

**Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros.**

**El Caso de Argentina\***

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

**1- Introducción**

Los mercados asociados con el financiamiento y la prestación de servicios de salud se caracterizan por operar bajo condiciones imperfectas, en ocasiones muy diferentes a las de gran parte de los mercados de bienes y servicios en la economía. Estas condiciones imperfectas, que en general están relacionadas con la existencia de información asimétrica entre los prestadores y los consumidores de servicios de salud (médicos y pacientes), generan la posibilidad de comportamiento oportunista por parte de la oferta, mediante la inducción de la demanda.

La característica de información asimétrica, así como la presencia de externalidades positivas o negativas en los mercados de salud, constituyen las reconocidas fallas de mercado. Su presencia determina que los mecanismos de precios no brinden la información necesaria para operar normalmente y a partir de ello se requiere de mecanismos de regulación o control social que acerquen las condiciones de operación de estos mercados a una estructura más cercana al óptimo social. Asimismo, las características propias del bien salud (percepción de enfermedad, barreras geográficas y culturales, determinantes de la utilización de servicios), definen nuevos desafíos desde la perspectiva de política pública, especialmente en países menos desarrollados.

La diferencia entre el bien salud y el bien seguro de salud se hace presente a medida que los grupos sociales de menores ingresos acuden al mercado de salud, comúnmente ante la existencia de una enfermedad, y demandan bienes o servicios que restauren la salud perdida. En general, los grupos sociales de ingreso medio-alto y alto se relacionan con los mercados de salud a partir de la adquisición de seguros, ya sean sociales o privados, que cubran a sus contribuyentes ante la eventualidad de una enfermedad en el futuro. De este modo, los mecanismos de aseguramiento de mercado, dada la existencia de aversión al riesgo por parte de los individuos, constituyen una de las salidas tradicionales para cubrir a las familias ante la posibilidad de realizar gastos catastróficos en salud que reduzcan su capacidad de compra de otros bienes y servicios.

El desafío de política pública es encontrar mecanismos que permitan a la mayor parte de la población protegerse ante la eventualidad de esos *shocks* financieros asociados con la enfermedad, no solamente mediante la estructura de aseguramiento de mercado, sino con otras formas alternativas, ya sean mecanismos de aseguramiento público, estructuras de auto-seguro relacionadas con el ahorro, y mecanismos de auto-protección, como pueden ser actividades deportivas, costumbres saludables, etcétera.

---

<sup>1</sup> Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

\* Este documento es una versión resumida del trabajo elaborado para la Oficina de Salud, Nutrición y Población del Departamento de América Latina del Banco Mundial. Se agradece la colaboración de Mercedes Kweitel, Fernanda Villalba, Emilio Depetris, Ignacio Apella y Bárbara Lignelli en la preparación de este trabajo, así como los comentarios recibidos durante el Taller de Mecanismos de Protección Social en Salud realizado por el Banco Mundial en Buenos Aires, entre el 4 y 5 de mayo de 2004.

El autor guarda entera responsabilidad por las expresiones vertidas en este documento. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

El sistema de financiamiento y atención de la salud en Argentina es extremadamente segmentado y fragmentado, identificándose dos cortes básicos: geográfico y por tipo de cobertura. La naturaleza federal de la Argentina determina que los Ministerios de Salud de cada provincia sean responsables del presupuesto público de salud de su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional. Los establecimientos de salud, así como los profesionales del área, dependen de la autoridad provincial, recibiendo transferencias de la Nación, generalmente asociadas con programas focalizados. Este esquema impacta en la disponibilidad de recursos financieros de cada provincia, con consecuencias en la equidad global del modelo.

Paralelamente, el financiamiento del sistema de salud cuenta con instituciones de aseguramiento social propias de cada jurisdicción (Obras Sociales Provinciales: instituciones de seguridad social para los empleados públicos provinciales y sus familias) y transversales entre provincias (Obras Sociales Nacionales: instituciones de seguridad social financiadas por aportes patronales y salariales por tipo de actividad económica).

En síntesis, el sistema de salud argentino tiene una naturaleza altamente fragmentada, con fuertes diferencias en cuanto a necesidades, financiamiento y oferta de servicios entre jurisdicciones, lo que se agudiza a partir del esquema federal de asignación de recursos y gerenciamiento de fondos. A su vez, las instituciones de seguridad social, fragmentan aún más el esquema de financiamiento, limitando la capacidad de estructurar un *pool* de riesgo sostenible, especialmente para aquellos grupos de ingresos bajos y de jurisdicciones rezagadas.

Por consiguiente, el propósito de esta investigación es poder determinar la existencia de mecanismos de protección social en el caso específico de la Argentina y, dentro de esos mecanismos de protección social, establecer cuáles son las formas tradicionales de aseguramiento de mercado y de aseguramiento público en la cobertura de salud de los individuos. Logrado esto, se analiza cuál es la importancia de los *shocks* financieros catastróficos relacionados con gastos en salud, considerando de tal modo a aquellos que pueden llevar a los individuos y a las familias debajo de la línea de pobreza o de indigencia.<sup>2</sup>

En esta dirección, el documento analiza los mecanismos de estos modelos de aseguramiento, buscando, a partir de información de encuestas de gastos de los hogares y otras fuentes secundarias de datos, su aplicación real y su efectividad en el caso argentino.

¿Existen entonces mecanismos de protección social alternativos a aquellos asociados con estructuras de seguro? ¿Cuál es el nivel de complementariedad entre ellos? En este marco de análisis, el trabajo busca identificar, dentro del contexto del sistema local, las estructuras de protección social utilizadas por la población según el nivel de ingreso y la región geográfica, y a partir de esta identificación, establecer la efectividad de los mismos para mitigar eventuales *shocks* financieros asociados a la presencia del gasto en salud.

Específicamente, el estudio tiene como objetivo dar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los arreglos organizacionales de *risk pooling* formales o informales predominantes en el país, y cómo se diferencian en cuanto a términos de recolección de fondos, *risk pooling*, y otras características organizacionales e institucionales? ¿Cómo participan en ellos los distintos grupos poblacionales?
2. ¿Cuál es la evidencia respecto a estado de salud, utilización de servicios, protección financiera y satisfacción?
3. ¿Cuáles son las estrategias y/o instrumentos “formales” e “informales” (tales como ahorro, prevención, aseguramiento privado o social) que utilizan los hogares para enfrentar los

---

<sup>2</sup> A lo largo de este documento la mención de protección social en salud hace referencia a tales mecanismos de aseguramiento, tomando ellos distintos modos (social, privado, de autoprotección y de ahorro).

- shocks* de salud y sus consecuencias? ¿Cómo se comparan con los postulados del marco teórico presentado por la literatura (Becker et al, entre otros)?
4. ¿Logran los mecanismos de *risk pooling* mitigar los efectos de los *shocks* de salud o ayudan a conllevarlos? ¿Cuál arreglo organizacional de *risk pooling* contribuye mejor a la protección financiera de los hogares en general y de los más pobres en particular?
  5. ¿Existe evidencia sobre cómo afectan los *shocks* de salud el ingreso y el consumo en los hogares, limitando su protección financiera y generando situaciones de empobrecimiento, relegándolos a situaciones por debajo de la línea de pobreza?

Las siguientes páginas presentan los principales resultados alcanzados a partir del estudio de dos encuestas de hogares, complementados con información relacionada con las características sociodemográficas de la población y la organización de los sistemas de aseguramiento social en salud.

Las encuestas consideradas fueron:

- Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1997 (ENGH-1997). El diseño de esta encuesta permite analizar en el ámbito nacional y por regiones la presencia de los tres mecanismos básicos de protección social definidos por la literatura que sirve de base para esta iniciativa: seguros de mercado (en las formas presentes en Argentina), auto-seguro (ahorro) y auto-protección (inversión en capital físico: actividades deportivas y ejercicio).
- Encuesta de utilización y gasto de los hogares, Ministerio de Salud, agosto 2003. Este instrumento, de alcance nacional, constituye la última información sobre el particular. De su análisis es posible establecer la efectividad de los mecanismos de aseguramiento (único instrumento de protección social relevado por la Encuesta) para hacer frente a *shocks* financieros asociados con la enfermedad.

En la Sección 2 se presenta el marco de análisis desde donde se abordarán los mecanismos de protección social para el caso argentino, los cuales son desarrollados en el siguiente apartado, utilizando la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1997/1998. A partir de esta estructura se articulan las respuestas a la tercera y cuarta pregunta de investigación a lo largo de la siguiente Sección 3, donde se analiza la efectividad de cada uno de estos instrumentos para brindar protección financiera a las familias y a los individuos en términos de gasto unitario de bolsillo en salud mensual.

A lo largo de la Sección 4, se calcula el umbral que lleva a las familias o a los individuos a una situación catastrófica, medido de dos modos alternativos: el primero de ellos, un umbral teórico comparable de gasto en salud como porcentaje del ingreso y, en segundo lugar, a partir de niveles de gasto que llevan a los individuos y a las familias por debajo de la línea de pobreza o de indigencia.

Finalmente, la Sección 5 discute las principales conclusiones alcanzadas a lo largo del documento y presenta algunas propuestas para una agenda futura de investigación, a partir de las limitaciones en la información existente.

---