Fuente: Secretaría de Programación Económica (DNPGE)

Nota: Los valores correspondientes al presupuesto de las familias se calculó en base a datos del MSAS y fuentes privadas.

PBI: \$281.039 millones.

(*) No se dispone información sobre los arancelamientos de los hospitales autogestivos

En el cuadro 5 se presenta la matriz simplificada de fuentes y usos de fondos, en la que se muestra por un lado, las fuentes de financiamiento (filas) y por el otro, los efectores de las prestaciones que ejecutan el gasto (columnas). De esta manera, se verifica que en el año 1995, el gobierno nacional financió cerca \$700 millones, que fueron ejecutados \$596 millones por él mismo, \$ 59 y \$ 39 millones por las provincias y gobiernos locales, respectivamente. Las provincias, por su parte, financiaron \$ 3.531 millones, que ejecutaron \$ 3.237 millones en sus propias jurisdicciones y transfirieron a los municipios \$ 294 millones. De lo que se concluye que tanto la Nación como las provincias financian mayores montos de los que ejecutan en sus propios ámbitos porque transfieren fondos a los otros gobiernos. En ese sentido, los gobiernos locales del total que ejecutan, sólo financian el 56%. (Anexo, cuadro 8)

La fuente de financiamiento conformada por las contribuciones sobre los salarios y los aportes de los jubilados provee recursos a las OS y al INSSJP, por un monto de \$6.858 millones en 1995, pero que se ejecutan mayoritariamente a través del sector privado (92 %), dado que estas instituciones no cuentan por lo general con efectores propios.

La matriz nos permite extraer varias conclusiones: a) las provincias son las que principalmente ejecutan los gastos fiscales y los financian, prácticamente, con sus propios recursos, b) los municipios ejecutan sus gastos, recibiendo importantes transferencias financieras de las provincias y financiando sólo una parte con sus

propios recursos, c) las familias financian gran parte del gasto, pero la información es insuficiente para saber en qué efector, aunque puede deducirse que gran parte de esos fondos se destinan a la compra de medicamentos (subsector privado), d) las prestaciones de las OS se llevan a cabo prácticamente a través del subsector privado, el que ejecuta casi las dos terceras partes del gasto, el que también es financiado por las familias y los seguros voluntarios

Elementos adicionales, como son los recursos físicos permiten confirmar las apreciaciones anteriores respecto al subsector privado.

Cuadro 6
Camas Disponibles según Dependencia Administrativa (*)

AÑOS	TOTAL	Dependencia Administrativa			
		Oficial	Obras sociales	Privado	Mixtas
1970	100	73.00	4.52	22.48	
	(133.847)				
1980	100	62.48	5.52	31.99	
	(145.690)				
1990	100	53.99	2.81	43.15	0.05
	(155.749)				
1980/70	8.8	-7.30	32.50	54.80	
1995/80	6.90	-7.62	-45.62	44.17	

Fuente: MSAS-OPS-1985 y Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995

* Datos preliminares

En síntesis, la evolución del sistema de salud argentino muestra un crecimiento fuerte del subsector privado, inducido por el desarrollo de los seguros obligatorios y voluntarios junto con un retraimiento del subsector fiscal.

5. EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL GASTO

5.1. Resultados del Gasto

La población argentina tuvo un adelantado acceso -desde fines del siglo pasado- a los servicios sanitarios comparado con otros países de la región, y el sistema fue desarrollado con gran celeridad, pero con características de fragmentación organizativa y fuertes desequilibrios regionales, que aunque con distinto tipo de atenuación, aún permanecen. Así, por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil en la Capital Federal, a principios de siglo eran similares a las de París, mientras que las de las provincias las duplicaban. Simultáneamente, en el mismo período, los indicadores de analfabetismo bajaban abruptamente del 78 % de la población de 7 años y más en 1869 al 35 % en 1914. Esta posición privilegiada esgrimida por Argentina en muchos de los ítems sociales, ha sido alcanzada y aún superada por otros países de la región. Aún así, nuestro país tiene un reconocido nivel en su sistema sanitario (World Bank, 1996) que se demuestra a través de algunos de los indicadores seleccionados.

a) *Datos básicos:*

• Población total	Censo 1991	32.610.000 habitantes
• Densidad población		11.7/Km.2
• Población NBI ⁸	Censo 1991	19.9 %
• Esperanza de vida	1992	71 años
• Natalidad	Censo 1991	22.3 por mil
• Mortalidad general	Censo 1991	7.8 por mil

b) *Natalidad y mortalidad infantil y materna*

• Nacimientos en establecimientos asistenciales	1994	96 %
• Porcentaje nacidos vivos de bajo peso	1994	6.3 %
• Mortalidad infantil	1994	22 por mil
• Porcentaje mortalidad infantil evitable	1994	27 %

⁸ La población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) se define como aquella que reúne uno de los siguientes indicadores: a) hacinamiento (hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto), b) tipo de vivienda (hogares que habitan en una vivienda de malas condiciones como inquilinato, precaria, etc), c) condiciones sanitarias (hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete con descarga de agua), d) asistencia escolar (hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela) y e) capacidad de subsistencia de jefes de hogar sin asistencia escolar o que no superen los dos grados de primaria y que con relación de miembros por ocupado (superior a 4 por ocupado). (INDEC).

- Porcentaje mortalidad infantil parcialmente evitable 1994 34 %
- Mortalidad materna 1994 3.9 por 10.000 nacidos vivos

c) *Cobertura de la seguridad social y otros sistemas privados*

- Población con obra social Censo 1991 57.6 %
- Población sin cobertura Censo 1991 36.3 %
- Población con Plan médico
- prepago con o sin OS Censo 1991 21.9 %

d) *Consultas y egresos en el subsector público*

- Consultas per cápita en establecimientos públicos 1992 1.9 por habitante/año
- Egresos de establecimientos públicos 1992 52.7 por 1000 habitantes/año
- Partos en establecimientos públicos 1992 15.3 por 1000 habitantes

e) *Recursos Humanos*

- Habitantes por médico 370 habitantes

Los indicadores del estado de salud de la población muestran que hacia 1992, la esperanza de vida al nacer (71 años) y la mortalidad infantil (24 por mil) se comparaban favorablemente con el promedio de Latino América (68 años y 44 por mil, respectivamente) y se encontraban menos distantes de los del mundo industrializado (77 años y 7 por mil). Sin embargo, debe resaltarse que su performance ha alcanzado una meseta mientras los restantes países de la región continúan mejorando con mayor ritmo y muchos de ellos están superando sus niveles (Chile: 72 años y 17 por mil y Venezuela: 72 años y 23 por mil). Efectivamente, según información del Banco Mundial, (1994)⁹, la esperanza de vida al nacer argentina era, en 1960, de 67 años promedio para ambos sexos, y en 1992 llegó a 71 años, creciendo 4 años en tres décadas. Los restantes países de la región, partiendo de niveles inferiores han crecido 14 años de vida, o sea que han ganado casi 3 veces y media más vida que lo que logró Argentina. (Cavallo, Sonia, 1996)

Con respecto a la mortalidad infantil, las tasas argentinas son aproximadamente la mitad de las de América Latina, pero en una perspectiva dinámica, la situación es bastante similar a la verificada con la esperanza de vida. Entre 1960 y 1992 la tasa se redujo 49 por mil nacidos vivos, mientras que en la región disminuyó 113, y en países como Chile se redujo 138, siempre medidos por mil nacidos vivos. (Banco Mundial, 1994)

⁹ Si bien se dispone de información nacional más actualizada, se utiliza la del Banco Mundial para ser comparable con la de otros países.

Los indicadores de expectativa de vida y mortalidad infantil observan fuertes desequilibrios si se los analiza por provincia. Así para 1992, cinco provincias: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones (región noreste) y Salta del noroeste se encontraban bajo el promedio nacional, con diferencias aproximadas a tres años en la expectativa de vida.¹⁰ En cuanto a la mortalidad infantil, los resultados se repiten pero con la incorporación de nuevas provincias a las señaladas con tasas inferiores a las del país. Ellas son: Salta, Santiago del Estero y San Luis. Respecto a la dispersión en relación con la media nacional, estudios realizados señalan que está disminuyendo sistemáticamente (ITDT, 1990).

Por el lado de la *oferta*, los indicadores de camas por mil habitantes son casi el doble de las latinoamericanas, superando a todos los países, pero quedando a la mitad los industrializados. La infraestructura hospitalaria combinada con sistemas descentralizados de puestos de salud cubren toda la extensión del país, aún en los lugares de más baja densidad de población.

En cuanto a los recursos humanos y en base a fuentes nacionales, existen 87000 médicos activos y con una fuerte tendencia a la práctica especializada, orientada desde la formación y reforzada por las condiciones del mercado y la creciente incorporación de tecnología compleja, que presionan sobre el mercado a través de las corporaciones que los agrupan. (Katz, 1988). Comparando con el resto del mundo, Argentina cuenta con 2.99 médicos por mil habitantes, mientras los países centrales tienen 2.52 y Latino América posee 1.25. Esta anomalía se combina con la más baja relación de enfermeras-médico (0.2) (Banco Mundial, 1990).

Es reconocida la excelencia de sus recursos humanos y universidades nacionales albergan a estudiantes de toda la región que buscan mayores niveles académicos. Existen siete universidades nacionales con facultades de medicina, - Buenos Aires, La Plata, Mendoza, Córdoba, Rosario, Corrientes y Tucumán - y cinco privadas en las ciudades de Buenos Aires y Córdoba. En materia de adelantos científicos, la conexión con el mundo es importante y rápida la incorporación de los mismos a los establecimientos locales (realización de trasplantes, diagnóstico por imágenes, cirugía laparoscópica, reparadora, etc.).

El sistema de la seguridad social fue un importante progreso social que brinda cobertura a cerca de dos tercios de la población, con características universales para todos los trabajadores en relación de dependencia y para la totalidad de jubilados y pensionados y personas mayores de edad con residencia en el país superior a diez años. La cobertura de prestaciones es amplia y supera holgadamente a la ofrecida por la medicina pre-paga. La cobertura del sistema tuvo un crecimiento impresionante, partiendo en 1965 con 4.4 millones de personas, - cuando eran solo obligatorias para determinados sectores y no estaban reguladas - hasta 1991 con la protección de 18 millones, según datos censales.

La infraestructura del sector privado es muy heterogénea, cuenta con establecimientos fácilmente comparables con los de excelencia de otros países, por lo general en Buenos Aires y las principales ciudades del interior, con aparatología de última generación, mientras otros son muy deficientes.

¹⁰ Debemos alertar sobre la probabilidad de subregistros en estas provincias.

5.2. Problemas de Eficiencia

La formación del sistema de salud en Argentina con buenos resultados y el actual estancamiento de los indicadores junto con el incremento permanente en los gastos, lleva a cuestionarnos sobre las razones del pobre desempeño. Como se dijo en la sección anterior, los recursos físicos, humanos y monetarios son suficientes - en algunos aspectos excedentes - para obtener una mejor performance, por lo que surge que el problema está en las marcadas ineficiencias que se encuentran en la asignación y utilización de los recursos, en la organización y gestión, así como también en las inequidades. La estructura de financiamiento se torna cada vez más inequitativa, dado que las familias financian cada vez más los gastos, y las pobres son las que mayor peso sobre sus ingresos deben destinar a este tipo de gastos. (Sección 4)

Comparando la evolución de los indicadores de resultados y de gastos entre países, - sin desconocer las limitaciones metodológicas y conceptuales que ello implica - se corroboran las hipótesis.¹¹ Según el Banco Mundial, nuestro gasto per cápita es superior al de América Latina y a los países como Chile, Colombia, Méjico, etc., y tenemos resultados peores, en términos de mejorar la performance adquirida años atrás.

Las principales causas de la baja eficacia del gasto pueden identificarse como:

- *No existe integración de los subsectores en el sistema de salud.* La salud en la Argentina gira fundamentalmente alrededor del sistema de la seguridad social (OS) dependiente de los cambios políticos, institucionales y del mercado laboral que ocurran en el país, quedando el subsector público fragmentado, depositario de las acciones que no resultan rentables y deficitario en políticas definidas para atender a la población carenciada. Mientras el subsector privado busca alternativas para insertarse en las nuevas y variadas situaciones del mercado. No existen condiciones que alienten la competencia entre los efectores de los distintos subsectores para estimular la búsqueda de la eficiencia y calidad en las prestación de servicios.
- *Las políticas de salud son débiles, discontinuas y fragmentadas.* Existen dificultades para implementar políticas por la autonomía de las provincias. Se verifica una fuerte rigidez administrativa tanto en la Nación como en las provincias. El personal no tiene incentivos adecuados y su productividad, por lo general, es bastante baja. Los diseños de los programas de salud no están actualizados a la realidad actual, y no existe, prácticamente, monitoreo ni seguimiento. También se detectan superposiciones de programas que originan gastos improductivos.
- *Escasa o nula regulación para importantes segmentos del mercado.* El mercado de la medicina pre-paga y de los planes médicos no está regulado, en tanto el sistema de la seguridad social lo está parcialmente. No existe regulación para las acreditaciones, habilitaciones, certificaciones de establecimientos y profesionales. Existe un excesivo número de OS, muchas de ellas alejadas del tamaño óptimo. Ellas operan con inadecuada tecnología administrativa: carecen de registros de beneficiarios, de prestaciones, facturación y controles. La falta de regulación origina sobreprestaciones y sobrefacturaciones importantes, especialmente con la utilización

¹¹ En este punto utilizamos al Banco Mundial como fuente porque suponemos que utiliza la misma metodología para todos los países, aunque discrepamos en el cálculo del gasto para Argentina, el que estimamos muy superior.

de los “nichos tecnológicos” por un lado y por el otro, subprestaciones, dependiendo de las modalidades de pago utilizadas.

- *Falta de incentivos para la optimización en el uso de los recursos.* Los presupuestos del subsector público y de los establecimientos hospitalarios no cuentan con ningún sistema de incentivos para la asignación de sus gastos (salvo los hospitales autogestivos, que en la práctica son escasos), y muchas veces si existen, son perversos porque se premia a las instituciones que hayan realizado mayores gastos sin cotejarlos con su productividad. En los hospitales se detecta obsolescencia, escasez de mantenimiento, capacidad ociosa (camas, salas), atraso en la incorporación de nuevo equipamiento, o sobre-equipamiento, escasez de insumos básicos. Falta de capacitación para los niveles de gerenciamiento y necesidad de asistencia técnica para el desenvolvimiento de los aspectos institucionales y organizativos que origina falta de control y fiscalización del presupuesto y su ejecución. Sobreocupación combinada con escasez de mano de obra en algunas especialidades. En el subsector privado, también se detecta sobreequipamiento, sobretodo para realizar prácticas complejas, cuya amortización requiere uso pleno, presionando hacia la creación artificiosa de demanda.
- *Existencia de subsidios cruzados.* La población de menores ingresos subsidia a los de mayores recursos cuando los beneficiarios de las OS no pueden acceder a las prestaciones - porque no están contempladas en la cobertura, los servicios suspendidos o no pueden afrontar el co-pago - acuden al hospital público. En estos casos el hospital no recupera los costos, por la política de gratuidad indiscriminada (siempre que no funcione como hospital autogestivo) o la incapacidad para facturar las prestaciones que realiza por dificultad en la identificación de los afiliados. Por otra parte, también existen subsidios cruzados, cuando muchos afiliados a las OS, que poseen medianos o altos ingresos, se adhieren a los pre-pagos, no utilizando los servicios por los que aportan compulsivamente.
- *Relativamente baja satisfacción de pacientes y afiliados de las OS.* Los pacientes de los establecimientos públicos deben realizar esperas prolongadas para su atención y en muchas oportunidades abonar aranceles establecidos por cada nosocomio con su propio criterio. Las OS no dan respuesta a las demandas, y en ese sentido no hay proporcionalidad entre los esfuerzos financieros, que significan para los trabajadores, con las prestaciones que reciben a cambio.
- *Falta de competencia.* La ineficiencia está estrechamente ligada a la población cautiva que dispone cada obra social, que es independiente de la voluntad y del grado de satisfacción de los afiliados respecto de la atención recibida. El criterio de solidaridad opera, hasta el presente, dentro de cada OS, pero no entre distintas OS. Como resultado, el sistema permitió la existencia de OS con ingresos promedio por afiliado diez veces superiores a otras, lo que refleja la enorme disparidad en la calidad de la coberturas. El Fondo Solidario de Redistribución, destinado a equiparar dichas inequidades, no cumplió su cometido y hubo muchas discrecionalidades en su asignación
- *Falta de transparencia en la información.* Absoluta desinformación acerca de los movimientos de las OS, número, beneficiarios, fuentes y usos de fondos, presupuestos, etc. La clientela de la medicina pre-paga, está concentrada en pocas

empresas que poseen gran cantidad de planes con poca transparencia en las coberturas ofrecidas, limitaciones a personas con enfermedades preexistentes y tiempos de carencias.

- *Altos costos de la medicina privada.* Quedaron en el ámbito privado las prestaciones de intervenciones diagnósticas y tratamientos de alta complejidad, por ejemplo, trasplantes, cirugía cardiovascular, que son onerosas y rentables (gran parte de ellas no tienen cobertura de los seguros voluntarios). Están concentrados en las grandes ciudades, donde está localizada la población con ingresos altos.

Como consecuencia de las deficiencias comentadas, se generan costos muy altos y baja productividad del gasto, con resultados sobre la salud de la población inferiores a los previstos por las inversiones efectuadas. Es razonable pensar que si se aumentaran los recursos sin modificar el sistema, los resultados serían muy pobres por los problemas de base existentes. El sistema en su conjunto - y en particular los subsectores público y de OS - muestra señales de agotamiento y requieren de una reforma que permita una mejor integración y mayor eficiencia en las prestaciones.

5.3. Distribución del Gasto: Equidad

Una vez analizado el fuerte componente de ineficiencia del gasto, es necesario estudiar la equidad. El tema de la equidad es sumamente importante para evaluar la efectividad de las políticas, y sobretodo, los resultados de la intermediación del Estado en cuanto a la redistribución de ingresos.

En la organización del sector, todos los habitantes son los beneficiarios potenciales y gratuitos de los programas universales de salud pública, que son la atención primaria, la atención médica en los establecimientos asistenciales, las vacunaciones, los planes preventivos, el control y fiscalización de medicamentos y alimentos.

Los beneficiarios del sistema de la seguridad social, como se dijera anteriormente, son los trabajadores en relación de dependencia con sus familias y los jubilados y pensionados. Independientemente, alrededor de tres millones y medio de personas de ingresos medios y altos son beneficiarios de la medicina pre-paga y por último un reducido número de habitantes se atiende a través de la contratación directa, costeano la totalidad de los aranceles.

En cuanto al financiamiento, las familias a través de sus gastos de bolsillo cubren el 44 % y los trabajadores, empleadores y pasivos aportan al sistema el 34% del total de los gastos de salud. (sección 4)

A) Población sin cobertura

Si bien en los programas universales el acceso es libre para todos los habitantes, en la realidad el usuario del hospital público es preferentemente la población más necesitada, aunque marginalmente, también hacen uso los afiliados de las OS y personas sin cobertura - y de cualquier nivel de ingresos - en casos de accidentes y emergencias.

- *Inequidad en la cobertura de seguros .* En el Censo de 1991, existían casi doce millones de personas sin cobertura, de los cuales es fácil suponer que once millones son los usuarios de los establecimientos asistenciales públicos: trabajadores

informales, desocupados, independientes, carenciados, etc.¹² Como es fácil suponer, la población *está concentrada en los primeros quintiles de ingresos*, así, el 47% de la población ubicada en el primer quintil, no tiene cobertura de ningún tipo y el 33 % del segundo quintil, mientras que sólo el 8% de la del quinto no la posee, pero cuenta seguramente con recursos para atenderse privadamente. (Flood et al 1994, B). Relacionando a la población sin cobertura (33%) con los gastos del sector público fiscal que se destinan en 1995 (23 % del total, cuadro 2) surge inmediatamente la *inequidad del sistema*. Esta se agudiza cuando se considera que dentro de los gastos se incluyen también a los subsidios cruzados (30 % de las personas atendidas en los hospitales pertenecen al sistema de seguridad social), la provisión de bienes públicos y otras erogaciones vinculadas con la conducción y regulación que están destinadas a la población en su conjunto.

Cuadro 7
Distribución de la Población con Cobertura de Seguros de Salud

Población	Miles	%
I. Población sin cobertura	11.868	36.3
II. Población con cobertura	20.300	62.2
Afiliados a Obras Sociales	13.153	40.3
Afiliados a Plan Médico/Mutual	1.500	4.6
Afiliados a O.S + Planes Privados*	5.645	17.3
III. Ignora cobertura	447	1.4
POBLACIÓN TOTAL	32.616	100.0

Fuente: INDEC, Censo '91, Características Generales, Serie C.
(*) Incluye los que ignoran el nombre del Plan

- La *inequidad en la distribución geográfica* también se constata cuando se observa que las mayores tasas de cobertura se verifican en las provincias con población de mayores ingresos. Así la población de Chaco, Salta y Santiago del Estero tiene cobertura en salud en 47%, 50% y 43%, mientras Capital Federal lo registra en el 79% y el Gran Buenos Aires en el 61%. Otro tema vinculado es de la inequidad generada por las diferencias de calificación de recursos físicos y humanos y de la calidad de atención en las distintas regiones. Así es que en la Capital Federal, Gran Buenos Aires, y en las capitales de las grandes provincias, los servicios sanitarios son francamente superiores y de mejor calidad a los de las restantes capitales y a los del interior del país.
- *En la distribución de los gastos fiscales se preferencia a los pobres.* Gran parte de dichas erogaciones se destinan a la población de escasos recursos, aunque debemos destacar que un 20 % de los gastos se dirigen a los quintiles superiores, los que deberían abonar por las prestaciones que reciben, salvo aquéllas que sean

¹² El restante millón de personas corresponde a las de ingresos altos que se autofinancian y no recurren a las empresas de la medicina privada por poseer enfermedades preexistentes o recurrir a médicos de "excelencia" no incluidos en ninguna cartilla, etc.

consideradas "bienes públicos" o con fuertes externalidades. Dichos montos son importantes para ser relocalizados en la población de los primeros quintiles. ¹³

Cuadro 8
Distribución del Gasto Fiscal
Año 1992

Quintiles	I	II ¹⁴	III	IV	V	TOTAL
En millones de \$	1276	563	898	529	162	3428
En porcentajes	37.23	16.42	26.21	15.42	4.72	100
\$ por persona	149	88	127	89	32	103
En % del ingreso	8.72	2.53	2.82	1.17	0.18	1.69

Fuente: Flood et al, 1994 A

Del total de los 3428 millones gastados en el año 1992, el 37 % le correspondió a los hogares ubicados en el quintil primero (menores ingresos), mientras que sólo el 5 % a los de mayores ingresos, constatando la potencialidad de la inversión en salud como instrumento para redistribuir ingresos. Dichos montos, que corresponden a un promedio para el país a \$103 por habitante, representan \$149 por persona para la población del primer quintil (45 % más), \$ 88 por habitante para el segundo y \$127 para el tercero. Mientras que para el cuarto y quinto quintil, el gasto por persona es de \$ 89 y \$ 32 respectivamente. (Flood et al, 1994, A)

Los gastos en salud pública representan para las familias más humildes el 9 % de los ingresos, constituyendo un esfuerzo importante de los mismos, mientras en para los ubicados en los otros estratos, el peso es bastante irrelevante, (1.17 % y 0.18 % para el cuarto y quinto quintil, respectivamente) y resultando el 1.69 % de promedio para la población. (Flood et al, 1994, A)

Como dato ilustrativo, en ese mismo año la población percibió por todos los programas sociales (excluyendo los seguros: previsión, seguridad social, desempleo, asignaciones familiares) \$ 488 promedio por habitante, equivalente al 8.23 % del ingreso. De dicho total, prácticamente un quinto corresponde a salud: \$103. Para el primer quintil, el aporte de los programas sociales fue del 37 % del ingreso, y entre ellos el sector de mayor incidencia fue educación con 16 % y el segundo salud (8.72%).

Cabe destacar que se considera el costo del Estado para llevar adelante los programas, sin tomar en cuenta lo efectivamente recibido por la población ni su calidad. Es altamente previsible, que del total gastado, llegue realmente a los destinatarios montos disminuidos por las ineficiencias, burocracias, cuando no, corrupción.

Uso del hospital público. Antes de analizar el lugar de las consultas realizadas por la población según estratos socioeconómicos, es necesario conocer su percepción de la salud, es decir la importancia otorgada a la prevención y al cuidado. En el Conglomerado del Gran Buenos Aires, la población más necesitada (primer quintil) que realiza consultas es el 18 % , mientras que el 82 % no lo hace. Esa proporción es distinta para la población ubicada en el quintil de mayores ingresos, donde sí las

¹³ En base a Flood et al, 1994 A, que asignan las erogaciones gubernamentales en bienes y servicios y en transferencias monetarias a la población clasificada por estratos de ingresos, en base a indicadores físicos que surgen de un módulo especial incorporado en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

¹⁴ En el segundo quintil se encuentran gran parte de los jubilados, que gozan de los servicios del INSSJP.

realizan el 27 %, y aún más, si medimos el décimo decil, el porcentaje aumenta al 30 %.¹⁵

Cuadro 9
Consultas por lugar de atención en el Conglomerado del Gran Buenos Aires
Año 1992

Lugar de atención	I	II	III	IV	V	TOTAL
Total	100	100	100	100	100	100
Hospital público	42.37	23.26	29.41	20.06	7.32	25.31
Estab. Obra Social	25.67	29.55	32.80	33.05	25.23	29.32
Est. o cons. privado	29.68	44.21	35.40	42.29	65.79	42.60
Otros	2.61	1.63	2.98	4.61	1.58	2.61

Fuente: Flood et al, 1994 B

Del cuadro surge, que el hospital público atiende sólo uno de cada cuatro consultas en promedio, apreciación que confirma consideraciones realizadas en el tema del gasto. Pero ese promedio varía cuando se lo observa en los distintos estratos. Efectivamente, entre la población del primer quintil que concurre a consultas de los hospitales, la proporción es prácticamente uno cada dos, mientras en el quinto quintil la relación es de siete de cada cien personas. La población ubicada en los quintiles intermedios revela su preferencia al ser atendida en el sector privado, al que recurre autofinanciándose, o cubierta por la seguridad social y/o los seguros voluntarios.

B) Beneficiarios de las OS

- **Inequidad en las prestaciones y coberturas.** La inequidad es uno de los rasgos del sistema, que se explica porque a igualdad de aportes en distintas OS, los beneficiarios reciben prestaciones muy diferenciadas tanto en calidad como en cobertura, sin tener posibilidad de cambiarse de institución. La deficiencia en la calidad de las prestaciones médicas no es homogénea para toda la población, sino que coincide con las OS que tienen menores ingresos y/o administran peor los recursos.
- **Inequidad regional.** Los afiliados de OS comprendidas en el régimen de la ANSSAL, que a igualdad salarial realicen los mismos aportes, perciben prestaciones que dependen de la oferta existente, y por lo tanto difieren substantivamente según se trate de importantes ciudades o del interior del país. En el caso de las OS provinciales los aportes y coberturas se diferencian por jurisdicción.
- **Subsidios cruzados.** Las OS los perciben del sistema fiscal porque sus beneficiarios igualmente realizan sus aportes obligatorios y son atendidos gratuitamente en los hospitales públicos. Se benefician con las prestaciones de las OS quienes pueden hacerse cargo de los copagos exigidos y otras diferencias. Por otra parte, los beneficiarios de mayores ingresos, disconformes con las prestaciones de las OS, recurren a los seguros voluntarios, no utilizando los de las OS, y subsidiándolas con sus aportes.

¹⁵ Se considera la realización de consultas cuando la población ha concurrido al médico más de una vez al mes.

- ***Inequidad en la cobertura por grupos de edad y condición de actividad.*** La distribución de los afiliados al sistema de seguridad social por quintiles de ingresos, es bastante pareja, correspondiendo al primero, segundo y tercero, el 20 %, 22 % y 22% respectivamente, mientras que al cuarto y quinto, el 20 % y 17 %, pero de ella no puede inferirse su utilización ni la calidad percibida. Cuando se analiza la afiliación por edad y la condición de actividad, se observan fuertes diferencias. El valor mínimo de cobertura se presenta en el grupo de personas entre los 20 y los 29 años (52%) y el valor máximo (87.49%) en el grupo de 65 y más años de edad por efecto de INSSJP. En relación a la condición de actividad, el porcentaje de población sin cobertura de seguros varía del 36.3% de la población general al 60% entre las personas desocupadas. El porcentaje de personas aseguradas también difiere entre los trabajadores del sector privado ya que, en el que el porcentaje sin cobertura, pese a la obligatoriedad, es del 29.9%, cifra que crece hasta el 48.8% entre los que trabajaban en establecimientos pequeños, de hasta 5 empleados. (Flood et al, 1994, B)

6. ANÁLISIS POR SUBSECTORES

6.1. Gasto y Financiamiento del Gobierno Nacional

Dentro de la salud pública, los gobiernos de las jurisdicciones desempeñan roles diferentes, los que se modifican con el transcurso del tiempo y como resultado de centralizaciones, descentralizaciones de acciones y nuevas modalidades de funcionamiento. En efecto, en el gobierno nacional, el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) es el organismo rector y tiene a su cargo la normatización, regulación, prevención y promoción de las acciones que se llevan a cabo en todo el país, y para ello erogó en el año 1995, junto con los hospitales escuelas dependientes de las Universidades Nacionales, \$ 504 millones. Sumando los gastos incurridos por otras dependencias públicas (control del narcotráfico, de alimentos etc.) más las prestaciones de las FFAA, Policía y Gendarmería en salud - destinadas a atender a sus miembros - se llega a los \$ 694 millones. (cuadro 2, sección 4.1)

El MSAS tiene como una de sus funciones principales, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) por la que interactúa con las OS. También ejecuta los programas de Inmunizaciones, SIDA, Control de Alimentos y Medicamentos (anexo, cuadros 9,10 y 11) y también financia otros que se llevan a cabo en las provincias como Maternidad Infancia y para el que transfiere fondos destinados para gastos corrientes o de capital. La *atención primaria de la salud*, se encuentra inducida por el nivel nacional a través de los programas de entrega de leche y vacunaciones, pero se lleva a la práctica con recursos físicos y financieros provinciales, y por lo tanto se encuentra muy desprotegido.

Los seguimientos y evaluaciones de los programas son débiles y prácticamente inexistentes, ya que las auditorías contables se concentran en la aplicación de los fondos, pero no en la ejecución ni en el impacto de los programas. El proceso presupuestario nacional (SIDIF) vigente considera a la efectivización de las transferencias a las provincias, como la última etapa de información existente, por lo que no hay control desde la Secretaría de Hacienda sobre su destino final. Estas transferencias se ven demoradas en las provincias para su aplicación al programa determinado y muchas veces son desviadas a cubrir el déficit fiscal. Actualmente, se están incorporando las "cuentas separadas" por programa, para evitar estos problemas, pero no están implementadas en la mayoría de las provincias y aún si lo estuvieran, con ellas no se garantiza su ejecución.

El MSAS tenía a su cargo cuatro hospitales, pero con el Proyecto de Presupuesto de 1997 se propone descentralizar el Hospital Alejandro Posadas, la Colonia Nacional D. Manuel Montes de Oca y el Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur, con lo que sólo quedaría en el ámbito nacional el Hospital Dr. Baldomero Sommer que asiste y controla a los enfermos de lepra. Los restantes ya fueron transferidos a las provincias y a la Municipalidad de Buenos Aires entre 1978 y 1992.

El financiamiento de los programas de salud que ejecuta el gobierno nacional provienen del: a) Tesoro Nacional, b) créditos del exterior y c) donaciones. En los últimos años se recibieron **créditos de los organismos multilaterales**, destinados específicamente a proyectos, que luego son seguidos y monitoreados por ellos.

Los montos de los créditos otorgados a la fecha son US\$ 621 millones, y se encuentran otros en trámite. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) realizan un apoyo financiero importante al desarrollo de programas del sector a través del gobierno nacional. En el Ministerio de Salud y Acción Social se están desarrollando el Programa de Maternidad e Infancia (PROMIN, BIRF) con un crédito en la primera etapa de US\$ 100 millones, el programa de Infraestructura Hospitalaria del BID, con un préstamo de US\$ 45 millones (registra atrasos importantes) y el reciente proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL, BIRF) para la transformación de hospitales en autogestivos, con un crédito de US\$ 101,4 millones, que se ejecutará en hospitales de la Capital Federal, provincia de Buenos Aires y Mendoza. Cabe destacar que el PROMIN es un proyecto destinado a la población carenciada y sus objetivos son reducir la morbimortalidad materno-infantil, disminuir la desnutrición, mejorar el diseño, la aplicación y la coordinación de los programas y servicios de salud, nutrición, educación y desarrollo infantil y tiene la importante particularidad de intentar programas de varios sectores.

El BIRF a través del proyecto de Reforma del Estado en las provincias (Ministerio del Interior) también realiza obras de infraestructura sanitaria en ellas. Pero, el proyecto más importante es el recientemente iniciado sobre la reforma de las OS y PAMI, con un crédito de US\$ 375 millones y que tiene como propósito reestructurar el sistema, garantizar la libre elección y la competencia entre las instituciones. Todos estos proyectos se desarrollan en las provincias, mediante convenios celebrados entre la Nación y ellas, y se benefician con asistencia técnica, inversiones en construcciones y equipamiento y con la capacitación de sus agentes. La Organización Panamericana para la Salud y la UNICEF también prestan asistencia técnica al país, realizando proyectos, estudios, seminarios y capacitaciones.

En términos generales se observa una baja ejecución de estos proyectos, que ocasionan pagos de intereses y demoras en el cumplimiento de las metas. La ejecución en las provincias, implica la negociación con las autoridades y ello no siempre es sencillo, sobre todo con cambios de ministros o gobiernos. Por otra parte, debemos señalar las duplicaciones - y a veces hasta criterios de política opuestos- verificadas en los proyectos con financiamiento del mismo organismo que encarecen los costos (unidades administrativas) o diversifican los lineamientos de política seguidos.

6. 2. Gasto y Financiamiento de los Gobiernos Provinciales y Municipales

Las provincias son las responsables de la salud de sus habitantes por una facultad constitucional no delegada en la Nación ni en los gobiernos locales. Actúan a través de los ministerios de salud que en la mayoría de los casos tienen estructura centralizada y cuentan con un presupuesto específico. Cabe destacar que las provincias en su gran mayoría están atravesando por agudas crisis fiscales, con fuertes endeudamientos que motivan atrasos en los pagos salariales, limitaciones en compras de insumos, transporte, comunicaciones y mantenimiento de los establecimientos. Algunas de ellas están encarando reformas de sus administraciones tendientes a lograr mayor eficiencia,

pero los costos sociales de las mismas son altos y en muchas de ellas se tornan complicadas de llevar a cabo.

El gasto provincial está financiado a través de Rentas Generales, y recibe transferencias de la Nación para la ejecución de programas determinados. (sección 6.1) A su vez, en algunos casos realizan transferencias a los municipios que son los ejecutores. Sus rentas generales se forman de dos fuentes: a) recursos provenientes de la coparticipación federal (70 %) que la Nación recauda como función delegada y b) recursos propios provinciales (30%).

Las provincias y algunos municipios atienden fundamentalmente programas universales (atención hospitalaria y en salas) y en segundo término, los programas focalizados. La responsabilidad de administrar los hospitales públicos les corresponde y ello explica su fuerte predominio en el gasto (75% respecto al gasto total de los gobiernos).

En el presupuesto de salud de las provincias, los gastos hospitalarios representan aproximadamente el 85 %, el resto corresponde a atención primaria y programas especiales. (MSAS, 1994). Los hospitales, principales ejecutores de la política sanitaria, se financian con los recursos presupuestarios, recaudación de las cooperadoras y últimamente, algunos de ellos, con los reintegros de las OS, por la atención a sus afiliados. Para que esto último ocurra, el hospital debe estar descentralizado, y adherido al régimen de hospitales autogestivos. Debemos destacar que la recuperación de costos, la venta de servicios a la seguridad social o a personas con capacidad de pago hasta ahora no son, por lo general, sustantivos, dado que es difícil superar el concepto de provisión gratuita de los servicios, que fue sostenido por mucho tiempo. Últimamente, la demanda del subsector público se vio incrementada por nuevos usuarios (desocupados y sus familias, personas que observan caídas en sus ingresos) y por los afiliados a las OS que no encuentran la atención esperada, que inciden desfavorablemente sobre los presupuestos.

El hospital público, es parte esencial del sistema de salud, porque brinda asistencia a la población carenciada, subsidia a las OS prestando servicios a sus beneficiarios sin cobrarles, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que concurren en caso de accidentes o atraídos por cierta excelencia, ejerce funciones de docencia en la formación de grado y postgrado. Paralelamente, y como resultado de las múltiples funciones y limitados recursos, el hospital afronta un fuerte deterioro en su estructura e ineficiencia en su gestión. Generalmente está organizado centralizadamente, las plantas de personal son rígidas y sin incentivos, carece de sistemas informativos apropiados para la toma de decisiones y tiene fuertes déficit en infraestructura y equipamiento junto con un sobredimensionamiento de camas. Ello sumado a los años de falta de inversiones, desatención del mantenimiento, falta de equipamiento e insumos por un lado, y la limitación absoluta en los niveles de gerenciamiento en los hospitales, colocaron a la mayor parte de estos servicios en una situación muy vulnerable.

Las relaciones entre la Nación y las provincias se articulan formalmente a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), con resultado poco eficiente, y sobresalen las acciones superpuestas, doble regulación: sobreabundantes y a veces contradictorias normas de habilitaciones y acreditaciones.

Los *municipios* realizan acciones con sus propios recursos, pero también reciben transferencias de la Nación y de sus respectivos gobiernos provinciales. Algunos de ellos cumplen un importante rol como son los de la provincia de Buenos Aires, Mendoza, Santa Fe y Córdoba.

A continuación presentamos el cuadro de los gastos de los gobiernos en salud:

Cuadro 10
Gasto en Salud Pública
En Millones de Pesos Corrientes

Años	Nación	Provincias	Municipios	TOTAL
1991	328	1839	377	2544
1992	263	2651	501	3428
1993	284	3240	631	3914
1994	634	3273	691	4598
1995	594	3145	762	4502

Fuente: DNP.GS.SPE

Referencia: provincias incluye la MCBA

Como se dijera precedentemente, los gastos en las provincias son los sobresalientes, y la serie demuestra la incorporación de las transferencias de servicios a las provincias realizada en 1992 y continuada posteriormente. Los gastos de la Nación, decrecen primero por las razones mencionadas, pero luego se incrementan por la incorporación de los préstamos internacionales. La participación de la Nación y de los municipios es bastante similar, aunque con una evolución mucho más positiva en estos últimos.

6.3. Gasto y Financiamiento del Sistema de Seguridad Social

Las obras sociales constituyen el seguro de salud de los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos. Los rasgos esenciales del sistema son el carácter obligatorio de adhesión y la organización por rama de actividad. Esta imposición determina poblaciones cautivas que - independientemente de las prestaciones recibidas, de su satisfacción con el sistema, de su utilización o no - deben seguir aportando. Estas características no posibilitan la competencia en términos de eficiencia y calidad, y por lo tanto no existen incentivos para el mejoramiento de los servicios prestados, debido a que los ingresos de las OS son absolutamente independientes de la conformidad del beneficiario con la atención médica suministrada.

Las entidades de la seguridad social son las obras sociales pertenecientes al ANSSAL, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) (sección 6.3.5), otras obras sociales nacionales y las provinciales. (sección 6.3.6). La **ANSSAL** es una entidad estatal de derecho público con personería jurídica y autarquía financiera y administrativa, y las obras sociales comprendidas por ella son las que se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 11
Obras Sociales - ANSSAL

Obra Social	Número de Obra Social	Beneficiarios	%
Sindicales	203	4.611.492	56
Estatales	6	83.963	1
Por Convenio	19	44.496	1
Personal Dirección	23	609.404	7
Administración mixta	13	2.303.163	28
Otros	12	162.146	2
Sin clasificación	s/n	433.647	5
TOTAL	276	8.248.311	100

Fuente: DGI - Publicado por el Banco Mundial (1996)

Existe una fuerte concentración de poblaciones, ya que mientras las quince de mayor tamaño, entre las que se encuentran las de administración mixta, concentran más del 60 % de la población afiliada, las quince menores no llegar a tener prácticamente participación. Esta fuerte fragmentación determina que muchas OS muy pequeñas posean altos costos fijos, que limitan la realización de prestaciones mínimas y sus afiliados se encuentran en situación inequitativa respecto a otros.

Por último, existen otras obras sociales nacionales que no entran dentro de ANSSAL, y que son las que cubren al personal del Poder Judicial, Congreso de la Nación, personal de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, y de las Universidades Nacionales.

6.3.1. Gasto de las Obras Sociales

Se presentan a continuación los gastos de las OS, que incluyen a las del sistema nacional, PAMI y las provinciales. Dentro del ámbito provincial, el personal de la administración pública está afiliado en la OS provincial, mientras que la población ocupada en la actividad privada y los jubilados tienen cobertura de las obras sociales del ANSSAL.

Cuadro 12
Gasto de Obras Sociales
En Millones de Pesos Corrientes

Años	PAMI	ANSSAL	O.S. Provinciales	TOTAL
1991	1116	2369	792	4278
1992	1558	2635	990	5183
1993	1857	2860	1148	5864
1994	2443	3047	1215	6705
1995	2574	3054	1219	6847

Fuente: DNPGRS. SPE

Referencias: Excluyen gastos en asistencia social y turismo.

En el cuadro podemos observar como hecho notorio el crecimiento en términos nominales del INSSJP, que se duplica entre 1991 y 1994, comportamiento que no sucede en los restantes componentes. (ver sección 6.3.5)

Dichos valores adquieren mayor precisión si los comparamos con la población beneficiaria, cuyos resultados se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 13
Gastos Mensuales por Beneficiario de Obras Sociales
En Pesos Corrientes

Años	PAMI	ANSSAL	Provincias	PROMEDIO
1991	25.40	13.65	13.66	15.53
1992	35.20	15.06	16.98	18.67
1993	41.64	19.45	19.57	20.96
1994	54.38	17.13	20.58	23.79

Fuente: DNP GS. SPE en base a Secretaría de Hacienda.

Cabe señalar que es probable que los fondos disponibles por beneficiario de ANSSAL sean considerablemente mayores ya que se conoce que el número de beneficiarios es mucho menor al tomado en la estimación. (sección 6.3.2)

6.3.2. Beneficiarios de las OS

En el siguiente cuadro se detalla la cantidad de beneficiarios para cada uno de los seguros de salud obligatorios. La información de las OS pertenecientes al ANSSAL está sobredimensionada por efecto de que con las anteriores reglamentaciones, les resultaba conveniente para acceder a los recursos del Fondo Solidario de Redistribución. A partir de que la recaudación de los aportes y contribuciones a las OS Nacionales fuera unificada en la DGI, se cuenta con una nueva fuente de información, real, que muestra un número considerablemente menor de beneficiarios, los que fueron presentados en el Cuadro 11, que registra 8.248.311 afiliados en lugar de los 14.824.000. Los datos correspondientes a PAMI y a las OS Provinciales pueden ser considerados confiables. Los valores de la DGI están más próximos a los datos censales, que fueron presentados en la sección 5.3. (Cuadro 7)

Cuadro 14
Beneficiarios de Obras Sociales
En Miles de Beneficiarios.

Años	PAMI	ANSSAL(*)	Provincias	TOTAL
1991	3660	14460	4831	22951
1992	3688	14581	4860	23129
1993	3716	14702	4889	23307
1994	3744	14824	4918	23486

Fuente: DNP GS. SPE, en base a ANSSAL y Secretaría de Hacienda.

Referencia: (*) Los datos pertenecen al régimen del ANSSAL y al de otras OS nacionales y difieren de los de DGI

6.3.3. *Financiamiento OS*

El financiamiento de las obras sociales se basa en: a) las alícuotas de aportes y contribuciones de los trabajadores activos y de los pasivos, b) los aportes extraordinarios, c) cuotas de afiliados voluntarios, d) co-seguros, bonos moderadores de consumo, d) otros ingresos y e) ingresos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución. Dicho Fondo fue diseñado como mecanismo compensador de la capacidad financiera de las distintas OS, tendiente a canalizar los recursos de las superavitarias a las deficitarias.

Los montos recaudados son utilizados por las OS nacionales, el PAMI y las obras sociales provinciales (terceros pagadores) en la contratación centralizada (limitados casos) o descentralizada de servicios médico-asistenciales. Al igual que ANSSAL (Fondo de Redistribución), los fondos disponibles de PAMI figuran en la Ley de Presupuesto y los valores aprobados son utilizados en la contratación de servicios. Las erogaciones de las OS dependen, entonces, de las fuentes de financiamiento y su recaudación efectiva, del tipo de efector o institución responsable de la ejecución del gasto, de las modalidades de contratación de los servicios y de las características de la población a asistir.

El seguro obligatorio de salud fue financiado desde sus orígenes (Ley 18610 - 1970) en forma bipartita a partir de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones de los empleadores.

Cuadro 15
Financiamiento de Obras Sociales, ANSSAL y PAMI
En Porcentaje sobre Remuneraciones y Aguinaldo
Año 1996

	OS	PAMI	TOTAL
Trabajadores	3	3	6
Empleadores	5	1.4 - 0.4	6.4 - 5.4
Pasivos	-	4.5	4.5
TOTAL	8	8.9 - 7.9	16.9 - 15.9

Fuente: Cuadros N° 16 y 17.

Las cargas sobre las remuneraciones con destino a las OS y al PAMI son sumamente altas a pesar de que a partir de 1993 se iniciara un proceso de disminución de los aportes patronales con muchos avances y retrocesos. Resulta notorio el fuerte aporte que realizan los trabajadores a la obra social de los pasivos (PAMI) que sumado al de su propia OS, les representa un 6% de sus remuneraciones.

Cuadro 16

**Evolución de los Aportes y Contribuciones al Sistema
En Porcentaje, sobre Remuneraciones y Aguinaldo**

Vigencia	Ley/Decreto	Aportes Trabajador	Contribuciones	TOTAL
1970	18610	1	2	3
1971	18980	1	2	3
1975	21092	1	2.5	3.5
1975	21216	2	4.5	6.5
1977	21640	3	4.5	7.5
1980	22269	3	4.5	7.5
1989	23660	3	6	9
1993	2609	3	1.2 - 6 (*)	4.2 - 9
1995	372	3	3.0 - 6 (**)	6 - 9
1995	292 a)	3	2.4 - 5.4 (***)	5.4 - 8.4
1995	292 b)	3	1.8 - 4.8	4.8 - 7.8
1995	292 c)	3	1.2 - 4.2	4.2 - 7.2
1995	492	3	5 (****)	8

Fuente: DNPGS - SPE.

Referencias:

(*) La disminución de aportes patronales para las jurisdicciones que firmen el Pacto Federal, en los sectores: producción primaria, industria, construcción y ciencia y técnica. El descuento es mayor cuanto más lejos esté el departamento de la Capital Federal y más alto el % de población NBI. La reducción varía entre el 30% (Capital Federal) y 80% (Formosa, Chaco y parte de Santiago del Estero). (Anexo, mapa 1)

(**) La disminución está sujeta al cumplimiento de la modificación del Impuesto a los Ingresos Brutos (Pacto Federal, punto 4) y se extiende a la totalidad de actividades, salvo al sector público. Se atemperan las reducciones, que oscilan entre el 0 y 50%.

(***) Este decreto no tuvo vigencia en los aportes para las OS. El cronograma de reducciones era: a) septiembre - octubre 1995: 10% - 50%. b) noviembre - diciembre 1995: 20% - 65% y a partir de enero de 1996: 30% - 75%. (Anexo, cuadro 12)

(****) Reemplazó al Dec. 292

Las reducciones a las contribuciones patronales sufrieron sucesivas variantes, finalizando con la unificación en 5% para todas las regiones y actividades

El total de la recaudación de las obras sociales (excluyendo INSSJP) tiene una tendencia decreciente que puede observarse al mismo tiempo que se incrementa el valor porcentual de los aportes y contribuciones sobre los salarios. Por lo tanto, las OS han ideado distintas formas de recaudar como por ejemplo a través de cuotas adicionales, venta de chequeras, limitación de prestaciones, etc.

Se registran endeudamientos importantes en las OS de la ANSSAL, que según información del Banco Mundial oscilan en los \$ 400 millones anuales. El INSSJP también denuncia deudas y suspensión de prestaciones y las OS provinciales suelen recurrir al Estado para corregir sus desequilibrios financieros, o ajustan vía deterioro o corte de las prestaciones.

6.3.4. Fondo Solidario de Redistribución

Una de las principales funciones de la ANSSAL se relaciona con el Fondo Solidario de Redistribuciones distribuir al menos un 70% de sus recursos entre las instituciones de la seguridad social de menores ingresos promedio por beneficiario, buscando equiparar los niveles de cobertura obligatoria. Dado que en la realidad el Fondo no cumplió con su cometido legal, se automatizó su distribución con el decreto 492 del año 1995, que estableció que todos los beneficiarios titulares del Sistema tendrán garantizada la cotización mínima mensual de \$ 40, y que cuando los aportes y contribuciones fueran menores, el Fondo deberá reintegrar la diferencia de manera automática a través del Banco de la Nación, en base a la información a la DGI.

Los ingresos de la ANSSAL (Fondo Solidario de Redistribución), fijados por la Ley están constituidos por:

- 10% de la recaudación de las Obras Sociales (Sindicales, Institutos y de Convenio)
- 15% de la recaudación de las Obras Sociales de Personal de Dirección (fuera de convenio)
- 50% de recursos de otra naturaleza que perciben las OS (ejemplo: sobre depósitos bancarios, venta de seguros, etc.)

La mayor parte de los ingresos de la ANSSAL surgen de la recaudación de las OS y los recursos de otra naturaleza representan aproximadamente un cuarto del total. Los aportes extraordinarios han sido un tema controvertido, a tal punto que al Instituto de Servicios Sociales Bancarios (ISSB) le fueron suprimidos por el Dec 263/96, el que declaraba su disolución como instituto mixto y su reconversión a OS sindical para facilitar la Reforma (igual que los restantes institutos mixtos). Días después, con el cambio de ministro de Economía, se reintegraba el aporte extraordinario del 1 %, en lugar del 2 % que había tenido históricamente (Dec 915/96). Este es otro ejemplo de lo complejo que es el sistema, y de su sensibilidad a los cambios políticos.

6.3.5. Financiamiento del INSSJP

El INSSJP a través del Plan Atención Médico Integral (PAMI) brinda cobertura a la población jubilada, pensionada y sus familiares, (aproximadamente 4 millones de personas) y hasta 1995 a los beneficiarios de las pensiones no contributivas. Constituye un organismo de administración mixta y su directorio está integrado por el sector estatal, representantes de pasivos y la Confederación General del Trabajo (CGT).

Las últimas reglamentaciones específicas han establecido las siguientes fuentes de ingresos: a) 3% del total de aportes y contribuciones de los trabajadores activos b) 0.4% -1.4% sus empleadores y c) el 3% de la jubilación mínima (\$150) más un 6% sobre el monto que excede los \$150 de la jubilación mínima. El órgano recaudador de los ingresos provenientes de los trabajadores activos es la DGI y la administración de los fondos corresponde al ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social- Ministerio de Trabajo). El 73% del total de los ingresos registrados en 1994 correspondió a los aportes de los trabajadores activos.

Cuadro 17
Evolución de los Aportes y Contribuciones al INSSJP
En Porcentaje sobre Remuneraciones y Aguinaldo

Período de vigencia	ACTIVOS		PASIVOS
	Patronal	Personal	
Ley 19032/71	-	1	2
12/75 - 2/76	-	1	4.5
3/76 - 5/77	-	1	4.5
6/77 - 9/80	-	1	4.5
10/80 - 4/84	-	1	4.5
5/84 - 9/84	-	1	4.5
10/84 - 10/85	-	1	4.5
11/85 - 12/86	-	1	4.5
1/87 - 6/88	-	1	4.5
7/88 - 1/89	2	3	4.5
2/89 - 8/90	2	3	4.5
9/90 - 12/92	2	3	4.5
1/92 - 11/93	2	3	4.5
11/93 - 2/95	2 - 0.4 (*)	3	4.5
3/95 - 7/95	2 - 1 (**)	3	4.5
8/95	1.8 - 0.8 a) (***) 1.6 - 0.6 b) 1.4 - 0.4 c)	3	4.5

Fuente: DNP GS - SPE.

Referencias:

(*) Dec. 2690/93 - La disminución de aportes patronales para las jurisdicciones que firmen el Pacto Federal, en los sectores de producción primaria, industria, construcción y ciencia y técnica. El descuento es mayor cuanto más lejos esté el departamento de la Capital Federal y más alto el % de población NBI. La reducción varía entre el 30% (Capital Federal) y 80% (Formosa, Chaco y parte de Santiago del Estero).

(**) Dec. 372/95 - Amplía la disminución a todas las actividades, salvo a las gubernamentales pero reduce su porcentaje, que varía entre 0 % (Capital Federal) y 50% (Formosa) sobre los aportes.

(***) Dec 292/95 - Se establece cronograma de descuentos : a) a partir de septiembre - octubre: 10% - 50% sobre los aportes; b) a partir de noviembre - diciembre: 20% - 60% y c) desde enero 1966: 30% - 75%

6.3.6. Obras Sociales Provinciales

Estas OS, que cuentan con aproximadamente 5 millones de beneficiarios, cubren a las familias y a los trabajadores de las administraciones públicas, sus organismos descentralizados, y en algunos casos, a los municipios. Las autoridades y la conducción son responsabilidad de cada gobierno provincial, y en la práctica se convierten en extensiones de la política de su respectivo ministerio de salud.

Los ingresos de estas OS provienen de los aportes y las contribuciones sobre las remuneraciones (sobre sueldos con bonificaciones en 15 obras sociales, sobre sueldos

básicos en 6 y 2 sin información) de los empleados por los gobiernos provinciales. Los porcentajes de aportes y contribuciones oscilan entre el 7% y el 12,5% sobre el salario. La mayoría de ellas percibe un aporte global por el núcleo familiar directo (15), en otras se agrega un porcentaje para la incorporación del grupo familiar (5) y por último existen tres en las que se incrementa el aporte por cada miembro.

6.3.7. Modalidades de Contratación del Sistema de Seguridad Social

Las prestaciones que realizan las OS, como se dijera anteriormente, se realizan a través de efectores privados, siendo prácticamente sólo INSSJP la que incluye a los hospitales públicos. Hoy opiniones que cuando el efector estatal intenta vender sus servicios, encuentra objeciones de los sectores privados, ya que se señala está cobrando la ineficiencia.

Las OS contratan servicios asistenciales en forma centralizada o descentralizada. Se considera que es *contratación descentralizada* cuando se celebra un convenio entre las entidades intermedias con o sin fines de lucro -asociaciones de médicos, clínicas o asociaciones o uniones transitorias de empresas - y las OS. Dichos convenios contienen un conjunto de prestaciones incluidas dentro del precio pactado. La *contratación centralizada* es cuando se realizan convenios para la asistencia médica, por un precio determinado con efectores propios, es decir con los productores de servicios de atención médico asistencial ambulatoria y de internación para la atención de patologías crónicas y agudas.

Las contrataciones mencionadas pueden responder a las siguientes modalidades:

- **Capitación:** pago uniforme, periódico (mensual), por atención integral (con exclusiones explícitas) según contratos renovables. La modalidad incentiva la selección de pacientes según costo de tratamiento y puede no ser efectivo para garantizar la calidad y tiene una tendencia a la subprestación por parte de los efectores. Esta modalidad es la utilizada actualmente por INSSJP, y es considerada atractiva por las OS, Por prestación/servicio: pagos globales, módulos asistenciales, honorarios más gastos. Los sistemas de control más frecuentes son autorizaciones previas y órdenes de prestación. Esta modalidad incentiva el sobreconsumo los tratamientos prologados y aumenta los costos.
- **Mixta:** capitación más pago por servicios por diferenciación en las prestaciones (alta complejidad, tratamientos de patologías crónicas, etc.)
- **Por arancel globalizado:** está asociado al diagnóstico y al pago por caso utilizando grupos de afinidad diagnóstica. El prestador comparte los riesgos de su actividad, pero se registran dificultades técnicas para establecer los "case mix", y su remuneración. En la práctica, el monto del arancel no se ha establecido con rigor técnico.

6.4. Mercado Privado

El mercado privado es el que ha registrado mayores cambios en los últimos 25 años, primeramente incentivado por el auge de las OS y más recientemente por la aparición de los seguros voluntarios.

Los gastos en este tipo de seguros registran un constante crecimiento debido a que las familias - frente a la incertidumbre y a los cada vez más altos costos de los servicios médicos - los contratan. La población asegurada voluntariamente más la

obligada a afiliarse a las OS constituye la mayor parte de la demanda del mercado privado de salud. (Anexo, cuadro 17)

Por lo tanto, el mercado privado de salud se encuentra fuertemente vinculado a las OS y a los seguros voluntarios y podemos afirmar que son pocos los profesionales y ningún establecimiento los que se encuentran fuera de estos sistemas.

A los seguros voluntarios los podemos clasificar en los que tienen fines de lucro, conocidos como medicina pre-paga y los que no lo tienen y están conformados por los hospitales de las comunidades (Hospital Francés, Alemán, Británico Israelita, etc.), que ofrecen planes de salud.

La *medicina prepaga funciona totalmente desregulada*, y no hay organismo público que salvaguarde a los usuarios-consumidores (Díaz Muñoz A et al, 1994). La Secretaría de Comercio, teóricamente, ejercería estas funciones pero en la práctica sólo establece algunas normas sobre las características de los convenios.

La información sobre este mercado de los seguros voluntarios está muy fragmentada y es muy poco transparente. La regulación debería prestar atención al control de calidad de prestaciones, acreditaciones, a los capitales mínimos, reservas, antecedentes de accionistas, capacidad de gestión, etc.

Estimamos que las empresas pre-pagas son alrededor de 270, poseen aproximadamente 2000 programas, cubren una población estimada en 3,5 millones de personas y tienen ingresos por \$ 2520 millones. Ello equivale a un gasto individual mensual de \$ 60, superior al del sistema de seguridad social, al que habría que agregar las cuotas por servicios de emergencia.

Estas entidades presentan, en términos generales las siguientes características:

- el modelo de compra es a través del pago por prestación, y contratan, en general, al efector privado siendo muy pocas las empresas que tienen servicios propios. Por lo tanto, estas empresas son intermediarias entre los asegurados y los efectores.
- registran severas restricciones al ingreso al no admitir a beneficiarios con enfermedades preexistentes.
- se reservan la atribución de alterar, suspender o reemplazar planes y hasta de rescindir contratos.
- existen tiempos de espera (carencia) que varían entre 90 días y 18 meses según se trate la complejidad de las intervenciones.
- no cubren las siguientes prestaciones: a) toxicomanías e intoxicaciones auto provocadas, b) tratamiento de lesiones provocadas voluntariamente por el afiliado, C) accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y sus secuelas, d) lesiones derivadas de prácticas de deportes de alto riesgo e) material radioactivo y materiales descartables especiales, marcapasos, válvulas cardíacas, f) afecciones derivadas de sismos, inundaciones y desastres en general, g) internación en geriátricos y en neurosiquiátricos.
- las cuotas varían con la edad (18,36,70 y 75 años) a mayor edad mayor cuota, sin tener en cuenta el tiempo de la filiación ni sus aportes acumulados.

Como proceso interesante de resaltar es la concentración que se está operando entre las empresas pre-pagas, vinculado seguramente con la reforma de las OS. Entre ellas, AMSA es la que tiene más afiliados, pero por facturación, el liderazgo se encuentra en The Excell Group, que controla a las empresas Galeno Life S.A., Vesalio y TIM (160.000 afiliados e ingresos por \$ 180 millones) además de las clínicas del Sol, Trinidad y Jockey (con ingresos por otros \$ 60 millones). En cuanto a la calidad, se ubican en los primeros lugares MEDICUS (160.000 afiliados con las clínicas Otamendi

y Las Lomas), el Swiss Group con 83.000 asociados, la Maternidad Suizo Argentina y las pre-pagas CIM, Magna y Salud. Docthos, la prepaga del grupo Roberts, atiende a 100.000 personas, OMINT 80.000, Diagnos 48.000 y Qualitas, asociada con la estadounidense Principal y con un target de atención muy especial, reconoce alrededor de 15.000 beneficiarios.

Los *planes médicos* son organizaciones similares generadas a partir de efectores asistenciales privados, que aprovechando su capacidad instalada ofrecen sus servicios mediante un sistema de pre-pago. En los últimos tiempos algunas entidades de prestadores se asociaron y comenzaron a realizar contratos para prestar servicios por un monto fijo per cápita. Ello significa compartir riesgos y controlar los costos.

En cuanto a la distribución geográfica, tanto las pre-pagas como las empresas de planes médicos están ubicadas en la Capital Federal y Gran Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y otras ciudades con población grande.

La Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFELISA) agrupa a cerca de 1500 instituciones que poseen 67.000 camas. Estos establecimientos tradicionalmente realizaban sus servicios para las OS bajo la modalidad de pago por prestación, lo que en la práctica implicó no compartir ni transferir sus mayores costos riesgos con la parte contratante. Para obviar esto, las instituciones generaron sobreprestaciones y buscando rentabilidad incorporaron tecnología de alta complejidad anárquicamente, aprovechando las facilidades de su importación, lo que contribuyó a un sobredimensionamiento y a su uso indiscriminado.

Últimamente, se verificaron fusiones entre entidades, se realizaron contratos capitados y se encuentran revisando sus sistemas de costos y gestión. La ausencia hasta el pasado reciente de normas legales aplicadas para la categorización de establecimientos, y la falta de mecanismos de acreditación, han producido grandes diferencias en la calidad de la atención médica que en muchos casos no alcanza al nivel mínimo deseado. (MSAS).

Cabe señalar que dentro del sector privado, el mercado de medicamentos ocupa un rol sumamente importante ya que en él se gasta prácticamente un tercio del gasto en salud y Argentina se encuentra entre los principales países consumidores.

Otro rubro importante constituye el gasto en odontología que es una especialidad que aún no ha sido incorporada plenamente a las prestaciones aseguradas y por gran parte de sus servicios se realizan pagos directos

En cuanto al *financiamiento*, las familias a través de los pagos de las cuotas de la medicina pre-paga, proveen recursos al mercado asegurador privado, en tanto con los aportes sobre sus salarios y los de sus empleadores financian a los efectores privados que prestan servicios para los aseguradores compulsivos (OS). También financian: a) Los aranceles, los co-seguros y bonos de contribución exigidos por las OS y pre-pagas, b) las compras directas de medicamentos y c) la atención, estudios e internaciones contratados privadamente. Todos estos gastos de las familias representan el 44% del gasto total en salud (Sección 4).

Por último, debemos señalar tanto la absoluta ausencia de información en el subsector, como la falta de regulación en su funcionamiento, ambos aspectos relevantes a ser tenidos en cuenta para cualquier reforma del sistema integral de salud.

7. TENDENCIAS ACTUALES DE LA REFORMA

En Argentina, los cambios en el sector salud se van realizando mucho más lenta y dificultosamente que los llevados cabo por la Reforma del Sistema Previsional. En efecto, ambos tuvieron un comienzo simultáneo, y mientras que los primeros se encuentran incompletos, la segunda se halla en pleno funcionamiento desde hace dos años. Esta circunstancia está vinculada a los muchos e importantes intereses políticos, sindicales y empresarios que están en juego y las presiones ejercidas por estos grupos. Por lo tanto, el tratamiento del tema se ubica en un escenario político-institucional altamente sensible y conflictivo, que ha llegado a ocasionar fuertes oposiciones y hasta huelgas generales. Por el contrario, es insignificante el debate existente en el plano académico y en los ámbitos vinculados al sector sobre la reforma y no existe una formulación escrita que constituya la base de la discusión. Tampoco han tenido repercusión en la realización de debates los nuevos lineamientos para la provisión pública en los hospitales fueron reglamentados a partir de 1992.

Es importante destacar que no se plantea una reforma para el Sistema de Salud en su conjunto, sino que cuando se habla de ella, se refiere exclusivamente a la reconversión de las OS sindicales. La transformación del subsector público fiscal se realiza por vía separada, y aunque se contempla su futura inclusión como prestadores de los afiliados de las OS, no se trata de la integración en un sistema. Las reformas comenzaron en las mismas fechas que en las OS, y tampoco se han implementado en todos sus alcances. Podemos prever que el sistema público va a orientarse hacia el subsidio de demanda, pero para ello deberán primero cumplirse otras etapas.

Dadas las características que se están adoptando en el sector, aparece claro que los objetivos no son mejorar el sistema de salud sino están centrados en solucionar problemas financieros.

Entre los antecedentes de la reconversión de las OS en los últimos años, debemos señalar que en 1992 se diseñó una primera propuesta de ley de OS que proponía la "libre elección", que a pesar de contener principios de solidaridad al unificar los aportes y establecer una cápita para todos los afiliados, fue fuertemente desestimada antes de ser presentada al Congreso de la Nación. La misma proponía homogeneizar los ingresos de cada ente prestatario a partir de la Cuota Parte de Asistencia Médica (CUPAM) que se calculaba como el cociente entre el total de la recaudación originada por los aportes y contribuciones y el total de beneficiarios del sistema. Cada ente (OS) tendría el derecho a percibir tantas CUPAM como beneficiarios, obligándose a cumplir con un plan médico. Posteriormente, luego de un período y ante la imposibilidad de sancionar la ley, en 1993 se promulgó un decreto por el que se establecía la libertad de elección, pero jamás se puso en práctica.

En 1995 comenzó, con mayor continuidad y efectividad, la promulgación de una serie de decretos y medidas, que fueron modificando paulatinamente y preparando el

proceso para alcanzar la reconversión de las OS y del INSSJP. Actualmente, dicha reconversión está incluida entre las condicionalidades firmadas entre el Gobierno Argentino y Fondo Monetario Internacional (1996) y el Banco Mundial ha otorgado préstamos importantes para su implementación, lo que hace suponer que la reforma, tiene más posibilidades de realizarse.

La libertad de elección fue reglamentada (1996) por decreto junto con la flexibilización laboral, ya que no hubiera salido por ley por la oposición sindical en el Congreso, y se ha fijado un cronograma para su efectivización. Se prevé que finalizada la reconversión de las OS sindicales (no incluyen las OS de Dirección), habrá libertad de afiliación en las entidades de seguros médicos, debiéndose optar inicialmente entre las existentes. En una segunda etapa (1998) podrían afiliarse a cualquiera de las compañías de seguros médicos, que tendrían libre acceso al sector. En ese segundo momento, empresas de medicina pre-paga, compañías de seguros y cualquier otra entidad que se ajuste a los requerimientos de la ley, entrarían a competir. De esta forma, los trabajadores podrían optar por un servicio de cobertura médica, sin estar condicionados por el sindicato incluido en el convenio que regula la actividad en que se desempeñan.

Actualmente existe una aceptación bastante generalizada sobre lo beneficioso que resultaría la libertad de elección por los beneficiarios. Por el lado del gremialismo la desconfianza se centra en la manera de implementar la libre elección porque aspiran retener a la población afiliada en las OS y cuestionan el libre acceso a la medicina pre-paga. Estas empresas se encuentran preparándose y denuncian la deslealtad con la competencia de las OS de dirección que cubren a 600000 beneficiarios, que contando con estructura y servicios similares, tienen prerrogativas fiscales. El ingreso de las pre-pagas en la competencia está previsto para 1998 según el Acuerdo con el FMI.

A continuación presentamos los pasos que se van llevando a cabo para modificar aspectos importantes del mercado de salud en Argentina:

7.1. Salud Pública

- En el presupuesto de 1992, se transfirieron los hospitales desde la órbita nacional a las provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, acorde con otras descentralizaciones de Educación (educación secundaria) y de los Programas Nutricionales (Comedores Escolares e Infantiles).
- Se enmarcó la política de salud en el contexto general del programa de gobierno y se estableció que el gobierno nacional cumpliría una función rectora dentro del sistema de salud, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización y coordinando con las provincias la programación, fiscalización y el control de las acciones sanitarias.
- En el mismo año se dictaron las normas para la transformación de los hospitales públicos en "autogestivos", justificado en el mejoramiento de su financiamiento y gestión. Se estableció la obligación de pago por los servicios brindados a los afiliados de OS, mutuales, pre-pagos, seguros o personas con capacidad de pago, cuya recaudación podría ser administrada directamente por los establecimientos hospitalarios.
- Se garantizó la atención gratuita a la población carenciada y se trató de evitar los subsidios cruzados. Los hospitales actuarían como organismos descentralizados, pudiendo realizar convenios con las OS, completar servicios con otros establecimientos asistenciales o integrar redes.

- Se previó la continuación del financiamiento presupuestario público a los hospitales, pero se sugería su paulatino reemplazo por el financiamiento de la demanda, dejando abierta la posibilidad de la creación de seguros públicos de salud.

Actualmente solicitaron incorporarse al sistema 828 hospitales de los 5740 existentes (sin internación), pero en realidad son contados los que están funcionando como tales y coinciden con ser los de mayor excelencia de la Capital Federal, provincia de Buenos Aires y Mendoza y que cuentan con capacidad de gerenciamiento.

7.2. Obras Sociales

7.2.1. Libre Elección

- En 1993 se promulgó el decreto N° 9 por el que modificaba el sistema de OS (excluyendo las de personal de Dirección y al INSSJP), que no tuvo efectividad y quedó en suspenso. En el mismo se incorporaba la libre elección por parte de los afiliados, posibilitando de esta manera la competencia entre las OS para captar población ofreciendo distintas calidades. Como consecuencia, se preveía el agrupamiento de OS que se iba a efectivizar con fusiones, desaparición o crecimiento de las entidades. En cuanto a los tipos de contratación, se proponía la contratación directa no regulada por Nomenclador de aranceles, para alentar la competencia.
- Se disolvieron todas las OS mixtas (sindicato y Estado) y se convirtieron en sindicales para ser incorporadas dentro de la libre elección.
- El Decreto 292/95 autorizó la libertad de elección de los jubilados (INSSJP) en agentes (OS) inscriptos en un registro y se asignaba una cápita de \$ 36 para los afiliados mayores de 60 años, \$ 19 para los afiliados mayores de cuarenta y \$ 12 para los menores de dicha edad (el promedio era \$ 30).
- El Decreto 1141/96 vuelve a ratificar la opción a la libre elección de las OS sindicales que se hará efectiva entre marzo y junio de 1997, según sea la situación particular de cada una de ellas.

7.2.2 Financiamiento

- En veintidós meses se modificaron tres veces las contribuciones patronales a las OS y al INSSJP. En diciembre de 1993 por el decreto N° 2609 se disminuyeron los aportes patronales, incluyendo los de las OS, para determinados sectores de la economía y privilegiando a las zonas alejadas de la capital y las más pobres. En marzo de 1995, como efecto de la crisis se volvió atrás con la medida anterior, expandiendo las actividades pero reduciendo las disminuciones a las contribuciones con un cronograma paulatino de aplicación. Por último, seis meses después, se vuelve a cambiar estableciendo para las OS una contribución fija en 5 %. (secciones 6.3.3 y 6.3.5, cuadros 15 y 16).
- Se eliminaron las dobles coberturas, y todo afiliado/beneficiario deberá aportar a una sola OS, donde se concentrarían todos los aportes.

7.2.3. Fondo Solidario Redistribución (FSR)

- La distribución automática del FSR se realiza en base al establecimiento de un monto mínimo de aportes y contribuciones de \$ 30 (Dec 292/1995) y un mes después se llevó a \$ 40 (Dec 492/95) por titular, por debajo del cual el FSR integrará inmediatamente la diferencia por cuenta del ANSSAL. Dicha integración se efectúa por cuenta de la ANSSAL a través del Banco de la Nación Argentina.
-

7.2.4. Padrones de Titulares y Beneficiarios

- Se conformaron los padrones (DGI) de los aportantes en base a los cuales se pudo automatizar la distribución del FSR con la colaboración en el financiamiento de los organismos multilaterales. Los padrones de beneficiarios están contemplados en el Decreto 1141/96, que se llevarán a cabo antes del 30 de marzo de 1997 con la realización de un Censo a empleadores, información directa de los afiliados titulares al ANSSES y de la ANSSAL.

7.2.5. Reformas en el INSSJP

- Se establece la libre elección para los beneficiarios del INSSJP. (sección 7.2.3)

Se desconcentraron funciones cubiertas por PAMI como el subsidio a la pobreza (que pasó al ANSSES), los programas de turismo (Sec. de Turismo), las Pensiones no Contributivas y las Prestaciones Sociales (Pro-Bienestar y otros programas asistenciales) que se transfieren a la Secretaría de Desarrollo Social.

7.2.6. Programa Médico Obligatorio (PMO)

- Se establece el PMO en el que se establece el régimen de asistencia obligatoria para todas las OS, que deben asegurar a sus beneficiarios mediante sus propios servicios o contratados, y se garantizan la prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico e incorpora médico de familia. El PMO entra en vigencia en noviembre de 1996, y establece que aquellos agentes que no se encuentren en condiciones de brindarle a sus beneficiarios el PMO, dispondrán de dos meses para fusionarse y en caso contrario la ANSSAL los fusionará obligatoriamente con otro y otros agentes. El PMO establece la cobertura de la atención primaria y secundaria, así como también los valores de los co-seguros: atención primaria: gratuita, consultas generalistas \$ 2, consultas especializadas \$ 3, prácticas de diagnóstico \$ 5 y prácticas de alta complejidad \$ 10.

7.3. Seguros Voluntarios

- La ANSSAL dictará una operatoria para las nuevas entidades que deseen registrarse como agentes del SNSS y el MSAS elevará en cuarenta y cinco días un proyecto de ley de la medicina pre-paga, a partir de septiembre de 1996.

7.4. Consideraciones sobre las Nuevas Disposiciones

7.4.1. Hospital Autogestivo

La transformación del hospital en autogestivo tropieza con obstáculos de diversa índole. En primer término, la capacidad de realizar la reforma está en función de la localización, condiciones socio-económicas de la población del área, calidad los recursos humanos, niveles de gerenciamiento, capacidad de producción, niveles de complejidad e infraestructura, etc. Por lo tanto, la transformación no puede ser inmediata y requiere de un proceso y una "puesta al día" de los establecimientos, lo que es imposible sin una adecuada programación. Es necesaria capacitación y asistencia técnica para readaptar los recursos humanos existentes a las nuevas modalidades de funcionamiento y es imprescindible previa a la conversión del hospital, realizar estudios de costos. En segundo término, los hospitales se encuentran totalmente descentralizados en las provincias, y ello determina dos tipos de problemas: a) las provincias tienen autonomía y no necesariamente tienen que incorporarse al nuevo sistema y b) se encuentran atravesando importantes crisis fiscales que, muchas veces, efectúan la transformación en hospitales autogestivos para reducir presupuestos y terminan dejando a los establecimientos desprovistos de insumos y otros gastos imprescindibles para el funcionamiento.

Por la corta experiencia, podemos decir que en las áreas centrales, de mayor densidad de población, existen algunos buenos ejemplos de funcionamiento de hospitales autogestivos, pero no son significativos para la totalidad de los hospitales del país. Por otro lado, los Consejos de Administración formados por médicos y fuerzas vivas están dando muy buenos resultados en algunos de los hospitales de la provincia de Buenos Aires. Es importante que señalemos que los resultados en términos de incidir en los presupuestos son pobres, ya que de acuerdo con informes directos de los hospitales, aseguran que los ingresos provenientes de la facturación de las OS nunca supera el 18 - 20 % de los recursos totales del establecimiento.

Pero aún más, en los casos más exitosos, es importante destacar el problema de la falta de capacitación en gerenciamiento, que trae aparejado serios inconvenientes en la organización y desenvolvimiento de las instituciones. No siempre el "mejor médico", resulta un administrador y es necesaria la incorporación de otros profesionales especializados en informática, tecnología, gestión, administración de empresas, economía, lo que no siempre es sencillo.

El hospital autogestivo es hoy, en términos generales, un objetivo a cumplir con ejemplos circunscriptos a condiciones especiales. Los hospitales del interior, y especialmente los de las zonas más carenciadas no tienen ninguna posibilidad de convertirse en autogestivos, porque sencillamente no hay población afiliada en número significativo como para proveer ingresos. Por otra parte, debemos señalar que es necesaria alguna programación pública para evitar los sobreequipamientos innecesarios y desproporcionados con las necesidades que puedan incurrir algunos hospitales para lograr incrementar sus ingresos, generando una fragmentación mayor a la actual y un derroche en inversiones improductivas.

Por último, es importante considerar que el proceso de transformación de los hospitales implica ciertos riesgos como los antedichos, para lo que el Banco Mundial (1993) advierte y aconseja programar los procesos mediante reglamentaciones e instrumentos precisos que eviten la aparición de nuevos problemas.

7.4.2. Obras Sociales

Después de los sucesivos intentos de reconvertir el sistema de OS sindicales, da la sensación que en esta oportunidad se va efectivizar, porque se están cumpliendo los pasos previos para la libertad de elección de las OS que eran: a) confección de padrones de titulares y beneficiarios, b) definición del PMO, c) automatización de la distribución del Fondo Solidario de Redistribución, d) solución para los beneficiarios con doble cobertura, e) racionalización de las OS con préstamos, f) libre elección de los afiliados del INSSJP.

Por otra parte, es fácil detectar que en este último tiempo mientras se sucedían los avances y retrocesos en las reglamentaciones para el logro de la "libre elección", se fue modificando el mercado de salud, sobre todo en el subsector privado. Entre las empresas de medicina pre-paga se están verificando fusiones entre las existentes e ingreso de empresas extranjeras, atraídas por el previsible aumento de la demanda.(sección 6.5)

Asimismo, dentro de las OS, y en busca de su transformación para ser eficientes y queden en condiciones para enfrentar la libre elección, se están operando fuertes cambios. Así, aquéllas que no puedan cumplir los objetivos se deben fusionar o desaparecer contando como parámetro al PMO. Hasta el momento, ANSSAL liquidó 25 OS y otras 75 están en proceso de serlo. Algunos estudiosos presuponen que se llegaría a 60-70 obras sociales de las 320 existentes hasta hace no mucho tiempo.

Con el apoyo del Banco Mundial, el gobierno y los sindicatos acordaron un préstamo de 375 millones (sección 6.1.) para racionalizar a las OS. Hasta el momento, 37 de ellas se presentaron para la pre-clasificación, para lo cual deben cumplir con requisitos (balances al día, entre ellos y no menos de 10000 afiliados). Pasando dicha etapa, deben elaborar su plan de cambio y presentarlo para la adjudicación del crédito. Otra parte del crédito es para asistencia técnica destinada a terminar de confeccionar los padrones de beneficiarios.

Las racionalizaciones de las OS están presentando atrasos respecto a los cronogramas previstos y se detecta falta de atractivo para su acogimiento, por lo que resulta difícil imaginarse que se vayan a cumplir los tiempos establecidos por el decreto de desregulación. Seguramente, se va a producir una prórroga para su implementación, además, de ajustes previsibles en este mercado tan complejo, pero finalmente se concretará.

CONCLUSIONES

Los cambios estructurales operados en la Argentina modificaron las relaciones público-privadas, lo que implicó la redefinición del rol del Estado, la introducción de las leyes del mercado en casi todas las actividades y la apertura de la economía. Por lo tanto era previsible que las mismas reglas de competencia se extendieran al sector salud, el que resulta ser uno de los últimos en ser transformados junto con la reforma laboral.

La reforma no está centrada en los objetivos de un sistema de salud, sino por el contrario se limita incorporar las reglas del mercado en el sistema de las OS logrando que los beneficiarios tengan la libertad de elegir entre ellas y empresas privadas de seguros voluntarios. La reforma está más orientada a lo político (patrimonio de las OS) y al financiamiento que a objetivos de eficiencia y equidad para la atención de la salud para la población en su conjunto y para la más carenciada en particular. Es decir que *no se plantea una reforma que integre a los subsistemas prestacionales*, articule el financiamiento y establezca las regulaciones necesarias para el óptimo funcionamiento. Por lo tanto, puede concluirse que no existe un propósito claro de reformar un sistema, sino parcialmente, reconvertir un importante subsector, que tiene como observamos en las secciones anteriores, una importante incidencia tanto en número de beneficiarios como en montos gastados.

La reforma al sistema de salud en Argentina para ser efectiva es necesario que sea *integral*, es decir que abarque a todos los sectores intervinientes y que sea formulada orgánicamente. Los rasgos de no integralidad de la reforma en curso constituyen una importante restricción para el éxito, porque aumentará la fuerte fragmentación existente.

El sistema de salud argentino tiene una gran complejidad porque interactúan varios subsectores - público, privado, cuasi-público - de manera desarticulada y, además, intervienen en su funcionamiento las corporaciones médicas y de clínicas, y tienen gran peso los poderes políticos y sindicales. Por lo tanto, cualquier reforma al sistema afecta a cantidades de agentes (vinculados directa o indirectamente al sector) y son numerosos los intereses que están en juego tras cualquier determinación, de allí la alta sensibilidad del sector, que lo demuestra en las demoras para implementarla.

Es evidente que el sistema actual requiere una reforma, ya que gasta montos muy importantes (7.26 % del PBI), equivalentes a \$ 590 por habitante año y sus resultados no están en relación con las inversiones realizadas. La reducción de la mortalidad infantil, el crecimiento de la expectativa de vida, y otros indicadores muestran la buena ubicación de Argentina en el concierto de los países de la región pero también que los decrecimientos/crecimientos son mucho menores que los esperados para los niveles de desarrollo del país y de los gastos.

Los recursos financieros son suficientes, los recursos humanos sobreabundantes y la infraestructura física óptima para lograr un buen desempeño, pero el sistema está

fragmentado y se observan en todos los subsectores importantes *rasgos de ineficiencia e inequidad*, que son las causales de la baja performance de nuestros gastos. Entre los primeros se destaca la debilidad en las políticas públicas, la falta de incentivos para la provisión pública, la nula regulación del mercado privado y la falta de información y de transparencia en todos los sectores.

Pero los rasgos más severos se detectan en la *inequidad del sistema*. Por el lado del financiamiento, el 44 % del mismo se realiza por los gastos directos que efectúan las familias, esto significa que las familias más pobres son las que proporcionalmente mayor parte de sus ingresos destinan a salud. En efecto, estas familias asignan aproximadamente el 12 % de sus ingresos a los gastos directos de salud, mientras que las de mayores recursos gastan alrededor del 6 %. Por el lado del gasto, la población que no posee cobertura del sistema de OS ni de los seguros voluntarios es aproximadamente de once millones¹⁶, o sea el 33 % del total del país y son los beneficiarios - aunque no los únicos - de los gastos realizados por el subsector público fiscal, los que alcanzan al 23 % del total. Por lo tanto, esta población es la que recibe menor protección en salud y la que tiene que desembolsar proporcionalmente mayores recursos de sus ingresos.

Se adiciona a la precariedad de la población de menores recursos, el bajo desempeño de los efectores públicos motivados por los atrasos en el pago de salarios, la escasez de insumos, la falta de mantenimiento de los hospitales, la precariedad en los medios de comunicación y transporte, etc. y que son el resultado de la crítica situación fiscal por la que atraviesan muchas provincias. Por el otro lado, no existen incentivos para lograr eficiencia, no hay controles ni seguimientos de los gastos, la desorganización es importante, y los médicos no cumplen con sus obligaciones horarias, piden traslados y dejan las zonas más inhóspitas.

Las diferencias regionales son muy importantes, y en las provincias más pobres coinciden las altas tasas de precariedad, baja recaudación tributaria, menor eficiencia y menores gastos per cápita. Estas provincias tampoco son seleccionadas por la banca multilateral para realizar sus proyectos porque son las que menos ofrecen seguridad de realizar reformas y cambios en sus sistemas.

Los programas del gobierno nacional en las provincias registran baja efectividad por problemas de gestión y de organización más que por falta de fondos y la atención primaria de la salud, que está inducida a través de la Nación debe ser reformulada porque en la actualidad registra significativas ineficiencias.

Todavía la inequidad también se detecta en las OS, en las que los afiliados pueden aportar las mismas sumas y recibir prestaciones de muy distinta calidad porque están vinculadas con los ingresos de los aportantes y éstos difieren enormemente entre una y otra. El FSR no funcionó para solucionar estas inequidades. Es previsible que parte de estos problemas puedan ser solucionados con la administración automática del FSR y la eliminación de la población cautiva con la introducción de la "libre elección". Quedan pendientes las inequidades regionales, las que dependen de la oferta local sobre las que no existen propuestas.

No podemos predecir con seguridad cuáles serán los resultados de los cambios que están ocurriendo, pero sí podemos afirmar con seguridad que es necesario prestar especial atención y aumentar la eficiencia del subsector público fiscal ya que las

¹⁶ Debemos tener en cuenta que la información de la población sin cobertura data del Censo de 1991, cuando la tasa de desocupación era del 7 %. Si consideramos la actual (17 %), comprobamos que la demanda del subsector público ha crecido substancialmente.

medidas adoptadas son insuficientes y se requiere una profunda reforma en su gestión y organización.

Los hospitales autogestivos pueden ser la mejor alternativa para los establecimientos de las grandes ciudades pero no lo son para todos los establecimientos, sobretodo los ubicados en zonas más alejadas y con población carenciada tendrían que tener un tratamiento diferenciado. En muchos de estos casos, la población cubierta por las OS es escasa y pertenecen a la OS de la misma provincia, con lo que los recursos terminarían proviniendo de la misma ventanilla. Por otra parte, es previsible que en el período de transición de las OS, las urgencias en los cambios en las condiciones del mercado, la población beneficiaria presione sobre el uso del hospital público, el que se verá más desfinanciado aún, y la población más carenciada será perjudicada seriamente.

En resumen, podemos afirmar que la reforma no contempla los cambios necesarios en grandes segmentos del mercado que coinciden con los que atienden a la población necesitada y que no integra el sistema, de por sí fragmentado, y que se desconoce la implementación de las regulaciones necesarias para permitir el buen desempeño de la libre elección en las OS y en el mercado privado. Es imprescindible que el Estado introduzca un *marco regulatorio apropiado y simultáneo con la apertura del mercado*. El Estado debería concentrar la capacidad de regulación en áreas en las que el mercado - por distintos motivos - no garantiza una situación de eficiencia y equidad.

Pero, es fundamental que la regulación cubra a la totalidad del mercado de salud, tanto público como privado, especialmente cuando las complejidades existentes cada vez tornan más imprecisos los límites. Por ello, el modelo regulatorio debería contemplar las múltiples formas de interrelación entre la esfera pública y la privada, admitiendo que estamos programando un sistema único que debe ser tratado de manera integral. (Katz. 1995). Asimismo, la regulación debería favorecer a los mecanismos del mercado y fortalecer el control y la eficiencia y garantizar un rol más activo de los beneficiarios (elección de OS, participación en Consejos de Administración de los hospitales, etc.).

De la misma manera, la transparencia de la información debería ser condición necesaria para la permanencia de todos los agentes ya sean públicos como privados, porque es la base para la toma de las decisiones. Musgrove (1996) manifiesta que para el apropiado uso de los instrumentos de la intervención pública es necesario que la información para los consumidores, efectores y aseguradores debe abarcar a la totalidad del mercado de salud.

Los cambios que se observan en el sector muestran que se encuentra en plena transición, y que los mismos no son el resultado de políticas públicas programadas, sino de su propia dinámica, que busca diversas alternativas para insertarse en las nuevas y variables situaciones del mercado.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1993). "Informe sobre desarrollo Mundial 1993, Invertir en salud". Washington D.C.
- Cavallo, Sonia (1996). "Economía de la Salud: Elementos para el análisis de la provisión pública"
- Consejo Empresario Argentino (1995), "El Sistema de Seguridad Social. Una Propuesta de Reforma". Fiel.
- Diequez H. Llach J. et al (1990), "El Gasto Público Social", Volumen IV: Sector Salud - ITDT - PRONATASS, Buenos Aires.
- Diequez, H. Llach, J. J. y Petrecola, A. (1991). "El gasto público social". - ITDT. PRONATASS, Buenos Aires.
- Drummond, M. (1989) "Output measurement for resource allocation decisions in health care" Oxford Review of Economic Policy Vol 5, N°1 Oxford University Press.
- Durán, V. Thiery, M. Collar López, D. (1993). "Mecanismos de distribución del ANSSAL". (Gobierno Argentino/BIRF/PNUD/ ARG.88/005). Buenos Aires.
- Etola Somoza, J. Mangual García, E. Velayos, F.(1991) "Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura" Seminario sobre Equidad en Salud. España?
- Flood, M.C.V. de, Harriague, M., Gasparini, L. y Vélez, B. (1994) (A) "El gasto público Social y su impacto redistributivo". Secretaría de Programación Económica. Buenos Aires.
- Flood, M.C.V. de, Harriague, M., Lerner, L y Montiel, L. (1994)(B) "Educación y Salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura" Secretaría de Programación Económica .Buenos Aires
- González García, G. Abadie, J. P. Llovet, J. Ramos, S. (1987) "El gasto en salud y en medicamentos. Argentina, 1985" Estudios CEDES, Buenos Aires.
- IEERAL (1995), "Un severo diagnóstico para la salud pública" Novedades Económicas - Fundación Mediterránea - Año 17 N° 179/80, (noviembre-diciembre)
- Jorrat Jorge, (1994) "Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud" PRONATASS
- Katz, J. y Muñoz, A.(1988) "Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Centro Editor, CEPAL. Buenos Aires.
- Katz J. (1995), "Salud, Innovación Tecnológica y marco regulatorio" Un comentario sobre el Informe del Banco Mundial "Invertir en Salud" - desarrollo Económico, Vol. 35, N° 138 (julio-septiembre).

- Le Grand J. (1989) **"Equidad, salud y atención sanitaria"** Seminario sobre equidad en salud. España
- Le Grand J., Bartlett W (1994). **"Quasi-Markets and social policy"** The Macmillan Press, London
- Parker D.A. (1984) "The use of indicators of financial resources in the health sector" en World Health Statistics Quaterly, Vol.37 N°4
- Parkin D. (1989) **"Comparing Health Service efficiency across countries:"**Oxford Review of Economic Policy Vol 5, N° 1 Oxford University Press.
- Mach E. y Abel Smith, B. (1983) **"Planificación de las finanzas en el sector salud. Manual para los países en desarrollo"** Ginebra.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1990). **"Módulo de utilización y en servicios de atención médica"**. Dirección Nacional de Estadísticas de Salud e INDEC.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1980-1996). **"Programas de Estadísticas Vitales - Información Básica"**. •
- Musgrove Philip (1996) "Public and private roles in health: Theory and financing patterns -BIRF
- Wagstaff A., Van Doorslaer E., Paci P. (1989) **"Equidad en la financiación y prestación de la asistencia sanitaria"**. Seminario sobre Equidad en Salud. España
- World Bank (1996), "Exploring the health impact of economic growth, poverty reduction and public health expenditure". Number 18 - Macroeconomics, health and Development series.

ANEXOS

Cuadro 1
Tasas de Mortalidad Infantil, por División Política Territorial de Residencia de la Madre
República Argentina
1980 - 1994

DIVISION POLITICO TERRITORIAL DE RESIDENCIA DE LA MADRE	ANOS																
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1990-94	
REPÚBLICA ARGENTINA	33,2	33,6	30,5	29,7	30,4	26,2	26,9	26,6	25,8	25,7	25,6	24,7	23,9	22,9	22,0	3,6	
CAPITAL FEDERAL	18,5	17,7	16,6	17,1	17,5	15,3	17,8	15,9	17,0	15,9	16,8	15,2	14,9	14,6	14,3	2,5	
BUENOS AIRES	28,4	33,1	28,3	26,2	29,4	23,8	24,8	25,9	24,2	23,9	24,2	24,2	23,5	22,3	21,8	2,4	
CATAMACA	41,9	43,9	34,3	53,2			27,8	26,5	26,6	24,6	34,6	31,8	28,1	23,1*	29,8	4,8	
CORDOBA	24,2	24,9	24,8	24,6	27,1	22,6	24,1	23,5	24,1	21,1	22,2	22,3	19,6	20,8	20,0	2,2	
CORRIENTES	44,6	44,7	37,3	41,4	37,7	32,5	28,4	34,5	28,6	33,7	31,7	28,5	27,7	26,9	26,1	5,6	
CHACO	54,2	48,0	46,4	39,5	43,8	39,4	37,1	33,3	37,9	37,9	35,8	32,3	33,5	34,3	31,4	4,4	
CHUBUT	34,8	36,9	34,0	33,8	29,3	25,3	21,3	23,4	23,3	22,9	20,6	19,1	19,9	18,0	18,4	2,2	
ENTRE RIOS	35,8	31,1	31,4	29,9	29,1	25,8	23,2	23,9	24,4	23,9	24,3	23,2	22,1	22,7	20,4	3,7	
FORMOSA	38,1	40,1	37,5	37,2	33,8	30,9	46,6	40,5	36,2	32,0	33,2	24,5	32,3	27,9	30,7	2,1	
JUJUY	51,4	47,5	47,9	42,8	45,5	32,8	35,9	35,8	36,9	35,4	35,8	33,2	32,5	26,7	25,2	10,6	
LA PAMPA	30,3	37,4	26,1	26,2	29,1	24,7	29,1	21,1	24,1	23,5	22,2	20,5	21,3	17,9	15,0	7,2	
LA RIOJA	45,8	42,5	43,4	41,2	45,4	30,2	32,4	33,6	33,0	34,7	28,8	27,2	26,0	24,1	22,8	6,0	
MENDOZA	31,8	25,9	25,0	25,3	26,2	25,2	27,4	24,1	24,6	25,2	21,1	23,6	22,1	20,5	18,8	2,3	
MISIONES	51,9	47,9	34,9	39,5	40,1	33,6	33,9	33,5	30,0	30,0	31,8	32,1	27,0	29,8	23,1	8,7	
NEUQUEN	31,7	29,5	27,0	24,4	27,6	23,6	24,0	23,8	21,0	21,9	16,9	15,6	16,2	16,2	15,3	1,6	
RIO NEGRO	35,7	37,6	32,5	32,2	31,3	26,3	27,8	28,3	25,0	25,5	23,1	24,1	22,7	21,4	19,6	3,5	
SALTA	52,1	51,4	46,2	49,2	44,6	34,0	32,5	32,6	32,6	32,3	32,3	32,8	32,8	27,7	29,8	2,5	
SAN JUAN	30,1	32,4	30,5	29,1	28,6	27,6	26,5	27,5	25,5	27,9	24,4	24,6	23,7	21,3	21,3	3,1	
SAN LUIS	37,2	36,5	33,4	36,4	34,9	32,8	34,0	32,9	33,7	33,8	29,7	28,6	23,7	26,2	27,6	2,1	
SANTA CRUZ	34,4	32,8	27,8	24,7	27,1	22,0	20,6	24,6	27,7	21,8	20,7	19,9	20,6	18,5	15,9	4,8	
SANTA FE	34,3	32,2	32,2	30,6	28,5	28,7	29,4	26,0	26,5	28,3	28,3	22,2	20,9	19,8	17,8	10,5	
SANTIAGO DEL ESTERO	35,1	31,2	24,9	29,0	30,0	25,3	26,6	27,6	27,4	28,6	28,3	29,2	28,7	28,9	29,0	-0,7	
TUCUMÁN	42,0	37,2	31,4	38,7	32,4	29,2	29,8	28,8	28,5	28,4	28,5	28,6	28,8	27,1	23,9	4,6	
TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR	20,3	27,0	10,5	13,5	13,8	9,4	22,9	20,0	19,3	18,0	27,9	16,7	11,2	15,2	13,6	14,3	

Fuente: MSAS - Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

- Ya publicados los datos definitivos de 1993, Catamarca envió un nuevo archivo de defunciones y nacimientos. Se produjeron en esa provincia en el año mencionado 232 defunciones infantiles y 7369 nacimientos de residentes en la misma, con una tasa de mortalidad corregida de 31,5 por 1000 nacidos vivos.
 Nota: En algunas jurisdicciones se observan variaciones en las tasas de mortalidad infantil, no esperables en función de la tendencia histórica.

Cuadro 2:
Gasto Público Social
En porcentaje del PBI

Finalidad/Función	1991	1992	1993	1994
Sectores Sociales	6,80	7,06	7,42	7,73
Cultura, Educación y Ciencia y Técnica	3,30	3,38	3,55	3,74
Salud	1,41	1,51	1,52	1,63
Saneamiento Ambiental	0,24	0,32	0,28	0,28
Vivienda	0,56	0,45	0,39	0,44
Bienestar Social	0,54	0,53	0,75	0,76
Trabajo	0,02	0,02	0,03	0,04
Otros Servicios Urbanos	0,81	0,84	0,90	0,85
Seguros Sociales	10,85	10,97	10,64	10,89
Seguridad Social	7,46	7,72	7,22	7,32
Obras Sociales	2,78	2,69	2,68	2,80
ANSSAL y otras	2,06	1,88	1,83	1,78
INSSJyP	0,73	0,81	0,85	1,02
Asignaciones Familiares	0,60	0,55	0,58	0,58
Fondo Nacional de Empleo		0,01	0,16	0,19
Total Gasto Público Social	17,74	18,03	18,02	18,62

Fuente: DNP GS. Secretaría de Programación Económica

Cuadro 3
Gasto Público Sector Salud
En Porcentaje del PBI

Años	Obras Sociales	Salud Pública	TOTAL SALUD
1991	2.36	1.41	3.77
1992	2.28	1.51	3.79
1993	2.28	1.62	3.89
1994	2.38	1.67	4.05
1995	2.44	1.66	4.11

Fuente: DNP GS, Secretaría de Programación, en base a datos del FIEL, ANSSAL, ITDT, CEDES, Secretaría de Hacienda.

Referencias: obras sociales excluyen gastos en asistencia social y turismo.

Cuadro 4
Gasto Total de Obras Sociales
En Porcentaje del PBI

Años	PAMI	ANSSAL	O.S.Provinciales	Total
1991	0.62	1.31	0.44	2.36
1992	0.69	1.16	0.44	2.28
1993	0.72	1.11	0.45	2.28
1994	0.87	1.08	0.43	2.38
1995	0.92	1.09	0.44	2.44

Fuente: DNPGS, Secretaría de Programación, en base a datos del FIEL, ANSSAL, ITDT, CEDES, Secretaría de Hacienda.

Referencias: se excluyen gastos en asistencia social y turismo.

Cuadro 5
Producto Bruto Interno-a precios de mercados
Versión Revisada de Cuentas Nacionales

Años	Miles de pesos
1991	180.897.972,00
1992	226.847.000,00
1993	257.570.000,00
1994	281.645.000,00
1995	281.039.000,00

Fuente: BCRA y DNPGS, Secretaría de Programación Económica

Cuadro 6

MATRIZ FUENTES Y USOS SECTOR SALUD
Año 1986 - Porcentaje del PBI

USOS FUENTES	EFECTORES					TOTALES
	Nación	Provincias y municipios	Subtotal Fiscal	Obras Sociales	Sector Privado	
Tesoro Nacional	0.24	0.07	0.31			0.31
Tesoros Provinciales y Municipales		1.15	1.15			1.15
Consolidado gobiernos			1.46			1.46
Contr. s/salarios y haberes a O.S. y I.N.S.S.J.y P.				0.48	1.99	2.47
Familias					2.72	2.72
TOTALES	0.24	1.23	1.46	0.48	4.71	6.65

Fuente: SPE en base a PRONATASS - ITDT (1990).

Cuadro 7

MATRIZ FUENTES Y USOS SECTOR SALUD
Año 1986 - En Millones de Australes

USOS FUENTES	EFECTORES					TOTALES
	Nación	Provincias y municipios	Subtotal Fiscal	Obras Sociales	Sector Privado	
Tesoro Nacional	240.20	1.00	241.20			241.2
Tesoros Provinciales y municipales		1220.10	1220.10			1220.1
Consolidado gobiernos	240.20	1221.10	1461.30			1461.3
Contr. s/salarios y haberes a O.S. y I.N.S.S.J.y P.				199.00	2271.00	2470.0
Familias					2723.00	2723.0
TOTALES	240.20	1221.10	1461.30	199.00	4994.00	6654.3

Fuente: PRONATASS - ITDT (1990)

Cuadro 8

MATRIZ FUENTES Y USOS SECTOR SALUD
Año 1995 - En Millones de Pesos Corrientes

USOS FUENTES	EFECTORES						TOTALES
	Nación	Provincias	Municipios	Subtotal Público	Obras Sociales	Sector Privado	
Tesoro Nacional	596.00	59.00	39.00	694.00			694.00
Tesoros Provinciales		3,237.00	294.83	3,531.83			3,531.83
Tesoros Municipales			428.17	428.17			428.17
Consolidado gobiernos	596.00	3,296.00	762.00	4,654.00			4,654.00
Contr. s/salarios y haberes a O.S. y I.N.S.S.J.y P.		(*)	(*)	(*)	562.11	6,295.69	6,857.80
Familias						8,888.18	8,888.18
TOTALES	596.00	3,296.00	762.00	4,654.00			20,399.98

Fuente: DNP GS - SPE

Nota: Los valores correspondiente al presupuesto de las familias se calculó en base a datos MSAS y fuentes privadas.

(*) No se dispone de información sobre el arancelamiento de los hospitales autogestivos.

Cuadro 9
FUNCIÓN SALUD en la ADMINISTRACIÓN NACIONAL (Años 1994 - 1995)
 En Pesos

PROGRAMAS Y JURISDICCIONES	EROGACIONES TOTALES	
	AÑO	AÑO
	1994	1995
MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL	845,534,352	732,821,224
MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL	845,534,352	732,821,224
NORMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN MÉDICO ASISTENCIAL	5,956,892	4,447,130
REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL	76,907,673	39,620,062
ADMINISTRACIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	19,938,915	.
INVESTIGACIÓN APLICADA, DOCENCIA Y PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS	11,323,015	11,666,034
PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	74,604,468	.
REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO	9,445,733	10,809,010
LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO Y SIDA	7,999,275	17,161,571
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SOCIALES	2,751,146	.
PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS	33,702,000	.
NORMATIZACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD	.	20,409,546
CONTROL DE ENFERMEDADES PREVALENTES	.	37,734,071
PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS	.	8,711,864
MUJER, SALUD Y DESARROLLO	.	161,722
PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ASISTENCIAS DE LAS DISCAPACIDADES	.	3,150,671
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS	.	2,915,965
INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	.	33,106,243
PROGRAMA RECONVERSIÓN CTROS. DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL	.	18,123,000
CONTRIBUCIONES A HOSPITALES Y TRANSFERENCIAS VARIAS	.	32,472,839
ACTIVIDADES CENTRALES	72,841,121	33,805,093
ACTIVIDADES Y PROYECTOS COMUNES A LOS PROGRAMAS 16 AL 22	69,101,916	12,617,727
ASISTENCIA A AGENTES DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL)	343,921,916	319,428,246
ASISTENCIA INTEGRAL Y PREVENCIÓN EN DROGADICCIÓN	4,661,231	4,580,277
ATENCIÓN ENFERMOS CON MAL DE HANSSEN (HTAL. DR. BALDOMERO SOMMER)	10,120,848	11,675,633
CONTROL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT)	15,376,525	16,652,775
REGULACIÓN DE LA ABLACIÓN E IMPLANTES (INCUCAI)	3,813,101	5,063,838
CONTROL DE PATOLOGÍAS TOXOINFECCIOSAS (INST. MALBRAN)	13,504,886	9,917,956
ATENCIÓN MÉDICA PARA LA COMUNIDAD (HTAL. POSADAS)	49,237,888	55,619,192
ATENCIÓN A DISCAPACITADOS MENTALES (COLONIA NAC. MONTES DE OCA)	15,104,952	17,009,677
ATENCIÓN A DISCAPACITADOS PSICOFÍSICOS (INS. REHABIL. PSICO. DEL SUD)	5,220,852	5,961,085
OTRAS JURISDICCIONES	273,518,658	288,341,313
PRESTACIONES UNIVERSALES	79,063,682	98,769,806
MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN		
HOSPITALES ESCUELA	54,449,782	53,271,209
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN		
PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO	24,613,900	17,314,384
TRANSFERENCIAS VARIAS	.	28,184,214
PRESTACIONES LIMITADAS A MIEMBROS DE LAS INSTITUCIONES	194,454,976	189,571,506
PODER LEGISLATIVO NACIONAL		
ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL AL PERSONAL DEL CONGRESO	20,515,992	19,959,361
MINISTERIO DEL INTERIOR		
HOSPITAL Y ASISTENCIA AL PERSONAL POLICIAL	39,603,848	38,499,783
MINISTERIO DE DEFENSA		
ASISTENCIA SANITARIA DEL ESTADO MAYOR DEL EJERCITO	53,457,942	67,713,818
ASISTENCIA SANITARIA DE LA GENDARMERÍA NACIONAL	4,963,125	5,122,084
SANIDAD NAVAL DE LA ARMADA	42,107,911	32,326,306
ASISTENCIA SANITARIA DE LA PREFECTURA NAVAL ARGENTINA	3,238,831	3,630,217
ASISTENCIA SANITARIA DE LA FUERZA AÉREA	30,567,327	22,319,938
TOTAL GENERAL	1,119,053,010	1,021,162,537

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, en base a datos del S.I.D.I.F.

Cuadro 10
FUNCIÓN SALUD en la ADMINISTRACIÓN NACIONAL (Años 1994 y 1995)
En Porcentajes

PROGRAMAS Y JURISDICCIONES	EROGACIONES TOTALES EN %	
	AÑO	AÑO
	1994	1995
MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL	75.56	71.76
MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL	75.56	71.76
NORMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN MÉDICO ASISTENCIAL	0.53	0.44
REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL	6.87	3.88
ADMINISTRACIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	1.78	
INVESTIGACIÓN APLICADA, DOCENCIA Y PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS	1.01	1.14
PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	6.67	
REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO	0.84	1.06
LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO Y SIDA	0.71	1.68
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SOCIALES	0.25	
PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS	3.01	
NORMATIZACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD	.	2.00
CONTROL DE ENFERMEDADES PREVALENTES	.	3.70
PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS	.	0.85
MUJER, SALUD Y DESARROLLO	.	0.02
PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ASISTENCIAS DE LAS DISCAPACIDADES	.	0.31
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS	.	0.29
INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	.	3.24
PROGRAMA RECONVERSIÓN CTROS. DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL	.	1.77
CONTRIBUCIONES A HOSPITALES Y TRANSFERENCIAS VARIAS	.	3.18
ACTIVIDADES CENTRALES	6.51	3.31
ACTIVIDADES Y PROYECTOS COMUNES A LOS PROGRAMAS 16 AL 22	6.18	1.24
ASISTENCIA A AGENTES DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL)	30.73	31.28
ASISTENCIA INTEGRAL Y PREVENCIÓN EN DROGADICCIÓN	0.42	0.45
ATENCIÓN ENFERMOS CON MAL DE HANSSEN (HTAL. DR. BALDOMERO SOMMER)	0.90	1.14
CONTROL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT)	1.37	1.63
REGULACIÓN DE LA ABLACIÓN E IMPLANTES (INCUCAI)	0.34	0.50
CONTROL DE PATOLOGÍAS TOXOINFECCIOSAS (INST. MALBRAN)	1.21	0.97
ATENCIÓN MEDICA PARA LA COMUNIDAD (HTAL. POSADAS)	4.40	5.45
ATENCIÓN A DISCAPACITADOS MENTALES (COLONIA NAC. MONTES DE OCA)	1.35	1.67
ATENCIÓN A DISCAPACITADOS PSICOFÍSICOS (INS. REHABIL. PSICO. DEL SUD)	0.47	0.58
	0.00	
OTRAS JURISDICCIONES	24.44	28.24
PRESTACIONES UNIVERSALES	7.07	9.67
MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN		
HOSPITALES ESCUELA	4.87	5.22
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN		
PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO	2.20	1.70
TRANSFERENCIAS VARIAS	.	2.76
PRESTACIONES LIMITADAS A MIEMBROS DE LAS INSTITUCIONES	17.38	18.56
PODER LEGISLATIVO NACIONAL		
ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL AL PERSONAL DEL CONGRESO	1.83	1.95
MINISTERIO DEL INTERIOR		
HOSPITAL Y ASISTENCIA AL PERSONAL POLICIAL	3.54	3.77
MINISTERIO DE DEFENSA		
ASISTENCIA SANITARIA DEL ESTADO MAYOR DEL EJERCITO	4.78	6.63
ASISTENCIA SANITARIA DE LA GENDARMERÍA NACIONAL	0.44	0.50
SANIDAD NAVAL DE LA ARMADA	3.76	3.17
ASISTENCIA SANITARIA DE LA PREFECTURA NAVAL ARGENTINA	0.29	0.36
ASISTENCIA SANITARIA DE LA FUERZA AÉREA	2.73	2.19
TOTAL GENERAL	100	100

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, en base a datos del S.I.D.I.F.

En Pesos

PROGRAMAS Y JURISDICIONES	EROGACIONES TOTALES		TRANSFERENCIAS TOTALES	
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
	1994	1995	1994	1995
MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL	845,534,352	732,821,224	455,449,368	391,234,859
MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL	845,534,352	732,821,224	455,449,368	391,234,859
NORMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN MÉDICO ASISTENCIAL	5,956,892	4,447,130	368,648	155,817
REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL	76,907,673	39,620,062	60,636,930	30,206,331
ADMINISTRACIÓN DE LA CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	19,938,915	-	-	-
INVESTIGACIÓN APLICADA, DOCENCIA Y PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS	11,323,015	11,666,034	-	-
PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	74,604,468	-	11,002,758	-
REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO	9,445,733	10,809,010	-	-
LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO Y SIDA	7,999,275	17,161,571	-	-
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SOCIALES	2,751,146	-	-	-
PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS	33,702,000	-	33,702,000	-
NORMATIZACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD	-	20,409,546	-	-
CONTROL DE ENFERMEDADES PREVALENTES	-	37,734,071	-	9,759,001
PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS	-	8,711,864	-	32,283
MUJER, SALUD Y DESARROLLO	-	161,722	-	-
PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ASISTENCIAS DE LAS DISCAPACIDADES	-	3,150,671	-	-
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SANITARIAS	-	2,915,965	-	60,000
INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	-	33,106,243	-	-
PROGRAMA RECONVERSIÓN CTROS. DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL	-	18,123,000	-	12,648,000
CONTRIBUCIONES A HOSPITALES Y TRANSFERENCIAS VARIAS	-	32,472,839	-	32,472,839
ACTIVIDADES CENTRALES	72,841,121	33,805,093	-	-
ACTIVIDADES Y PROYECTOS COMUNES A LOS PROGRAMAS 16 AL 22	69,101,916	12,617,727	241,7981.64	-
ASISTENCIA A AGENTES DEL SEGURO DE SALUD (ANSSAL)	343,921,916	319,428,246	325,561,050	305,900,588
ASISTENCIA INTEGRAL Y PREVENCIÓN EN DROGADICCIÓN	4,661,231	4,580,277	-	-
ATENCIÓN ENFERMOS CON MAL DE HANSEN (HTAL. DR. BALDOMERO SOMMER)	10,120,848	11,675,633	-	-
CONTROL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT)	15,376,525	16,652,775	-	-
REGULACIÓN DE LA ABLACIÓN E IMPLANTES (INCUCAI)	3,813,101	5,063,838	-	-
CONTROL DE PATOLOGÍAS TOXOINFECCIOSAS (INST. MALBRAN)	13,504,886	9,917,956	-	-
ATENCIÓN MÉDICA PARA LA COMUNIDAD (HTAL. POSADAS)	49,237,888	55,619,192	-	-
ATENCIÓN A DISCAPACITADOS MENTALES (COLONIA NAC. MONTES DE OCA)	15,104,952	17,009,677	-	-
ATENCIÓN A DISCAPACITADOS PSICOFÍSICOS (INS. REHABIL. PSICO. DEL SUD)	5,220,852	5,961,085	-	-
OTRAS JURISDICIONES	273,518,658	288,341,313	0	11,780,024
PRESTACIONES UNIVERSALES	79,063,682	98,769,806	0	11,780,024
MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN				
HOSPITALES ESCUELA	54,449,782	53,271,209	-	-
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN				
PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO	24,613,900	17,314,384	-	100,000
TRANSFERENCIAS VARIAS	-	28,184,214	-	11,680,024
PRESTACIONES LIMITADAS A MIEMBROS DE LAS INSTITUCIONES	194,454,976	189,571,506		
PODER LEGISLATIVO NACIONAL				
ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL AL PERSONAL DEL CONGRESO	20,515,992	19,959,361	-	-
MINISTERIO DEL INTERIOR				
HOSPITAL Y ASISTENCIA AL PERSONAL POLICIAL	39,603,848	38,499,783	-	-
MINISTERIO DE DEFENSA				
ASISTENCIA SANITARIA DEL ESTADO MAYOR DEL EJERCITO	53,457,942	67,713,818	-	-
ASISTENCIA SANITARIA DE LA GENDARMERÍA NACIONAL	4,963,125	5,122,084	-	-
SANIDAD NAVAL DE LA ARMADA	42,107,911	32,326,306	-	-
ASISTENCIA SANITARIA DE LA PREFECTURA NAVAL ARGENTINA	3,238,831	3,630,217	-	-
ASISTENCIA SANITARIA DE LA FUERZA AÉREA	30,567,327	22,319,938	-	-
TOTAL GENERAL	1,119,053,010	1,021,182,537	455,449,368	403,014,883

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, en base a datos del S.I.D.I.F.

Cuadro 12
Decreto 492/95
CRONOGRAMA DE PORCENTAJE DE DESCUENTO DE APORTES PATRONALES
EN LOS AGLOMERADOS URBANOS (Excluido el Sistema de Obras Sociales)

	Septiembre Octubre 1995	Noviembre Diciembre 1995	Desde Enero 1996
	%	%	%
CAPITAL FEDERAL	10	20	30
PROVINCIA DE BUENOS AIRES	10	20	30
Tercer cinturón del Gran Bs. As. (según partidos)	15 - 30	25 - 40	35 - 50
CATAMARCA			
Gran Catamarca	40	50	60
CÓRDOBA			
Gran Córdoba	20	30	40
CORRIENTES			
Ciudad de Corrientes	50	60	70
CHACO			
Gran Resistencia	50	60	70
CHUBUT			
Rawson - Trelew	40	50	60
ENTRE RÍOS			
Paraná	25	35	45
FORMOSA			
Ciudad de Formosa	55	65	75
JUJUY			
Ciudad de Jujuy	50	60	70
LA PAMPA			
Santa Rosa - Toay	25	35	45
LA RIOJA			
Ciudad de La Rioja	40	50	60
MENDOZA			
Gran Mendoza	30	40	50
MISIONES			
Posadas	50	60	70
NEUQUEN			
Principales ciudades	30 - 45	40 - 55	50 - 65
RÍO NEGRO			
Principales ciudades	30	40	50
SALTA			
Gran Salta	50	60	70
SAN JUAN			
Gran San Juan	35	45	55
SAN LUIS			
Ciudad de San Luis	30	40	50
SANTA CRUZ			
Caleta Olivia y Río gallegos	45	55	65
SANTA FÉ			
Santa Fé - Santo Tomé	25	35	45
SANTIAGO DEL ESTERO			
Ciudad de Santiago del Estero - La Banda	55	65	75
TIERRA DEL FUEGO			
Río Grande y Ushuaia	45	55	65
TUCUMÁN			
Gran Tucumán	40	50	60

(*) Los descuentos en el interior de las provincias presentan algunas diferencias con los de sus ciudades capitales

Cuadro 13
Decreto 292/95
NUEVAS ALICUOTAS APLICABLES

SEPTIEMBRE - OCTUBRE 1995

%De descuento	a)	b)	c)	d)	e)	TOTAL
10	14.40	6.75	1.35	1.80	5.00	29.30
15	13.60	6.37	1.27	1.70	5.00	27.94
20	12.80	6.00	1.20	1.60	5.00	26.60
25	12.00	5.52	1.12	1.50	5.00	25.14
30	11.20	5.25	1.05	1.40	5.00	23.90
35	10.40	4.87	0.97	1.30	5.00	22.54
40	9.60	4.50	0.90	1.20	5.00	21.20
45	8.80	4.12	0.82	1.10	5.00	19.84
50	8.00	3.75	0.75	1.00	5.00	18.50
55	7.20	3.37	0.67	0.90	5.00	17.14
60	6.40	3.00	0.60	0.80	5.00	15.80

NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1995

%De descuento	a)	b)	c)	d)	e)	TOTAL
20	12.80	6.00	1.20	1.60	5.00	26.60
25	12.00	5.62	1.12	1.50	5.00	25.24
30	11.20	5.25	1.05	1.40	5.00	23.90
35	10.40	4.87	0.97	1.30	5.00	22.54
40	9.60	4.50	0.90	1.20	5.00	21.20
45	8.80	4.12	0.82	1.10	5.00	19.84
50	8.00	3.75	0.75	1.00	5.00	18.50
55	7.20	3.37	0.67	0.90	5.00	17.14
60	6.40	3.00	0.60	0.80	5.00	15.80
65	5.60	2.62	0.52	0.70	5.00	14.44
70	4.80	2.25	0.45	0.60	5.00	13.10

DESDE ENERO 1996

% De descuento	a)	b)	c)	d)	e)	TOTAL
30	11.20	5.25	1.05	1.40	5.00	23.90
35	10.40	4.87	0.97	1.30	5.00	22.54
40	9.60	4.50	0.90	1.20	5.00	21.20
45	8.80	4.12	0.82	1.10	5.00	19.84
50	8.00	3.75	0.75	1.00	5.00	18.50
55	7.20	3.37	0.67	0.90	5.00	17.14
60	6.40	3.00	0.60	0.80	5.00	15.80
65	5.60	2.62	0.52	0.70	5.00	14.44
70	4.80	2.25	0.45	0.60	5.00	13.10
75	4.00	1.87	0.37	0.50	5.00	11.74
80	3.20	1.50	0.30	0.40	5.00	10.40

- a) Régimen Nacional de Jubilados y Pensionados para Trabajadores en Relación de Dependencia
- b) EX-CAJAS DE SUBSIDIOS FAMILIARES
- c) INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS
- d) FONDO NACIONAL DE EMPLEO
- e) Régimen de Obras Sociales

Cuadro 14
Población Total por Tipo de Cobertura en Salud por Provincia
En Miles

División Política Administrativa	Población Total	Población con Cobertura en Salud	TIPO COBERTURA						No tiene Obra Social ni Plan Médico o Mutual	Ignorado
			OBRA SOCIAL			TIPO COBERTURA				
			Población Total con Obra Social	Tiene sólo Obra Social	Tiene Obra Social y Plan Médico o Mutual	Tiene Obra Social e ignora Plan Médico o Mutual	Tiene sólo Plan Médico o Mutual			
TOTAL	32614	20301	18799	13155	4519	1125	1500	11868	446	
CAPITAL FEDERAL	2965	2358	2006	1404	481	121	352	578	29	
GRAN BS. AIRES	7969	4826	4442	3356	801	285	384	3027	116	
RESTO BS. AIRES	4626	3015	2844	1881	716	247	171	1523	88	
CATAMACA	264	165	162	122	32	8	2	96	4	
CÓRDOBA	2767	1703	1564	1068	414	82	139	1034	29	
CORRIENTES	796	403	396	299	74	23	6	378	15	
CHACO	840	395	385	278	86	21	10	430	15	
CHUBUT	357	238	233	195	28	10	6	115	3	
ENTRE RÍOS	1020	619	592	436	123	33	27	388	13	
FORMOSA	398	168	167	115	44	8	1	225	6	
JUJUY	512	283	275	196	70	9	8	223	6	
LA PAMPA	260	167	155	115	32	8	2	91	3	
LA RIOJA	221	144	142	98	36	8	2	74	3	
MENDOZA	1412	813	753	574	165	14	60	593	6	
MISIONES	789	389	385	306	58	21	4	386	14	
NEUQUEN	389	230	224	147	68	9	7	155	4	
RÍO NEGRO	507	307	295	197	86	12	12	195	5	
SALTA	866	437	426	264	142	20	10	414	15	
SAN JUAN	529	311	306	171	128	7	4	215	4	
SAN LUIS	286	177	166	113	45	8	10	106	3	
SANTA CRUZ	160	122	122	100	19	3	1	37	1	
SANTA FÉ	2798	1961	1772	1205	456	111	190	802	35	
STGO. DEL ESTERO	672	293	281	154	108	19	12	363	15	
TUCUMÁN	1142	729	660	321	302	37	69	399	14	
TIERRA DEL FUEGO	69	48	46	40	5	1	1	21	0	

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, INDEC, 1991.

Cuadro 15
Población Total por Tipo de Cobertura en Salud, según Edad

Rango de EDAD	Población Total	Población con Cobertura en Salud	TIPO COBERTURA						No tiene Obra Social ni Plan Médico o Mutual	Ignorado
			OBRA SOCIAL			TIPO COBERTURA				
			Población Total con Obra Social	TIPO COBERTURA		Tiene Obra Social y Plan Médico o Mutual	TIPO COBERTURA			
				Tiene sólo Obra Social	Tiene Obra Social e ignora Plan Médico o Mutual		Tiene sólo Plan Médico o Mutual	Tiene sólo Obra Social e ignora Plan Médico o Mutual		
TOTAL	100	62,24	57,64	40,33	13,86	3,45	4,60	36,39	1,37	
00 - 14	100	56,45	52,66	36,72	12,40	3,54	3,79	41,55	2,00	
15 - 19	100	55,44	50,92	35,97	12,09	2,85	4,52	43,15	1,42	
20 - 29	100	53,00	48,20	34,01	11,52	2,67	4,80	45,49	1,51	
30 - 39	100	62,24	57,07	39,76	14,38	2,93	5,17	36,66	1,10	
40 - 49	100	64,64	58,41	40,24	15,13	3,04	6,23	34,33	1,03	
50 - 54	100	67,15	60,43	41,73	15,39	3,31	6,72	31,89	0,96	
55 - 59	100	70,99	64,51	44,80	16,00	3,70	6,48	28,16	0,85	
60 - 64	100	77,60	72,78	50,91	17,40	4,47	4,82	21,70	0,70	
65 y más	100	87,49	85,31	60,83	18,68	5,80	2,18	11,98	0,53	

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, INDEC, 1991.

Cuadro 16
Población Clasificada por Condición y Tipo de Afiliación según Nivel de Ingreso Per Cápita Familia
Área Metropolitana, 1992

Condición y Tipo de Afiliación	Total	Quintiles					Décil	
		1	2	3	4	5	1	10
		100	26,57	19,17	21,41	17,74	15,11	12,98
Afiliada	100	19,12	19,68	21,35	20,51	19,34	6,58	9,5
Sólo una Obra Social	100	22,99	23,08	22,25	18,21	13,47	7,88	5,67
Otro Sist.s/Obra Social	100	6,86	10,63	21,21	23,18	38,11	4,38	23,27
Dos Obras Sociales	100	6,89	9,49	19,24	38,39	25,99	2,64	10,42
Obra Social y Otro	100	13,77	10,71	14,74	22,50	38,27	6,60	25,98
Otros	100	6,74	9,26	7,26	43,39	33,35	6,74	33,35
No Afiliada	100	43,61	18,27	21,63	11,01	5,49	23,00	1,93
N/S N/R	100	36,40	6,63	18,42	31,37	7,18	13,41	3,64

Fuente: Flood et al, 1994 B
 (1) Incluye mutual, prepago, emergencias, y otros sistemas no obligatorios

Cuadro 17
GASTOS DIRECTOS DE LAS FAMILIAS EN EL TOTAL DE GASTOS SEGÚN ESTRATOS
Capital Federal, GBA 1, GBA 2, Rosario
Porcentaje en el Gasto Total en Salud

TIPO DE GASTO POR ZONAS	ESTRATOS				
	Bajo %	Medio-Bajo %	Medio %	Alto %	Total Estratos %
1.- Afiliación Voluntaria					
CF	15.1	20.9	28.3	32.1	26.1
GBA1	5.6	12.4	16.1	24.4	17.5
GBA2	2.9	8.2	12.5	19.0	10.5
ROSARIO	14.3	24.3	16.7	29.7	21.7
2.- Medicamentos					
CF	38.9	32.1	21.1	10.9	21.9
GBA1	53.2	40.9	31.9	21.3	32.2
GBA2	57.9	36.8	26.6	21.3	35.7
ROSARIO	35.6	26.6	19.0	17.2	23.4
3.- Consultas al Médico					
CF	11.0	7.2	4.2	5.3	6.5
GBA1	9.9	10.4	10.3	6.6	8.7
GBA2	9.2	25.6	10.3	8.0	14.5
ROSARIO	6.6	8.8	8.0	9.7	8.4
4.- Consultas al Dentista					
CF	14.6	14.3	15.1	28.2	20.8
GBA1	6.5	15.2	20.3	14.7	14.8
GBA2	8.3	8.3	33.4	16.5	16.4
ROSARIO	25.8	16.4	38.6	24.2	26.9
5.- Otros Prof/Estudios/ Internaciones					
CF	7.9	7.8	16.1	15.2	12.5
GBA1	3.6	10.1	10.3	12.0	10.1
GBA2	6.9	9.9	8.2	13.3	9.7
ROSARIO	8.3	10.8	11.9	11.8	10.9
6.- Otros Gastos en Salud					
CF	12.5	17.6	15.1	8.3	12.2
GBA1	21.2	11.1	11.1	21.1	16.7
GBA2	14.9	11.2	9.0	21.9	14.2
ROSARIO	9.5	13.1	6.0	7.4	8.8
7.- Resto Gastos (4 + 5 + 6)					
CF	35.0	39.7	46.3	51.7	45.5
GBA1	31.3	36.4	41.7	47.8	41.6
GBA2	30.1	29.4	50.6	51.7	39.3
ROSARIO	43.6	40.3	56.4	43.4	46.6
% Gasto Total en Ingreso					
CF	15.2	10.5	6.5	8.5	9.1
GBA1	10.2	9.6	6.8	6.6	7.5
GBA2	8.5	8.8	7.4	6.4	7.7
ROSARIO	8.7	7.7	8.5	5.4	7.2

Fuente: Jorrat, Jorge (1994)

NOTA METODOLÓGICA

Las informaciones sobre el gasto y su distribución se basan en los estudios realizados por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social de la Secretaría de Programación Económica, y que fueran publicados por el Ministerio de Economía en 1994.

El cálculo del gasto en salud, abarca la totalidad de las erogaciones efectuadas por todos los niveles de gobierno: Nación, provincias y municipios, las del sistema de seguridad social, y una estimación del gasto privado. Dicho cálculo se encuentra consolidado, por lo que se debe aclarar que los montos de cada una de las jurisdicciones (Nación, provincia, municipios y obras sociales) tomados separadamente, *no coinciden* con los consolidados porque existen *transferencias financieras* entre ellas que se contabilizan una sola vez, en el ámbito de la jurisdicción que ejecuta el programa.

En forma más detallada, las diferencias con los Presupuestos de la Administración Nacional de los años que se corresponden con la serie, son: a) exclusión de las transferencias a ANSSAL, Provincias y Municipios, las que se contabilizan en los cuadros correspondientes a dichas jurisdicciones y b) inclusión de programas extrapresupuestarios nacionales, es decir el total de erogaciones de las obras sociales dependientes de ANSSAL y otras menores y el INSSJyP.

A su vez, el cálculo de los gastos de los gobiernos provinciales y municipales incluye: a) la estimación de las erogaciones por finalidad-función del consolidado de las 24 provincias, en base a ejecuciones presupuestarias y datos de la Secretaría de Hacienda, que incluyen las transferencias de programas nacionales), b) la estimación de los programas extrapresupuestarios, como son los gastos totales de las obras sociales y c) la estimación del total de erogaciones por finalidad-función de los gobiernos municipales, que incluye transferencias nacionales y provinciales.

Las fuentes utilizadas son: la ejecución de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales, en la etapa de *devengado*, que son provistas por la Secretaría de Hacienda, dependiente del Ministerio de Economía, y las de las provincias y municipios. Estas últimas son relevadas en base a encuestas, con respuestas positivas pero con importantes demoras. La información de los municipios está estimada en base a la recopilación de algunos relevantes del Gran Buenos Aires y del interior.

En los cálculos del subsector público, se contabilizan la totalidad de los gastos incurridos en el ejercicio, es decir, corrientes (personal, bienes y servicios, transferencias) y de capital (construcciones y equipamiento), sin introducir ningún ajuste por amortización. También se incluyen las erogaciones de la función salud, y que están destinadas a miembros de instituciones y no pueden ser utilizadas por la

población, como son los casos de los hospitales de la Policía Federal, Estado Mayor del Ejército, Marina y Aeronáutica, etc.

Para la estimación de los gastos de la seguridad social nacional (ANSSAL), ante la imposibilidad de contar con información sobre gastos de las instituciones, se toma la recaudación de los aportes y contribuciones de la Dirección General Impositiva con destino a las obras sociales, se calculan los aportes extraordinarios en base a la misma información, estimación de otros ingresos por prestaciones (coseguros, turismo, etc.) y deuda. Los gastos del INSSJP surgen de la Secretaría de Hacienda de la Nación, y se computa la totalidad de sus gastos, incluyendo en salud los que corresponde con esta función y los restantes en Promoción social (programa de turismo y Pro-bienestar). Los gastos de las obras sociales provinciales, se calculan en base a la evolución de las erogaciones en personal de estas administraciones.

El gasto privado consiste en una estimación muy gruesa, elaborada en base a información de la Encuesta de Gastos e Ingresos del Gran Buenos Aires en los años 1985-1986, y actualizada por distintos indicadores (precios y cantidades). Estos valores presentados son sumamente aproximativos, y recién que se procese en 1997 la nueva Encuesta de Consumo e Ingresos de los Hogares, se podrá disponer de información confiable.

La distribución de los gastos en salud en la población clasificada por quintiles de ingresos, se realizó en base al módulo de "Utilización de servicios sociales" anexo a la Encuesta Permanente de Hogares de la onda de 1992, en donde se interrogaba sobre el uso de los distintos tipos de establecimientos (públicos, obras sociales y privados) y por la clase de prestaciones. Se utilizó la información del Conglomerado del Gran Buenos Aires, único disponible en dicha oportunidad, y se realizó una expansión al país. Posteriormente la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social realizó un testeo en las localidades de Jujuy, Córdoba y Neuquén y las diferencias no resultaron sustantivas.

La imputación de los gastos a cada quintil se efectuó utilizando la población beneficiaria de cada uno de ellos, suponiendo un costo medio idéntico para todos. De la EPH se obtuvo la estructura porcentual del total de personas que recibieron algún tipo de atención: consultas, internaciones o estudios en los distintos tipos de establecimientos. Todas las atenciones se llevaron a "consulta equivalente" en base a los precios de cada tipo en los Nomencladores Nacionales, MCBA, 1992 y Determinación de costos sanitarios del Hospital Ramos Mejía, 1987.

Serie Financiamiento del Desarrollo *

Nº	Título
1	"Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989
2	"Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989
3	"Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990
4	"Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990
5	"La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990
6	"Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991
7	"El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991
8	"Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991
9	"Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991
10	"¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991
11	"La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992
12	"Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992
13	"Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993
14	"Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993

* El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 15 "Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994
- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995

- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995
- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995
- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), junio de 1997
- 43 "Choques, respostas de politica economica e distribucao de renda no Brasil" (LC/L.1005), junio de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reforms in Central and Eastern Europe: necessity, approaches and open questions" (LC/L.1007), abril de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997
- 48 "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions" (LC/L.1012), junio de 1997

- 49 "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno" (LC/L.1030), julio de 1997
- 50 "La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile" (LC/L.1031), julio de 1997
- 51 "Mecanismos de pago/contratación del regimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia" (LC/L.1032), julio de 1997
- 52 "A comparative study of health care policy in United States and Canada: what policymakers in Latin America might and might not learn from their neighbors to the North" (LC/L.1033), julio de 1997
- 53 "Reforma al sector salud en Argentina" (LC/L.1035), julio de 1997
- 54 "Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile" (LC/L.1036), julio de 1997
- 55 "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia" (LC/L.1037), julio de 1997
- 56 "Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile" (LC/L.1038), julio de 1997
- 57 "Gasto y financiamiento en salud en Argentina" (LC/L.1040), julio de 1997