

# CEDES

## **Nuevos Documentos CEDES**

es una serie monográfica periódica del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Su objetivo es contribuir al avance del conocimiento científico por medio de la difusión de investigaciones de las diferentes áreas que conforman la institución.

Esta publicación se edita en formato electrónico y es de libre acceso.

Disponible en:  
[http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue\\_doc\\_c.html](http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue_doc_c.html)

ISSN 1851-2429

Numero 47, Año 2008

**Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad  
Coordinación Técnica**

Sandra Raiher

**Centro de Información - CEDES**  
cicedes@cedes.org

CEDES

Sanchez de Bustamante 27  
(C1173AAA) Ciudad Autónoma de  
Buenos Aires

Argentina

E-mail: [cedes@cedes.org](mailto:cedes@cedes.org)

<http://www.cedes.org>

Nº 47/2008

## **Nuevos Documentos Cedes**

# **Evolución de la Inversión Pública Social en Salud en Argentina**

Daniel Maceira, Ph.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ph. D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y CONICET. Este documento es producto del proyecto conjunto de investigación desarrollado por CEDES y CIPPEC con el apoyo de Laboratorios Roche. Se agradece especialmente la participación de Esteban Peralta en la elaboración del mismo.

Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

**Cedes, Buenos Aires, 2008**

# Indice

- 1- Introducción.
  - 2- Características de los Instrumentos Utilizados.
  - 3- Análisis de Resultados
    - 3.1- Protección del Capital Físico
    - 3.2- Cobertura y Protección en Salud
  - 4- Implementación Econométrica
  - 5- Gastos de Bolsillo en Salud
  - 6- Conclusiones y Propuestas.
  - 7- Referencias.
- Anexo I: Tabla de Equivalencias. Necesidades Energéticas y Unidades Consumidas según Edad y Sexo, Gran Buenos Aires

## Índice Cuadros y Gráficos

- Cuadro 3.1: Cobertura por Quintil de Ingreso per Cápita Familiar.
- Cuadro 3.2: Asistencia a Centro de Salud Pública, por Cobertura y Quintiles.
- Cuadro 3.3: Consultas Preventivas por Quintiles, Precio Promedio de Consulta y Porcentaje sobre Ingreso per Capita Familiar.
- Cuadro 3.4: Consultas Preventivas por Nivel de Educación, Precio Promedio de Consulta y Porcentaje sobre Ingreso per Capita Familiar.
- Cuadro 3.5: Consultas Preventivas por Grupo Etéreo, Precio Promedio de Consulta y Porcentaje sobre Ingreso per Capita Familiar.
- Cuadro 3.6: Tipo de Consultas según Cobertura y Lugar de Concurrencia.
- Cuadro 3.7: Sesgo Preventivo y Cobertura de Salud por Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar.
- Gráfico 3.1: Cobertura y Consultas Preventivas: Diagrama.
- Cuadro 3.8: Consultas Preventivas según Quintiles de Ingreso, Cobertura y Lugar de Atención.
- Cuadro 3.9: Internación según Cobertura, Lugar de Concurrencia y Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar.
- Cuadro 4.1: Implementación Econométrica.
- Cuadro 5.1: Gasto Promedio por Consulta según Tipo de Atención y Estructura de Pago.
- Cuadro 5.2: Gasto Promedio en Medicamentos según Cobertura y Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar.
- Gráfico 5.1: Gasto Promedio en Medicamentos según Cobertura y Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar.
- Cuadro 5.3 (a): Gasto Promedio en Medicamentos por Diagnóstico y Quintiles de Ingreso per Cápita.
- Cuadro 5.3 (b): Gasto Promedio Total en Salud por Diagnóstico y Quintiles de Ingreso per Cápita.

## 1 - Introducción

Desde una perspectiva de financiamiento, el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Sin embargo, pese a que la distinción entre ellos pareciera clara y bien definida, la amplia heterogeneidad existente hacia el interior de cada uno y la fragmentación de las instituciones que componen cada grupo, constituye un complejo entramado de acciones e incentivos no necesariamente resultantes de una estrategia coordinada de salud.

Tal falta de coordinación y articulación entre ellos impide la conformación de un “sistema formal” de salud, atentando contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Asimismo, la falta de integración entre los subsistemas y al interior de cada uno de ellos tampoco coopera en esa dirección. En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) presente en otros modelos descentralizados y federales. Los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, por su parte están compuestos por un excesivo número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y la modalidad de gestión.

Lo mencionado anteriormente provoca efectos nocivos sobre la estructura del sistema y condiciona las estrategias de atención, disparando no sólo la inducción de demanda sino también subsidios cruzados y transferencia de riesgos financieros y sanitarios. Ello posiblemente sea más evidente en cuanto se analice la operatoria del sector por tipo de servicio (preventivos, curativos, etc.), pudiendo identificar aquellos aspectos relacionados con la estructura del mercado proveedor, separando por un lado, los patrones de consumo de la demanda y, por otro, estableciendo las pautas de priorización del sector público.

A partir de ello, el presente documento se propone estudiar el sistema de atención de salud, intentando responder a las siguientes preguntas que motivaron su elaboración:

- i) ¿Es posible comprobar la existencia de demanda inducida en consultas médicas mediante el estudio de patrones de consumo de bienes y servicios de salud por parte de la población, determinando la importancia relativa de los factores de oferta y demanda?
- ii) ¿Las hipótesis tradicionales sobre salud y los niveles de ingreso, educación, y los enfoques de género y edad como factores explicativos y determinantes de la existencia de consultas, se siguen manteniendo cuando éstas se desagregan entre intervenciones preventivas y curativas?

- iii) Complementando lo anterior, ¿la existencia de cobertura fomenta diferentes tipos de consulta?
- iv) ¿El hospital/efector público posee una estrategia de protección de capital físico, generando externalidades al resto de la sociedad?

Con el propósito de responder a estas preguntas, el documento utiliza como fuentes de información la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en Servicios de Salud (ENUG 03), elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2003 y la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1997 (ENGH 97, INDEC), complementando con información relacionada con la organización del sistema de salud argentino, las características sociodemográficas de la población y la organización de los sistemas de aseguramiento social en salud.

## **2 - Características de los instrumentos estadísticos utilizados**

Como se mencionara anteriormente, la elaboración del presente documento se basa en el análisis de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, elaborada por la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación entre los meses de julio y agosto de 2003.

Este instrumento es un relevamiento por encuestas a una muestra nacional de 2317 personas de todas las edades, destinado a evaluar aspectos de utilización y gastos en servicios de salud, con especial énfasis en el uso y gasto en medicamentos, complementando dicha información con características sociodemográficas de la población. La misma contiene la última información disponible sobre el particular con representatividad a nivel nacional. Es una encuesta que actualiza y relaciona los contenidos, por un lado, de la Encuesta de Condiciones de Vida 2001 (SIEMPRO) y, por otro, de la Encuesta de Gasto de los Hogares (INDEC) llevada a cabo en 1997.

El cuestionario de esta encuesta permite conocer durante el último año la existencia de consultas, el motivo de la misma, el lugar de realización, la existencia de cobertura médica y pago de bolsillo. Del mismo modo, se pregunta sobre la existencia de internación, la necesidad de utilización y compra de medicamentos, y la fuente de financiamiento en ambos casos. Asimismo, indaga sobre la existencia de diagnósticos relacionados con enfermedades de tratamiento prolongado permitiendo determinar el peso relativo del gasto de bolsillo por tipo de enfermedad.

En todos los casos, la encuesta revela el nivel de ingreso del entrevistado y su familia, así como también el tipo de trabajo que desarrolla, y su nivel de educación.

Los resultados que se presentan en el documento corresponden a individuos de 18 años y más debido a que no se cuenta con información sobre ingresos para menores. Por lo tanto, el grupo etáreo comprendido entre los 0 y 17 años no se considera en el presente estudio. En este sentido, la muestra cuenta con 1,538

adultos los cuales se expanden a la población total de Argentina a través del factor de ponderación especificado en la base de datos.

Debido a la falta de información sobre ingreso para algunos individuos inclusive de 18 años y más, la creación de quintiles de ingreso per cápita familiar presenta una categoría "NS/NR" en la cual se han agrupado a estas personas simplemente a los fines de no alterar la lógica de los totales a lo largo de la presentación de la información tabulada. Esta categoría no debe interpretarse como población menor a 18 años, sino como inexistencia de información.

El documento complementa estos resultados en la información suministrada por la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1997 (ENGH-1997). Su alcance y representatividad también son de orden nacional.

### **3 - Análisis de resultados**

La presente sección tiene como objetivo estudiar la estructura de atención por subsistema y por tipo de atención, realizando un análisis pormenorizado de la misma según diferentes características socio-demográficas de la población y cobertura. En fin ulterior es el de intentar determinar si estos mecanismos de aseguramiento promueven la prevención del capital físico y cuáles son los tipos de prácticas de consultas y consumo que fomentan.

Como primer abordaje al tema se presenta a continuación dos cuadros obtenidos a partir de la ENGH -97 constituyendo la "línea base" del presente estudio. En el primero de ellos se puede observar a simple vista cuál es el grado de cobertura de población por quintiles de ingreso per cápita familiar y el segundo brinda una aproximación sobre la transferencia de riesgos al sector público por parte del privado, al presentar la asistencia a centros de salud pública según niveles de ingreso y cobertura de la población.

El Cuadro 3.1 presenta por quintil de ingreso, el tipo de cobertura formal por grupo, como así también para cada caso, el total de individuos que recurren al hospital público como primera fuente de atención en 1997. Cada una de las casillas identifica el número total de personas del quintil con cobertura específica por fuente. Este valor se acompaña por dos porcentajes: el peso de ese grupo de cobertura para el total del quintil (lectura vertical) y el porcentaje de individuos del quintil sobre el total de cobertura del aseguramiento de referencia (lectura horizontal). La última línea de la tabla muestra el ingreso promedio individual del quintil correspondiente.

**CUADRO 3.1: Cobertura por Quintil\* de Ingreso per Cápita Familiar**

COBERTURA DE SALUD		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo Obra Social	a	2.400.893	3.358.834	3.129.346	3.018.716	2.448.030	14.355.819
	b	28.8%	52.0%	57.0%	61.7%	58.0%	48.8%
	c	16.7%	23.4%	21.8%	21.0%	17.1%	100%
Sólo Sistema Privado	a	238.328	426.473	571.042	737.368	921.003	2.894.214
	b	2.9%	6.6%	10.4%	15.1%	21.8%	10%
	c	8.23%	14.74%	19.73%	25.48%	31.82%	100%
Obra Social y Sistema Privado	a	47.290	146.364	184.373	246.535	482.671	1.107.233
	b	0.6%	2.3%	3.4%	5.0%	11.4%	3.8%
	c	4.3%	13.2%	16.7%	22.3%	43.6%	100%
Sólo Hospital Público	a	5.625.615	2.513.150	1.587.059	872.778	364.617	10.963.219
	b	67.5%	38.9%	28.9%	17.9%	8.6%	37.3%
	c	51.3%	22.9%	14.5%	8.0%	3.3%	100%
Resto	a	4.055	7.231	11.017	10.856	6.158	39.317
	b	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%
	c	10.3%	18.4%	28.0%	27.6%	15.7%	100%
Otros (d)	a	17.151	3.294	11.413	4.343	1.438	37.639
	b	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%
	c	45.6%	8.8%	30.3%	11.5%	3.8%	100%
Total	a	8.333.332	6.455.346	5.494.250	4.890.596	4.223.917	29.397.441
	b	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c	28%	22%	19%	17%	14%	100%
Ingreso Medio	\$	71	155	246	392	937	300

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) individuos.

(b) en porcentaje sobre el total de individuos por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de individuos con misma cobertura.

(d) "Otros" incluye "Ns/Nr".

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

El promedio de ingreso per capita nacional es de \$300 al mes, con valores de \$71 en el quintil más humilde y de \$937 en el grupo más rico. La cobertura formal de la población argentina supera el 60% (48,8% obras sociales, 10% prepagas y 3,8% de la población con doble afiliación), en tanto 37,7% de los argentinos cuenta con el sistema público como único mecanismo de cobertura.

Sin embargo, estos valores son disímiles entre grupos de ingreso: menos del 30% de los individuos del primer quintil cuentan con cobertura de obra social, en tanto este porcentaje se duplica en los tres quintiles de mayor ingreso. La cobertura de las prepagas (seguros privados) también aumenta con el ingreso, aunque en una proporción sensiblemente mayor: mientras que en el Q1 sólo 2,9% abona una cobertura de este tipo, la proporción asciende al 21,8% en el Q5. Finalmente, los usuarios de hospitales públicos se concentran en el quintil más pobre, superando el 50% de las consultas de este tipo de establecimientos.

EL Cuadro 3.2 muestra la asistencia a centros de salud pública por tipo de cobertura y quintiles de ingreso per capita familiar.

**Cuadro 3.2: Asistencia a Centro de Salud Público por Cobertura de Salud por Quintiles**

COBERTURA DE SALUD		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					TOTAL
		I	II	III	IV	V	
Sólo Obra Social	a	515.220	636.548	482.083	343.986	207.740	2.185.577
	b	18.4%	39.1%	43.3%	51.1%	57.5%	33.3%
Sólo Sistema Privado	a	49.255	85.033	89.726	72.533	44.836	341.383
	b	1.8%	5.2%	8.1%	10.8%	12.4%	5.2%
Obra Social y Sistema Privado	a	9.089	19.747	25.388	17.865	27.654	99.743
	b	0.3%	1.2%	2.3%	2.7%	7.7%	1.5%
Sólo Hospital Público	a	2.212.430	882.436	511.278	238.285	81.288	3.925.717
	b	79.2%	54.2%	46.0%	35.4%	22.5%	59.7%
Resto (c)	a	2.273	3.963	2.788	545	46	9.615
	b	0.1%	0.2%	0.3%	0.1%	0.0%	0.1%
Otros (d)	a	5.673	1.634	1.285	282	0	8.874
	b	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
<b>Total</b>		2.793.940	1.629.361	1.112.548	673.496	361.564	6.570.909

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) Individuos.

(b) en porcentaje sobre el total de individuos del quintil.

(c) Resto refiere a categorías de cobertura distintas a las anteriores.

(d) "Otros" incluye "Ns/Nr".

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

De la lectura del cuadro se observa que el porcentaje de personas que no cuentan con ningún tipo de cobertura y que asisten a centros de atención pública va disminuyendo a medida que aumenta el nivel de ingreso, partiendo de un 79.2% del quintil más pobre y alcanzando 22.5% en el 20% más rico de la población. La diferencia entre estos dos grupos radica básicamente en la posibilidad de elección de concurrencia con la que cuentan las personas de mayores ingresos, fundamentado probablemente en la reputación y calidad de algunos servicios prestados por parte del sector público. Aproximadamente el 12% y 7% de la atención nacional de salud pública es a individuos que cuentan con cobertura privada y doble afiliación respectivamente y, que pertenecen al V quintil de ingresos.

### 3.1 Protección del Capital Físico

En un intento por realizar un análisis según el tipo de consulta, el Cuadro 3.3 muestra por quintil de ingreso el porcentaje correspondiente a cada uno de ellos sobre el total de las consultas médicas preventivas registradas, siendo su fuente la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003 (ENUG 03). Dado que este instrumento permite conocer el motivo de la consulta, todas aquellas respuestas referentes a controles de embarazo, post-parto y chequeos médicos generales sin sentirse enfermo, han sido consideradas como consultas de índole preventiva.

En el cuadro se presenta el gasto de bolsillo promedio por quintil de ingreso de la consulta, ya sea que el desembolso haya sido total o parcial como así también el porcentaje que representa sobre el ingreso per capita.



Según la información brindada, se concluye que de las 2, 207,205 consultas realizadas por parte de todos aquellos individuos mayores a 18 años de edad y que han declarado haber realizado por lo menos una consulta, el 26% de las mismas corresponde al quintil más rico de la población, seguido del primer y segundo quintil (18.8% y 17.7%, respectivamente). Si bien estos tres niveles de ingreso son las que presentan mayor cantidad de consultas preventivas, se diferencian en su composición. En los dos primeros niveles de ingreso predominan las consultas por control del parto y post-parto mientras que, en el 20% más rico de la población las consultas corresponden en su mayoría a controles generales sin sentirse enfermo.

**Cuadro 3.3: Consultas Preventivas por Quintiles, Precio Promedio de Consulta y Porcentaje sobre Ingreso per Capita Familiar**

QUINTILES DE INGRESO	Control de Embarazo y Post- Parto	Control General	Precio Promedio de la Consulta	% sobre Ingreso per capita
I	56%	4.5%	\$1.15	2.0%
II	14%	19.0%	\$2.54	2.1%
III	5%	13.8%	\$1.50	0.8%
IV	11%	17.7%	\$2.49	0.8%
V	11%	32.7%	\$4.15	0.3%
NS/NR	3%	12.3%	\$0.83	.....
<b>TOTAL</b>	<b>609,266</b>	<b>1,597,939</b>	<b>\$2.11</b>	<b>1.2%</b>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Claramente y confirmando lo que a priori se supone, el peso del gasto en consultas sobre el ingreso per capita disminuye a medida que aumenta este último, registrándose valores del orden del 2% para el I y II Q, pasando 0.8% para el III y IV Q para llegar a representar un 0.3% en el V Q. Respecto del precio promedio abonado por consulta, el mismo es similar para los primeros quintiles de ingreso con un valor medio de \$1.15. El III y V Q también muestran un precio promedio abonado bastante similar entre sí (\$2.54 y \$2.49, respectivamente). Estas similitudes entre quintiles también se observan en el peso porcentual sobre el nivel de ingreso per capita. Así, la atención preventiva de adulto sano aumenta con el ingreso, y no existen incentivos determinantes para que los pobres inviertan en su capital físico.

El Cuadro 3.4 completa el planteo anterior, al analizar las consultas preventivas en adultos mayores de 18 años según su nivel de educación. Del mismo se deduce que el grueso de las consultas se encuentra en las categorías *secundario*, tanto incompleto como completo, registrando cada uno de ellos un 23.2% de las demandas totales; Seguidamente se ubica la categoría universitario / superior completo con un 20.3% sobre el total. Al igual que en el caso anterior, las dos primeras categorías educativas no presentan diferencias significativas respecto del precio promedio abonado por consulta, como así tampoco en lo que al peso porcentual sobre el ingreso per capita familiar respecta.

**Cuadro 3.4: Consultas Preventivas por Nivel de Educación, Precio Promedio de Consulta y Porcentaje sobre Ingreso per Capita Familiar**

Nivel de Educación	Control de Embarazo y Post- Parto	Control General	Precio Promedio de la Consulta	% sobre Ingreso per capita
Primario Incompleto	7%	7.2%	\$1.46	0.8%
Primario Completo	15%	13.5%	\$1.32	0.8%
Secundario Incompleto	37%	18.1%	\$2.18	2.6%
Secundario Completo	15%	26.5%	\$4.14	0.6%
Univ./Sup. Incompleto	7%	14.0%	\$2.50	1.7%
Univ./Sup. Completo	19%	20.6%	\$1.77	0.4%
<b>TOTAL</b>	<b>609,266</b>	<b>1,597,939</b>	<b>\$2.23</b>	<b>1.1%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Se deduce entonces que la clase media, tanto por educación como por estructura familiar, son más demandantes de servicios preventivos (por prevención y por embarazo). Los grupos menos educados tienen tasas de uso entre tres y cinco veces menores a los grupos con educación secundaria, en tanto las personas con estudios universitarios consumen menos atención asociada con salud reproductiva e igual o mayor atención de protección. Finalmente una última desagregación se presenta en el Cuadro 3.5 en el cual se muestran las consultas preventivas desagregando según grupos de edad.

**Cuadro 3.5: Consultas Preventivas por Grupo Etéreo, Precio Promedio de Consulta y Porcentaje sobre Ingreso per Capita Familiar**

Grupo Etéreo	Control de Embarazo y Post- Parto	Control General	Precio Promedio de la Consulta	% sobre Ingreso per capita
18 a 29 años	62%	17.8%	\$2.14	2.4%
30 a 44 años	38%	32.9%	\$3.32	0.7%
45 a 64 años	0%	29.7%	\$1.94	0.6%
65 y mas años	0%	19.5%	\$1.56	0.7%
<b>TOTAL</b>	<b>609,266</b>	<b>1,597,939</b>	<b>\$2.24</b>	<b>1.1%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

De la lectura de la información volcada en este cuadro se concluye que el mayor porcentaje de consultas preventivas se concentra en los dos primeros rangos de edad, personas entre 18 y 44 años, alcanzando un 64.3% entre ambos del total de las consultas preventivas realizadas. Al igual que en el caso del análisis según quintiles de ingreso, estos dos grupos presentan una mayor proporción de controles prenatales y de post-parto respecto de los chequeos médicos generales sin sentirse enfermo y se asocia con el periodo tradicional de reproducción. Estos grupos son

también aquellos que muestran mayor precio promedio pagado por consulta (\$2.14 y \$3.32), debido a la mayor frecuencia de consumo.

Sin embargo, se destaca que los grupos intermedios de edad (30-44 y 45-64 años) registran los mayores porcentajes de controles generales, representando el 63% aproximadamente del total de consultas por este motivo. La combinación de la información brindada en los cuadros confirma la hipótesis que a mayor ingreso y más educación, mayores son las consultas por razones preventivas.

### 3.2 Cobertura y Protección en Salud

La presente sección estudia la naturaleza de las razones de consulta intentando asociar probabilidad de demanda de atención con tipo de cobertura y fuente de atención.

El Cuadro 3.6 desagrega las consultas médicas en tres categorías: “preventivas”, “curativas” y “estudios y análisis”, analizando estos motivos de demanda de cuidado según la existencia de cobertura y el lugar de atención. De acuerdo a lo que se observa en el cuadro, del total de las personas mayores de 18 años con cobertura que han realizado consultas medicas, el 69.4% lo han hecho por razones de índole curativa. Este valor se incrementa a 86.2% en el caso de individuos con cobertura que acuden al sector público, en contraste con el 67.3% de las curaciones sin cobertura. Ello sugiere la existencia de subsidios cruzados contra el sector público, como también un mayor sesgo preventivo de la autoridad sanitaria, en tanto sus pacientes naturales, aquellos sin cobertura cuentan con niveles de cuidados por controles mayores al promedio nacional.

Las consultas preventivas realizadas en el sector de cobertura de obra social encuentran una explicación en que las mismas raramente cuentan con efectores propios con internación para asistir a sus pacientes.

**Cuadro 3.6: Tipo de Consultas según Cobertura y Lugar de Concurrencia**

TIPO DE CONSULTA	COBERTURA				TOTAL
	SI		NO		
	PUBLICO	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO	
	A	B	C	D	
PREVENTIVA	139.327	1.369.661	614.204	84.013	2.207.205
	13,0%	29,6%	30,9%	25,4%	27,5%
	\$2,87	\$1,56	\$1,01	\$26,05	\$7,87
CURATIVA	927.112	3.092.831	1.338.989	211.510	5.570.442
	86,2%	66,8%	67,3%	64,0%	69,4%
	\$3,32	\$9,35	\$1,19	\$20,31	\$8,54
ANALISIS	8.769	168.910	37.260	34.736	249.675
	0,8%	3,6%	1,9%	10,5%	3,1%
	\$0,00	\$5,78	\$0,75	\$2,68	\$2,30
TOTAL	1.075.208	4.631.402	1.990.453	330.259	8.027.322
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	\$2,06	\$5,56	\$0,98	\$16,35	\$6,24

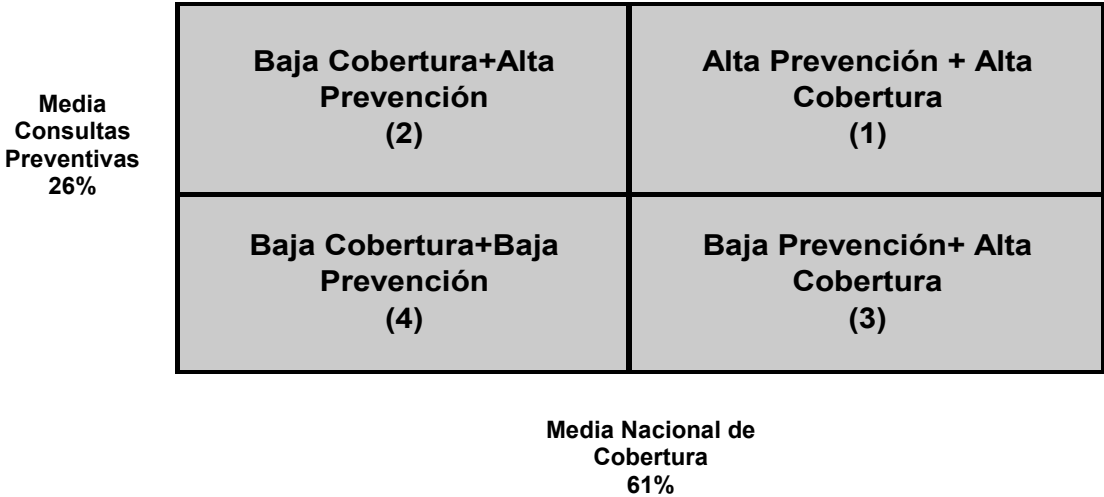
Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

La relación de  $A/B_P$  en consultas preventivas sobre el total respecto de  $A/B_C$  en curativas, cuyo cálculo arroja valores de 0.43 y 1.30, respectivamente, brinda una medida del diferencial de transferencia de riesgo (*selección adversa*) de los seguros privados al sector público. Sin embargo este riesgo no se evidencia en los gastos de bolsillo. Ello no se debe necesariamente a que los pacientes transferidos son menos costosos en tratamiento sino que el riesgo financiero lo absorbe el Estado al cobrar abonos de bajo valor o nulos (*risk absorption*).

El mismo Cuadro muestra que las personas sin cobertura que consultan al sector público son aquellas de bajos ingresos, en contraposición a los grupos que pagan su atención de bolsillo, alcanzando un diferencial en la relación C/D en consultas de todo tipo de 6.03, evidenciando los extremos de la distribución de ingreso: población sin cobertura (escasos recursos) versus provisión particular (muy altos ingresos). Ello define la gran brecha en los pagos de bolsillo. El Cuadro también sugiere la mayor probabilidad de inducción de demanda por causas curativas más que preventivas, aunque ello podría también estar asociado con características y motivos de consulta de la demanda, lo que será estudiado en el análisis de regresión.

La Figura 3.1 complementa el análisis comparando la cobertura total en salud y el sesgo preventivo por quintil de ingreso. Un gráfico de cuatro cuadrantes a partir de las medias nacionales de cobertura y de consultas preventivas muestra un área de alta cobertura y sesgo preventivo y, otra de baja cobertura y principalmente curativa.

**Gráfico 3.1**



**Cuadro 3.7: Sesgo Preventivo y Cobertura de Salud por Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar**

<b>Quintiles de Ingreso</b>	<b>Controles. Grales. Consultas Curativas</b>	<b>Cobertura</b>
I	8.5%	29.4%
II	28.0%	50.5%
III	21.9%	73.0%
IV	23.1%	67.5%
V	40.5%	85.2%
<b>NS/NR</b>	99.1%	73.4%
<b>TOTAL</b>	<b>28.2%</b>	<b>61.1%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

En función de los datos tabulados en el Cuadro 3.1.7, se puede determinar en qué cuadrante del gráfico anterior se ubica cada uno de los quintiles de ingreso. El cuadrante número (1) responde a la menos deseada de las cuatro posibles situaciones y, el último a la mejor de ellas, donde se registran altos niveles de cobertura y alta proporción de consultas preventivas respecto de las curativas.

Considerando únicamente a los chequeos generales sin sentirse enfermo como representativos de consultas preventivas, se determina que el 20% más pobre de la población se ubica en el cuarto cuadrante muy por debajo tanto de la media nacional de cobertura como del promedio de consultas preventivas.

En el segundo cuadrante se ubica el II Q de ingreso, siendo ésta una zona por encima del promedio nacional de prevención pero que registra bajos niveles de cobertura. Seguidamente el III y IV Q de ingresos se agrupan en el tercer cuadrante y, finalmente el 20% más rico de la población se posiciona en el primero de los cuadrantes, es decir en el mejor de los escenarios planteados, registrando niveles de cobertura como de atención preventiva muy por encima de los promedios nacionales.

La existencia de consultas preventivas habla de la posibilidad que tienen los individuos de proteger su capital físico. A este respecto resulta interesante analizar, en línea con el análisis anterior, qué tipo de proveedor de servicios de salud brinda esta posibilidad. Con el propósito de responder a esta pregunta, se presenta a continuación el Cuadro 3.8.

De todos aquellos individuos que no cuentan con cobertura, se observa que hasta el tercer quintil de ingresos el sector público es quien principalmente absorbe la demanda, mientras que en el IV y V quintil la misma se canaliza hacia el sector privado, evidenciándose de esta manera el conocido sesgo del efector público hacia los grupos más vulnerables de la población.

**Cuadro 3.8: Consultas Preventivas según Quintiles de Ingreso, Cobertura y Lugar de Atención**

QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA	COBERTURA				TOTAL
	SI		NO		
	PUBLICO	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO	
I	31.2%	1.2%	56.0%	11.1%	413,932
II	14.3%	17.1%	22.1%	0.0%	390,359
III	34.5%	11.3%	5.9%	11.1%	247,870
IV	12.3%	21.9%	1.2%	30.5%	350,704
V	0.0%	39.0%	2.8%	47.3%	590,391
NS/NR	7.6%	9.5%	11.9%	0.0%	213,949
<b>TOTAL</b>	<b>139,327</b>	<b>1,369,661</b>	<b>614,204</b>	<b>84,013</b>	<b>2,207,205</b>
	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Este planteo se complementa con el Cuadros 3.9 que analiza los patrones de transferencia de riesgo financiero y epidemiológico hacia el sector público en internación. Según la información brindada, todas aquellas personas mayores a 18 años que han sido internadas en el último año previo a la encuesta sin cobertura medica, el 76.84% ha recurrido al sector público para dichos fines. Por otra parte, del total de personas con cobertura que han sido internadas en el hospital público, un 44% aproximadamente pertenece al 20% más pobre de la población. Alrededor de un 17% del total de las internaciones corresponden al V quintil de ingresos, con lo cual buena parte de la población más rica satisface sus necesidades en el sector público.

El sector público llega a cubrir más del 95% de la población con registro de internación en el último año perteneciente al 20% más pobre de la población, mientras que sólo cubre a un 13% del V quintil de ingresos.

**Cuadro 3.9: Internación según Cobertura, Lugar de Concurrencia y Quintiles de Ingreso per cápita Familiar**

QUINTILES DE INGRESO	COBERTURA					TOTAL
	SI			NO		
	PUBLICO	OBRA SOCIAL	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO	
I	93803 43.83%	27936 7.16%	0 0.00%	451354 76.84%	0 0.00%	573,093 31.73%
II	27945 13.06%	44060 11.29%	89214 15.38%	45483 7.74%	9306 26.79%	216,008 11.96%
III	19964 9.33%	82874 21.24%	79251 13.66%	27399 4.66%	25430 73.21%	234,918 13.01%
IV	18621 8.70%	111838 28.66%	190795 32.89%	37386 6.36%	0 0.00%	358,640 19.85%
V	36827 17.21%	104835 26.87%	195008 33.62%	7675 1.31%	0 0.00%	344,345 19.06%
NS/NR	16872 7.88%	18630 4.77%	25759 4.44%	18084 3.08%	0 0.00%	79,345 4.39%
<b>TOTAL</b>	<b>214,032</b> <b>100.00%</b>	<b>390,173</b> <b>100.00%</b>	<b>580,027</b> <b>100.00%</b>	<b>587,381</b> <b>100.00%</b>	<b>34,736</b> <b>100.00%</b>	<b>1,806,349</b> <b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

## 4 – Implementación Econométrica

La presente sección se propone llevar a cabo un análisis similar al de los capítulos anteriores pero planteando la situación en términos de probabilidad de realizar consultas, ya sean estas preventivas o curativas. Tal probabilidad se supone asociada con alguna de las características identificadas como variables explicativas mediante una regresión logística. Puesto que la variable dependiente en este caso toma sólo dos valores, uno y cero, asociando la unidad a la ocurrencia del evento (consultó por prevención, en un caso y, consultó por curación en otro), la probabilidad, condicionada a las variables explicativas dadas, puede plantearse de la siguiente manera:

$P_i = F(X_i\beta)$ , donde el vector  $X_i$  se asocia con características de la demanda, del tipo de institución proveedora, y del sesgo brindado por la presencia o no de cobertura formal.

El ejercicio se instrumenta con variables explicativas asociadas con el ingreso del paciente, su sexo (dummy=1 si es hombre), por rango de edad (dummy=1 si es mayor a 40 años) todas ellas asociadas con la demanda, más dos dummies por efector público (oferta) y cobertura.<sup>2</sup>

La variable ingreso incorporada en las regresiones surge de tomar el ingreso per cápita familiar corregido por adulto equivalente según la información publicada por el INDEC para mas de mayo de 2003 (Ver Anexo I).

En función de esta especificación de variables, se proponen dos análisis de regresión, intentando en ambos casos modelar la probabilidad de realizar consultas, en el primero de los casos, aquellas de índole preventiva y en el segundo las de carácter curativo. Formalmente esto se puede expresar de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} 1) \text{ Cons Prev} &= f(\text{ipcf\_ae}; \text{edad40}; \text{cobertura}; \text{género}; \text{educ}; \text{efector\_publ}) \\ \text{Cons Prev} &= \beta_1 * \text{ipcf\_ae} + \beta_2 * \text{edad40} + \beta_3 * \text{cobertura} + \beta_4 * \text{género} + \beta_5 * \text{educ} + \\ &\quad \beta_6 * \text{efect\_publ} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 2) \text{ Cons Curat} &= f(\text{ipcf\_ae}; \text{edad40}; \text{cobertura}; \text{género}; \text{educ}; \text{efector\_publ}) \\ \text{Cons Curat} &= \beta_1 * \text{ipcf\_ae} + \beta_2 * \text{edad40} + \beta_3 * \text{cobertura} + \beta_4 * \text{género} + \beta_5 * \text{educ} + \\ &\quad \beta_6 * \text{efect\_publ} \end{aligned}$$

Siendo,

- ipcf\_ae: Ingreso per Cápita ajustado por Adulto Equivalente

---

<sup>2</sup> La variable educación es una variable categórica que presenta los siguientes niveles: Sin estudios (0), Primario Incompleto (1), Primario Completo (2), Secundario Incompleto (3), Secundario Completo (4), Universitario / Superior Incompleto (5) y Universitario / Superior Completo (6)

- edad40: Individuos de 40 y más años
- cobertura: Existencia o no de cobertura médica de salud
- educ: Niveles de educación
- efector\_publ: consulta realizada en establecimiento público

En ambos casos, las variables dependientes son binarias y responden a la descripción mencionada al principio del documento: todos aquellos individuos de 18 años y más que hayan respondido positivamente haber realizado una consulta. Tal consulta podrá ser analizada separadamente por razones de chequeos generales, controles de embarazo y / o de post-parto, consideradas consultas preventivas. Cualquier otro motivo se entiende como de índole curativa. Los resultados obtenidos se presentan a continuación en el Cuadro 4.1.

**Cuadro 4.1: Implementación Econométrica**

Resultados	Consultas Preventivas	Consultas Curativas
	Coefficiente	Coefficiente
<b>Cobertura</b>	-0.4881035 (0.0026955) (*)	0.5973943 (0.0025571) (*)
<b>Género</b>	-1.1060280 (0.0020754) (*)	0.9554031 (0.0018807) (*)
<b>ipcf_ae</b>	0.0003954 (0.00000236) (*)	-0.0002655 (0.00000231) (*)
<b>efect_publ</b>	-0.4525592 (0.0026265) (*)	0.5110537 (0.002467) (*)
<b>Educa</b>	0.2153895 (0.000631) (*)	-0.2644683 (0.0005987) (*)
<b>Edad40</b>	-0.5112147 (0.0019497) (*)	0.485695 (0.0018413) (*)
<b>Constante</b>	-1.0154650 (0.004104) (*)	0.8502827 (0.0038427) (*)
<b>Nº de Observaciones</b>	<b>7,895,433</b>	<b>7,895,433</b>
<b>LR chi(6)</b>	<b>756989.27</b>	<b>864317.97</b>
<b>Prob&gt; chi2</b>	<b>0.0000</b>	<b>0.0000</b>

(\*) Variable significativa al 1%



De acuerdo a los resultados obtenidos, se deduce que la existencia de cobertura no promueve la atención preventiva, dado que el signo del coeficiente asociado es negativo; sin embargo, en las atenciones de índole curativa, la existencia de cobertura parece tener un impacto positivo. El sector público también resulta ser significativo para ambos tipos de atenciones pero sus signos son inversos, lo cual ratifica lo mencionado anteriormente acerca del sesgo curativo que se presenta en el sector público como una clara consecuencia del riesgo transferido hacia este tipo de proveedor de servicios de salud.

En concordancia con los resultados encontrados al principio de este documento, se verifica que a medida que aumenta el ingreso y el nivel de educación, mayores son las consultas preventivas realizadas. Asimismo, la variable de género muestra alineamiento entre ser mujer y aumento de chequeos preventivos, seguramente asociado con la atención del embarazo y parto.

## **5 – Análisis del Gasto de Bolsillo**

En esta sección se retoma y profundiza sobre los determinantes de los gastos de bolsillo en los cuales incurre la población en concepto de cuidado y restauración de la salud.

A este respecto, el Cuadro 5.1 desagrega los motivos de consulta por tipo y por proporción sobre el gasto total de bolsillo en salud, mostrando en la última columna el precio promedio abonado por tipo de consulta.

**Cuadro 5.1: Gasto Promedio por Consulta según Tipo de Atención y Estructura de Pago**

Tipo de Atención % Cons por Tipo	TODO	UNA PARTE	NADA	Gasto Medio de Consulta
CONSULTAS	16.5%	14.3%	69.1%	\$11.55
EXAMENES	12.0%	26.3%	61.7%	\$15.32
FONOAUDIOLOGO	25.2%	19.5%	55.3%	\$17.43
MEDICAMENTOS	68.1%	27.4%	4.5%	\$24.92
TRATAMIENTO S/ INTERNACION	24.3%	20.2%	55.5%	\$25.76
DENTISTA	29.5%	22.3%	48.2%	\$36.83
PSICOLOGO	42.6%	15.8%	41.6%	\$61.18
<b>TOTAL</b>	<b>41.3%</b>	<b>22.8%</b>	<b>35.9%</b>	<b>\$27.57</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud.  
Ministerio de Salud de la Nación.

De la lectura del cuadro se observa que el mayor precio promedio está dado por el pago en concepto de honorarios a psicólogos<sup>3</sup>, registrando un precio medio

<sup>3</sup> Esta categoría agrupa todos los profesionales de la salud mental, tales como psiquiatras y psicoanalistas.

abonado por consulta de \$61.18. El rubro de menor incidencia monetaria promedio es el gasto de bolsillo asociado con consultas generales con un precio promedio de \$11.55.

Pese a que los últimos dos rubros presentados en el Cuadro (psicólogos y dentista) presentan los mayores precios promedios pagados por consultas, un 48.2% que concurren al servicio de odontología y un 41.6% de los que consultaron el área de psicología, han sido totalmente financiados.

El gasto en medicamentos y en tratamientos que no requieren internación se encuentra próximo a la media de erogaciones los cuales presentan un gasto promedio de \$24.92 y \$25.76, respectivamente. Sin embargo, en el caso de medicamentos, un 68.1% del total de individuos que incurren en gastos de este rubro afrontaron la totalidad del gasto, contra un 4.5% que lo adquiere sin desembolso alguno. En contraposición, en el caso de las consultas generales y exámenes, 69.1% y 61.7% respectivamente, en cada caso no abonaron por tales conceptos.

Debido a los altos niveles de desprotección que presenta el rubro medicamentos, se presenta a continuación una apertura del gasto en medicinas por quintil de ingreso, cobertura y estructura de pago, y cuyos resultados se reflejan en el Cuadro 5.2 y en el Gráfico 5.1.

Los datos presentados muestran que, a excepción del primer quintil de ingreso, todos aquellos que han afrontado la totalidad del gasto en medicamentos han realizado desembolsos mayores en los casos en que cuentan con cobertura, alcanzando un precio promedio pagado de \$33.18 contra un \$21.31 abonado por individuos sin cobertura sanitaria. Este comportamiento se mantiene en el caso de haber resultado financiado en una parte del gasto. Solo un 5.18% de las 9,194,410 con cobertura que han comprado medicamentos, lo han hecho en forma totalmente gratuita.

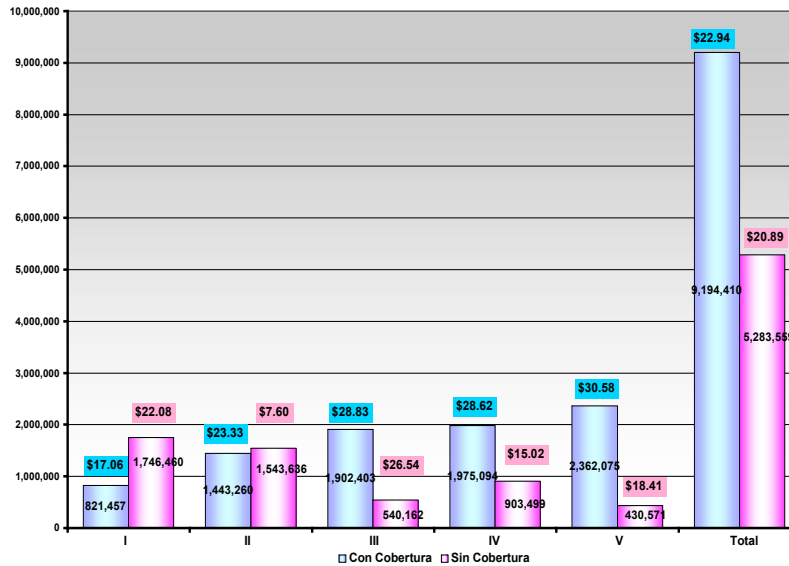
Asimismo, del Cuadro también se deduce que el gasto en medicamento es regresivo: las personas que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento y que han sido totalmente financiadas en la compra de productos farmacéuticos, representan un 2% en el primer quintil y 0.50% en el segundo, mientras que el cuarto nivel de ingreso registra un 12.57% de individuos totalmente financiados. El Gráfico 5.1 identifica también la relación entre niveles de gasto en medicamentos y niveles de cobertura: mayor cobertura en los tres quintiles más altos se asocia con desembolsos mayores, revirtiéndose esas figuras en los grupos más humildes, con menor nivel de seguro.

**Cuadro 5.2: Gasto Promedio en Medicamentos según Cobertura y Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar**

PAGO DE BOLSILLO	I		II		III		IV		V		NS/NR		TOTAL	
	COBERTURA		COBERTURA		COBERTURA		COBERTURA		COBERTURA		COBERTURA		COBERTURA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>TODO</b>	619,391	1,692,495	970,160	1,479,609	1,067,602	521,817	964,656	667,770	1,005,540	391,977	371,626	109,925	4,998,975	4,863,593
	75.40%	96.91%	67.22%	95.85%	56.12%	96.60%	48.84%	73.91%	42.57%	91.04%	53.85%	92.19%	54.37%	92.05%
	\$14.71	\$19.75	\$37.57	\$20.79	\$33.94	\$19.63	\$42.23	\$26.67	\$42.95	\$27.30	\$27.67	\$13.72	\$33.18	\$21.31
<b>UNA PARTE</b>	193,304	18,630	410,512	56,352	783,184	9,315	883,117	122,170	1,167,223	38,594	282,094	0	3,719,434	245,061
	23.53%	1.07%	28.44%	3.65%	41.17%	1.72%	44.71%	13.52%	49.42%	8.96%	40.88%	0.00%	40.45%	4.64%
	\$36.48	\$46.50	\$32.44	\$2.00	\$52.54	\$60.00	\$43.64	\$18.40	\$48.80	\$27.93	.....	\$93.28	\$35.65	\$41.35
<b>NADA</b>	8,762	35,335	62,588	7,675	51,617	9,030	127,321	113,559	189,312	0	36,401	9,306	476,001	174,905
	1.07%	2.02%	4.34%	0.50%	2.71%	1.67%	6.45%	12.57%	8.01%	0.00%	5.27%	7.81%	5.18%	3.31%
	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>TOTAL</b>	821,457	1,746,460	1,443,260	1,543,636	1,902,403	540,162	1,975,094	903,499	2,362,075	430,571	690,121	119,231	9,194,410	5,283,559
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	\$17.06	\$22.08	\$23.33	\$7.60	\$28.83	\$26.54	\$28.62	\$15.02	\$30.58	\$18.41	\$9.22	\$35.67	\$22.94	\$20.89

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

**Gráfico 5.1: Gasto Promedio en Medicamentos según Cobertura y Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar**



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Desde una perspectiva alternativa, y analizando los gastos de bolsillo según el diagnóstico de la enfermedad, se observa que en la mayoría de los casos, con excepción del quintil más pobre, los gastos en medicamentos siempre son mayores para contingentes con cobertura, independientemente del tipo de enfermedad diagnosticada.

**Cuadro 5.3 (a): Gasto Promedio en Medicamentos por Diagnóstico y Quintiles de Ingreso per Cápita**

	Afiliación	OSEAS	HEPATICAS	CARDIACAS	CANCERIGENAS
I	NO	\$181.48	\$35.66	\$30.88	\$117.75
	SI	\$47.61	\$23.62	\$25.07	\$39.00
II	NO	\$27.07	\$22.69	\$16.97	\$33.23
	SI	\$28.06	\$35.83	\$35.89	\$44.00
III	NO	\$31.30	\$13.82	\$19.34	\$0.00
	SI	\$44.03	\$46.47	\$55.99	\$50.00
IV	NO	\$25.00	\$37.50	\$37.75	\$0.00
	SI	\$39.42	\$47.33	\$42.67	\$18.00
V	NO	\$42.00	\$6.00	\$42.56	\$0.00
	SI	\$43.42	\$61.13	\$43.68	\$41.94
NS/NR	NO	\$0.00	\$11.00	\$26.00	\$0.00
	SI	\$69.09	\$49.20	\$57.88	\$35.04
TOTAL	NO	\$51.14	\$21.11	\$28.92	\$25.16
	SI	\$45.27	\$43.93	\$43.53	\$38.00

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

**Cuadro 5.3 (b): Gasto Promedio Total en Salud por Diagnóstico y Quintiles de Ingreso per Cápita**

	Afiliación	OSEAS	HEPATICAS	CARDIACAS	CANCERIGENAS
I	NO	\$71.38	\$26.70	\$23.83	\$117.75
	SI	\$20.63	\$21.86	\$32.62	\$199.89
II	NO	\$23.32	\$18.62	\$17.64	\$39.30
	SI	\$21.82	\$27.03	\$31.90	\$40.38
III	NO	\$34.20	\$24.67	\$8.62	\$0.00
	SI	\$61.86	\$53.64	\$100.82	\$56.66
IV	NO	\$25.00	\$22.19	\$54.17	\$0.00
	SI	\$54.20	\$67.74	\$49.31	\$15.14
V	NO	\$19.60	\$61.10	\$35.28	\$88.49
	SI	\$64.64	\$79.32	\$65.00	\$0.00
NS/NR	NO	\$0.00	\$42.49	\$34.43	\$37.65
	SI	\$40.33	\$35.01	\$49.73	\$0.00
TOTAL	NO	\$28.92	\$32.63	\$29.00	\$47.20
	SI	\$43.91	\$47.43	\$54.90	\$52.01

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

El patrón de comportamiento descrito anteriormente se repite al estudiar los gastos totales en salud, por quintil de ingreso, cobertura y tipo de enfermedad. En todos los casos, con excepción del primer quintil de ingresos para los dos primeros diagnósticos de enfermedad (óseas y hepáticas), el gasto promedio total en servicios de salud siempre resulta ser mayor para quienes cuentan con algún tipo de cobertura.

Como conclusión del análisis e estos cuadros se deduce que, la existencia de cobertura claramente conduce a un gasto mayor, tanto en medicamentos como en el gasto en servicios de salud agregado, confirmando algunos de los hallazgos encontrados para el período 1997 en un trabajo anterior (Maceira, 2004).

## 6 – Conclusiones

Este trabajo retoma la tradición de análisis de encuesta de hogares para el estudio de los patrones de cobertura y gasto en salud en Argentina (Maceira; 2002, 2004). La disponibilidad de información por tipo de atención, más allá del lugar de tratamiento y la cobertura permite profundizar sobre algunos aspectos menos conocidos del sistema, tales como los sesgos provenientes de cada tipo de prestador, la importancia del tipo de cobertura para contar con mayor atención (en cantidad y tipo), así como los indicios de transferencia de riesgo y selección adversa por parte de cada subsistema.

Del análisis de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Salud 2003, y en base a las preguntas de trabajo planteadas al inicio del documento, se extraen las siguientes conclusiones:

La atención preventiva del adulto sano aumenta con el ingreso, lo que muestra que el capital físico es protegido paralelamente a la generación de capital monetario.

Si bien mayores niveles de educación se asocian con mayor probabilidad de consumo de atención preventiva, la clase media lleva el liderazgo en este campo, no por prevención, sino por controles relacionados con embarazo y parto.

Los “controles sanos” se encuentran entre los adultos de 30-64 años, en tanto los “controles asociados con el parto” naturalmente cuentan con una media etárea menor, siendo el grupo de 18 a 29 años el más frecuente.

El 70% de la población acude al sistema de salud por razones curativas, y sólo el 27,5% lo hace por controles preventivos. El peso de las consultas curativas asciende a 86,2% para la población sin cobertura, reflejando subsidios cruzados contra el sector público por tratamientos más onerosos.

Se identifica un relativo sesgo preventivo del sector público con respecto al de aseguramiento social y privados: la tasa de cuidados curativos de individuos sin protección formal y atención pública supera el promedio de la muestra para todo el sistema.

Presencia de selección adversa: el sector público cubre el 95% de las internaciones del primer quintil de ingresos, alcanzando a sólo un 13% de las realizadas en el quinto quintil.

La cobertura no estimula la atención preventiva, aunque sí la curativa. Ello demuestra que el sistema de incentivos monetarios por capita no es suficiente para promover cambios en el modelo de atención.

El precio promedio de bolsillo por consulta preventiva sigue los patrones de gasto global conocido (menor desembolso unitario y mayor incidencia en los ingresos para los grupos pobres). Ello implica que no existen incentivos claros para la prevención (i.e., la prevención no se promueve).

A pesar que el gasto promedio de bolsillo en medicamentos se acerca a la media de los otros grupos de desembolso en salud, este constituye el rubro con mayores desembolsos totales por parte del paciente (68,1%).

El desembolso de bolsillo en medicamentos es sustancialmente mayor para los grupos con cobertura, comparándola, comparándolos con contingentes sin cobertura e ingreso similar.

## 7 - Referencias Bibliográficas

- Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1997. INDEC.
- Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en Servicios de Salud, 2003. Ministerio de Salud de la Nación.
- Grossman, M., 1972, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, Vol. 80, N° 2, pp. 223-255
- Maceira, D., 2002, "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, Argentina.
- Maceira, D., 2004, "Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: El Caso de Argentina", mimeo.
- Morales, E., 1988, "Canasta Básica de Alimentos – Gran Buenos Aires". Documento de Trabajo N° 3, *INDEC/IPA*
- Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2003, Indicadores Básicos.

## Anexo I

**Tabla de Equivalencias. Necesidades Energéticas y Unidades Consumidas según Edad y Sexo, Gran Buenos Aires**

Edad	Sexo	Necesidades energéticas (kcal)	Unidades consumidoras/ adulto equivalente
<b>Menor de un año</b>	Ambos	880	0.33
<b>1 año</b>		1170	0.43
<b>2 años</b>		1360	0.50
<b>3 años</b>		1500	0.56
<b>4 a 6 años</b>		1710	0.63
<b>7 a 9 años</b>		1950	0.72
<b>10 a 12 años</b>		Varones	2230
<b>13 a 15 años</b>	2580		0.96
<b>16 a 17 años</b>	2840		1.05
<b>10 a 12 años</b>	Mujeres	1980	0.73
<b>13 a 15 años</b>		2140	0.79
<b>16 a 17 años</b>		2140	0.79
<b>18-29 años</b>	Varones	2860	1.06
<b>30-59 años</b>		2700	1.00
<b>60 y + años</b>		2210	0.82
<b>18-29 años</b>	Mujeres	2000	0.74
<b>30-59 años</b>		2000	0.74
<b>60 y + años</b>		1730	0.64

Nota: extracto de la tabla de MORALES, Elena (1988). Canasta básica de alimentos - Gran Buenos Aires. Documento de trabajo nº 3. INDEC / IPA.