

# FINANCIAMIENTO Y EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

*Daniel Maceira\**

## 1.- Introducción

El presente trabajo forma parte de una agenda de investigación llevada a cabo durante el corriente año, y resume algunas de las principales conclusiones a las que se arribaron a lo largo de este proceso<sup>1</sup>. Este documento tiene dos objetivos fundamentales. El primero es capturar, a partir de la información disponible, las desigualdades en el financiamiento de los servicios de salud entre provincias, regiones y quintiles de ingresos dentro de cada una de estas regiones. Asimismo se busca establecer cuál es el papel desempeñado por el gobierno nacional en la reducción de dichas desigualdades, si éstas existieran, y en el establecimiento de mecanismos de focalización en la utilización de recursos, atendiendo a sectores desprotegidos, carenciados o con necesidades de salud específicas. Dentro de este marco, se proveerá información acerca de la participación del sistema de obras sociales nacionales y provinciales en la provisión y financiamiento de servicios de salud, intentando establecer si estas instituciones logran constituir conjuntamente con el sector público un sistema coherente y cooperativo de aseguramiento social.

El segundo objetivo de esta investigación es poder estimar los patrones de gasto actual en servicios de salud de los hogares, a partir de las encuestas de hogares de 1997, utilizando diferentes hipótesis de trabajo, tanto en función de la evolución del ingreso como de los cambios ocurridos en los precios relativos de la economía.

El financiamiento y la prestación del servicio de salud se encuentran caracterizados por operar en mercados imperfectos. Estas imperfecciones están asociadas con asimetrías de información, ya sean éstas desarrolladas entre los prestadores de servicios, médicos, centros de salud y los pacientes, como así también éstos mismos proveedores y los financiadores o terceros pagadores del sistema. Esta relación llamada de agencia, sumada a la existencia de externalidades positivas y/o negativas en la provisión de servicios generan fallas de mercado que limitan la utilización del sistema de precios como mecanismo de asignación de recursos. Bajo cualquier condición, la existencia de estas fallas de mercado requieren del desarrollo de estructuras regulatorias y controles que permitan el funcionamiento de los mercados en condiciones eficientes.

Estudios realizados tanto en América Latina y el Caribe como en otros continentes muestran que la capacidad del estado para participar en los mercados de salud, ya sea a través de mecanismos de financiamiento, provisión o regulación, está asociado con los niveles de riqueza del país. De este modo, naciones con menor desarrollo relativo y mayor población bajo la línea de pobreza cuentan en general con sectores públicos de participación relativamente reducida en el financiamiento y provisión de servicios respecto a naciones de mayor desarrollo. Esto genera una falla de equidad y de eficiencia en el funcionamiento de los mercados en tanto la mayor necesidad de la demanda se encuentra asociada con un estado potencialmente menos hábil para operar y reducir las desi-

- 
- \* Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y CONICET. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

<sup>1</sup> El proyecto de investigación incorpora cuatro capítulos: salud provincial y nacional y gasto de bolsillo de los hogares; obras sociales provinciales; obras sociales nacionales, y cálculos de actualización del gasto de hogares a mayo del 2002. A lo largo del proceso se contó con la colaboración de Ignacio Apella, Valeria Cicconi, Roxana Maurizio, y Laura Vega.

gualdades existentes.

Dentro de este marco, el trabajo intentará establecer cuáles son las capacidades que tiene el estado nacional argentino y los estados provinciales para disminuir estas fallas de mercado promoviendo un movimiento hacia la eficiencia en el uso de recursos y la equidad en el financiamiento y la utilización de los mismos.

## **2.- El sistema de Servicios de Salud en Argentina**

El sistema de aseguramiento social en Argentina se puede definir como amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de fondos participantes, con creciente transferencia de riesgo hacia los proveedores y en un marcado estadio de separación entre las funciones de aseguramiento y provisión. La legislación surgida durante los últimos años tiende a un sistema con mayor concentración de fondos, y a la generalización de un paquete médico obligatorio financiado con subsidios cruzados entre personas de diferentes ingresos y riesgos. Sin embargo, la crisis de empleo reduce la fuente de financiamiento total del sistema, con consecuencias sobre el sostenimiento del modelo prestador.

La cobertura de servicios de salud en Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de Obras Sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud, como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social. Aproximadamente el 6% de la población cuenta con cobertura de salud a partir de contribuciones individuales a alguna de las 150 empresas de medicina prepaga existentes. A pesar del gran número de compañías presentes en el mercado, sólo un 10% de ellas cubren el 50% de los afiliados del subsector.

El sistema de aseguramiento social –las instalaciones dependientes del Ministerio de Salud y las instituciones de seguridad social (Obras Sociales)- cubren 93.8% de la población, de acuerdo a la información provista por la Superintendencia de Salud de la Nación (cuadro 1). En Argentina existen tres tipos de instituciones de seguridad social: (1) las Obras Sociales Nacionales, alrededor de 270 instituciones organizadas por rama de actividad productiva, gerenciadas por los sindicatos de trabajadores, y coordinadas por una institución de carácter nacional (Superintendencia de Servicios de Salud – S.S.Salud-) (2) las Obras Sociales Provinciales, 24 instituciones a las que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia, y (3) el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados.

### **Cuadro 1: Cobertura por Subsector (1999)**

*(en millones de personas y en % del total)*

*Obras Sociales Nacionales 11.632,8%*

*Obras Sociales Provinciales 6.8 18,1%*

*PAMI 4.2 11,8%*

*Prepagas 2.2 6,2%*

*Cobertura pública teórica 11.0 31,1%*

***Total de Beneficiarios 35.8 100%***

Las **Obras Sociales Nacionales (OSNs)** son cerca de 270 instituciones definidas por actividad productiva, con gran dispersión en ingresos y cobertura. Treinta de ellas dan cuenta de 5,7 millones de beneficiarios, o sea el 73% del total y 150 millones de pesos de la recaudación (75%). Durante los últimos años el total de ingresos del grupo se ha incrementado, pero su distribución se tornó más inequitativa, debido a los cambios de salarios relativos en el mercado de trabajo y al nivel de ocupación por rama de actividad. Hasta 1998 la pertenencia a la Obra Social se encontraba asociada a la ocupación del afiliado, lo que impedía la competencia entre instituciones. Actualmente, el cambio de afiliación entre OSNs es posible.

Su financiamiento proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 5% constituye el aporte del empleador. Del total de ingresos por Obra Social, la Administración Federal de Ingresos Públicos retiene (1) un 0.9%, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución (FSR), gerenciado por el ANSeS, cuya función es aumentar la equidad en la distribución de recursos entre beneficiario de diferentes entidades, y (2) los gastos generados por prestaciones a afiliados de la Obra Social en hospitales públicos de autogestión.

El FSR se utiliza para cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO), fijado en 40 pesos mensuales por titular. De este modo se asegura la solidaridad del sistema y una cobertura mínima. Sin embargo, la S.S.Salud mantuvo hasta recientemente discrecionalidad sobre la asignación del resto de los fondos.

El alto nivel de dispersión de afiliados entre Obras Sociales provoca un aumento en el costo medio de administración. Al mismo tiempo, los gerentes de Obras Sociales buscan reducir el riesgo asociado con variables macroeconómicas. Ello lleva a un aumento de la intermediación –con el consecuente incremento en los gastos de administración y en los excedentes de intermediación (loading fee) - y a una mayor transferencia de riesgo a proveedores. Dados los niveles de competencia en el mercado privado de prestación de servicios de salud, mantener capacidad instalada ha dejado de ser eficiente para las obras sociales. La consecuencia es una reducción a la mitad de las camas propias y en un 25% de los establecimientos entre 1980 y 1995.

**Cuadro 2: Camas disponibles según dependencia administrativa (Ministerio de Salud, 1995)**

<b>Año</b>	<b>oficial</b>	<b>obras sociales</b>	<b>privada</b>	<b>mixta</b>	<b>total</b>
1980	91.0348	0.0454	6.611-	145.	690
1995	84.0944	3.3756	7.19882	155.	749

El **PAMI** es la institución de aseguramiento social más importante del país, y por tanto constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Opera no sólo en el área de servicios de salud, sino también en recreación, asistencia geriátrica y funeraria. Su financiamiento proviene de varias fuentes: (1) los aportes y contribuciones de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario -3% aporte personal y 2% patronal-, (2) el aporte de los pasivos, que varía entre 6 y 3% de sus ingresos, según estos superen o no el haber mínimo, y (3) contribuciones del tesoro nacional, que constituyen el 20% de los ingresos. En 1995 fue incorporado al presupuesto nacional y se autorizó al ANSeS a administrar sus recursos. Para 1999, el gasto del PAMI –después del pago de intereses de deudas y contraprestaciones a hospitales públicos de autogestión- fue de 2.700 millones de dólares, de los cuales el 70% se destinó a la prestación de servicios de

salud. De ese porcentaje, el 76% correspondió a servicios subcontratados, principalmente vía capitación.

Por cada una de las veinticuatro provincias, existe una **obra social provincial (OSProv)**, que brinda cobertura de salud a los empleados públicos de cada jurisdicción. Juntamente con el PAMI, estas instituciones dan cuenta de más de la mitad del financiamiento de los servicios de salud provincial. Los niveles de cobertura varían entre provincias, con un mínimo en la provincia de Buenos Aires, cuya obra social financia la provisión del 8% de la población, en tanto que en Catamarca o Jujuy este porcentaje supera el 40%. En promedio, la mayoría de las OSProvs cubren entre 11 y 30% de la población total de su jurisdicción. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador, por lo que no existen mecanismos de coordinación o administración conjunta de fondos entre ellas. Como los órganos estatales son también los agentes de retención de los aportes y contribuciones por provincia, y al depender éstos de las programaciones presupuestarias de las respectivas Secretarías de Hacienda, los flujos de ingresos de las obras sociales están sujetos a los desequilibrios y disponibilidades financieras de cada gobierno. Por este motivo se ha recurrido a sistemas de arancelamiento diferenciado, los que actualmente se aplican en trece de las veinticuatro instituciones.

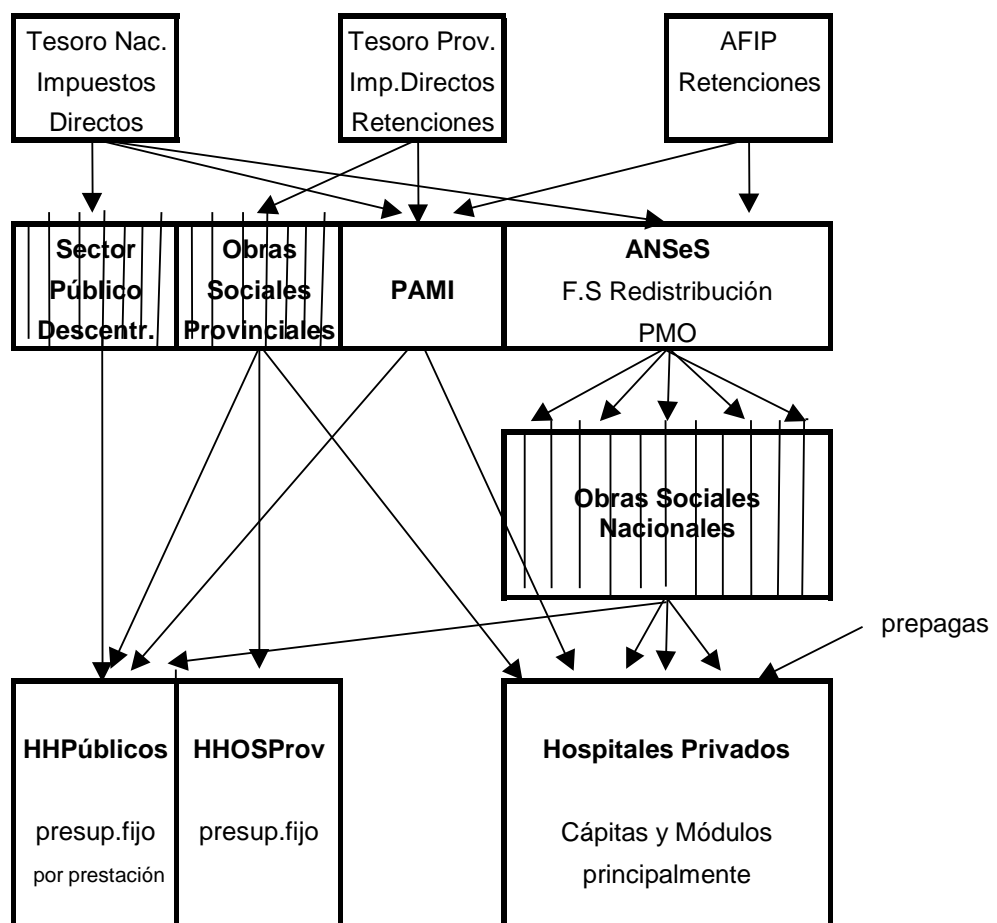
En comparación con las Obras Sociales Nacionales, no se observa todavía una generalización en los mecanismos de transferencia de riesgo a los proveedores, ya sea en los mecanismos de pago, como en el proceso de desintegración vertical en la prestación de servicios. Sin embargo, para principios de 1995 los pagos capitados contribuían con una tercera parte de los mecanismos contractuales, y en muchas provincias los sistemas de módulos se han generalizado.

En conclusión, Argentina cuenta con una intrincada red de provisión de servicios de salud, mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social (ver Figura 1). Ellas, junto a las instituciones públicas, dan cobertura teórica a más del 90% de la población. Si bien las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el fondo PAMI, con contribuciones solidarias de activos y pasivos, los fondos provinciales –24 en total-, y las Obras Sociales Nacionales gerenciadas centralmente por la S.S.Salud. A diferencia de la mayoría de los sistemas de aseguramiento de otras naciones de la región, en la Argentina existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras –ya sean ellas Obras Sociales, prepagas o fondos especiales-, y la esfera prestadora de servicios, crecientemente privada. La red de subcontratación es amplia, como así también la variedad de instituciones intermediarias, los mecanismos de incentivos presentes en los contratos y los sistemas de transferencia de riesgo, incluso dentro de los mismos centros de salud.

Figura 1

**ARGENTINA**

varios fondos - descentralización pública - red contratos privados



### 3.- Equidad y Financiamiento

En la presente sección se analiza la información disponible sobre los subsistemas públicos (provincial y nacional), de obras sociales nacionales y obras sociales provinciales. La propuesta se desarrolla en torno a dos premisas básicas: (a) mostrar si existe alguna asociación entre la asignación de recursos y las necesidades de la población, ya sean ellas identificadas entre niveles de ingresos, provincias o grupos sociales agrupados en diferentes instituciones de seguridad social, a fin de establecer brechas de equidad en el sistema de salud, y (b) identificar las implicancias de equidad en los mecanismos de asignación de recursos en un sistema fragmentado de seguridad social.

#### 3.1.- Subsector Público

A lo largo de esta sección, se presenta el análisis del gasto y el financiamiento de los servicios de salud en una estructura federal y descentralizada a nivel provincial. Posteriormente se avanza en el estudio de la participación del gobierno nacional en el sector salud, su participación en el gasto, y sus prioridades en la asignación de recursos, ya sea ello entre programas o mediante la transferencia de fondos hacia las provincias<sup>2</sup>.

En relación al primer tópico, en la Tabla 1 se muestra para los años 1993 y 2000 el gasto provincial en salud per cápita en pesos constantes de 1999 junto al porcentaje que representa dicho gasto en el total de erogaciones de cada jurisdicción. Asimismo, se muestran las respectivas variaciones porcentuales de dichas variables entre los dos años analizados.

Se identifica la existencia de cuatro grupos de provincias, en función de la evolución de su gasto en salud: (i) un primer grupo compuesto por aquellas cuyo incremento del gasto en salud per capita entre 1993 y 2000 fue superior al 15 por ciento (La Rioja, Santa Cruz, Chaco, Entre Ríos, Buenos Aires y Santiago del Estero); (ii) un segundo grupo con crecimiento del gasto por individuo, pero inferior al 15 por ciento (Ciudad de Buenos Aires, Catamarca, Formosa, Mendoza, La Pampa, San Luis, Santa Fe, Neuquén y Tucumán); (iii) un tercer grupo que experimentó caídas del gasto en salud per cápita menor al 15 por ciento (Chubut, Jujuy, Misiones y San Juan) y; (iv) aquellas jurisdicciones con disminuciones en su gasto unitario mayor al 15 por ciento entre los años seleccionados (Córdoba, Corrientes, Río Negro y Tierra del Fuego).

Identificando el nivel de importancia del gasto en salud provincial (expresado por el cociente entre el gasto en salud sobre el total de erogaciones provinciales) se observa que las provincias relativamente más pobres experimentaron un incremento de dicha participación, mientras que provincias relativamente ricas produjeron un movimiento contrario. La jurisdicción que mostró el mayor incremento de la participación del gasto en salud dentro de sus finanzas públicas fue La Rioja con un aumento del 27,1 por ciento, seguida por Formosa con un incremento del 22,1 por ciento. En el extremo

---

<sup>2</sup> Por otro lado, se recurrió a fuentes de información administrativa, tales como registros presupuestarios ejecutados tanto a nivel nacional como provincial, cuyas fuentes son la Secretaría de Hacienda, y la Secretaría de Relaciones con Provincias dependientes del Ministerio de Economía. Al mismo tiempo, se recurrió a un estudio reciente de estimaciones del gasto en salud para el año 1997, realizado por el Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud del Ministerio de Salud de la Nación conjuntamente con la Dirección de Cuentas Nacionales del Ministerio de Economía. Finalmente se accedieron a registros sobre establecimientos asistenciales discriminados por provincial y número de médicos y camas cada diez mil habitantes, provista por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se utilizó información proveniente del Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud referente a criterios de perfiles epidemiológicos asociados con años de vida potencialmente perdidos cada diez mil habitantes y tasas de mortalidad infantil.

opuesto las provincias que muestran un decrecimiento del peso relativo del gasto en salud sobre el total de erogaciones, son aquellas que tiene ingresos e indicadores de salud relativamente mejores. Los dos casos extremos son la provincia de Córdoba con una caída del 39,3 por ciento seguida por Tierra del Fuego con una caída de 26,9 por ciento.

**Tabla 1: Gasto en Salud per cápita Provincial y Porcentaje del Gasto en Salud Provincial sobre el Total del Gasto Público, por provincia en pesos constantes de 1999, (1993-2000). <sup>(1)</sup>**

Jurisdicción	1993		2000		Variación 93-00	
	Gasto Provincial en Salud per Capita <sup>(2)</sup>	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	Gasto Provincial en Salud per Capita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	Gasto Provincial en Salud per Capita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial
Buenos Aires	63.23	11.28%	76.58	9.88%	21.12%	-12.36%
Catamarca	133.90	8.10%	137.46	8.31%	2.65%	2.57%
Córdoba	114.05	13.15%	64.62	7.97%	-43.34%	-39.44%
Corrientes	83.85	11.14%	49.87	9.13%	-40.52%	-18.04%
Chaco	83.55	9.54%	108.94	9.45%	30.40%	-0.91%
Chubut	165.71	11.47%	157.09	11.82%	-5.20%	3.09%
Entre Ríos	96.97	10.56%	118.61	10.01%	22.31%	-5.20%
Formosa	107.08	6.96%	120.42	8.50%	12.46%	22.16%
Jujuy	118.63	9.88%	104.63	8.81%	-11.81%	-10.78%
La Pampa	197.56	11.41%	199.13	11.00%	0.80%	-3.65%
La Rioja	143.04	6.85%	217.61	8.71%	52.13%	27.13%
Mendoza	82.32	8.96%	89.23	9.21%	8.39%	2.73%
Misiones	82.17	10.15%	73.78	8.12%	-10.21%	-20.01%
Neuquén	204.63	10.24%	230.43	11.43%	12.61%	11.62%
Río Negro	156.39	9.27%	109.65	8.83%	-29.89%	-4.74%
Salta	118.28	13.94%	114.27	12.38%	-3.39%	-11.18%
San Juan	133.65	10.83%	128.28	11.56%	-4.02%	6.72%
San Luis	137.10	11.32%	142.30	10.46%	3.79%	-7.65%
Santa Cruz	236.95	9.25%	344.01	8.99%	45.18%	-2.87%
Santa Fé	65.89	8.98%	66.14	7.88%	0.38%	-12.27%
Santiago del Estero	98.56	9.45%	114.01	11.06%	15.68%	17.07%
Tierra del Fuego	400.43	11.80%	289.24	8.63%	-27.77%	-26.88%
Tucumán	72.91	10.58%	74.76	9.16%	2.54%	-13.35%
G.C.B.A	276.04	27.62%	286.44	28.04%	3.77%	1.49%
<b>Promedio Total</b>	<b>140.54</b>	<b>10.95%</b>	<b>142.40</b>	<b>10.39%</b>		

Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página web del Ministerio de Economía

Nota:

(1) Los gastos presupuestarios de los gobiernos provinciales comprenden las erogaciones que realizan estos gobierno y son financiadas con recursos propios (entre los que se consideran la Coparticipación Federal de Impuestos), con los provenientes de Nación (aportes y asignaciones específicas) y con deuda pública

(2) La población tomada es una estimación realizada por el INDEC para el año 1995

Para el año 1993 solo siete provincias mantuvieron un gasto en salud por encima del promedio nacional. Estas provincias son Chubut, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Ciudad de Buenos Aires. Precisamente, son las provincias con mejor perfil epidemiológico –excepto La Rioja– y más ricas relativamente las que ejecutan un gasto per capita destinado al sector salud mayor al promedio nacional. Del mismo modo, para el año 2000 y a excepción de Río Negro, el mismo grupo de provincias más la incorporación de San Luis, realizaron gastos en salud por arriba de la media del país. En el lado opuesto y para el año 2000, la Provincia de Corrientes es la que menor gasto en salud anual per capita ha realizado (\$49,87) seguida por la provincia de Córdoba quien ha realizado un gasto en salud anual de \$ 64,62 por habitante.

A fin de establecer la asociación entre necesidades y asignación de recursos, en la Tabla 2 se exponen algunos indicadores de demanda y de oferta de salud característicos de cada provincia, en conjunto con el gasto promedio anual provincial en salud de los años

1993-2000, expresados en pesos constantes de 1999. Los indicadores de demanda seleccionados son: población (en base al censo nacional del 2001); porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI); un indicador de perfil epidemiológico y la tasa de mortalidad infantil para el año 1999. Los indicadores de oferta seleccionados son el número de médicos, la cantidad de establecimientos asistenciales, con y sin internación y el número de cama disponibles por provincia.

El indicador de perfil epidemiológico ordena a las provincias en categorías, y explica la combinación de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) cada diez mil habitantes al año 1999 para dos factores: infecciones y tumores. La elección de estas dos causas de pérdidas en años de vida se encuentra asociado con dos perfiles extremos alternativos: el primero de ellos relacionado con un perfil epidemiológico de menor desarrollo (alta tasa de AVPP por infecciones) en tanto que, el segundo se identifica con un perfil epidemiológico más elevado, relacionado con una estructura social y de desarrollo humano con mayor esperanza de vida promedio (relativamente mayor AVPP por tumores y menor en términos de infecciones)<sup>3</sup>. La tasa de mortalidad infantil, si bien no es un indicador exacto de las características epidemiológicas de una provincia, se encuentra relacionada con la capacidad que tiene el sistema -tanto económico como de salud- de afrontar las necesidades de la población.

A priori se espera encontrar una correlación positiva entre el gasto provincial en salud con el tamaño de la población, y negativa con el porcentaje de la misma con necesidades básicas insatisfechas, la tasa de mortalidad infantil y el perfil epidemiológico. La obtención de coeficientes de correlación simple muestran poca significatividad estadística entre el gasto en salud y los indicadores de demanda. Por su parte, desde el punto de vista de la oferta, los resultados obtenidos sugieren que, en todos los casos, el nivel de correlación entre la estructura prestadora y el nivel de gastos es altamente significativo y mayor al 90 por ciento con el número de médicos y el número de camas disponibles y, mayor al 70 por ciento con el resto de los indicadores.

Lo expuesto sugiere que el gasto provincial en salud se destina al mantenimiento de las redes existentes, las cuales no necesariamente se asocian con indicadores de requerimientos de atención de salud por parte de la población, limitando la capacidad de la política pública por mejorar la eficiencia y equidad en el sector.

---

<sup>3</sup> A partir de esto se generaron cuatro grupos donde el grupo 1, con mejor perfil epidemiológico, es aquel en el cual los AVPP por ambos factores se encuentran por debajo de la media nacional; el grupo 2 donde los AVPP causados por tumores se encuentra por encima de la media nacional pero con AVPP causados por infecciones por debajo de dicha media; el grupo 3 es aquel que donde los AVPP causados por infecciones se encuentra por encima de la media nacional pero con AVPP causados por tumores por debajo de dicha media; y por último el grupo 4, el peor perfil, es aquel cuyos AVPP por ambas causas se hallan encima de la media nacional.



Tabla 2: Indicadores de Oferta y Demanda del Sistema de Salud, por Prov.

Jurisdicción	Gasto Promedio en Salud (93-00) en millones de \$	Indicadores de demanda				Indicadores de oferta				
		Población 2001	% población con NBI 91	Perfil Epidemiológico	Tasa de Mortalidad Infantil 99	N° de médicos 98	Total Establecimientos Asistenciales 95	Total Establecimientos Asistenciales c/inter 95	Total Establecimientos Asistenciales s/inter 95	N° de Camas 95
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Buenos Aires	947.28	13,755,993	17.00%	2	0.17	26,876	3,825	816	3,009	50,155
G.C.BA	826.78	2,729,469	7.00%	2	0.11	32,100	1,204	180	1,024	23,152
Córdoba	235.49	3,052,747	14.00%	2	0.15	11,642	1,561	573	988	17,958
Santa Fé	191.25	2,975,970	16.30%	2	0.15	10,226	2,232	387	1,845	12,075
Mendoza	133.47	1,573,671	17.30%	1	0.16	4,460	540	81	459	4,646
Entre Ríos	126.21	1,152,090	18.80%	2	0.20	2,610	480	149	331	6,650
Salta	112.46	1,065,291	36.80%	3	0.21	1,849	533	79	454	4,014
Neuquén	102.47	471,825	21.50%	1	0.12	979	277	39	238	1,393
Tucumán	95.33	1,331,923	26.60%	3	0.23	3,700	819	75	744	3,830
Chaco	92.91	978,956	38.30%	4	0.29	1,630	414	122	292	4,184
San Juan	74.21	617,478	19.30%	3	0.21	1,521	259	36	223	1,750
Río Negro	73.46	549,204	22.10%	1	0.16	1,306	325	57	268	1,989
Misiones	71.91	961,274	32.80%	3	0.22	1,197	443	122	321	2,985
Santiago del Estero	71.44	795,661	36.70%	3	0.16	1,197	576	100	476	4,271
Chubut	69.63	408,191	21.40%	1	0.18	870	232	61	171	1,976
Jujuy	64.80	609,048	35.20%	3	0.23	1,306	339	48	291	3,169
Corrientes	63.75	926,989	30.40%	3	0.23	1,740	455	99	356	3,433
Santa Cruz	58.52	196,876	14.30%	1	0.13	326	92	31	61	1,188
Formosa	58.41	489,276	38.10%	3	0.24	544	246	69	177	1,689
La Pampa	58.24	298,772	12.40%	2	0.15	653	214	54	160	1,189
La Rioja	47.02	287,924	26.60%	3	0.21	544	294	29	265	1,231
San Luis	45.67	367,104	21.00%	3	0.19	762	220	41	179	1,256
Catamarca	42.51	330,996	28.00%	3	0.20	653	464	56	408	1,344
Tierra del Fuego	41.55	100,313	22.30%	1	0.08	109	41	6	35	222

Fuente:

(1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página web del Ministerio de

(2) INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991, Serie B.

(3) INDEC 1993.-

(4) Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de

(5) Unicef - Programa Nacional de Estadísticas de Salud.-

(6), (7), (8), (9), (10) Ministerio de Salud y Acción Social

Dado este marco, se hace necesario establecer el papel desempeñado por el gobierno nacional en el sector salud, convalidando o no las diferencias existentes entre jurisdicciones en términos de ineficiencia del gasto y satisfacción de necesidades de la población. La Tabla 3 observa la evolución y composición del gasto nacional en salud para los años 1996 a 2000 expresados en pesos constantes de 1999, junto a la variación del mismo entre ambos extremos. En ella, se puede apreciar que el gasto público en salud nacional decreció un 16,4% acorde a la política de descentralización del sistema llevada a cabo a lo largo de los años 90. Asimismo, vemos que el mismo sufre una gran variación en cuanto a su composición: entre los años 1996 y 1997 el mayor porcentaje del gasto estuvo concentrado en la línea denominada "Hospitales e Instituciones Prestadoras" que representa aproximadamente el 75% del gasto total en salud para el año 1996 y el 70% para el año 1997. Sin embargo, en el año 1998 este rubro se reduce aproximadamente a un 5% del gasto total, manteniéndose constante hasta el año 2000. La razón que justifica este cambio es que durante los dos primeros años bajo análisis el PAMI (la obra social para los jubilados y pensionados) se encontraba incorporada al presupuesto nacional, formando parte de la línea "Instituciones prestadoras" y a partir del año 1998 el presupuesto del PAMI se asigna a través del ANSeS que depende del Ministerio de Trabajo.

Por diferencia, se desprende que los fondos asignados por el gobierno nacional en el gasto de salud al PAMI oscila entre el 68% y el 73% para el período analizado, en tanto que el 4% y 5% se destina a iniciativas específicas que son los programas materno infantil, SIDA, programa de la mujer, emergencias sanitarias, discapacidades entre otros. El rubro de instituciones de normatización y control para el año 2000 cuenta con aproximadamente el 6% de los desembolsos, y el resto de los conceptos corresponden a obras sociales específicas del poder legislativo, ministerios y fuerzas armadas.

Tabla 3: Composición y Evolución del Gasto Público Nacional en Salud en pesos constantes de 1999

Concepto \ Año	1996	1997	1998	1999	2000	Variación 95-00
Poder Legislativo	20.136.021,15	21.249.134,72	16.554.051,05	20.091.509,90	18.208.708,48	-9,57%
Presidencia y Ministerios	164.683.165,52	265.020.821,99	2.325.550.474,15	2.459.396.149,99	2.463.594.346,89	1395,96%
Fuerzas Armadas	122.425.137,65	71.563.305,89	108.107.974,63	78.976.913,26	80.663.207,38	-34,11%
Hospitales e Inst. Prestadoras	2.783.547.624,80	2.303.124.497,11	146.790.971,40	145.937.832,18	144.570.453,27	-94,81%
Inst. Normatización y Control	438.499.883,03	345.773.606,10	265.364.391,54	241.995.507,88	191.828.256,29	-56,25%
Superintendencia de Serv. Salud	-	-	73.713.001,00	14.615.408,32	13.675.950,66	-81,45%
Iniciativas Específicas	105.875.499,22	175.882.564,64	144.055.467,94	162.640.352,47	127.523.644,29	20,45%
Matemo Infantil	52.736.586,15	95.869.471,95	62.553.370,05	57.707.737,15	55.155.665,11	4,59%
Sida	13.285.075,71	52.542.358,59	59.504.356,72	77.145.573,45	56.728.872,74	327,01%
Emergencias Sanitarias	2.014.057,85	1.486.564,95	2.572.556,93	1.881.873,92	1.245.250,65	-38,17%
Discapacidades	4.187.762,55	5.593.362,63	5.996.320,93	7.704.878,83	6.137.764,68	46,56%
Act. Comunes Programas de Salud	-	-	-	276.544,32	213.978,84	-22,62%
Reforma del Sector Salud	33.652.016,97	20.390.806,51	13.428.863,32	17.923.744,80	8.042.112,28	-76,10%
<b>Total</b>	<b>3.635.167.331</b>	<b>3.182.613.930</b>	<b>3.080.136.332</b>	<b>3.123.653.674</b>	<b>3.040.064.567</b>	<b>-16,37%</b>

Fuente: Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto

Paralelamente el gobierno nacional ejecuta transferencias presupuestarias a los gobiernos provinciales, las que pueden ser discriminadas entre usos corrientes y de capital, como también para programas específicos de salud. En la Tabla 4 se expone la evolución de las mismas para los años 1999 y 2000, y su participación dentro del gasto total en salud provincial. Se verifica que la magnitud de las mismas es insignificante en términos de peso porcentual en el gasto provincial, no alcanzando al uno por ciento del total del gasto por provincia con excepción del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Para el año 2000 estos porcentajes se repiten sin llegar en ningún caso al uno por ciento del gasto en salud, con excepción –nuevamente- del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con un 3,66% y la Provincia de Buenos Aires con un 3,95%, respectivamente.

El caso de la utilización de recursos del gobierno nacional en salud constituye un ejemplo de focalización de los gastos, si se comprende como tal la asistencia sanitaria al grupo objetivo de jubilados y pensionados. Sin embargo no se evidencian mayores criterios redistributivos hacia otros grupos desprotegidos, ya sean ellos definidos por nivel de ingresos, por género o por necesidades, como tampoco asociados con provincias de menor desarrollo relativo.

Asimismo, el gasto público nacional en salud, si bien se ha mantenido constante a lo largo del período bajo estudio, se ubica por debajo del gasto consolidado de las provincias, y las transferencias realizadas a estas últimas son poco significativas y no guardan relación con las características de cada jurisdicción.

**Tabla 4: Transferencias de Nación a Provincias destinadas al Sector Salud y Proporción del Gasto Total Provincial en Salud, por provincia, en millones de pesos constantes de 1999**

Provincias	Transferencias Corrientes 99	Transferencias de Capital 99	Transferencias 99	% del Gasto Provincial en Salud 99	Transferencias Corrientes 00	Transferencias de Capital 00	Transferencias 00	% del Gasto Provincial en Salud 00
Buenos Aires	0,28	8,27	8,55	0,72%	39,94	3,02	42,96	3,95%
Catamarca	0,26	0,00	0,26	0,02%	0,97	0,00	0,98	0,09%
Córdoba	1,30	2,20	3,50	0,30%	2,82	1,16	3,99	0,37%
Corrientes	0,91	0,55	1,45	0,12%	2,29	0,43	2,72	0,25%
Chaco	1,51	1,64	3,15	0,27%	3,81	1,15	4,97	0,46%
Chubut	0,15	0,51	0,65	0,06%	0,78	0,39	1,17	0,11%
Entre Ríos	0,36	1,76	2,12	0,18%	1,72	0,62	2,35	0,22%
Formosa	0,91	1,71	2,61	0,22%	1,60	0,29	1,89	0,17%
Jujuy	0,83	1,86	2,69	0,23%	2,27	1,58	3,85	0,35%
La Pampa	0,18	0,00	0,18	0,02%	0,34	0,05	0,40	0,04%
La Rioja	0,61	0,00	0,61	0,05%	0,74	0,31	1,05	0,10%
Mendoza	1,37	1,58	2,95	0,25%	2,15	0,53	2,68	0,25%
Misiones	1,48	0,95	2,43	0,21%	2,44	1,04	3,49	0,32%
Neuquén	0,75	0,00	0,75	0,06%	1,03	0,00	1,04	0,10%
Río Negro	0,00	0,99	0,99	0,08%	1,16	0,85	2,01	0,18%
Salta	2,33	0,00	2,33	0,20%	3,34	0,00	3,35	0,31%
San Juan	0,19	0,00	0,19	0,02%	1,01	0,00	1,01	0,09%
San Luis	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,68	0,00	0,68	0,06%
Santa Cruz	0,05	0,00	0,05	0,004%	0,34	0,00	0,34	0,03%
Santa Fé	1,93	0,68	2,60	0,22%	3,07	0,03	3,10	0,29%
Santiago del Estero	0,81	0,00	0,81	0,07%	1,79	0,08	1,87	0,17%
Tierra del Fuego	0,02	0,00	0,02	0,00%	0,21	0,00	0,21	0,02%
Tucumán	1,69	0,63	2,32	0,20%	3,20	0,17	3,38	0,31%
G.C.B.A.	87,59	0,00	87,59	7,41%	39,82	0,00	39,88	3,66%

Fuente: Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto y Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

### 3.2.- Obras Sociales Nacionales

Esta sección se destina a analizar las características generales del sistema de obras sociales nacionales, sus fuentes de financiamiento, servicios brindados y mecanismos de asignación de fondos entre instituciones. El foco de atención del mismo será el análisis de este subsistema como mecanismo integrante del sistema de aseguramiento social argentino. Para ello se establece una taxonomía de Obras Sociales en función de su cobertura teórica y recursos disponibles.

El Sistema de Aseguramiento Social en Argentina se encuentra segmentado, tanto en lo referente al modo de financiamiento, como en la constitución de los fondos utilizados por cada subsistema, el gerenciamiento de cada uno de ellos, y sus mecanismos de provisión, aspecto que favorece la existencia de subsidios cruzados entre sectores.

El subsector de la seguridad social comprende a las Obras Sociales Nacionales y el INSSJP -la Obra Social para Jubilados y Pensionados-, las Obras Sociales Provinciales, correspondientes a las 24 jurisdicciones, y otras Obras Sociales, como son las de las Fuerzas Armadas, Policía, Universidades Nacionales, Poder Judicial y Congreso de la Nación. El sistema de Obras Sociales Nacionales se encuentra alimentado a partir de contribuciones salariales y aportes patronales, y cuenta con un Fondo Solidario de Redistribución que busca reducir las inequidades al interior del subsistema mediante la asignación de fondos a Programas Especiales y de un Paquete Médico Obligatorio de servicios que ha sido sujeto a revisiones continuas.

Actualmente, la mayoría de las Obras Sociales Nacionales, como agentes gerenciadore de recursos, realiza subcontrataciones con el sector privado. Existen alrededor de 270 entidades, incluyendo tanto a Obras Sociales Sindicales como de Personal de Dirección, lo que constituye un conjunto de titulares de casi cuatro millones, un poco más de ocho millones de beneficiarios en total. La recaudación mensual del sistema de aportes y contribuciones directos a Obras Sociales es de aproximadamente 240 millones teóricos, lo que implica un volumen anual de unos 2.800 millones.

En el marco de la Ley 23.661 se creó en 1988 en el ámbito de la ex Anssal el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). El mismo se integra principalmente con los recursos provenientes de las Obras Sociales Sindicales (10%) y de las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios (15%).

Los recursos del FSR, de acuerdo a los objetivos de su creación, están dirigidos a: (a) mantener en su mayor parte la distribución automática para garantizar el costo del PMO y equiparar niveles de cobertura (aproximadamente 230 millones de pesos anuales), (b) financiar Programas Especiales (alta complejidad, discapacidad, anteriormente subsidios financieros, etc., aproximadamente 120 millones anuales), (c) sostener la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales, y (d) sostener programas dirigidos a grupos vulnerables, ejecutados por el Ministerio de Salud.

El subsidio automático determina que todo empleado cuyos aportes y contribuciones sean inferiores a 40 \$, reciba la diferencia entre sus aportes reales y dicho costo teórico del PMO por familia. Sin embargo, en la distribución del FSR quedan excluidos los empleados que, siendo de tiempo parcial, no tuvieran una remuneración superior a un mínimo (establecido en 3 módulos previsionales -MOPRES-), de acuerdo al decreto 492/95. En estos casos tienen cobertura en forma proporcional a sus aportes, y sin garantía del PMO. En los últimos años, la precarización del empleo provocó un aumento en los puestos de trabajo de tiempo parcial y trabajos eventuales, limitando el acceso de grupos crecientes de trabajadores formales al aseguramiento de la salud.

El establecimiento de una taxonomía de Obras Sociales Nacionales tiene como objetivo mostrar cuál es la heterogeneidad entre las diversas instituciones que conforman el subsistema. Esta heterogeneidad está basada en dos criterios escogidos, y que son utilizados en la Tabla 5 de la presente sección: el número de beneficiarios totales de cada institución (cotizantes y su grupo familiar) y el salario promedio de los trabajadores adheridos a cada Obra Social<sup>4</sup>.

A partir del cruce de las dos variables mencionadas, surgen 16 categorías dadas por la conformación de cuatro grupos de instituciones en función de su cobertura teórica y del mismo número de divisiones en términos del salario promedio del titular por Obra Social.

Partiendo de la variable asociada con el número de beneficiarios, los grupos son: (a) aquel constituido por las Obras Sociales “minúsculas”, aquellas que no superan los 1.000 beneficiarios, (b) el conformado por Obras Sociales denominadas “pequeñas”, de entre 1.001 y 10.000 beneficiarios, (c) las “intermedias”, con 10.001 a 100.000

---

<sup>4</sup> Consideraciones respecto de las fuentes de información utilizadas:

- La clasificación de Obras Sociales Nacionales respecto al ingreso fue realizada sobre la base de declaraciones juradas presentadas por los empleadores en la Administración Federal de Ingresos Públicos para el periodo fiscal agosto de 2001, con dos periodos de rectificativas. Debe destacarse, sin embargo, que los ingresos tenidos en cuenta para cada Obra Social no necesariamente fueron efectivamente abonados, existiendo un sustantivo grado de morosidad que afecta significativamente los fondos disponibles.
- En cuanto al subsidio por beneficiario recibido por cada institución, se optó por el mes de mayo de 2001.
- La información relacionada con la composición de grupo familiar por titular de fuente AFIP se encuentra subestimada como consecuencia de la falta de registro y actualización de la misma por parte de los empleadores, no existiendo un padrón por Obra Social disponible y a la fecha en la Superintendencia de Servicios de Salud.

beneficiarios por Obra Social, y (d) las “grandes”, de más de 100.000 beneficiarios por institución.

Estos grupos de población se intersectan con cuatro niveles de salario promedio de las Obras Sociales Nacionales, y definidos como “bajo”, “medio-bajo”, “medio-alto” y “alto”, respectivamente, en función de la cantidad de módulos previsionales (MOPRES -utilizados como unidad de medida para diversos temas de seguridad social-) aportados para cada grupo. El primer nivel se encuentra conformado por todas aquellas Obras Sociales con remuneración promedio igual a dos o menos de dos MOPRES. El segundo se constituye por las instituciones entre dos y cinco MOPRES por Obra Social, en tanto que el tercer y cuarto nivel incluyen OSN de entre cinco y ocho MOPRES y más de ocho MOPRES, respectivamente.

Tal como se observa en la Tabla 5, los contribuyentes a las Obras Sociales Nacionales se distribuyen de un modo extremadamente heterogéneo entre las instituciones participantes del subsistema. Los salarios percibidos por cada grupo son muy dispares, encontrándose un promedio de \$221.- en la Categoría I (instituciones minúsculas de ingresos bajos), mientras que en la Categoría IV, la remuneración promedio alcanza los \$3.342.-

La misma Tabla muestra, con sombreado en gris, a aquellas Categorías de Obras Sociales Nacionales con un aporte promedio por afiliados menor a los 40 pesos definidos para dar cobertura al Paquete Médico Obligatorio. Se observa de las dieciséis Categorías definidas, cinco de ellas no alcanzan a cubrir el monto base del paquete por familia, debiendo ser subsidiadas por el sistema. Las once Categorías restantes contribuyen al Sistema de Seguridad Social y al Fondo de Redistribución Solidario. Expresado en número de beneficiarios para todo el subsistema de Obras Sociales Nacionales, el subsidio alcanza a 4.456.655 personas, sobre un total de 8,1 millones de participantes del subsistema, lo que representa el 55% de los titulares.

Analizando las Categorías definidas de Obras Sociales Nacionales en función de su tamaño encontramos que 60 Obras Sociales se encuentran dentro del grupo de instituciones minúsculas, 108 dentro de la categoría de pequeñas, 80 en el grupo intermedio y solamente 20 en el grupo de grandes instituciones. De este último grupo, dos de las Categorías (con ingresos bajos y medio-bajos) reúnen en quince instituciones a aproximadamente cuatro millones y medio de beneficiarios, el cincuenta por ciento del total de OSNs. El salario promedio de las mismas es \$382.- y \$593.-, siendo ambas subsidiadas netas del subsistema.

En cuanto a la sustentabilidad del sistema de Obras Sociales Nacionales en conjunto, se procedió a calcular el total de ingresos y egresos del sub-sector de Obras Sociales Nacionales. Al sumar los fondos recibidos por el total de las Obras Sociales para todos los titulares afiliados a este subsistema se alcanza a un total mensual de \$378.027.554.- para el año 2001. A partir de la misma base, se observa que los egresos por todo concepto ascienden a \$373.413.264, lo que haría superavitario el subsistema. A partir de allí se establecen dos cálculos de costo, uno establecido a partir del valor teórico del PMO por familia y calculado en términos de \$40 por grupo familiar, y el segundo, el costo teórico del PMO por beneficiario, esta vez partir de \$20 por persona cubierta.

En el primer caso el monto asciende a \$182.818.280, en tanto que bajo la segunda metodología, el total es de \$230.911.940. Comparando estos dos valores con los ingresos totales de la Seguridad Social Nacional, se encuentra que existe un superávit teórico en ambos casos. En el primero de ellos es de \$195.209.274, y en el segundo de

\$147.115.614, lo que constituye un excedente del 51% y 39% de los ingresos de la Seguridad Social, respectivamente.

La conclusión que puede extraerse de estos valores es que la estructura de ingresos del subsistema no cuenta con problemas teóricos de sustentabilidad, sino de ineficiencia asociada con dos fuentes posibles: la demora en la recepción de contribuciones del sistema, y las limitaciones de gestión y transferencia de fondos al interior y entre la AFIP y las Obras Sociales. Con respecto al primer tipo de limitaciones, asociada con la recepción de fondos, AFIP reporta una recaudación mensual del orden de 235 millones de pesos mensuales, aproximadamente un 38% menor a los fondos potenciales calculados.

**Tabla 5: Taxonomía de las Obras Sociales Nacionales**

	Salario Promedio	Bajo	Medio Bajo	Medio Alto	Alto
<b>Población</b>	<b>Minúsculas</b> (hasta 1000 beneficiarios)	<b>Categoría I</b> 15 OS 7.149 beneficiarios ₴ 221 \$ dist a los 40 \$: -22,65 \$	<b>Categoría II</b> 24 OS 11.407 beneficiarios ₴ 824 \$ dist a los 40 \$: 23,88 \$	<b>Categoría III</b> 12 OS 4.474 beneficiarios ₴ 1.878 \$ dist a los 40 \$: 83,40 \$	<b>Categoría IV</b> 9 OS 4.119 beneficiarios ₴ 3.342 \$ dist a los 40 \$: 161,91 \$
	<b>Pequeñas</b> (entre 1001 y 10.000 beneficiarios)	<b>Categoría V</b> 19 OS 81.662 beneficiarios ₴ 338 \$ dist a los 40 \$: -13,80 \$	<b>Categoría VI</b> 47 OS 191.411 beneficiarios ₴ 790 \$ dist a los 40 \$: 20,61 \$	<b>Categoría VII</b> 21 OS 80.701 beneficiarios ₴ 1.660 \$ dist a los 40 \$: 78,39 \$	<b>Categoría VIII</b> 21 OS 78.491 beneficiarios ₴ 3.237 \$ dist a los 40 \$: 155,47 \$
	<b>Intermedias</b> (entre 10.001 y 100.000 beneficiarios)	<b>Categoría IX</b> 10 OS 381.303 beneficiarios ₴ 400 \$ dist a los 40 \$: -9,38 \$	<b>Categoría X</b> 48 OS 1.280.291 beneficiarios ₴ 708 \$ dist a los 40 \$: 13,73 \$	<b>Categoría XI</b> 19 OS 499.681 beneficiarios ₴ 1.570 \$ dist a los 40 \$: 72,13 \$	<b>Categoría XII</b> 3 OS 58.386 beneficiarios ₴ 3.157 \$ dist a los 40 \$: 169,55 \$
	<b>Grandes</b> (más de 100.000 beneficiarios)	<b>Categoría XIII</b> 6 OS 1.645.409 beneficiarios ₴ 382 \$ dist a los 40 \$: -10,47 \$	<b>Categoría XIV</b> 9 OS 2.813.025 beneficiarios ₴ 593 \$ dist a los 40 \$: 4,91 \$	<b>Categoría XV</b> 3 OS 481.112 beneficiarios ₴ 1.472 \$ dist a los 40 \$: 63,81 \$	<b>Categoría XVI</b> 2 OS 490.174 beneficiarios ₴ 2.715 \$ dist a los 40 \$: 127,10 \$

*Fuente: Elaboración Propia en base a información de AFIP, periodo fiscal agosto 2001 para ingresos y mayo 2001 en el caso de subsidio*

Los resultados obtenidos a partir del análisis de la información disponible, muestran que el 63% de las instituciones del subsistema tienen un número de afiliados inferior a diez mil, lo que genera grandes inconvenientes en el gerenciamiento de un sistema de

aseguramiento social. Paralelamente, quince Obras Sociales concentran el 50% del padrón, y su salario promedio es menor al necesario para cubrir la totalidad del paquete obligatorio de servicios. Sin embargo, los ingresos teóricos del subsistema estarían en condiciones de brindar una cobertura homogénea básica para todos los beneficiarios.

Aproximadamente un cincuenta y cinco por ciento de los titulares del sistema se encuentran subsidiados a través del Paquete Médico Obligatorio, aunque las prestaciones de salud que ellos reciben, son menores a aquellas correspondientes a las categorías de Obras Sociales con mayores ingresos. En general, el número de consultas cada diez mil habitantes se encuentra negativamente asociada con el nivel de ingreso, en tanto que, a niveles de ingreso bajo, las consultas son menores cuanto menor es el tamaño de la institución. Sin embargo, no existe una relación unívoca entre egresos hospitalarios de pacientes y tamaño de la población o nivel de retribución de cada Categoría de instituciones.

En conclusión, la gran heterogeneidad entre instituciones (en términos de tamaño y aporte promedio) constituye un desafío desde la perspectiva de la organización de un sistema de aseguramiento social sustentable y equitativo. La multiplicidad de instituciones incrementa los gastos de organización a la vez que limita un esquema de riesgo compartido, necesario para el funcionamiento de una estructura de seguros. Ello es difícilmente alcanzable en un modelo donde aproximadamente 168 instituciones – aproximadamente el 63% del total- cuentan con un número de beneficiarios inferior a 10.000 cada una.

### **3.3.- Obras Sociales Provinciales**

Si bien durante años, las Obras Sociales Provinciales han sido consideradas actores secundarios en el financiamiento del sistema de salud en Argentina, a partir de la descentralización de los servicios sociales y de la crisis de desfinanciamiento general, el sector público provincial se convirtió en un generador de empleo y las Obras Sociales Provinciales pasan a ser revalorizadas como objeto de estudio. Actualmente, con una cobertura de 5,2 millones beneficiarios constituye aproximadamente el 14% del sistema de salud, en términos de financiamiento.

El "nuevo fenómeno" de las Obras Sociales Provinciales se caracteriza por los siguientes aspectos: (a) estas instituciones, como organismos teóricamente autárquicos de un país federal, cuentan con una legislación que le otorgan funciones y características propias, y no necesariamente son homogéneas entre sí, (b) la falta de información sobre las Obras Sociales Provinciales, asociada a un modelo desmembrado de financiamiento, genera incógnitas acerca de la calidad del dato recogido, sus fuentes de información y los parámetros adecuados para establecer comparaciones entre instituciones<sup>5</sup>, y (c) a diferencia de las Obras Sociales Nacionales, éstas no cuentan con un marco de

---

<sup>5</sup> En este sentido, La realización de este trabajo se apoya en dos etapas de recopilación de datos. La primera de ellas comprendió la búsqueda y sistematización de información primaria y secundaria referida tanto a las Obras Sociales Provinciales, como a variables sociales, económicas y fiscales de cada una de las jurisdicciones. Las principales fuentes utilizadas fueron: Ministerio de Economía de la Nación; INDEC; Dirección Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación; OPS y la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la R.A. – COSSPRA -. A su vez, los antecedentes bibliográficos disponibles se limitan a una serie de estudios para cinco OS Provinciales contratados por el programa PRESSAL. La segunda etapa comprendió la confección y distribución de una encuesta entre autoridades de cada una de las instituciones provinciales de seguridad social que incluía preguntas de tipo cualitativo, con elección múltiple y limitada necesidad de búsqueda adicional de información por parte del encuestado. Esta fue respondida en su totalidad por todas las provincias, con la única excepción de la Ciudad de Buenos Aires, la cual quedó excluida del análisis.



superintendencia que promueva estructuras de redistribución de fondos, paquetes de servicios y mecanismos homogéneos de fiscalización de calidad en la atención.

A diferencia de las Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección, creadas a partir de la Ley Nacional N° 23.660, cada provincia dio nacimiento a su propia Obra Social Provincial (OSPr) a partir de una Ley o Decreto específico. Cada OSPr es autárquica en su constitución, lo cual posibilitaría el manejo de sus propios recursos y el dictado de los actos administrativos necesarios para su funcionamiento. Actualmente, catorce de las veintitrés OS Prov. bajo estudio son dirigidas por un presidente o administrador, y un directorio, mientras que nueve de ellas se encuentran intervenidas por el gobierno provincial. Cabe mencionar que aún en los casos de no-intervención, la autarquía de estas instituciones es relativa. Ello se atribuye a la imposibilidad de algunos gobiernos provinciales de cumplir oportunamente con sus aportes patronales, limitando su efectividad en el cumplimiento de sus funciones específicas.

La Tabla 6 presenta la estructura de ingresos teóricos de las Obras Sociales Provinciales, con fuente en la Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, para los años 1995 y 1999 como así también el salario promedio mensual en pesos constantes de 1999. A partir de esta información y de la cantidad de afiliados y beneficiarios<sup>6</sup> se obtiene el ingreso per cápita para los dos períodos mencionados. La última columna establece la existencia o no de coseguros. Se observa principalmente una gran dispersión en el número de afiliados. En la provincia de Buenos Aires, IOMA cuenta con una población cubierta de 404.655 personas, en tanto que el IAPOS, la Obra Social de Santa Fe, una afiliación cuatro veces menor. En el extremo opuesto, DOSEP en San Luis e ISST en Tierra del Fuego afilian a 16.652 y 7.777 personas respectivamente en sus sistemas provinciales de seguridad social.

Entre 1995 y 1999 se produce un aumento en la cobertura total del subsistema, con una reducción en el número total de afiliados en sólo siete de los veintitrés distritos. Se observa asimismo un crecimiento de aproximadamente 3 por ciento en el ingreso teórico mensual por afiliado. Sin embargo, la dispersión en este ingreso medio alcanza un 140%. En tanto que en Tierra del Fuego el ingreso salarial promedio es de \$2.300.-, en Corrientes, Formosa y Santiago del Estero el salario promedio mensual no supera los \$950.

Los ingresos totales teóricos de cada Obra Social fueron calculados a partir de la multiplicación de la cantidad de afiliados por los aportes del salario promedio mensual en pesos constantes de cada uno de ellos. La dispersión es de aproximadamente treinta veces entre la Obra Social Provincial de Buenos Aires con ingresos estimados en \$ 39,6 millones mensuales versus la provincia de San Luis con \$1,318 millones. Desde la perspectiva de un seguro de salud, estas diferencias plantean limitaciones en los mecanismos de absorción de riesgos en aquellas provincias con población reducida.

Este argumento se vuelve más evidente al analizar los ingresos teóricos de la Obras Sociales Provinciales en función de sus beneficiarios. En el año 1999, la diferencia inter-institucional alcanza 5,7 veces si se considera la Obra Social de la provincia con mayor ingreso por beneficiario, (Tierra del Fuego, \$57) y aquellas jurisdicciones con un ingreso promedio por beneficiario menor a los \$15 (Salta, Tucumán y Catamarca). Sí se considera el ingreso promedio simple para el total de instituciones en 1999, el mismo es de \$25,57, superando en casi \$6 el PMO de \$20 establecido para las Obras Sociales Nacionales.

---

<sup>6</sup> Fuente: Secretaría de Hacienda y COSSPRA, respectivamente

A partir de la información analizada puede presumirse que las Obras Sociales Provinciales son sinónimo de diversidad: no existe un modelo único de atención como tampoco patrones de financiamiento, o gasto que parezcan identificar un perfil propio y diferenciado. Sin embargo, es posible establecer una taxonomía relacionando factores propios de la provincia y de su Obra Social. La misma se construye en base a dos indicadores: la cobertura relativa de cada institución con respecto al total de la población de su jurisdicción y el producto bruto geográfico per cápita provincial. Este segundo indicador se encuentra asociado con la estructura epidemiológica de la población y las necesidades teóricas de la demanda de cada provincia.

Estableciéndose un promedio simple de 24,83% de cobertura para el conjunto de las Obras Sociales Provinciales, y un ingreso promedio, medido como producto bruto geográfico per cápita, de \$8.157 para el año 1999, se establecieron cuatro categorías. La primera de ellas, considera a aquellas Obras Sociales con cobertura mayor a la media y localizadas en provincias de ingreso per cápita mayor al promedio consolidado. En el extremo opuesto, se encuentran aquellas instituciones con cobertura menor al promedio en provincias relativamente más pobres.

Los resultados obtenidos (Tabla 7) a partir del establecimiento de estos cuatro grupos son llamativos en tanto establecen cortes no solamente asociados con características de las instituciones aseguradoras, sino con patrones geográficos definidos. En primer lugar, el grupo de mayor cobertura y mayor ingreso geográfico con respecto al promedio, encuentra a tres provincias patagónicas: Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén. El segundo grupo, identificado con aquellas provincias con producto bruto geográfico per cápita mayor al promedio pero con una cobertura de la Obra Social Provincial por debajo de la media nacional, encuentra a las provincias del centro del país: Mendoza, Córdoba, Santa Fe, La Pampa, San Luis, Buenos Aires y Río Negro. A ella se une la provincia del Chubut, en la zona patagónica.

El tercer grupo nuclea a aquellas provincias del Noroeste del país, con cobertura de la Obra Social mayor al promedio pero con un producto bruto geográfico por debajo de la media nacional. Las provincias pertenecientes a este bloque son La Rioja, Catamarca, Salta, Jujuy, Tucumán, Formosa y San Juan. Finalmente, el Noreste del país, con excepción de Formosa, se encuentra en el grupo más limitado, con baja cobertura y bajo ingreso. Las provincias pertenecientes a esta área son Chaco, Misiones, Corrientes, Entre Ríos y Santiago del Estero.

La Tabla 8 analiza esta taxonomía de obras sociales a partir de los valores promedios de tres grupos de variables. El primero está asociado con el perfil socioeconómico de las provincias y los gastos en salud de cada uno de estos grupos. El segundo bloque de indicadores identifica características generales de financiamiento y cobertura de las Obras Sociales Provinciales pertenecientes a cada grupo. Finalmente, se expone un tercer bloque de indicadores asociados con la estructura organizativa de las instituciones.

El primer bloque muestra la existencia de un patrón definido: el grupo de mayor ingreso y cobertura cuenta con un producto bruto geográfico que es más de tres veces superior a los bloques del noreste y noroeste, una tasa de mortalidad infantil de 16 por mil en comparación con el 25 por mil de los dos grupos más desprotegidos, y un perfil epidemiológico más evolucionado. Del mismo modo, el gasto público provincial en salud per cápita es aproximadamente el triple de los otros tres grupos y el porcentaje del gasto privado total en salud es el más bajo del país. El salario promedio del sector público es 60 por ciento más elevado que el promedio de los otros grupos de provincias.



Tabla 6: Estructura de Ingresos de las Obras Sociales Provinciales

Provincia	Obras Social	Cantidad de Afiliados		Salario Promedio Mensual en \$*		Ingresos Teóricos Totales Mensuales en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Beneficiario en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Afiliado en \$*		Mantiene Coseguro
		1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	2001
		(1)		(1)		(2)		(2)		(2)		(3)
Buenos Aires	IOMA	319.667	404.655	909	1.087	26.140.943	39.569.303	25	33	82	98	si
Catamarca	OSEP	23.237	22.963	999	1.044	1.973.839	2.036.834	12	14	85	89	si
Chaco	INSSSEP	39.150	41.776	1.079	1.154	5.489.889	6.268.297	33	37	140	150	no
Chubut	ISSS - SEROS	23.013	22.921	1.050	1.134	1.691.852	1.819.481	21	23	74	79	si
Córdoba	IPAM	83.288	72.528	1.199	1.425	8.488.741	8.781.959	16	18	102	121	si
Corrientes	IOSCOR	41.051	41.401	801	954	3.616.756	4.342.608	21	26	88	105	si
Entre Ríos	IOSPER	43.745	50.283	1.134	1.046	3.473.099	3.682.175	14	16	79	73	si
Formosa	IASEP	32.415	33.440	878	963	2.562.811	2.898.998	22	22	79	87	si
Jujuy	ISJ	27.217	28.938	1.042	1.055	2.835.934	3.053.042	12	20	104	106	si
La Pampa	SEMPRE	15.552	17.177	1.104	1.104	1.887.947	2.085.215	29	32	121	121	si
La Rioja	APOS	22.031	23.581	1.070	1.108	2.264.024	2.509.272	29	21	103	106	si
Mendoza	OSEP	47.748	60.347	1.137	992	6.515.686	7.184.230	24	25	136	119	si
Misiones	IPSM	32.609	35.849	921	1.038	2.101.984	2.605.610	13	22	64	73	si
Neuquén	ISSN	32.340	36.177	1.218	1.246	4.725.389	5.409.930	34	39	146	150	si
Río Negro	IPROSS	30.353	28.548	1.195	1.069	3.264.785	2.746.395	22	23	108	96	si
Salta	IPS	41.721	36.238	1.005	1.053	3.773.565	3.434.543	15	10	90	95	si
San Juan	IPSA	29.569	29.161	1.195	1.129	3.180.907	2.961.848	24	21	108	102	no
San Luis	DOSEP	18.462	16.652	970	989	1.433.190	1.317.693	16	24	78	79	si
Santa Cruz	CSS	15.488	17.765	1.504	1.413	2.329.778	2.510.800	35	38	150	141	si
Santa Fé	IAPOS	94.959	101.363	1.028	1.134	9.762.767	11.496.450	22	26	103	113	si
Santiago del Estero	IOSEP	31.961	34.454	996	973	3.182.431	3.354.050	13	28	100	97	no
Tierra del Fuego	ISST	7.326	7.777	2.224	2.297	1.466.515	1.607.903	175	57	200	207	si
Tucumán	IPSST	48.191	43.306	886	1.060	3.842.280	4.131.735	12	13	80	95	si

Fuente: (1) Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

(2) Elaboración Propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias y C.O.S.S.P.R.A.

(3) Elaboración en base a encuesta propia realizada al total de la población en estudio.

Nota:

\* Todos los valores se encuentran expresados en valores constantes a precios de 1999

El segundo grupo de indicadores presenta el gasto per cápita de las Obras Sociales Provinciales, su cobertura, en términos de afiliados y beneficiarios, y su ingreso teórico per cápita. Este último indicador para la zona centro del país, con baja cobertura y alto producto, es aproximadamente tres veces y medio superior al del noroeste argentino. Sin embargo, su nivel de gasto es aproximadamente un 50% del ingreso teórico recaudado. Paralelamente, la región patagónica duplica el nivel de gasto del bloque central. Este fenómeno puede estar asociado con un mayor nivel de riqueza relativa de las provincias que componen el grupo o por un mayor rango de erogaciones, asociado con traslados de pacientes hacia centros de mayor complejidad, o bien con una reducida escala de operación, dada su escasa densidad poblacional.

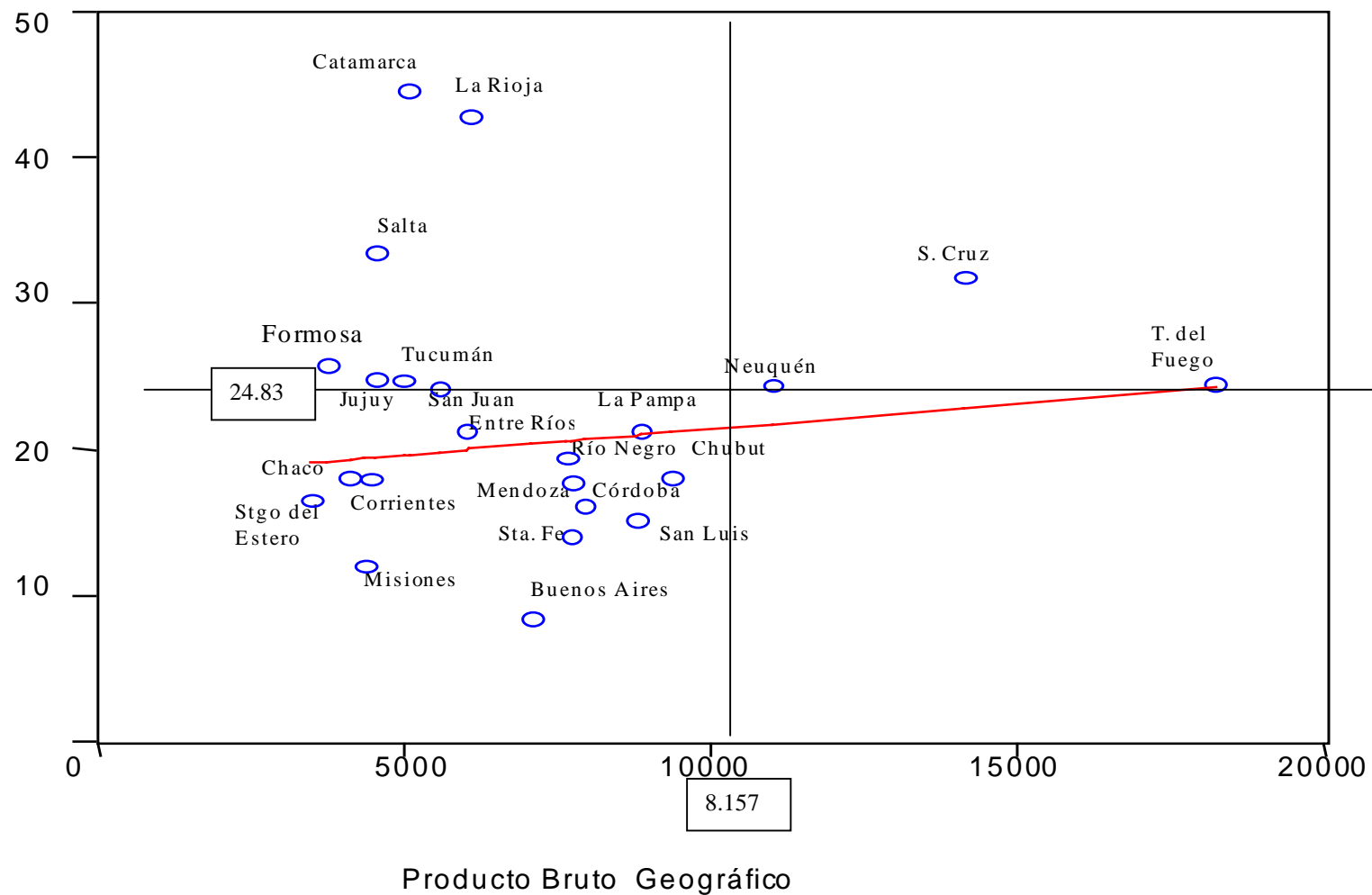
La región del centro gasta aproximadamente la mitad de su recaudación teórica y brinda una cobertura de alrededor de 19 por ciento para el promedio del bloque, en tanto el noroeste argentino, con menor ingreso y menor gasto, cuenta con una cobertura superior, alcanzando el 32 por ciento. Estos indicadores pueden estar estableciendo una asociación entre pobreza y restricción presupuestaria, con empleo público y responsabilidad mayor de las instituciones de seguridad social.

Asimismo, se comprueba que aproximadamente el 61 por ciento de los afiliados a las Obras Sociales Provinciales y el 53 por ciento de los beneficiarios totales de este subsistema participa del bloque establecido como región central, cuya cobertura es menor al promedio.

Por último, el tercer bloque de indicadores se encuentra asociado con las características organizativas y de gestión de las Obras Sociales Provinciales. Se verifica que en aquellas provincias de menores ingreso y mayor cobertura existe mayor probabilidad de encontrar instituciones administradas por un interventor provincial. Las instituciones con mayor cobertura se encuentran en bloques donde es más probable hallar paquetes de servicios definidos, a pasar que, para todos los grupos, más del 65 por ciento de sus instituciones cuentan con cobertura propia de vacunación. Asimismo, se observa una relación positiva entre ingreso del grupo de referencia y existencia de mecanismos de copago.

El pago por prestación sigue siendo la variable dominante en servicios ambulatorios. Sin embargo, en servicios de internación el pago por cápita y los mecanismos de pago a través de prestaciones tienen similar alcance. De todos modos la baja cobertura, a cualquier rango de ingreso provincial, se encuentra asociado con mecanismos de pago per cápita, lo que abona la hipótesis que asocia tamaño de mercado y transferencia de riesgo.

**Tabla 7: Taxonomía de Obras Sociales Provinciales**



Elaboración propia en base a información proveniente de INDEC y C.O.S.S.P.R.A.

**Tabla 8: Caracterización de los Grupos de Obras Sociales**  
(valores promedio de cada variable)

<b>Variables</b>	<b>Alta Cobertura, Alto Ingreso</b>	<b>Baja Cobertura, Alto Ingreso</b>	<b>Alta Cobertura, Bajo Ingreso</b>	<b>Baja Cobertura, Bajo Ingreso</b>
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	16	19	25	25
Perfil epidemiológico	1	2	3	3
Producto Bruto Geográfico per cápita	14.442	8.818	4.909	4.459
Gasto público provincial en salud per cápita	288	95	128	93
% gasto privado total en salud	5	7	7	6
Salario medio del sector público	17.340	11.847	11.112	10.799
Ingreso teórico per cápita de las Obras Sociales Provinciales	537	750	208	307
Gasto per cápita de las Obras Sociales Provinciales	820	352	229	290
% Cobertura de las Obras Sociales Provinciales	28	19	32	21
Afiliados totales (2000)	62.037	758.982	222.488	203.640
Beneficiarios totales (1999)	231.096	2.742.000	1.360.000	814.911
Beneficiarios/Afiliados	4	4	6	4
% de OS intervenida	33	25	57	0
% de OS con fondo conjunto	0	0	0	20
% de OS con cobertura de vacuna	100	75	67	80
% de OS con Paquete Básico de Servicios	67	63	67	40
% de OS con copago	100	86	83	60
% de OS con capita para servicios ambulatorios	50	50	0	67
% de OS con pago por prestación para servicios ambulatorios	50	50	100	33
% de OS con capita para internación	33	50	33	67
% de OS con pago por prestación para internación	67	38	50	33
% de OS con módulo para internación *	0	13	17	0
Existe deuda con proveedores (%casos)	67	50	83	100
Existe retraso en las contribuciones (%casos)	67	63	67	100

Fuente: elaboración en base a encuesta propia realizada al total de la población bajo estudio

Nota: \* Mendoza y La Rioja mantienen este sistema

Alta Cobertura, Alto Ingreso: Tierra del Fuego, Santa Cruz, Neuquén

Baja Cobertura, Alto Ingreso: Córdoba, Chubut, Santa Fe, La Pampa, San Luis, río Negro, Mendoza, Buenos Aires

Alta Cobertura, Bajo Ingreso: San Juan, La Rioja, Jujuy, Salta, Formosa, Tucumán, Catamarca

Baja Cobertura, Bajo Ingreso: Chaco, Corrientes, Misiones, entre Ríos, Santiago del Estero.

#### **4.- Patrones de Gasto de los Hogares y su Evolución a partir del Nuevo Contexto Macroeconómico**<sup>7</sup>

La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997 brinda la última información disponible por quintil de ingreso y por región sobre patrones de consumo e ingreso. El objetivo de la presente sección es establecer criterios de expansión de la información conocida a partir de esa encuesta, a fin de abrir el debate sobre probables efectos de los cambios en el contexto macroeconómico sobre el gasto de bolsillo de los hogares en el rubro salud para el año 2002.

Desde 1991 y hasta mediados de 1998, la economía argentina ha experimentado un crecimiento promedio anual del 8 por ciento, llegando en 1999 a tener un PBI per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo de US\$ 11 mil. Sin embargo, a partir de 1998 comenzó una fase descendente, transformándose en una profunda recesión de su actividad económica. Las consecuencias inmediatas fueron una crisis del empleo, con incrementos sostenidos en la tasa de desempleo y de subocupación. De acuerdo a estimaciones del INDEC a través de la Encuesta Permanente de Hogares, el ingreso medio de las familias pertenecientes al primer quintil de ingresos y para todas las regiones, sufrió una depreciación promedio entre mayo de 1997 y mayo del 2002 del 30,5 por ciento, en tanto que aquellos pertenecientes al quintil más alto experimentaron una caída del 15 por ciento.

Del mismo modo, la crisis de empleo no afectó por igual a todas las regiones. Analizando la evolución del ingreso medio en el mismo período, se aprecia que en promedio para todos los quintiles de ingresos la región con mayor disminución ha sido el noreste, con una caída del 26,1%, seguida por la región del noroeste, con -24%. En el extremo opuesto, cuyo y patagonia sufrieron una disminución del 16,8% y 19,9%, respectivamente: los efectos de la crisis sobre las provincias pertenecientes a regiones más rezagadas ha sido mayor.

De todos modos, en el tiempo transcurrido entre 1997 –momento de la realización de la encuesta de gasto- y mayo del 2002 se distinguen dos períodos diferentes. El primero, que se extiende hasta enero de 2002, cuando los efectos de la crisis se concentraban en el desempleo y de éste sobre el ingreso medio de los hogares. En el segundo período, las consecuencias negativas que el exceso de oferta en el mercado laboral tuvo sobre el salario nominal de los trabajadores estuvieron acompañadas por los efectos de la salida de la convertibilidad y la significativa devaluación del tipo de cambio, alterando los precios relativos de la economía.

A modo de ejemplo, y dentro de los bienes y servicios de salud, los medicamentos, han experimentado el mayor aumento (53%, fuente INDEC), mientras que para el conjunto de los demás bienes, el incremento acumulado fue del 10% (medido por el Índice General de Precios, IPC). Del mismo modo, pero en menor proporción, los precios de los servicios de salud (incluido los seguros privados de salud) experimentaron un incremento de precios acumulado semejante al nivel general (11%). En este contexto, es

---

<sup>7</sup> Para la realización de este estudio se recurrieron a diversas fuentes de información. En primer lugar, se utilizaron los resultados de la encuesta del SIEMPRO de 1997, que permite obtener información a nivel de quintiles de ingreso y para seis regiones geográficas: noreste, noroeste, cuyo, región pampeana, región patagónica y región metropolitana; y la encuesta de gasto de los hogares del INDEC realizada entre 1996 y 1997 que permite una apertura del consumo en salud de los hogares a nivel provincial como participación del gasto total, por quintiles de ingreso, discriminada en gastos en servicios de salud y gastos en medicamentos.



poco probable que la estructura de gasto que solían mantener los hogares siga conservándose, y en especial la referente al gasto total en salud (medicamentos y servicios de salud). Asimismo, y como se ha mencionado anteriormente, el potencial cambio en la estructura de gastos podría ser diferente entre quintiles de ingresos y regiones, debido a la heterogeneidad de los efectos negativos que la crisis de empleo ha tenido sobre la población.

En la presente sección, se presentan estimaciones sobre los posibles efectos de la crisis sobre el consumo de bienes y servicios de salud por parte de los hogares, no sólo en términos de cambios porcentuales sobre la canasta de bienes consumidos, sino en términos monetarios. Dada la falta de información disponible (precios y cantidades específicas de cada tipo de bien) y por ende las limitaciones para estimar una función de demanda de servicios de salud (medicamentos y servicios propios), el estudio se realizará sobre la base de tres hipótesis, a saber, (i) la existencia de un efecto renta únicamente, donde se computa la variaciones en los ingresos reales de las familias, pero se mantienen las participaciones en el gasto de cada rubro, (ii) la existencia de un efecto de precios relativos en bienes y servicios en salud únicamente, lo que equivaldría a mantener la canasta de consumos de bienes y servicios en salud, priorizándola por sobre cualquier otro bien y, (iii) un ajuste mixto, en donde se aproximan conjuntamente las dos hipótesis anteriores.

A fin de calcular el efecto del cambio en el ingreso sobre el consumo de bienes y servicios de salud, en primer lugar se ha estimado –en función de la información provista por la Encuesta de Gasto de los Hogares de 1997- la participación porcentual del gasto en salud en el ingreso medio de los hogares como una función del ingreso. Esta relación fue acompañada por otras variables explicativas, tales como el mismo ingreso elevado al cuadrado, y cinco variables dummies asociadas con cada región geográfica del país.<sup>8</sup> La incorporación del ingreso elevado al cuadrado como variable regresora se asocia con la posibilidad de capturar la existencia de diferentes elasticidades ingresos entre quintiles. Sobre la base de la misma forma funcional se estimó asimismo cada uno de los dos componentes del gasto en salud: medicamentos y servicios de salud.

Paralelamente, se han estimado mediante mínimos cuadrados clásicos, los mismos valores de gasto, ahora expresados en valores monetarios. De este modo, el gasto total en salud, el gasto en medicamentos y en servicios de salud son variables dependientes a ser explicadas en función del ingreso de los hogares, y la zona geográfica de residencia mediante la inclusión de variables dummies. Los resultados obtenidos se exponen en el siguiente cuadro donde puede observarse un buen ajuste de regresión, con significatividad individual y conjunta de todos los estimadores.

---

<sup>8</sup> El análisis de regresión se realizó a partir de un modelo Tobit. La utilización de este tipo de modelos se justifica en la naturaleza de las variables dependientes, expresadas en porcentaje del ingreso de los hogares.

Tabla 9: Estimación del Gasto Privado en Salud Discriminado.

	Gasto como porcentaje del Ingreso, 1997			Gasto en pesos, 1997		
	Gasto Total en Salud	Gasto en Medicamentos	Gasto en Servicios de Salud	Gasto Total en Salud	Gasto en Medicamentos	Gasto en Servicios de Salud
C	7,7262	6,0533	1,5387	-1,2379	3,1190	-1,1856
Ingreso	-0,0042	-0,0044	0,0004	0,0489	0,0336	0,0321
Ingreso <sup>2</sup>	0,0000010	0,0000009			-0,0000056	
Cuyo	3,1052	2,3562	0,6196	21,0126	12,4296	8,1003
Metropolitana	3,7451	2,4398	1,5230	38,1131	17,4008	21,7737
Noreste	2,1008	1,9033	0,0509	14,9163	11,1255	3,3809
Pampeana	2,2314	1,5770	0,5946	13,6576	5,8917	7,4332
Patagónica	-0,9197	-0,4621	-0,5845	-11,8301	6,8872	-4,5410
Nº de observaciones	30	30	30	30	30	30
R <sup>2</sup>	0.766006	0.743148	0.780519	0.954748	0.961810	0.896322
R <sup>2</sup> ajustado	0.676865	0.645300	0.710684	0.942944	0.949659	0.869276
Estadístico F				8,087809	7,915329	3,314015
Prob > F				0,0000	0,0000	0,0000

Fuente: Elaboración propia en base a información del INDEC, Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 1996/1997

Las estimaciones precedentes muestran la siguiente representación gráfica entre las variables dependientes (Gasto Total en Salud, Gasto en Medicamentos y Gastos en Servicios de Salud), tanto como porcentaje del ingreso total como en sus valores absolutos en pesos, con respecto al ingreso de los hogares, una vez aislados los efectos intervinientes propios de cada región.

Figura 2

### Gasto en Salud, Medicamentos y Servicios, como por ciento del Ingreso de los Hogares

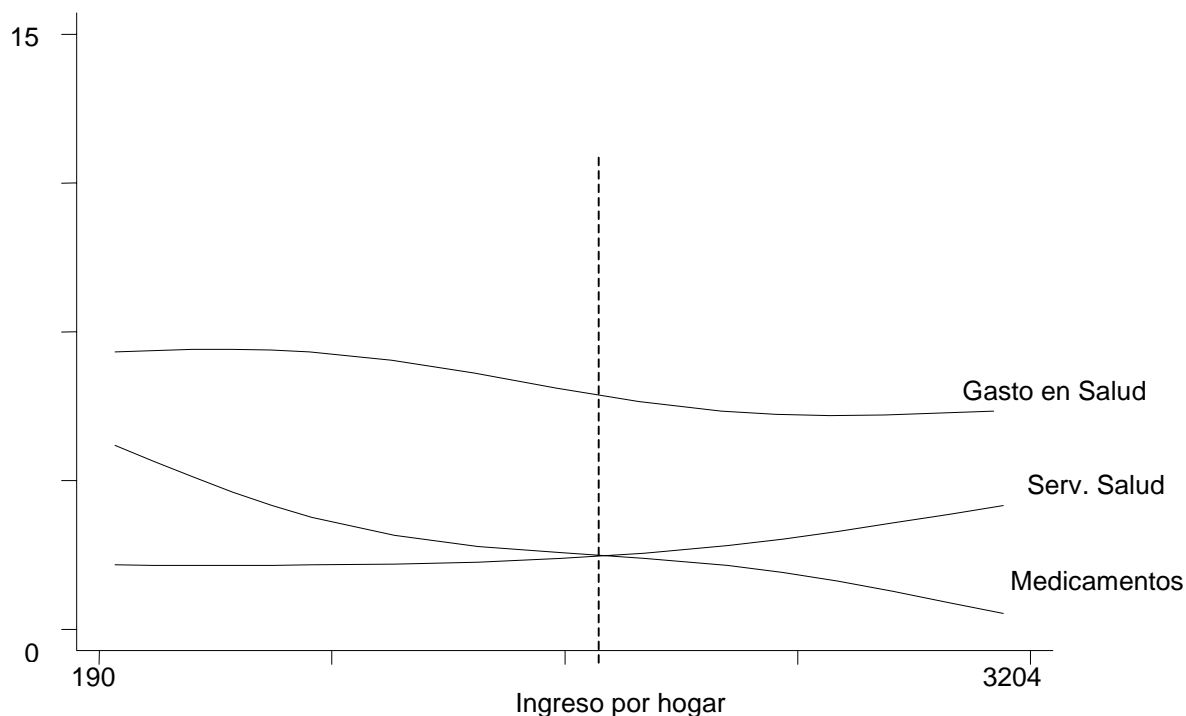
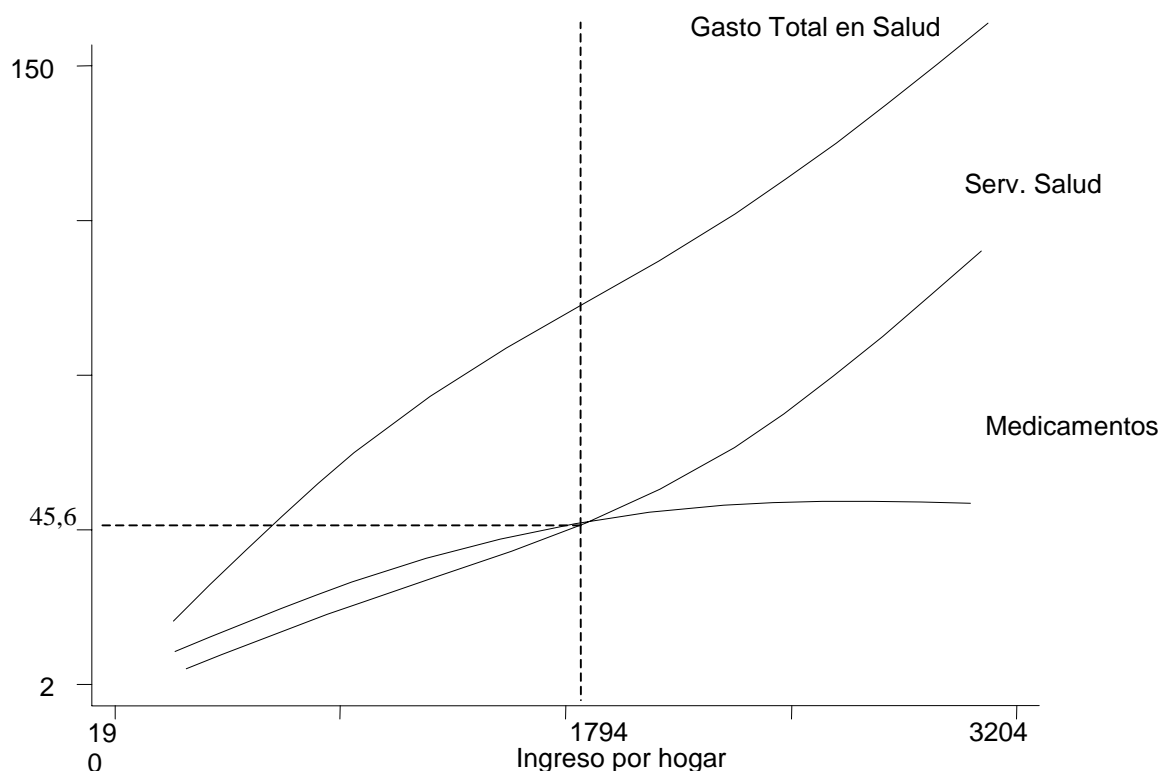


Figura 3

### Relación Gasto Total en Salud, Gasto en Medicamentos y Gasto en Servicios de Salud en pesos e Ingreso de los Hogares



La primera figura establece la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como porcentaje del ingreso, y el ingreso de los hogares: a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gastos de bolsillo en salud. Esta relación no solo es negativa sino que su pendiente es relativamente cóncava, lo que profundiza el efecto regresivo del gasto en salud. Como puede observarse, esta pendiente se asocia con el gasto en medicamentos, uno de sus dos componentes, en tanto que las erogaciones en servicios de salud, no sólo en valores absolutos sino como porcentaje del ingreso total, acompañan positivamente el aumento del ingreso<sup>9</sup>.

En el segundo de los gráficos se expone la relación entre el gasto total en salud (medido en pesos) para cada nivel de ingreso, discriminado entre aquel gasto en servicios de salud y el gasto en medicamentos. Del mismo, se desprende que ambos dependen positivamente del nivel de ingreso de los hogares. Sin embargo, la elasticidad ingreso de los dos tipos de bienes se comporta de manera heterogénea: mientras el gasto en medicamentos tiene una elasticidad ingreso diferente entre quintiles de ingresos, mayor dentro de aquellos hogares de menores ingresos, aquella que surge de la demanda de servicios de salud parecería ser relativamente constante, y siempre positiva.

En términos absolutos, se puede apreciar que mientras los hogares de menores ingresos realizan un mayor desembolso de dinero destinado a la compra de medicamentos en

<sup>9</sup> El gasto de bolsillo en servicios de salud incluye el abono de cuotas de medicina prepaga, generalmente asociadas con grupos de población de ingresos altos y medio-altos. Los descuentos por cobertura de obras sociales (tanto nacionales como provinciales) no se abonan directamente, por tanto no se consideran para el cálculo de gastos directos en salud.

comparación con sus gastos en servicios de salud, esta proporción se invierte en los hogares de mayores ingresos. La intersección entre ambas curvas se produce a un nivel aproximadamente igual a \$ 1794,15.

### **Hipótesis 1: Efecto pleno en renta**

Sobre la base de la forma funcional estimada, se realizó la predicción de la estructura de gastos sobre el nuevo nivel de ingresos por quintil y por región para el mes de mayo del 2002. Este último se ha calculado a partir de la información disponible en la Encuesta Permanente de Hogares realizada por el INDEC en mayo de 2002 y desagregada por región y quintil de ingresos<sup>10</sup>. Esta primer aproximación considera puramente el efecto renta, sin ajustar por diferencias de precios relativos entre bienes y servicios.

Considerando el nuevo nivel de ingresos de los hogares para el año 2002, los potenciales resultados en términos de gasto en salud (medicamentos y servicios de salud) asociados con esta hipótesis se presentan en la Tabla 10. Se observa que no existiría un cambio uniforme en el patrón de consumo entre regiones frente a esta nueva perspectiva económica, aunque tanto en los quintiles de bajos ingresos como en aquellos de altos recursos el gasto total en salud tendería a la baja, con algunas pocas excepciones.

Esta falta de patrón común entre regiones y hacia el interior de las mismas, encontraría fundamento no sólo por la existencia de elasticidades ingreso diferentes entre quintil de ingresos, sino también por las características propias de cada región, posiblemente asociadas con las diferentes estructuras de oferta local y de las necesidades de la demanda de bienes y servicios de salud de cada jurisdicción.

---

<sup>10</sup> Se utilizaron los indicadores de ingreso promedio por quintil para cada uno de los conglomerados urbanos considerados en la Encuesta Permanente de Hogares de mayo 1997 (coincidente con la fecha de aplicación de la Encuesta de Gasto de los Hogares) y mayo del 2002. Cada aglomerado urbano fue ponderado en función de su población a fin de establecer su peso relativo en la definición del ingreso promedio de cada una de las regiones. Para el período 1997, estos niveles de ingreso se contrastaron contra los definidos por la Encuesta de Gasto, estableciendo un valor de conversión utilizado para la obtención de los ingresos por región y por quintil de mayo del 2002.

**Tabla 10: Hipótesis 1: Efecto Ingreso**

		Hipótesis 1: Efecto Ingreso					
		% del Ingreso Medio de los Hogares 2002			Gasto en \$		
Región	Quintil	Gasto total en Salud	Gasto en Medicamentos	Gasto en Servicios de Salud	Gasto total en Salud	Gasto en Medicamentos	Gasto en Servicios de Salud
Cuyo	1	10,15	7,70	2,23	16,95	12,85	3,72
	2	9,39	6,90	2,31	34,87	25,62	8,58
	3	8,70	6,16	2,40	50,58	35,81	13,95
	4	7,82	5,20	2,53	69,90	46,48	22,59
	5	6,25	3,22	3,00	126,83	65,32	60,77
Metro	1	10,69	7,68	3,14	20,54	14,76	6,03
	2	9,82	6,76	3,24	42,48	29,24	14,02
	3	9,04	5,92	3,34	61,55	40,30	22,77
	4	8,04	4,81	3,51	86,39	51,70	37,64
	5	7,22	3,27	4,20	199,55	90,38	116,16
Noreste	1	9,34	7,45	1,59	11,07	8,83	1,88
	2	8,79	6,87	1,65	22,89	17,89	4,29
	3	8,22	6,27	1,71	34,52	26,33	7,19
	4	7,34	5,32	1,83	51,37	37,25	12,80
	5	5,44	3,09	2,24	92,84	52,77	38,32
Noroeste	1	7,16	5,46	1,60	9,93	7,58	2,22
	2	6,49	4,76	1,67	20,42	14,98	5,25
	3	5,84	4,07	1,75	29,33	20,44	8,76
	4	5,00	3,16	1,86	39,19	24,77	14,58
	5	3,31	1,15	2,26	57,50	19,97	39,19
Pampeana	1	9,28	6,92	2,20	15,40	11,49	3,65
	2	8,64	6,26	2,27	29,01	20,99	7,62
	3	7,97	5,54	2,35	42,56	29,57	12,56
	4	7,06	4,54	2,48	60,07	38,66	21,15
	5	5,40	2,49	2,95	106,23	48,95	57,96
Patagonica	1	6,96	5,25	1,03	13,20	9,96	1,96
	2	6,16	4,41	1,12	25,11	17,98	4,58
	3	5,33	3,52	1,23	35,56	23,48	8,20
	4	4,27	2,34	1,40	46,44	25,46	15,26
	5	3,39	0,79	2,06	91,11	21,17	55,44

Fuente: Elaboración propia en base a información del INDEC, Encuesta Permanente de Hogares onda mayo 2002 y Encuesta Nacional de Gastos de los Hogars 1996/1997

## Hipótesis 2: Efecto pleno en precios relativos

La segunda hipótesis acerca del posible comportamiento del consumo de los hogares ante el nuevo contexto macroeconómico, asume que las familias optan por mantener la canasta de bienes y servicios de salud anterior al cambio en precios relativos, aún a expensas del consumo en otros bienes. Este argumento extremo implica un incremento en el peso porcentual del gasto total en salud sobre el ingreso, debido a los cambios en precios relativos. En este sentido, se ha actualizado el valor del gasto en salud realizado por los hogares en el año 1997 por medio de la inflación acumulada en salud y se ha permitido que el mayor nivel de gasto en salud (como consecuencia de la inflación) predomine sobre el resto del gasto. Asimismo, se ha actualizado el ingreso medio de los hogares sobre la base de la aplicación del coeficiente de convergencia mencionada anteriormente. Los resultados alcanzados se presentan en la siguiente Tabla.

Bajo esta hipótesis, se observa que para el conjunto de regiones la participación del gasto en salud sobre el ingreso aumenta en todos los casos y para todos los quintiles respecto a la mantenida en 1997. Sin embargo, en términos absolutos existen diferencias entre regiones y quintiles de ingreso. En este sentido, mientras que los hogares pertenecientes a los quintiles de mayores ingresos experimentarían un aumento en su gasto en salud, particularmente sesgado por el gasto en servicios de salud (incluido prepagas), los hogares de menores ingresos mostrarían un accionar contrario, debido básicamente a que, como consumidores mayoritarios de medicamentos, el incremento de los precios de éstos mayor al resto, afectaría significativamente mas a dichos hogares, debiendo replegar parte de sus gastos para compensar asimismo otras necesidades.

**Tabla 11: Hipótesis 2: Variación de Precios Relativos.**

Región	Quintil	Ingreso 02	% Gasto en Salud	Gasto Salud \$	Gasto en Medicamentos	Gasto en Servicios de Salud
Cuyo	1	166,94	14,68	24,50	19,60	4,91
	2	371,34	13,22	49,10	32,70	16,40
	3	581,64	9,44	54,89	38,24	16,65
	4	893,62	8,65	77,27	52,43	24,84
	5	2028,28	7,67	155,58	69,96	85,61
Metro	1	192,10	19,16	36,81	27,82	8,98
	2	432,60	12,00	51,93	38,07	13,86
	3	681,16	10,57	71,97	43,07	28,90
	4	1073,93	9,73	104,50	54,14	50,36
	5	2763,68	9,12	252,16	84,55	167,61
Noreste	1	118,60	8,19	9,72	6,29	3,42
	2	260,40	7,28	18,96	12,33	6,62
	3	420,01	7,79	32,73	24,69	8,04
	4	700,06	6,31	44,17	26,56	17,61
	5	1707,70	5,27	90,01	52,34	37,68
Noroeste	1	138,82	13,65	18,95	14,93	4,02
	2	314,77	8,78	27,62	20,18	7,45
	3	501,84	8,69	43,61	27,90	15,71
	4	783,09	8,89	69,60	36,21	33,39
	5	1737,03	7,42	128,92	57,06	71,86
Pampeana	1	165,94	13,44	22,30	19,74	2,56
	2	335,61	10,82	36,31	27,32	8,99
	3	533,79	8,63	46,06	32,48	13,58
	4	851,25	8,57	72,91	46,97	25,94
	5	1967,42	6,57	129,18	73,46	55,72
Patagonica	1	189,78	3,89	7,39	5,55	1,84
	2	407,67	4,75	19,37	14,55	4,81
	3	666,70	5,98	39,87	24,81	15,06
	4	1087,29	5,11	55,60	31,94	23,65
	5	2686,50	4,65	124,88	48,42	76,46

Fuente: Elaboración propia en base a información del INDEC, Encuesta Permanente de Hogares onda mayo 2002 y Encuesta Nacional de Gastos de los Hogars 1996/1997 e Índice General de Precios

En resumen, estas discrepancias, en términos de evolución del gasto al interior de cada región tendría relación con la capacidad financiera de cada conjunto de hogares de poder hacer frente a este incremento en los costos relacionado con la salud, sugiriendo lógicamente, que aquellos hogares pertenecientes al quinto quintil encuentran capacidad para realizar un gasto en salud mayor al ejecutado en el '97 pero sin realizar demasiada sustitución con el resto de los bienes de consumo. Por el contrario, los hogares clasificados dentro del primer quintil, si bien son consientes del mayor costo en los servicios de salud y la necesidad de los mismos, terminan realizando un gasto menor en dichos bienes y servicios como consecuencia de su restricción presupuestaria. En otras palabras, aunque la importancia relativa del gasto en salud aumente con respecto a 1997, en términos absolutos cae a la par que el resto de los gastos.

### Hipótesis 3: Ajuste Mixto.

Por último, se ha levantado el supuesto acerca de la preponderancia del gasto en salud sobre el resto de las erogaciones y se ha calculado, para la nueva relación de precios relativos, cual sería el diferencial de ingresos que se requeriría otorgarle a cada quintil para mantener el mismo nivel de utilidad que mantenía antes del cambio macroeconómico estructural. Sobre este nuevo ingreso teórico, se han hallado las participaciones relativas del gasto en salud y del resto de los gastos, y una vez obtenidos dichas participaciones, éstas han sido aplicadas al nuevo ingreso nominal del mayo del 2002, con base a INDEC. A partir de estos cálculos, los resultados obtenidos en términos de participación relativa del gasto en salud sobre el total, y de gastos en salud para cada uno de sus componentes son los siguientes:

**Tabla 12: Hipótesis 3: Variación de Precios Relativos y Variación del Ingreso**

Región	Quintil	Ingreso 02	% Gasto en Salud	Gasto Salud, \$	Gasto en Medicamentos	Gasto en Servicios de Salud
Cuyo	1	166,94	10,72	17,89	14,31	3,58
	2	371,34	10,41	38,66	25,75	12,91
	3	581,64	10,09	58,71	40,90	17,81
	4	893,62	9,62	85,99	58,35	27,64
	5	2028,28	7,90	160,30	72,09	88,21
Metro	1	192,10	12,26	23,56	17,81	5,75
	2	432,60	11,90	51,49	37,75	13,74
	3	681,16	11,53	78,53	47,00	31,54
	4	1073,93	10,94	117,47	60,86	56,61
	5	2763,68	8,39	231,74	77,70	154,04
Noreste	1	118,60	9,99	11,85	7,67	4,17
	2	260,40	9,78	25,46	16,56	8,90
	3	420,01	9,53	40,05	30,21	9,84
	4	700,06	9,11	63,78	38,36	25,43
	5	1707,70	7,58	129,48	75,29	54,20
Noroeste	1	138,82	7,34	10,19	8,03	2,16
	2	314,77	7,07	22,26	16,26	6,00
	3	501,84	6,79	34,06	21,79	12,27
	4	783,09	6,36	49,79	25,90	23,89
	5	1737,03	4,90	85,10	37,66	47,43
Pampeana	1	165,94	9,81	16,28	14,41	1,87
	2	335,61	9,55	32,06	24,12	7,94
	3	533,79	9,25	49,39	34,83	14,57
	4	851,25	8,77	74,68	48,11	26,57
	5	1967,42	7,08	139,24	79,18	60,06
Patagonica	1	189,78	6,21	11,78	8,85	2,93
	2	407,67	5,88	23,96	18,00	5,96
	3	666,70	5,48	36,54	22,74	13,80
	4	1087,29	4,84	52,58	30,21	22,37
	5	2686,50	2,37	63,78	24,73	39,05

Fuente: Elaboración propia en base a información del INDEC, Encuesta Permanente de Hogares onda mayo 2002 y Encuesta Nacional de Gastos de los Hogars 1996/1997 e Índice General de Precios

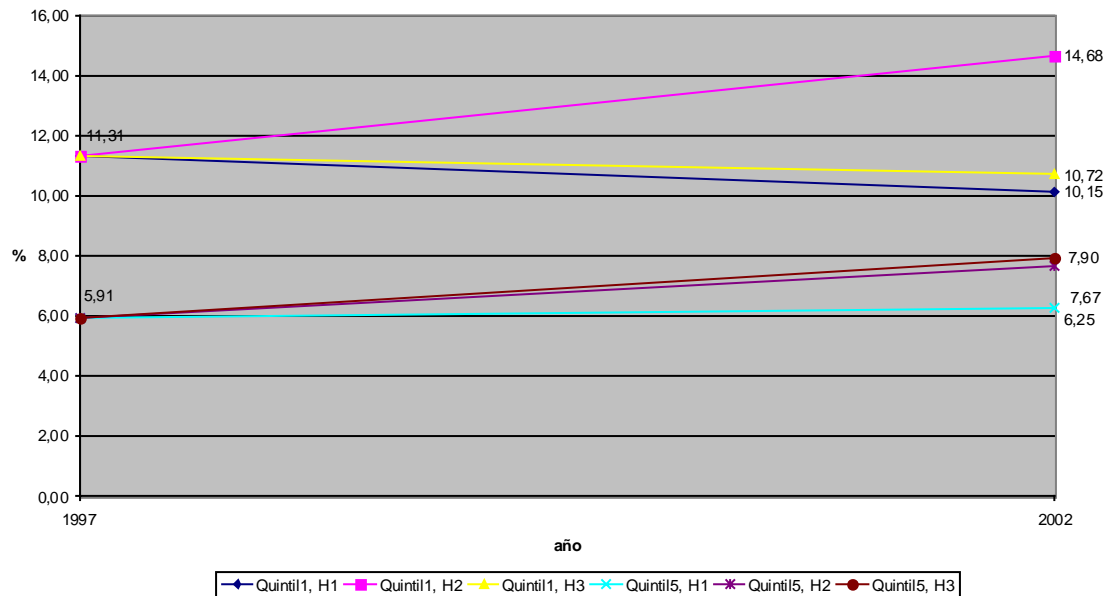
De acuerdo a los resultados obtenidos, se podría esperar que en términos porcentuales del ingreso medio, el gasto en salud aumenten sistemáticamente especialmente en los quintiles más pobres para el conjunto de todos los hogares y regiones con respecto a 1997. Este aumento expresaría una combinación del efecto renta (caída en los ingresos nominales) sino también en el poder de compra de los mismos, influidos por los cambios en precios relativos. Esta hipótesis, por tanto, presenta resultados intermedios a las dos anteriores, en tanto ajusta los ingresos al tiempo que permite mayor sustitución entre bienes de salud y otros consumos, siguiendo el patrón de la Encuesta de Gasto de 1997 corregido por precios relativos.

Con la excepción de los quintiles más ricos del noroeste y de la patagonia, los cambios macroeconómicos recientes tienden a aumentar la brecha de financiamiento de la salud en Argentina: los sectores de mayores recursos logran aumentar su gasto de bolsillo en el sector (aunque reduciendo su peso relativo en el ingreso total), en tanto que los grupos más desprotegidos disminuyen su gasto en salud en términos absolutos, a pesar que estos nuevos montos representan una porción mayor de sus nuevos ingresos.

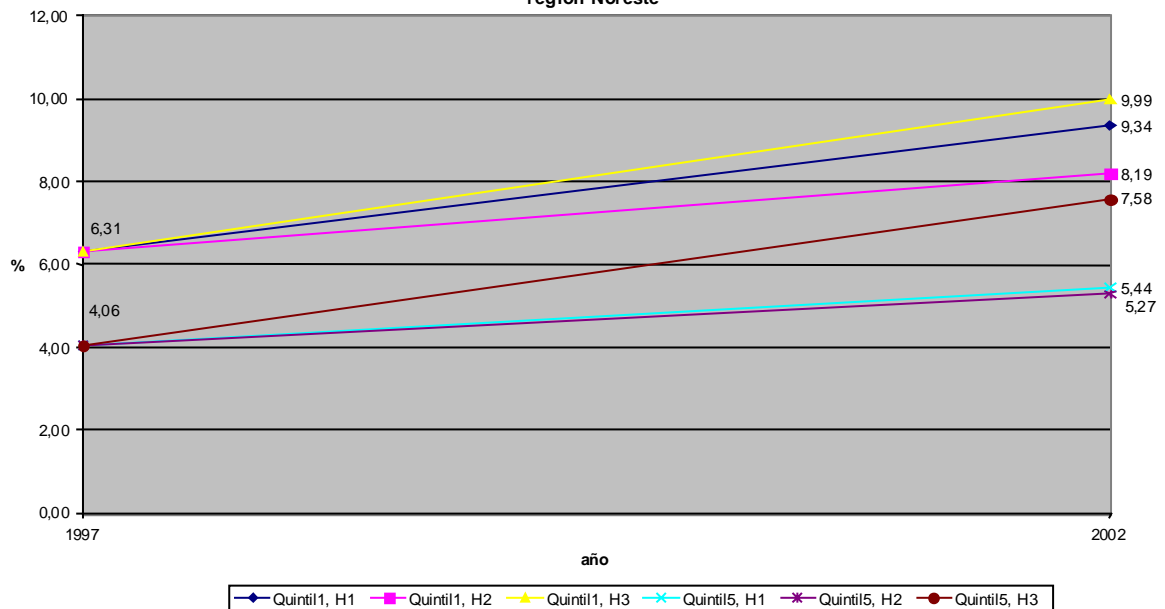
Asimismo, las diferencias entre regiones estimadas a partir de este ejercicio muestran que las brechas de gasto entre grupos de ingreso se incrementan en regiones relativamente más heterogéneas (cuyo, pampeana y metropolitana), en tanto se reducen relativamente en el norte argentino. Los gráficos siguientes ilustran para dos regiones (Cuyo y Noreste) y para los quintiles de ingreso 1ro. y 5to., los gastos de bolsillo para 1997 (en pesos y como porcentaje del ingreso) y su evolución a partir de las tres hipótesis desarrolladas en estas páginas.

## Reacción de la participación del Gasto en Salud sobre el Ingreso Medio.

**Figura 4**  
Impacto de la devaluación y desempleo sobre el gasto en salud del 1º y 5º quintil de ingresos en la región Cuyo



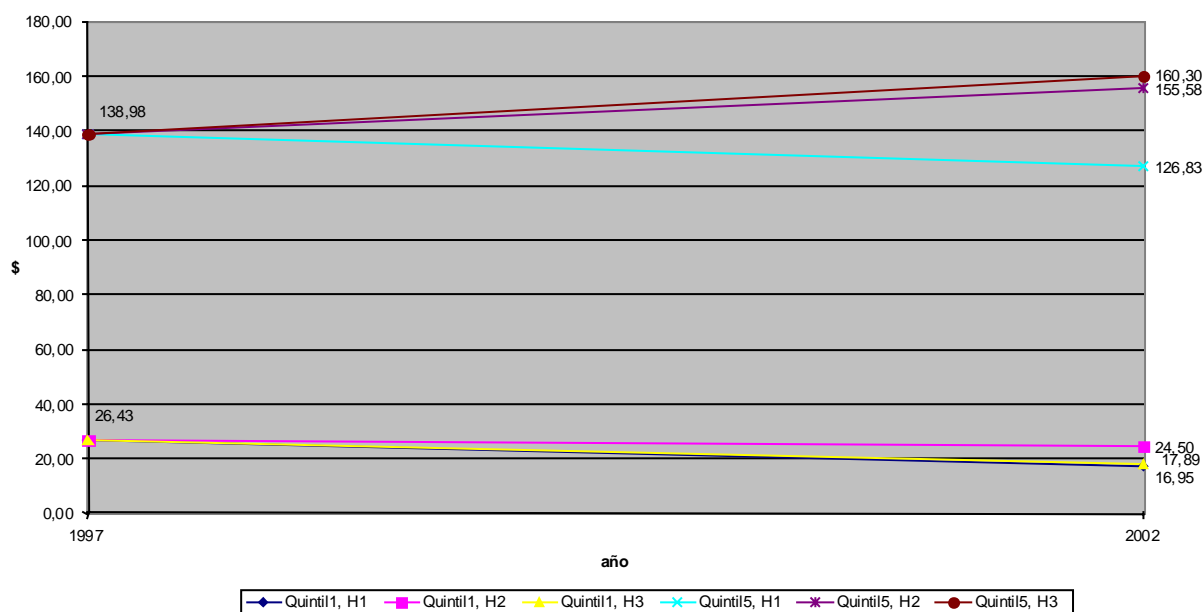
**Figura 5**  
Impacto de la devaluación y desempleo sobre el gasto en salud del 1º y 5º quintil de ingresos en la región Noreste



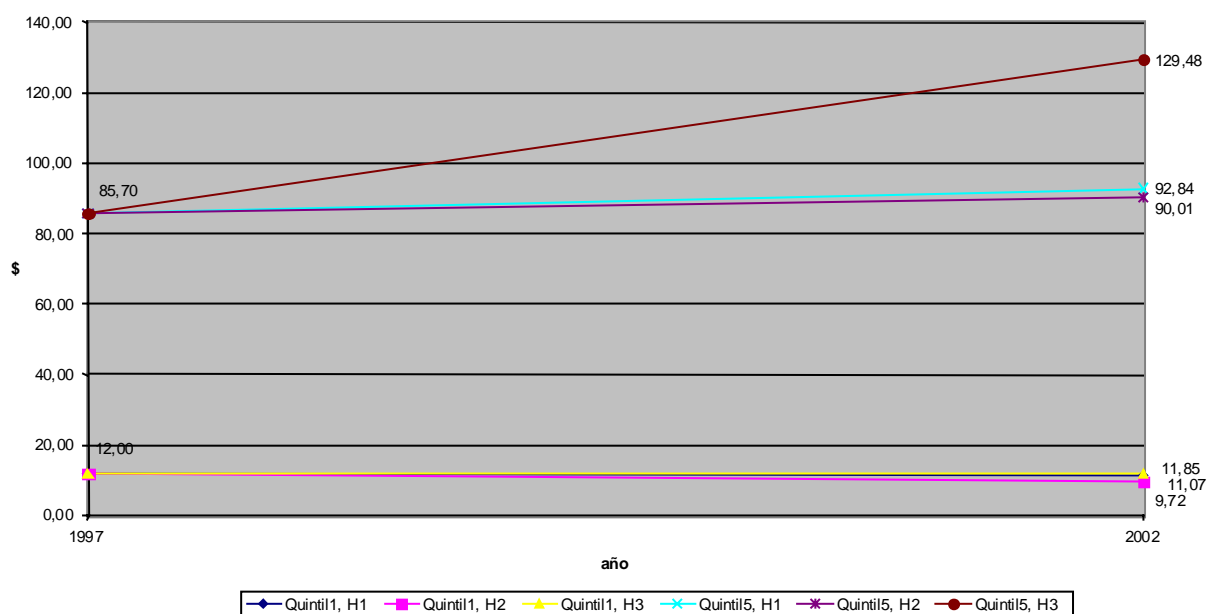


## Reacción del Gasto en Salud en pesos

**Figura 6**  
Impacto de la devaluación y desempleo sobre el gasto en salud en Pesos del 1º y 5º quintil de ingresos en la región Cuyo



**Figura 7**  
Impacto de la devaluación y desempleo sobre el gasto en salud en Pesos del 1º y 5º quintil de ingresos en la región Noreste



## 5.- Conclusiones

El sistema de salud argentino se caracteriza por un fuerte sesgo descentralizador en el financiamiento público, asociado con la característica federal de la estructura política del país. Al mismo tiempo, los mecanismos de aseguramiento social se encuentran

altamente fragmentados, no solamente en cuanto a las fuentes de fondos de cada uno de los subsectores, sino también en cuanto a la estructura de prestación de servicios.

El análisis de la información ha mostrado que la estructura de gasto provincial no se encuentra asociada con las características de la demanda, sino con la oferta de servicios. Por su parte, el gasto público nacional en salud, si bien se ha mantenido relativamente constante a lo largo del período bajo estudio, mantuvo niveles inferiores al gasto consolidado realizado por las provincias. Las transferencias realizadas a estas últimas son poco significativas y no guardan relación con las características específicas de cada jurisdicción. Los criterios de focalización encontrados se concentran en la atención de jubilados y pensionados a través del PAMI, que recibe aproximadamente dos tercios de las erogaciones en salud del gobierno central. Sin embargo, no se identificaron fuertes criterios de transferencia de recursos a otros grupos sociales minoritarios.

A partir de la taxonomía propuesta en el subsector de Obras Sociales Nacionales, se observa que sus contribuyentes se distribuyen de un modo extremadamente dispar al interior del subsistema. Los salarios percibidos por cada grupo presentan grandes diferencias entre sí, encontrándose un promedio de \$221 en el grupo de instituciones de ingresos bajos, mientras que en aquel de ingresos altos la remuneración promedio alcanza los \$3.342. La gran heterogeneidad entre instituciones (en términos de tamaño y aporte promedio) constituye un desafío desde la perspectiva de la organización de un sistema de aseguramiento social sustentable y equitativo. La multiplicidad de instituciones incrementa los gastos de organización a la vez que limita un esquema de riesgo compartido, necesario para el funcionamiento de una estructura de seguros.

El subsistema de Obras Sociales Provinciales también muestra elevados niveles de heterogeneidad. Entre 1995 y 1999 se produce un aumento en la cobertura total del subsistema, al tiempo que se registra un crecimiento de aproximadamente 3 por ciento en el ingreso teórico mensual por afiliado. Ello redundó en un aumento en la participación del gasto total de las Obras Sociales Provinciales como porcentaje del gasto en salud pública provincial en diecisiete de los veintitrés casos. La dispersión del ingreso entre instituciones alcanza un 140%: en tanto que en Tierra del Fuego el ingreso salarial promedio es de \$2.300.-, en Corrientes, Formosa y Santiago del Estero el salario promedio mensual no supera los \$950. A pesar de la diversidad institucional encontrada, es posible establecer cuatro categorías de Obras Sociales en función de sus coberturas y del producto bruto geográfico per cápita de cada jurisdicción. Esta taxonomía ofrece una correlación entre niveles de ingresos y resultados de salud de las Obras Sociales Provinciales. El nivel de gasto per cápita de las mismas se encuentra asociado positivamente con su ingreso teórico y negativamente con los indicadores de perfil epidemiológico y mortalidad infantil.

Por otra parte se observa que el comportamiento del gasto de bolsillo en salud, tanto aquel realizado para la compra de medicamentos como el destinado al pago de servicios, se correlaciona con el nivel de ingresos de los hogares. El gasto total en salud se encuentra fuertemente condicionado por el gasto en medicamentos, dada su mayor participación relativa dentro del mismo, especialmente creciente entre los quintiles más pobres. Sin embargo, el gasto en servicios de salud marca la tendencia creciente entre niveles de ingreso y gasto total en salud.

A partir de la información disponible para 1997 sobre la estructura de gastos de bolsillo de los hogares, se establecieron tres hipótesis de trabajo para discutir posibles patrones de gasto en salud de las familias ante cambios en los niveles de ingreso, variaciones en

precios relativos, o una combinación de ambas a mayo del 2002. La tercera de ellas (efecto combinado) sugiere que en términos porcentuales del ingreso medio, el gasto en salud aumenta sistemáticamente con respecto a 1997, especialmente en los quintiles más pobres para todas las regiones. Sin embargo, y con la excepción de los quintiles más ricos del noroeste y de la patagonia, el impacto macroeconómico llevaría a aumentar la brecha de financiamiento de la salud en Argentina: los sectores de mayores recursos logran aumentar su gasto de bolsillo en el sector (aunque reduciendo su peso relativo en el ingreso total), en tanto que los grupos más desprotegidos disminuirían su gasto en salud en términos absolutos, a pesar que estos nuevos montos representan una porción mayor de sus nuevos ingresos.

## Bibliografía

Bisang, Roberto; y Cetrángolo, Oscar (1997) - "*Descentralización de los Servicios de Salud en la Argentina*" - Serie Reformas de Política Pública N° 47, CEPAL.

Cetrángolo, Oscar; Devoto, Florencia (1998) - "*Reformas en al Política de Salud en Argentina Durante los Años Noventa con Especial Referencia a la Equidad*" - Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE)

COSSPRA, Tablas mimeo.

Flood, Cristina (1997) - "*Gasto y Financiamiento en Salud en Argentina*" - Serie Financiamiento del Desarrollo N° 57, CEPAL

INDEC, Página web: [www.indec.mecon.gov.ar](http://www.indec.mecon.gov.ar)

Maceira, Daniel (2001) - "*Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe*" - Iniciativa Reforma Sector Salud.

Maceira, D y C. Poblete (2002). "*Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencia en la Provincia de Mendoza, Argentina*", mimeo.

Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social (SiEMPRO), (2001). "*La Utilización de Servicios de Atención de la Salud*", Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida.

Ministerio de Economía, Secretaría de Política Económica, (2000). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social", mimeo.

Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, (1999). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social".

Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, (1980-1997). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social".

Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Informes Varios, mimeo.

Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (2000-2001). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud. Cuestionario de Establecimientos Asistenciales.", mimeo.

Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1999). "Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1998-2000", mimeo, Noviembre.

Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (1996). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud", mimeo, Diciembre.

Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaria de Política y Regulación de Salud, Subsecretaria de Política de Salud y Relaciones Institucionales, Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1995). "Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995", mimeo.

Montoya, Silvia (1997) - "*Reformas al Financiamiento del Sistema de Salud en Argentina*" - Serie Financiamiento del Desarrollo N° 60, CEPAL.

Katz, Jorge; Laspiur Juan y Arce, Hugo (1993) *"Un Modelo de Organización y Comportamiento Sectorial"* - Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y el Uruguay - Organización Panamericana de la Salud, Cuad. Tec. N° 36

Katz, Jorge (1995) - *"Reformas del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos"*. Serie Políticas Sociales N° 12, CEPAL.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud, (2000). Indicadores Básicos.

Unicef - Programa Nacional de Estadísticas de Salud, mimeo.