

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-017-1 (Volumen I)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN I



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

GASTO EN FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN ARGENTINA

M. Cristina V. de Flood

INTRODUCCIÓN

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

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

Actualmente adquieren relevancia los estudios que evalúan los efectos de origen externo, como son las crisis de ajuste, la racionalización del Estado y la reorientación de las políticas sociales; y los internos, como las transformaciones y complejización de los sistemas de salud. Acorde con ello, los estudios sobre el gasto y financiamiento del sector, que hasta no hace mucho tiempo no habían tenido difusión en comparación con otras preocupaciones sanitarias, se han convertido en centro de atracción de los ámbitos público y privado.

El propósito de este documento es presentar el gasto y financiamiento del sector salud en la Argentina, tema que resulta oportuno

para discutir los efectos que las distintas reformas financieras han provocado en nuestros países, y, en base a los mismos, reconocer algunos elementos útiles para el diseño de las políticas públicas y para las decisiones de los agentes privados, que faciliten una administración más eficiente de los recursos escasos y el llevar a cabo políticas tendientes a lograr una mayor equidad, en un contexto de viabilidad y sustentabilidad económica y política.

Cabe destacar que la necesidad e importancia de analizar el gasto y financiamiento del sector salud, no guarda relación con los inconvenientes metodológicos e informativos que se presentan para trabajar seriamente la cuestión, agravados por la estructura política del país, compuesta por el gobierno nacional, 24 provincias federales (autónomas), y numerosísimos gobiernos locales. Pero, a pesar de ello, la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), dependiente de la Secretaría de Programación Económica (SPE), realiza esta actividad elaborando series informativas, suficientemente confiables y comparables entre distintos años, que permanentemente son revisadas y actualizadas.

Este informe se inicia con una rápida presentación de conceptos utilizados en la economía de la salud, que se utilizan posteriormente para interpretar nuestra situación. En seguida, se pasa revista a la génesis del sistema, que es donde se originan muchos de los problemas y conflictos que hoy poseemos (secciones 2 y 3).

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

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

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES

Los gastos públicos en los sectores sociales son la expresión financiera de las políticas sociales, y su objetivo es mejorar la asignación de los recursos para que las acciones sean llevadas a cabo con eficacia y eficiencia,

logrando un mayor grado de equidad en la distribución de ingresos y riqueza entre todos los miembros de la sociedad.

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

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

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

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

Al revés de los casos de intervención pública la recuperación de la salud es un bien privado, y tiene por lo tanto un precio en el mercado. Existe una relación virtuosa en el tiempo entre los cuidados de prevención y la cura de la enfermedad, donde los beneficios de invertir en los primeros no son inmediatos ni claros, y las actitudes individuales difieren en cuanto a la percepción de la enfermedad, apareciendo un elemento de suboptimización en el consumo, por efecto de no haber utilizado una eficaz estrategia preventiva.

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

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

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

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

I. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Para comprender la actual situación del sistema de salud argentino, es imprescindible remontarse a sus antecedentes históricos, contexto en el que se originó gran parte de la problemática del presente.

En la Argentina, hasta los años 40, el sistema de salud era relativamente simple y se estratificaba por subsistemas de acuerdo a la población que atendiese. Así, las clases medias y altas recurrían a la medicina privada que financiaban directamente. Los trabajadores inmigrantes y sus familias acudían a las mutuales y asociaciones de socorros mutuos, de acuerdo a su país de origen; mientras que los hospitales financiados y administrados por el Estado nacional o por la Sociedad de Beneficencia (SB) se dedicaban a los grupos más débiles (Ministerio de Salud y Acción Social, 1985). La SB era una institución privada sin fines de lucro, vinculada con las clases más altas, que participaban —y financiaban en parte— estas actividades por razones de altruismo.

Con el advenimiento del peronismo (1946), se iniciaron importantes transformaciones en dos planos diferenciados: el de la atención pública y el de la seguridad social. Respecto al primero, realmente se privilegió dicha atención, implementando ideas innovadoras con respecto a la concepción del hospital como centro de salud, integrando acciones preventivas y curativas que se complementaron con crecientes inversiones en infraestructura hospitalaria y equipamiento a lo largo de todo el país, y organizando la regionalización sanitaria. La SB fue separada de sus actividades y reemplazada por la Fundación Eva Perón. Asimismo se creó la Escuela Superior Técnica, antecesora de la Escuela de Salud Pública (1962), que impulsó la formación de profesionales con nuevas concepciones (Hach, 1990). Estas acciones culminaron con la creación del Ministerio de Salud —hasta entonces sólo existía el Departamento de Higiene del Ministerio de Interior—, pero que terminó burocratizado. La

expansión cuantitativa señalada, si bien muy valorable, se hizo en condiciones de baja capacidad técnica y organizativa, en muchos casos mezclada con política partidista.

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

A partir de entonces se delinearon dos ejes independientes, uno público orientado a diseminar la atención médica en todo el país, aun con fuertes ineficiencias, y otro, enquistado en los sindicatos y administrado por ellos, donde las prestaciones de salud no se diferencian de otras acciones vinculadas con la actividad gremial. Tiempo después hubo intentos de integrar ambos sectores, pero muchos de los logros alcanzados por la salud pública se diluyeron y las dirigencias gremiales continuaron manteniendo la administración de las incipientes OS.

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

En general, los marcos legales referidos al funcionamiento de las OS dependieron más de los cambios políticos que afectaban las reglamentaciones laborales que de la propia regulación del sistema. La dependencia

de las OS del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y no del Ministerio de Salud y Acción Social, fue un indicador de que los intereses sectoriales se sobreponían a los objetivos de brindar cobertura de salud a la población.

Los problemas de inequidad entre beneficiarios de las OS (especialmente en comparación con las instituciones mixtas —bancarias, seguros, y otras—, que percibían, además de los aportes y contribuciones, ingresos adicionales de los empleadores), la heterogeneidad prestacional, las diferencias en las coberturas médicas, el no funcionamiento del fondo de redistribución, la falta de programación y normativas, y de un elemental registro contable y financiero, fueron la constante en toda la vida de la seguridad social.

Los distintos marcos jurídicos del sistema nacional integrado de salud, de 1973, del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) de la ley de obras sociales de 1980, y de la ley del sistema nacional del seguro de salud, de 1989, si bien modificaron normas que regulaban el sistema, en la práctica mantuvieron la organización inalterada, salvo en el crecimiento de los aportes y contribuciones que fueron determinados en cada oportunidad. Se demostró nuevamente que *siempre se priorizaron las cuestiones de financiamiento que se vinculaban directamente con los sindicatos más que las relacionadas con la propia regulación del sistema.*

La incorporación del sistema del "tercer pagador", llevó a la aparición de los colegios de profesionales y cámaras empresariales de clínicas y sanatorios, que negocian precios y condiciones de acreditación, conformando grupos de oligopolios por el lado de la oferta de servicios que se enfrentan con el oligopsonio por el lado de la demanda (Katz y Muñoz, 1988).

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

las capitales de provincia y en la mayoría de las grandes ciudades estos establecimientos constituían la mejor alternativa. Aún hoy, es en estos establecimientos donde se cumple la función de docencia y en este aspecto son respetados por la comunidad. Asimismo, es allí donde se atiende a los enfermos crónicos —que son separados de los restantes subsistemas por poco rentables— y donde se realizan las prácticas complejas no cubiertas por los seguros.

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

Con anterioridad al desarrollo del sistema de seguridad social, el *sector privado* sufría el encarecimiento acelerado de los costos y comenzaba a marginar de hecho a crecientes estratos sociales de la utilización de estos servicios, lo que sumado a la presión generada por la gran cantidad de médicos estaba llevando al sector a una seria crisis; esta fue atenuada por el sostenido crecimiento de los OS, que se desarrolló a través de los proveedores privados y no de los públicos (Ministerio de Salud y Acción Social, 1985). La normativa de los OS explícitamente desalentó la creación de la capacidad instalada propia en favor de la utilización de la pública, dirigiendo la contratación de las prestaciones hacia el sector privado, que creció financiado por este sistema.

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

II. EL GASTO Y FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

A. EL GASTO EN SALUD

El gasto total en salud para 1995 es de aproximadamente 20 500 millones de dólares, equivalente al 7.3% del PIB y a 590 dólares por habitante/año. Como porcentaje del PIB, esta medición nos colocaría entre las naciones que asignan una proporción importante de sus recursos a salud, pero, si nos comparamos por el gasto per cápita, nos diferenciamos drásticamente del mundo desarrollado. En efecto, los Estados Unidos, Canadá y Alemania gastaban en 1990 el 12.7%, 9.1% y 8.8% del PIB, pero registraban un consumo por habitante de 2 763, 1 945 y 1 511 dólares, respectivamente (Banco Mundial, 1993).

El creciente gasto en los últimos 25 años muestra el cambio organizacional que se fue operando. Así, el gasto estimado para 1970 era equivalente al 5.2% del PIB, creció al 6.6% en 1986 y se estima en 7.3% para 1995.¹ Dicho crecimiento de algo más de dos puntos en el PIB guarda relación con el aumento de los costos operado mundialmente.

En 1970, el gasto directo de las familias tenía una fuerte participación en el gasto total (55%), mientras la seguridad social y la salud pública registraban el 26% y el 19%, respectivamente. Con la consolidación y expansión de las OS, en 1980 la participación del gasto familiar bajó al 34% y consecuentemente subió el de la seguridad social (33%). Ya en 1986, la tendencia comenzó a revertirse con las crisis de las OS, que bajaron al 31% aumentando nuevamente los gastos directos (40%), hasta llegar a la actualidad, con un 44% de participación de las familias y un leve aumento de la correspondiente a las OS (por efecto del INSSJP). La participación de la salud pública muestra una constante pérdida en su participación en los últimos 15 años.

1. La estimación para 1970 y 1980 surge de la información oficial (Ministerio de Salud y Acción Social, 1985) sobre la que realizamos un ajuste del PIB para homogeneizarla con la nueva revisión de Cuentas Nacionales. Advertimos sobre la precariedad de las estimaciones del gasto privado, que surgen de las encuestas de gastos e ingresos que se realizaban cada 10 años solamente para el Gran Buenos Aires.

CUADRO 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD Y SU FINANCIAMIENTO
(En porcentaje)

| Años | Gasto en % del PIB | Participación en el financiamiento | | | |
|------|-----------------------|------------------------------------|----|--------------------|-------|
| | | Público | OS | Directo (familias) | Total |
| 1970 | 5.1 | 19 | 26 | 55 | 100 |
| 1980 | 5.6 | 33 | 33 | 34 | 100 |
| 1986 | 6.6 | 29 | 31 | 40 | 100 |
| 1995 | 7.2 | 23 | 34 | 44 | 100 |

Fuente: En base a información proporcionada por el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS), 1985; Juan Llach, *El gasto público social*, vol. 4, Buenos Aires, Instituto Torcuato di Tella/Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (IIDI/PRONATAS), 1990; y datos provenientes de la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS).

Como surge del cuadro, los gastos crecieron, pero el cambio en la estructura de su financiamiento nos muestra que la seguridad social y el subsector público no cumplieron el desempeño esperado en la cobertura de la salud, y las familias tuvieron que aumentar sus aportes directos para compensar las carencias en las prestaciones. Como consecuencia, aparece claramente que *los aumentos de los gastos son solventados por las familias en un contexto en el que disminuyen las coberturas de las OS, y el subsector público fiscal no sólo reduce sus gastos sino también su actividad de ente regulador y fiscalizador.*

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

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

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

CUADRO 2
GASTO EN SALUD, AÑO 1995
(En millones de pesos)

| Concepto | Montos | Porcentaje del PIB | Porcentaje del total |
|--|--------|--------------------|----------------------|
| I. SUBSECTOR PÚBLICO | 4 654 | 1.7 | 22.8 |
| - Gobierno nacional ^a | 694 | 0.2 | 3.4 |
| · Ministerio de Salud y Acción Social, Ministerio de Educación y Cultura ^b | 504 | 0.2 | 2.5 |
| - Ministerio de Defensa, y otros | 190 | 0.1 | 0.9 |
| - Gobiernos provinciales ^d | 3 531 | 1.3 | 17.3 |
| - Gobiernos locales | 428 | 0.1 | 2.1 |
| II. SUBSECTOR DE SEGURIDAD SOCIAL | 6 858 | 2.4 | 33.6 |
| - Obras sociales de la ANSSAI y otras | 3 056 | 1.1 | 15.0 |
| - Programa de asistencia médica integral, PAMI (INSSJP) | 2 574 | 0.9 | 12.6 |
| - Obras sociales provinciales | 1 228 | 0.4 | 6.0 |
| III. GASTO DIRECTO FAMILIAS (^c) | 8 888 | 3.2 | 43.5 |
| - Cuotas por pre-pagos y planes médicos | 2 520 | 0.9 | 12.4 |
| - Medicamentos | 3 039 | 1.1 | 14.9 |
| - Otros | 3 329 | 1.2 | 16.2 |
| IV. TOTAL | 20 399 | 7.3 | 100.0 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

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

^b Incluye los programas del Ministerio de Salud y Acción Social y los hospitales-escuela dependientes de las universidades nacionales (Ministerio de Educación y Cultura), que realizan prestaciones para toda la población.

^c Incluye los hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Policía Federal, que proveen prestaciones limitadas sólo a sus miembros.

^d Incluye la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

(*) Estimación preliminar.

El *subsector público* gastó en 1995 4 654 millones de pesos, de los cuales correspondieron 694 millones a la nación, 3 532 millones a las provincias y 428 millones a los municipios. Este subsector, a través de sus ministerios de salud (nacional, provinciales y locales), conduce, regula y reglamenta el funcionamiento del sistema, lleva adelante programas preventivos de educación para la salud, protege a los grupos más débiles con programas focalizados, y fiscaliza y controla medicamentos y alimentos. Pero sus principales acciones —que se llevan a cabo a través de las provincias y algunos municipios— se vinculan con las prestaciones gratuitas a toda la población a través de una red de hospitales públicos y centros de salud.

El *subsector de la seguridad social (OS)* gastó casi 7 mil millones de pesos, y está conformado por instituciones de derecho cuasi público que cubren las contingencias de salud y las necesidades de turismo y asistencia social de los trabajadores dependientes y de los jubilados del régimen nacional de previsión social. Las características comunes de las OS son: a) la obligatoriedad de pertenencia, b) la cautividad de la población beneficiaria, y c) el reducido margen de elección de proveedores. El financiamiento del seguro se basa en las contribuciones obligatorias de empleadores y empleados, vinculadas con los niveles de ingresos.

El *gasto directo de las familias* comprende los contratos directos entre el paciente y el prestador del servicio y los sistemas voluntarios de seguros en empresas con o sin fines de lucro, los gastos en medicamentos no cubiertos por los seguros, y los coseguros. Se estima que estos gastos alcanzaron cerca de los 9 mil millones de pesos en 1995, representando el 44% del total.

B. EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO

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

El gasto en salud, considerando todos los gobiernos intervinientes (nación, provincias y municipios) y las obras sociales, representa cerca de un cuarto del gasto social y aproximadamente el 15% del gasto público argentino consolidado. El subsector público fiscal de la salud tiene una relevante importancia entre los programas sociales, y por otro lado, las OS incluyendo al INSSJP ocupan el segundo lugar entre los seguros (Flood y otros, 1994a).³ En cuanto a la composición del gasto, debe destacarse que alrededor del 30% corresponde a medicamentos, sin poder especificar cuánto pesa en cada uno de los subsectores, pero incidiendo seguramente con mayor intensidad en el gasto de las familias (Ministerio de Salud y Acción Social, 1994).

CUADRO 3
GASTO PÚBLICO EN SALUD Y PARTICIPACIÓN
EN EL GASTO SOCIAL TOTAL
(En porcentaje)

| Años | Participación en el gasto público total | Participación en el gasto social total |
|------|--|---|
| 1980 | 11.3 | 22.8 |
| 1985 | 12.8 | 25.5 |
| 1990 | 14.2 | 25.5 |
| 1991 | 14.2 | 23.6 |
| 1992 | 14.5 | 23.3 |
| 1993 | 14.7 | 23.2 |
| 1994 | 15.7 | 23.8 |
| 1995 | 15.8 | 23.8 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

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

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

CUADRO 4
GASTO PÚBLICO EN EL SECTOR SALUD
(En porcentaje del PIB)

| Años | Sistema de seguridad social | Salud pública fiscal | Gasto total en salud pública |
|------|-----------------------------|----------------------|------------------------------|
| 1991 | 2.4 | 1.4 | 3.8 |
| 1992 | 2.3 | 1.5 | 3.8 |
| 1993 | 2.3 | 1.6 | 3.9 |
| 1994 | 2.4 | 1.7 | 4.0 |
| 1995 | 2.4 | 1.7 | 4.1 |

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (Secretaría de Programación Económica) (DNPGS, SPE), en base a datos de la Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL), Dirección General Impositiva (DGI), y Secretaría de Hacienda.

Nota: Obras sociales no incluyen los gastos en asistencia social y turismo.

C. MATRIZ DE FUENTES Y USOS DEL SECTOR SALUD

El análisis del financiamiento y del gasto constituye la clave del sistema, y siendo estos rubros las dos caras de una misma moneda, ambos tienen que ver con la eficiencia y equidad en distintos aspectos. Ambos encuentran su equilibrio a nivel global pero no considerados por subsector, y ello sucede porque existen transferencias de fondos entre las distintas jurisdicciones. Esto significa que la nación financia más de lo que gasta en su propia órbita, porque a la vez financia a las provincias y gobiernos locales, y por el otro lado las OS financian más de lo que gastan sus propios proveedores, por las razones ya expuestas.

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

En el cuadro 5 se presenta la matriz simplificada de fuentes y usos de fondos, en la que se muestra, por un lado, las fuentes de financiamiento (en líneas), y, por el otro, los proveedores de las prestaciones que ejecutan el gasto (en columnas). De esta manera, se verifica que en el año 1995 el gobierno nacional financió cerca de 700 millones de pesos; que de ellos 596 millones fueron ejecutados por él mismo, y 59 y 39 millones por las provincias y los gobiernos locales, respectivamente. Las provincias, por su parte, financiaron 3 531 millones, de los cuales ejecutaron 3 237 millones en sus propias jurisdicciones y transfirieron a los municipios 294 millones. De lo que se concluye que tanto la nación como las provincias financian montos mayores de los que ejecutan en sus propios ámbitos, porque transfieren fondos a los otros gobiernos. En ese sentido, los gobiernos locales sólo financian el 56% del total que ejecutan (anexo estadístico, cuadro 8).

La fuente de financiamiento conformada por las contribuciones sobre los salarios y los aportes de los jubilados provee recursos a las OS y al INSSJP, los que alcanzaron un monto de 6 858 millones de pesos en 1995, ejecutados mayoritariamente a través del sector privado (92%), dado que estas instituciones no cuentan por lo general con proveedores propios.

La matriz nos permite extraer varias conclusiones: a) las provincias son las que principalmente ejecutan los gastos fiscales y los financian, prácticamente, con sus propios recursos; b) los municipios ejecutan sus gastos, recibiendo importantes transferencias financieras de las provincias y financiando sólo una parte con sus propios recursos; c) las familias financian gran parte del gasto, pero la información es insuficiente para saber su destinación, aunque puede deducirse que parte importante de esos fondos se destinan a la compra de medicamentos (subsector privado), y d) las prestaciones de las OS se llevan a cabo principalmente a través del subsector privado, el que ejecuta casi las dos terceras partes del gasto, el que también es financiado por las familias y los seguros voluntarios.

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

CUADRO 5
MATRIZ DE FUENTES Y USOS DEL SECTOR SALUD, AÑO 1995
(En porcentaje del PIB)

| Fuentes | Usos | | | Proveedores | | | Totales |
|--|--------|------------|------------|------------------|----------------|----------------|---------|
| | Nación | Provincias | Municipios | Subtotal público | Obras sociales | Sector privado | |
| Tesoro nacional | 0.21 | 0.02 | 0.01 | 0.25 | | | 0.25 |
| Tesoros provinciales | | 1.16 | 0.11 | 1.26 | | | 1.26 |
| Tesoros municipales | | | 0.15 | 0.15 | | | 0.14 |
| Total consolidado de gobiernos | 0.21 | 1.18 | 0.27 | 1.66 | | | 1.66 |
| Contribuciones sobre salarios y haberes, a OS y INSSJP | (*) | (*) | (*) | (*) | 0.20 | 2.24 | 1.24 |
| Familias | | | | | | 3.16 | 3.16 |
| Totales | 0.21 | 1.18 | 0.27 | 1.66 | 0.20 | 5.40 | 7.26 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

Nota: Los valores correspondientes al presupuesto de las familias se calcularon en base a datos del Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) y de fuentes privadas.

(*) No se dispone de información sobre los padrones arancelarios de los hospitales autogestionados.

CUADRO 6
CAMAS DISPONIBLES SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA^a
(En porcentaje)

| Años | Total | Dependencia administrativa | | | |
|-----------|-------|----------------------------|----------------|----------------|--------------|
| | | Oficial | Obras sociales | Sector privado | Sector mixto |
| 1970 | 100.0 | 73.0 | 4.5 | 22.5 | |
| 1980 | 100.0 | 62.5 | 5.5 | 31.9 | |
| 1990 | 100.0 | 53.9 | 2.8 | 43.1 | 0.05 |
| 1980/1970 | 8.8 | -7.3 | 32.5 | 54.8 | |
| 1995/1980 | 6.9 | -7.6 | -45.6 | 44.2 | |

Fuente: En base a información proporcionada por el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS), 1985, y la Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.

^a Datos preliminares.

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

III. EFICIENCIA Y EQUIDAD EN EL GASTO

A. RESULTADOS DEL GASTO

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

a) Datos básicos (Censo de 1991)

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| · Población total | 32 610 000 habitantes |
| · Densidad de población | 11.7 hab/km ² |
| · Población con NBI ⁴ | 19.9 % |
| · Esperanza de vida (año 1992) | 71 años |

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

| | |
|--|---------------------------------|
| · Natalidad | 22.3 por mil |
| · Mortalidad general | 7.8 por mil |
| <i>b)</i> Natalidad y mortalidad infantil y materna (año 1994) | |
| · Nacimientos en establecimientos asistenciales | 96 % |
| · Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso | 6.3 % |
| · Mortalidad infantil | 22 por mil |
| · Porcentaje de mortalidad infantil evitable | 27 % |
| · Porcentaje de mortalidad infantil parcialmente evitable | 34 % |
| · Mortalidad materna | 3.9 por 10 mil nacidos vivos |
| <i>c)</i> Cobertura de la seguridad social y otros sistemas privados (Censo de 1991) | |
| · Población con OS | 57.6 % |
| · Población sin cobertura | 36.3 % |
| · Población con plan médico de prepago con o sin OS | 21.9 % |
| <i>d)</i> Consultas y egresos en el subsector público (año 1992) | |
| · Consultas per cápita en establecimientos públicos | 1.9 por hab/año |
| · Egresos de establecimientos públicos | 52.7 por 1 000 hab/año |
| · Partos en establecimientos públicos | 15.3 por 1 000 hab |
| <i>e)</i> Recursos humanos | |
| · Relación habitante/médico | 370 hab por médico |

Los indicadores del estado de salud de la población muestran que hacia 1992 la esperanza de vida al nacer (71 años) y la mortalidad infantil (29 por mil) se comparaban favorablemente con el promedio de América Latina (68 años y 45 por mil, respectivamente) y se encontraban menos distantes de los del mundo industrializado (75 años y 13 por mil). Sin embargo, debe resaltarse que estos niveles representan una meseta, mientras los restantes países de la región continúan mejorando aceleradamente y muchos de ellos están superando sus niveles (Costa Rica: 76 años y 14 por mil; Chile: 72 años y 17 por mil).

Efectivamente, según información del PNUD (1994), la esperanza de vida al nacer en Argentina era, en 1960, de 65 años promedio para ambos sexos, y en 1992 llegó a 71 años, lo que significa que aumentó 6 años en tres décadas. En los restantes países de la región, partiendo de niveles inferiores, el incremento ha sido de 14 años de vida, casi dos veces y media más que el avance de Argentina.

Con respecto a la mortalidad infantil, las tasas de Argentina son significativamente menores que el promedio de América Latina, pero en una perspectiva dinámica, la situación es bastante similar a la verificada con la esperanza de vida. Entre 1960 y 1992 la tasa se redujo 31 por mil nacidos vivos, mientras que en la región disminuyó 65, y en países como Chile se redujo 97, siempre por mil nacidos vivos (PNUD, 1994).

Los indicadores de expectativa de vida y mortalidad infantil muestran fuertes desequilibrios si se los analiza por provincia. Así, para 1992, cinco provincias: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones de la región noreste, y Salta del noroeste, se encontraban bajo el promedio nacional, con diferencias aproximadas de 3 años en la expectativa de vida.⁵ En cuanto a la mortalidad infantil, los resultados se repiten en dichas provincias y se incorporan otras nuevas con tasas inferiores a las del país; ellas son: Salta, Santiago del Estero y San Luis. Respecto a la divergencia en relación con la media nacional, estudios realizados señalan que está disminuyendo sistemáticamente (Llach, 1990).

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

En cuanto a los recursos humanos y en base a fuentes nacionales, existen 87 mil médicos activos y con una fuerte tendencia a la práctica especializada —orientada desde la formación y reforzada por las condiciones del mercado y la creciente incorporación de tecnología compleja—, que presionan sobre el mercado a través de las corporaciones que los agrupan (Katz y Muñoz, 1988). Comparando con el resto del mundo, Argentina cuenta con un médico cada 334 habitantes, mientras los países centrales tienen uno cada 397 y América Latina posee uno cada 800. Esta anomalía se combina con una de las relaciones enfermeras-médico más bajas (0.2) (PNUD, 1994).

Es reconocida la excelencia de sus recursos humanos en salud, y las universidades nacionales albergan a estudiantes de toda la región que buscan mayores niveles académicos. Existen siete universidades nacionales

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

con facultades de medicina —Buenos Aires, La Plata, Mendoza, Córdoba, Rosario, Corrientes y Tucumán—, y cinco privadas en las ciudades de Buenos Aires y Córdoba. En materia de adelantos científicos, la conexión con el mundo se considera importante, y es rápida la incorporación de los mismos a los establecimientos locales (en materia de realización de trasplantes, diagnóstico por imágenes, cirugía laparoscópica, reparadora, etc.).

El sistema de la seguridad social fue un importante logro social, que brinda cobertura a cerca de dos tercios de la población, con características universales para todos los trabajadores dependientes y para la totalidad de los jubilados y pensionados, y personas mayores de edad que tengan una residencia en el país superior a diez años. La cobertura de prestaciones es amplia y supera holgadamente a la ofrecida por la medicina prepaga. La cobertura del sistema tuvo un crecimiento impresionante, partiendo en 1965 con 4.4 millones de personas —cuando era solo obligatorio para determinados sectores y no estaba regulado— hasta llegar en 1991 a la protección de 18 millones, según datos censales.

La infraestructura del sector privado es muy heterogénea. Cuenta con establecimientos fácilmente comparables con los mejores de otros países —especialmente en Buenos Aires y las principales ciudades del interior—, con equipamiento de última generación, mientras que otros son muy deficientes.

B. PROBLEMAS DE EFICIENCIA

La formación del sistema de salud en la Argentina con sus buenos resultados, y el actual estancamiento de los indicadores unido al permanente incremento de los gastos, nos lleva a reflexionar sobre las razones del pobre desempeño demostrado. Como se dijo en la sección anterior, los recursos físicos, humanos y monetarios son suficientes —o más que suficientes, en algunos aspectos— para obtener un mejor rendimiento. Entonces, el problema parece estar en las marcadas ineficiencias que se detectan en la asignación y utilización de los recursos, en la organización y gestión; así como también en las inequidades. La estructura de financiamiento se torna cada vez más inequitativa, dado que las familias aumentan su participación en los gastos, y las más pobres deben destinar a este tipo de gastos una parte comparativamente mayor de sus ingresos.

Al cotejar la evolución de los indicadores de resultados y de gastos entre países —con las limitaciones metodológicas y conceptuales que ello implica— se corroboran las hipótesis.⁶ Según el Banco Mundial, nuestro gasto per cápita es superior al de América Latina y en particular al de países como Chile, Colombia, México; pero tenemos resultados inferiores en el mejoramiento de los logros ya alcanzados años atrás.

Las principales causas de la baja eficacia y rendimiento del gasto pueden resumirse en las siguientes:

- *No existe integración de los subsectores en el sistema de salud.* La salud en la Argentina gira fundamentalmente alrededor del sistema de la seguridad social (OS), dependiente de los cambios políticos, institucionales y del mercado laboral que ocurran en el país. Así, el subsector público aparece fragmentado, depositario de las acciones que no resultan rentables y deficitario en cuanto a políticas para atender a la población con carencias. El subsector privado, en tanto, busca alternativas para insertarse en las nuevas y variadas situaciones del mercado. No existen condiciones que alienten la competencia entre los proveedores de los distintos subsectores para estimular la búsqueda de eficiencia y calidad en las prestación de servicios.

- *Las políticas de salud son débiles, discontinuas y fragmentadas.* Se producen dificultades para implementar políticas debido a la autonomía de las provincias. Existe una fuerte rigidez administrativa tanto en la nación como en las provincias. El personal no tiene incentivos adecuados y su productividad, por lo general, es bastante baja. Los diseños de los programas de salud no corresponden a la realidad actual, y no son objeto de monitoreo ni seguimiento, en la práctica. También se detectan superposiciones de programas que originan gastos improductivos.

- *Existe escasa o nula regulación de importantes segmentos del mercado.* El mercado de la medicina prepaga y de los planes médicos no está regulado, y el sistema de la seguridad social lo está parcialmente. No existe regulación para las acreditaciones, habilitaciones y certificaciones de

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

establecimientos y profesionales. Hay un excesivo número de OS, muchas de ellas alejadas del tamaño óptimo. Operan con inadecuada tecnología administrativa: carecen de registros de beneficiarios, de prestaciones, de facturación y controles. La falta de regulación origina sobrestaciones y sobrefacturaciones importantes, especialmente con los recursos tecnológicos, los que pueden ser utilizados en un sentido (sobrestaciones) u otro (subprestaciones), dependiendo de las modalidades de pago utilizadas.

- *Falta de incentivos para la optimización en el uso de los recursos.* Los presupuestos del subsector público y de los establecimientos hospitalarios no cuentan con ningún sistema de incentivos para la asignación de sus gastos (salvo los hospitales autogestionados, que en la práctica son escasos), y muchas veces, si existen, son perversos porque se premia a las instituciones que hayan realizado mayores gastos sin confrontarlos con su productividad. En los hospitales se detecta obsolescencia, escasez de mantenimiento, capacidad ociosa (camas, salas), atraso en la incorporación de nuevo equipamiento, o sobreequipamiento, y escasez de insumos básicos. También falta de capacitación para los niveles de gestión y necesidad de asistencia técnica para el desenvolvimiento de los aspectos institucionales y organizativos, lo que origina falta de control y fiscalización del presupuesto y su ejecución. La sobreocupación se combina con escasez de mano de obra, en algunas especialidades. En el subsector privado también se detecta sobreequipamiento, especialmente de aparatos complejos cuya amortización requiere de uso pleno, presionando entonces hacia la creación artificial de demanda.

- *Existencia de subsidios cruzados.* La población de menores ingresos subsidia en la práctica a la de mayores recursos cada vez que los beneficiarios de las OS, al no poder acceder a las prestaciones —porque no están contempladas en la cobertura, o porque los servicios están suspendidos o no pueden afrontar el copago— acuden al hospital público. En estos casos el hospital no recupera los costos, por la política de gratuidad indiscriminada (siempre que no funcione como hospital autogestionado) o por su incapacidad para facturar las prestaciones que realiza por la dificultad de identificar a los afiliados. Por otra parte, también se producen subsidios cruzados cuando muchos afiliados a las OS, que poseen medianos o altos ingresos, se adhieren a los planes prepagos, no utilizando los servicios por los que aportan compulsivamente.

- *Relativamente baja satisfacción de pacientes y afiliados de las OS.* Los pacientes de los establecimientos públicos deben realizar esperas prolongadas para su atención, y en muchas oportunidades abonar aranceles establecidos por cada nosocomio según su propio criterio. Las OS no responden a la totalidad de las demandas, y en ese sentido no hay proporcionalidad entre los esfuerzos financieros que significan para los trabajadores, con las prestaciones que reciben a cambio.

- *Falta de condiciones para la competencia.* La ineficiencia del sistema está estrechamente ligada a la condición de población cautiva de los afiliados, y de la que dispone cada obra social, que actúa en forma independiente de la voluntad y del grado de satisfacción de aquellos respecto de la atención recibida. El criterio de solidaridad opera, hasta el presente, dentro de cada OS, pero no entre distintas OS. Como resultado, el sistema permitió la existencia de OS con ingresos promedio por afiliado diez veces superiores a otras, lo que explica la enorme disparidad en la calidad de la cobertura. El fondo solidario de redistribución, destinado a equiparar dichas inequidades, no cumplió su cometido y hubo mucha discrecionalidad en su asignación.

- *Falta de transparencia en la información.* Existe una absoluta desinformación acerca de los movimientos de las OS, su número, beneficiarios, fuentes y usos de fondos, presupuestos, y otros. La clientela de la medicina prepaga se concentra en pocas empresas que poseen gran cantidad de planes, con poca transparencia en las coberturas ofrecidas, limitaciones a personas con enfermedades preexistentes, y períodos de carencias.

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

Como consecuencia de las deficiencias comentadas, se generan costos muy elevados y baja productividad del gasto, con resultados sobre la salud de la población inferiores a los previstos por las inversiones efectuadas. Es razonable pensar que si se aumentaran los recursos sin

modificar el sistema, los resultados serían igualmente pobres, por los problemas de base existentes. El sistema en su conjunto —y en particular los subsectores público y de OS— muestra señales de agotamiento y *requiere de una reforma que permita una mejor integración y mayor eficiencia en las prestaciones.*

C. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO: EQUIDAD

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

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

Los beneficiarios del sistema de la seguridad social, como se dijera anteriormente, son los trabajadores dependientes con sus familias, y los jubilados y pensionados. En forma independiente, alrededor de tres millones y medio de personas de ingresos medios y altos son beneficiarios de la medicina prepaga, y por último un reducido número de habitantes se atiende a través de la contratación directa, costeadando la totalidad de los aranceles.

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

a) Población sin cobertura

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

- *Inequidad en la cobertura de seguros.* En el censo de 1991, figuraban casi doce millones de personas sin cobertura, de las cuales es dable suponer que once millones son usuarios de los establecimientos asistenciales públicos, por su condición de trabajadores informales, desocupados, independientes, con carencias, etc.⁷ Esta población está concentrada en los primeros quintiles de ingresos; así, el 47% de la población ubicada en el primer quintil, y el 33% del segundo no tiene cobertura de ningún tipo, mientras que solo el 8% de la del quinto no la posee, pero cuenta seguramente con recursos para atenderse privadamente (Flood y otros, 1994b). Relacionando a la población sin cobertura (33% del total) con los gastos del sector público fiscal destinados en 1995 (23% del total, cuadro 2), se evidencia inmediatamente la inequidad del sistema. Esta se agudiza cuando se considera que dentro de los gastos se incluyen también los subsidios cruzados (el 30% de las personas atendidas en los hospitales pertenece al sistema de seguridad social), la provisión de bienes públicos, y otras partidas vinculadas con aspectos administrativos que están destinadas a la población en su conjunto.

CUADRO 7
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON COBERTURA
DE SEGUROS DE SALUD

| Población | Miles | Porcentaje |
|------------------------------------|--------|------------|
| I. Población sin cobertura | 11 868 | 36.3 |
| II. Población con cobertura: | 20 300 | 62.2 |
| Afiliados a obras sociales | 13 153 | 40.3 |
| Afiliados a plan médico/mutual | 1 500 | 4.6 |
| Afiliados a OS + planes privados * | 5 645 | 17.3 |
| III. Ignora tipo de cobertura | 447 | 1.4 |
| Población Total | 32 616 | 100.0 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), *Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991*, Buenos Aires, 1991.

* Incluye los que ignoran el nombre del plan.

7. El restante millón de personas corresponde a las de ingresos altos, que se autofinancian, y no recurren a las empresas privadas de salud por poseer enfermedades preexistentes o por atenderse con médicos de "excelencia" no incluidos en ninguna nómina, o por otras causas.

- *Inequidad en la distribución geográfica.* La inequidad también se constata cuando se observa que las mayores tasas de cobertura se verifican en las provincias con población de mayores ingresos. Así, la población de Chaco, Salta y Santiago del Estero tiene una cobertura de salud de 47%, 50% y 43%, respectivamente, mientras que la Capital Federal registra un 79% y el Gran Buenos Aires un 61%. Otro tema vinculado con la inequidad es el de las diferencias en los recursos físicos y humanos, y en la calidad de atención en las distintas regiones. En la Capital Federal, Gran Buenos Aires y capitales de las grandes provincias, los servicios sanitarios son francamente superiores y de mejor calidad que en las restantes capitales y ciudades del interior del país.
- *En la distribución de los gastos fiscales se da preferencia a los pobres.* Gran parte de tales erogaciones se destinan a la población de escasos recursos, aunque debemos destacar que un 20% de los gastos se dirigen a los quintiles superiores, los que deberían pagar por las prestaciones que reciben, salvo por aquellas que sean consideradas "bienes públicos" o sujetas a fuertes externalidades. Estos montos son importantes para ser relocalizados en la población de los primeros quintiles.⁸

CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO FISCAL, AÑO 1992

| Quintiles | I | II ^a | III | IV | V | Total |
|----------------------------|-------|-----------------|------|------|-----|-------|
| En millones de pesos | 1 276 | 563 | 898 | 529 | 162 | 3 428 |
| En porcentaje | 37.2 | 16.4 | 26.2 | 15.4 | 4.7 | 100.0 |
| Pesos promedio por persona | 149 | 88 | 127 | 89 | 32 | 103 |
| En porcentaje del ingreso | 8.7 | 2.5 | 2.8 | 1.2 | 0.2 | 1.7 |

Fuente: M. Cristina V de Flood, *El gasto público social y su impacto redistributivo*, Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica (SPE), 1994.

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

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

Del total de los 3 428 millones gastados en el año 1992, el 37% le correspondió a los hogares ubicados en el quintil primero (menores ingresos), mientras que solo el 5% a los de mayores ingresos, lo que demuestra la potencialidad de la inversión en salud como instrumento para redistribuir ingresos. Dichos montos, que corresponden a un promedio para el país de 103 pesos por habitante, representan en los extremos 149 pesos por persona para la población del primer quintil, y 32 pesos para el quinto.

Los gastos en salud pública representan para las familias más humildes el 9% de los ingresos, constituyendo un esfuerzo importante de los mismos, mientras que para los otros estratos el peso es bastante irrelevante (1.2% y 0.2% para el cuarto y quinto quintil, respectivamente), y siendo el promedio para la población de 1.7% (Flood y otros, 1994a).

Como dato ilustrativo, en ese mismo año la población percibió por todos los programas sociales (excluyendo los seguros: previsión, seguridad social, desempleo, asignaciones familiares) 488 pesos en promedio por habitante, equivalentes al 8.2% del ingreso. De dicho total, prácticamente un quinto corresponde a salud: 103 pesos. Para el primer quintil, el aporte de los programas sociales fue del 37% del ingreso, y entre ellos el sector de mayor incidencia fue educación con 16%, y el segundo salud con 8.7%.

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

- *Uso del hospital público.* Antes de analizar el lugar de las consultas realizadas por la población según estratos socioeconómicos, es necesario conocer su percepción de la salud, es decir la importancia otorgada a la prevención y al cuidado. En el conglomerado del Gran Buenos Aires, la población más necesitada (primer quintil) que realiza consultas es el 18%, mientras que el 82% no lo hace. Esa proporción es distinta para la población ubicada en el quintil de mayores ingresos, donde sí las realizan el 27%; aún más, si medimos el décimo decil, el porcentaje aumenta al 30%.⁹

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

CUADRO 9
CONSULTAS POR LUGAR DE ATENCIÓN EN EL CONGLOMERADO
DEL GRAN BUENOS AIRES, AÑO 1992

| Lugar de atención | Quintil | | | | | Total |
|------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | I | II | III | IV | V | |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Hospital público | 42.4 | 23.3 | 29.4 | 20.1 | 7.3 | 25.3 |
| Establecimiento de obra social | 25.7 | 29.6 | 32.8 | 33.0 | 25.2 | 29.3 |
| Establecimiento o consulta privada | 29.7 | 44.2 | 35.4 | 42.3 | 65.8 | 42.6 |
| Otros | 2.6 | 1.6 | 2.9 | 4.6 | 1.6 | 2.6 |

Fuente: M. Cristina V. de Flood, "Educación y salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura", serie Gastos públicos, Documento de trabajo, N° 4, Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica (SPE), 1994.

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

b) Beneficiarios de las OS

- *Inequidad en las prestaciones y coberturas.* La inequidad es uno de los rasgos del sistema, que se explica porque a igualdad de aportes en distintas OS, los beneficiarios reciben prestaciones muy diferentes tanto en calidad como en cobertura, sin tener posibilidad de cambiarse de institución. La deficiencia en la calidad de las prestaciones médicas no es homogénea para toda la población, sino que coincide con las OS que tienen menores ingresos o que administran peor los recursos.

- *Inequidad regional.* Los afiliados de OS comprendidas en el régimen de la ANSSAL, que en igualdad salarial realizan los mismos aportes, perciben prestaciones que dependen de la oferta local existente, y por lo tanto difieren enormemente según se trate de ciudades importantes o del interior del país. En el caso de las OS provinciales los aportes y coberturas se diferencian por jurisdicción.
- *Subsidios cruzados.* Las OS perciben subsidios del sistema fiscal porque sus beneficiarios que realizan sus aportes obligatorios son atendidos gratuitamente en los hospitales públicos. A su vez, se benefician con las prestaciones de las OS quienes pueden hacerse cargo de los copagos y otras diferencias exigidas. Por otra parte, los beneficiarios de mayores ingresos disconformes con las prestaciones de las OS, recurren a los seguros voluntarios, no utilizando los de las OS y subsidiando a estas con sus aportes.
- *Inequidad en la cobertura por grupos de edad y condición de actividad.* La distribución de los afiliados al sistema de seguridad social por quintiles de ingresos es bastante pareja, correspondiendo al primero, segundo y tercero, el 20%, 22% y 22%, respectivamente, y al cuarto y quinto, el 20% y 17%, pero de ello no puede inferirse su porcentaje de utilización ni la calidad recibida. Cuando se analiza la afiliación por edad y la condición de actividad, se observan fuertes diferencias. El valor mínimo de cobertura se presenta en el grupo de personas entre los 20 y los 29 años (52.0%), y el valor máximo (87.5%) en el grupo de 65 y más años de edad, según registro del INSSJP. De acuerdo a la condición de actividad, el porcentaje de población sin cobertura de seguros varía del 36.3% de la población general al 60% entre las personas desocupadas. El porcentaje de personas aseguradas también difiere entre los trabajadores del sector privado, ya que en este el porcentaje sin cobertura, pese a la obligatoriedad, es del 29.9%, cifra que llega al 48.8% entre los que trabajan en establecimientos pequeños, de hasta 5 empleados (Flood *et al.*, 1994b).

IV. ANÁLISIS POR SUBSECTORES

A. GASTO Y FINANCIAMIENTO DEL GOBIERNO NACIONAL

Dentro de la salud pública, los gobiernos de las jurisdicciones desempeñan papeles diferentes, los que se modifican con el transcurso del tiempo y como resultado de centralizaciones, descentralizaciones, y nuevas modalidades de funcionamiento. En efecto, en el gobierno nacional, el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) es el organismo rector y tiene a su cargo la función normativa y la regulación, prevención y promoción de las acciones que se llevan a cabo en todo el país. Para ello destinó en el año 1995, junto con los hospitales-escuela dependientes de las universidades nacionales, 504 millones de pesos. Sumando los gastos hechos por otras dependencias públicas (en el control del narcotráfico, de alimentos, y otros) más el monto de las prestaciones de salud para sus miembros que realizan las Fuerzas Armadas, la Policía y Gendarmería, se llega a los 694 millones de pesos (cuadro 2, sección 4).

El MSAS cumple una de sus funciones principales a través de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) mediante la cual interactúa con las OS. También ejecuta los programas de inmunizaciones del sida, de control de alimentos y medicamentos (anexo, cuadros 9, 10 y 11), y financia otros que se llevan a cabo en las provincias como el de maternidad e infancia, para el que transfiere fondos destinados para gastos corrientes o de capital. La atención primaria de la salud es promovida por el gobierno nacional a través de los programas de entrega de leche y de vacunaciones, pero se lleva a la práctica con recursos físicos y financieros provinciales, y por lo tanto es bastante precaria.

Los seguimientos y evaluaciones de los programas son débiles o prácticamente inexistentes, ya que las auditorías contables se concentran en la aplicación de los fondos, pero no en la ejecución ni en el impacto de los programas. El proceso presupuestario nacional vigente considera la efectuarion de las transferencias a las provincias como la última etapa de información existente, por lo que no hay control desde la Secretaría de Hacienda sobre su destino final. Estas transferencias se demoran en las provincias en ser aplicadas a los programas, y muchas veces son desviadas para cubrir el déficit fiscal. Actualmente, se está incorporando

el sistema de "cuentas separadas" por programa, para evitar estos problemas, pero estas no están implementadas en la mayoría de las provincias, y aun si lo estuvieran, con ellas no se garantiza su ejecución.

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

El financiamiento de los programas de salud que ejecuta el gobierno nacional proviene del tesoro nacional, de créditos del exterior, y de donaciones. En los últimos años se recibieron créditos de los organismos multilaterales, destinados específicamente a proyectos que luego son seguidos y monitoreados por ellos.

Los montos de los créditos otorgados a la fecha alcanzan a los 621 millones de dólares, y se encuentran otros en trámite. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) prestan un apoyo financiero importante al desarrollo de programas del sector a través del gobierno nacional. En el Ministerio de Salud y Acción Social se están desarrollando el programa de maternidad e infancia (PROMIN), con un crédito del BM en la primera etapa de 100 millones de dólares; el programa de infraestructura hospitalaria, del BID, con un préstamo de 45 millones de dólares (registra atrasos importantes), y el reciente proyecto de reforma del sector salud (PRISSAL) para la transformación de los hospitales en establecimientos autogestionados, con un crédito del BM de 101.4 millones de dólares, que se ejecutará en hospitales de la Capital Federal, provincia de Buenos Aires y Mendoza. Cabe destacar que el PROMIN es un proyecto destinado a la población con carencias, y sus objetivos son reducir la morbilidad materno-infantil, disminuir la desnutrición, y mejorar el diseño, aplicación y coordinación de los programas y servicios de salud, nutrición, educación y desarrollo infantil; tiene, además, la importante particularidad de desarrollar programas en varios sectores.

El BM, a través del proyecto de reforma del Estado en las provincias, del Ministerio del Interior, también realiza obras de infraestructura sanitaria en ellas. Pero el proyecto más importante es el recientemente iniciado sobre la reforma de las OS y el programa de atención médica

integral (PAMI), con un crédito de 375 millones de dólares, y que tiene como propósito reestructurar el sistema, garantizar la libre elección y la competencia entre las instituciones. Todos estos proyectos se desarrollan en las provincias mediante convenios celebrados entre la nación y ellas, y se benefician con asistencia técnica, inversiones en construcciones y equipamiento, y con la capacitación de sus agentes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) también prestan asistencia técnica al país, realizando proyectos, estudios, seminarios y cursos de capacitación.

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

B. GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LOS GOBIERNOS PROVINCIALES Y MUNICIPALES

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

El gasto provincial se financia a través de las rentas generales, y con transferencias nacionales para la ejecución de programas determinados, como ya vimos. A su vez, en algunos casos las provincias realizan transferencias a los municipios, que son los ejecutores. Sus rentas generales se

nutren de dos fuentes: a) recursos provenientes de la coparticipación federal (70%) que la nación recauda como función delegada, y b) recursos propios provinciales (30%).

Las provincias y algunos municipios atienden fundamentalmente programas universales (de atención hospitalaria y en salas) y, en segundo término, los programas focalizados. Les corresponde la responsabilidad de administrar los hospitales públicos y ello explica el fuerte predominio de estos en el gasto (75% del gasto total en salud de los gobiernos).

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

El hospital público es parte esencial del sistema de salud, porque brinda asistencia a la población con carencias, subsidia a las OS prestando servicios a sus beneficiarios sin cobrarles, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que concurren en caso de accidentes o atraídos por cierta excelencia del servicio, y ejerce funciones de docencia en la formación médica de grado y postgrado. Al mismo tiempo, y como resultado de sus múltiples funciones y limitados recursos, el hospital afronta un fuerte deterioro en su estructura e ineficiencia en su gestión. Por lo general, está organizado centralizadamente, las plantas de personal son rígidas y sin incentivos, carece de sistemas de información apropiados para la toma de decisiones, y tiene fuertes déficit en infraestructura y equipamiento, junto con una sobredotación de camas. Ello, sumado a los años de carencia de inversiones, desatención del

mantenimiento, falta de equipamiento e insumos, y las fuertes limitaciones que se observan en los niveles de gestión, colocó a la mayor parte de los hospitales en una situación muy vulnerable.

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

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

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

CUADRO 10
GASTO EN SALUD PÚBLICA
(En millones de pesos)

| Años | Nación | Provincias | Municipios | Total |
|------|--------|------------|------------|-------|
| 1991 | 328 | 1 839 | 377 | 2 544 |
| 1992 | 263 | 2 651 | 501 | 3 428 |
| 1993 | 284 | 3 240 | 631 | 3 914 |
| 1994 | 634 | 3 273 | 691 | 4 598 |
| 1995 | 594 | 3 145 | 762 | 4 502 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

Nota: Provincias incluye la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

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

C. GASTO Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Las obras sociales constituyen el seguro de salud de los trabajadores dependientes y sus familiares directos. Los rasgos esenciales del sistema son el carácter obligatorio de adhesión y la organización por rama de actividad. Tal imposición determina la existencia de poblaciones cautivas que, sin importar las prestaciones recibidas, la satisfacción con el sistema, y su utilización o no deben aportar su cotización. Dichas características no posibilitan la competencia en cuanto a eficiencia y calidad. No existen incentivos para el mejoramiento de los servicios prestados, ya que los ingresos de las OS son absolutamente independientes de la conformidad del beneficiario con la atención médica suministrada.

Las entidades de la seguridad social son las obras sociales pertenecientes a la ANSSAL, el INSSJP, y otras obras sociales nacionales y provinciales, ya mencionadas en esta sección. La ANSSAL es una entidad estatal de derecho público con personería jurídica y autonomía financiera y administrativa, y las obras sociales comprendidas por ella son las que se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO 11
OBRAS SOCIALES INTEGRANTES DE LA ANSSAL

| Tipos de obras sociales | Número | Beneficiarios | En porcentaje |
|-------------------------|--------|---------------|---------------|
| Sindicales | 203 | 4 611 492 | 56 |
| Estatales | 6 | 83 963 | 1 |
| Por convenio | 19 | 44 496 | 1 |
| Personal de dirección | 23 | 609 404 | 7 |
| Administración mixta | 13 | 2 303 163 | 28 |
| Otras | 12 | 162 146 | 2 |
| Sin clasificación | s/n | 433 647 | 5 |
| Total | 276 | 8 248 311 | 100 |

Fuente: Dirección General Impositiva (D.G.I.), publicado en Banco Mundial, "Exploring the health impact of economic growth, poverty reduction and public health expenditure", *Macroeconomics, Health and Development series*, N° 18, Ginebra, 1996.

Existe una fuerte concentración de poblaciones, ya que mientras las 15 de mayor tamaño —entre las que se encuentran las de administración mixta— concentran más del 60% de la población afiliada, las 15 menores prácticamente no llegan a tener participación. Este fuerte desequilibrio determina que muchas OS muy pequeñas posean altos costos fijos, lo que limita la realización de prestaciones mínimas y hace que sus afiliados se encuentran en situación inequitativa respecto a otros.

Por último, existen otras obras sociales nacionales que no entran dentro de la ANSSAL, y que son las que cubren al personal del poder judicial, del congreso de la nación, de las fuerzas armadas y de seguridad, y de las universidades nacionales.

1. Gasto de las obras sociales

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

CUADRO 12
GASTO DE OBRAS SOCIALES
(En millones de pesos)

| Años | PAMI | ANSSAL | OS provinciales | Total |
|------|-------|--------|-----------------|-------|
| 1991 | 1 116 | 2 369 | 792 | 4 278 |
| 1992 | 1 558 | 2 635 | 990 | 5 183 |
| 1993 | 1 857 | 2 860 | 1 148 | 5 864 |
| 1994 | 2 443 | 3 047 | 1 215 | 6 705 |
| 1995 | 2 574 | 3 054 | 1 219 | 6 847 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

Nota: Se excluyen gastos de asistencia social y turismo.

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

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

CUADRO 13
GASTOS MENSUALES POR BENEFICIARIO DE OBRAS SOCIALES
(En pesos)

| Años | PAMI | ANSSAL | Provincias | Promedio |
|------|------|--------|------------|----------|
| 1991 | 25.4 | 13.6 | 13.7 | 15.5 |
| 1992 | 35.2 | 15.1 | 16.9 | 18.7 |
| 1993 | 41.6 | 19.4 | 19.6 | 20.9 |
| 1994 | 54.4 | 17.1 | 20.6 | 23.8 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

Cabe señalar que es probable que los fondos disponibles por beneficiario de ANSSAL sean considerablemente mayores, ya que se conoce que el número de beneficiarios es mucho menor al tomado en la estimación (cuadro 14).

2. Beneficiarios de las OS

En el siguiente cuadro se detalla la cantidad de beneficiarios de cada uno de los seguros de salud obligatorios. La información de las OS pertenecientes a la ANSSAL está sobredimensionada, a causa de que con las anteriores reglamentaciones, esto les resultaba conveniente para acceder a los recursos del fondo solidario de redistribución. Desde que la recaudación de los aportes y contribuciones a las OS nacionales fuera unificada en la Dirección General Impositiva (DGI), se cuenta con una nueva fuente de información, real, que muestra un número considerablemente menor

de beneficiarios, los que presentamos en el cuadro 11, que registra 8 248 311 afiliados en lugar de los 14 824 000 mostrados aquí. Los datos correspondientes al PAMI y a las OS provinciales pueden considerarse confiables. Los valores de la DGI están más próximos a los datos censales, los que fueron presentados en el cuadro 7.

CUADRO 14
BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES
(En miles)

| Años | PAMI | ANSSAL (*) | Provincias | Promedio |
|------|-------|------------|------------|----------|
| 1991 | 3 660 | 14 460 | 4 831 | 22 951 |
| 1992 | 3 688 | 14 581 | 4 860 | 23 129 |
| 1993 | 3 716 | 14 702 | 4 889 | 23 307 |
| 1994 | 3 744 | 14 824 | 4 918 | 23 486 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

(*) Los datos pertenecen al régimen de la ANSSAL y al de otras OS nacionales, y difieren de los de la DGI.

3. *Financiamiento de las obras sociales*

El financiamiento de las OS proviene de: a) las cuotas de aportes y contribuciones de los trabajadores activos y pasivos, b) los aportes extraordinarios, c) las cuotas de afiliados voluntarios, d) los coseguros, bonos moderadores de consumo, e) otros ingresos, y f) ingresos provenientes del fondo solidario de distribución. Dicho fondo fue diseñado como mecanismo compensador de la capacidad financiera de las distintas OS, tendiente a canalizar los recursos de las superavitarias a las deficitarias.

Los montos recaudados son utilizados por las OS nacionales, el PAMI y las obras sociales provinciales (terceros pagadores) en la contratación centralizada (casos limitados) o descentralizada de servicios médico-asistenciales. Tal como ocurre con la ANSSAL (fondo de redistribución), los fondos disponibles del PAMI figuran en la ley de presupuesto, y los valores aprobados se utilizan en la contratación de servicios. Los recursos de las OS dependen, entonces, de las fuentes de financiamiento y su

recaudación efectiva, del tipo de proveedor o institución responsable de la ejecución del gasto, de las modalidades de contratación de los servicios, y de las características de la población atendida.

El seguro obligatorio de salud fue financiado desde sus orígenes (ley 18.610, 1970) en forma bipartita, a partir de los aportes de los trabajadores y de las contribuciones de los empleadores.

CUADRO 15
FINANCIAMIENTO DE OBRAS SOCIALES, ANSSAL Y PAMI
(Como porcentaje sobre remuneraciones y aguinaldo)
Año 1996

| | OS | PAMI | Total |
|--------------|-----|-----------|-------------|
| Trabajadores | 3.0 | 3.0 | 6.0 |
| Empleadores | 5.0 | 1.4 - 0.4 | 6.4 - 5.4 |
| Pasivos | - | 4.5 | 4.5 |
| Total | 8.0 | 8.9 - 7.9 | 16.9 - 15.9 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

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

CUADRO 16
EVOLUCIÓN DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES AL SISTEMA
(Como porcentaje sobre remuneraciones y aguinaldos)

| Vigencia | Ley/Decreto N° | Aportes trabajador | Contribuciones | Total |
|----------|----------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 1970 | 18.610 | 1.0 | 2.0 | 3.0 |
| 1971 | 18.980 | 1.0 | 2.0 | 3.0 |
| 1975 | 21.092 | 1.0 | 2.5 | 3.5 |
| 1975 | 21.216 | 2.0 | 4.5 | 6.5 |
| 1977 | 21.640 | 3.0 | 4.5 | 7.5 |
| 1980 | 22.269 | 3.0 | 4.5 | 7.5 |
| 1989 | 23.660 | 3.0 | 6.0 | 9.0 |
| 1993 | 2.609 | 3.0 | 1.2 - 6.0 (*) | 4.2 - 9.0 |
| 1995 | 372 | 3.0 | 3.0 - 6.0 (**) | 6.0 - 9.0 |
| 1995 | 292 a) | 3.0 | 2.4 - 5.4 (***) | 5.4 - 8.4 |
| 1995 | 292 b) | 3.0 | 1.8 - 4.8 | 4.8 - 7.8 |
| 1995 | 292 c) | 3.0 | 1.2 - 4.2 | 4.2 - 7.2 |
| 1995 | 492 | 3.0 | 5.0 (****) | 8.0 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

- (*) La disminución de aportes patronales rige para las jurisdicciones que firmen el pacto federal, en los sectores de: producción primaria, industria, construcción y ciencia y técnica. El descuento es mayor cuanto más lejos esté el departamento de la Capital Federal y más alto sea el porcentaje de población con NBI. La reducción varía entre el 30% (Capital Federal) y 80% (Formosa, Chaco y parte de Santiago del Estero) (anexo, mapa 1).
- (**) La disminución está sujeta al cumplimiento de la modificación del impuesto a los ingresos brutos (Pacto federal, punto 4) y se extiende a la totalidad de las actividades, salvo el sector público. Las reducciones oscilan entre 0 y 50%.
- (***) Este decreto no tuvo vigencia en los aportes para las OS. El cronograma de reducciones era: a) septiembre-octubre 1995: 10%-50%; b) noviembre-diciembre 1995: 20%-65%, y a partir de enero de 1996: 30%-75% (anexo, cuadro 12).
- (****) Reemplazó al decreto 292.

La reducción de las contribuciones patronales sufrió sucesivas variaciones, finalizando con la unificación en 5% para todas las regiones y actividades.

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

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

4. Fondo solidario de redistribución

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

Los ingresos de la ANSSAL (fondo solidario de redistribución), fijados por la ley están constituidos por:

- 10% de la recaudación de las obras sociales (sindicales, institutos y de convenio);
- 15% de la recaudación de las obras sociales del personal de dirección (fuera de convenio) y
- 50% de los recursos de otra naturaleza que perciben las OS (ejemplo: ingresos sobre depósitos bancarios, venta de seguros, etc.).

La mayor parte estos ingresos proviene de la recaudación de las OS; los recursos de otra naturaleza representan aproximadamente un cuarto del total. Los aportes extraordinarios han sido un tema controvertido, a tal punto que al Instituto de Servicios Sociales Bancarios (ISSB) le fueron suprimidos por el decreto 263 de 1996, que además declaró su disolución como instituto mixto y su reconversión en OS sindical, para facilitar la reforma (igual que los restantes institutos

mixtos). Días después, con el cambio de ministro de economía, se le restableció el aporte extraordinario ahora del 1%, en lugar del 2% que había tenido históricamente (decreto 915, de 1996). Este es otro ejemplo de lo complejo que es el sistema, y de su sensibilidad a los cambios políticos.

5. Financiamiento del INSSJP

El INSSJP a través del programa de atención médica integral (PAMI) brinda cobertura a la población jubilada, pensionada, y a sus familiares (aproximadamente 4 millones de personas) y, hasta 1995, a los beneficiarios de las pensiones no contributivas. Constituye un organismo de administración mixta y su directorio está integrado por representantes del Estado, del sector pasivo, y de la Confederación General de Trabajo (CGT).

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

6. Obras sociales provinciales

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

Los ingresos de estas OS provienen de los aportes y las contribuciones sobre las remuneraciones (incluidas bonificaciones, en 15 obras sociales; sobre sueldos básicos, en 6, y 2 sin información) de los empleados dependientes de los gobiernos provinciales. Los porcentajes de aportes

y contribuciones oscilan entre el 7% y el 12.5% sobre el salario. La mayoría de ellas (15) percibe un aporte global por el núcleo familiar directo, en otras (5) se agrega un porcentaje para la incorporación del grupo familiar, y por último existen tres en las que se incrementa el aporte por cada miembro.

CUADRO 17
EVOLUCIÓN DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES AL INSSJP
(Como porcentaje sobre remuneraciones y aguinaldo)

| Período de vigencia | Activos | | Pasivos |
|---------------------|--------------------|----------|---------|
| | Patronal | Personal | |
| Ley 19032/71 | - | 1.0 | 2.0 |
| 12/75 - 2/76 | - | 1.0 | 4.5 |
| 3/76 - 5/77 | - | 1.0 | 4.5 |
| 6/77 - 9/80 | - | 1.0 | 4.5 |
| 10/80 - 4/84 | - | 1.0 | 4.5 |
| 5/84 - 9/84 | - | 1.0 | 4.5 |
| 10/84 - 10/85 | - | 1.0 | 4.5 |
| 11/85 - 12/86 | - | 1.0 | 4.5 |
| 1/87 - 6/88 | - | 1.0 | 4.5 |
| 7/88 - 1/89 | 2.0 | 3.0 | 4.5 |
| 2/89 - 8/90 | 2.0 | 3.0 | 4.5 |
| 9/90 - 12/92 | 2.0 | 3.0 | 4.5 |
| 1/92 - 11/93 | 2.0 | 3.0 | 4.5 |
| 11/93 - 2/95 | 2.0 - 0.4 (*) | 3.0 | 4.5 |
| 3/95 - 7/95 | 2.0 - 1.0 (**) | 3.0 | 4.5 |
| 8/95 | 1.8 - 0.8 a) (***) | 3.0 | 4.5 |
| | 1.6 - 0.6 b) | | |
| | 1.4 - 0.4 c) | | |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (D.N.P.G.S.), Secretaría de Programación Económica (S.P.E.).

(*) Decreto 2690, año 1993: La disminución de aportes patronales rige para las jurisdicciones que firman el pacto federal, en los sectores de producción primaria, industria, construcción y ciencia y técnica. El descuento es mayor cuanto más lejos esté el departamento de la Capital Federal y más alto sea su porcentaje de población con NBI. La reducción varía entre el 30% (Capital Federal) y 80% (Formosa, Chaco y parte de Santiago del Estero).

(**) Decreto 372, año 1995: Amplia la disminución a todas las actividades, salvo a las gubernamentales, pero reduce su porcentaje, que varía entre 0% (Capital Federal) y 50% (Formosa) sobre los aportes.

(***) Decreto 292, año 1995: Establece un cronograma de descuentos: a) a partir de septiembre- octubre: 10%-50% sobre los aportes; b) a partir de noviembre-diciembre: 20%-60%, y c) desde enero 1996: 30%-75%.

7. Modalidades de contratación del sistema de seguridad social

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

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

Las contrataciones mencionadas pueden responder a las siguientes modalidades:

- Por capitación: Pago uniforme, periódico (mensual), por atención integral (con exclusiones explícitas) según contratos renovables. La modalidad incentiva la selección de pacientes según costo de tratamiento y puede no ser efectiva para garantizar la calidad; además, tiende a la subprestación por parte de los proveedores. Esta modalidad la utiliza actualmente el INSSJP, y es considerada atractiva por las OS, por su cobertura: pagos globales, módulos asistenciales, honorarios más gastos. Los sistemas de control más frecuentes son las autorizaciones previas y las órdenes de prestación. Esta modalidad incentiva el sobreconsumo y los tratamientos prolongados, y aumenta los costos.
- Mixta: Por capitación más pago por servicios diferenciados según las prestaciones (de alta complejidad, tratamientos de patologías crónicas, etc.)

- **Por arancel globalizado:** Se vincula al diagnóstico y pago por caso utilizando como base grupos de afinidad diagnóstica. El prestador del servicio comparte los riesgos de su actividad, pero se registran dificultades técnicas para establecer los mixtos de casos, y su remuneración. En la práctica, el monto del arancel no se ha establecido con rigor técnico.

D. MERCADO PRIVADO

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

Los gastos en este tipo de seguros muestran un constante crecimiento debido a que las familias —frente a la incertidumbre y a los cada vez más altos costos de los servicios médicos— los contratan cada vez más. La población asegurada voluntariamente más la población obligada a afiliarse a las OS, constituyen la mayor parte de la demanda del mercado privado de salud (anexo, cuadro 17).

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

Los seguros voluntarios se pueden clasificar entre los que tienen fines de lucro —medicina prepaga— y los que no los tienen; estos últimos, están conformados por los hospitales de las comunidades (Hospital Francés, Alemán, Británico, Israelita, y otros), que ofrecen planes de salud.

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

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

Según nuestra estimación, las empresas de salud prepaga son alrededor de 270, poseen aproximadamente 2 mil programas, cubren una población calculada en 3.5 millones de personas, y tienen ingresos por 2 520 millones de pesos. Ello equivale a un gasto individual mensual de 60 pesos, superior al del sistema de seguridad social, al que habría que agregar las cuotas por servicios de emergencia.

Estas entidades presentan, en líneas generales, las siguientes características:

- el modelo de compra es el de pago por prestación, y comúnmente contratan, prestadores privados, siendo muy pocas las empresas que tienen servicios propios. Por lo tanto, estas empresas son intermediarias entre los asegurados y los prestadores;
- presentan severas restricciones al ingreso, al no admitir a beneficiarios con enfermedades preexistentes;
- se reservan la atribución de alterar, suspender o reemplazar planes, y hasta de rescindir contratos;
- establecen tiempos de espera (carencia) que varían entre 3 y 18 meses;
- no cubren los siguientes casos: a) toxicomanías e intoxicaciones autoprovocadas, b) tratamiento de lesiones provocadas voluntariamente por el afiliado, c) accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y sus secuelas, d) lesiones derivadas de prácticas de deportes de alto riesgo, e) requerimiento de material radioactivo y materiales descartables especiales (marcapasos, válvulas cardíacas), f) afecciones derivadas de sismos, inundaciones y desastres en general, y g) internación en centros geriátricos y neurosiquiátricos;
- las cuotas varían con la edad (18, 36, 70 y 75 años): a mayor edad, mayor cuota, sin tener en cuenta el tiempo de afiliación ni los aportes acumulados.

Un proceso interesante de resaltar es la concentración que se está operando entre las empresas de medicina prepaga, vinculado seguramente con la reforma de las OS. Entre ellas, AMSA es la que tiene más afiliados, pero por facturación el liderazgo se encuentra en The Exxel Group, que controla a las compañías Galeno Life S.A., Vesalio y TIM (160 mil afiliados, e ingresos por 180 millones de dólares), además de las clínicas Del Sol, Trinidad y Jockey (con ingresos por otros 60 millones de

dólares). En cuanto a la calidad, se ubican en los primeros lugares: Medicus (160 mil afiliados, y las clínicas Otamendi y Las Lomas), el Swiss Group con 83 mil asociados, la Maternidad Suizo-Argentina, y las empresas CIM, Magna y Salud Docthos, del grupo Roberts, atiende a 100 mil personas, OMINT 80 mil, Diagnos 48 mil y Qualitas, asociada con la estadounidense Principal y con un objetivo de atención muy especial, reconoce alrededor de 15 mil beneficiarios.

Las organizaciones —similares— de planes médicos, se generaron a partir de proveedores asistenciales privados, que aprovechando su capacidad instalada ofrecen sus servicios mediante un sistema de prepago. En el último tiempo, algunas entidades de prestadores se asociaron y comenzaron a realizar contratos para prestar servicios por un monto fijo per cápita. Ello significa compartir riesgos y controlar los costos.

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

La Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECILISA) agrupa a cerca de 1 500 instituciones, que poseen 67 mil camas. Estos establecimientos tradicionalmente proveían sus servicios a las OS bajo la modalidad de pago por prestación, lo que en la práctica significó no transferir ni compartir sus mayores costos y riesgos con la parte contratante. Para obviar esto, las instituciones generaron sobreprestaciones y, buscando rentabilidad, incorporaron anárquicamente tecnología de alta complejidad, aprovechando las facilidades de su importación, lo que contribuyó a un sobredimensionamiento y a su uso indiscriminado.

Últimamente, estas entidades se están fusionando, realizan contratos por capitación, y se encuentran revisando sus sistemas de costos y gestión. La ausencia hasta el pasado reciente de normas legales para la categorización de establecimientos, y la falta de mecanismos de acreditación, han producido grandes diferencias en la calidad de la atención médica, que en muchos casos no alcanza el nivel mínimo deseado.

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

Otro rubro importante de gasto se relaciona con la odontología que es una especialidad que aún no ha sido incorporada plenamente a las prestaciones aseguradas, de modo que por gran parte de sus servicios se realizan pagos directos.

En cuanto al financiamiento, con las cuotas de la medicina prepaga, las familias allegan recursos al mercado asegurador privado, en tanto que con los aportes sobre sus salarios y los de sus empleadores financian a los proveedores privados que prestan servicios para los aseguradores compulsivos (OS). También financian: a) Los aranceles, los coseguros y bonos de contribución exigidos por las OS y empresas de medicina prepaga, b) las compras directas de medicamentos, y c) la atención, estudios e internaciones contratados privadamente. Todos estos gastos de las familias representan el 44% del gasto total en salud (cuadro 2).

Por último, debemos señalar tanto la total carencia de información del subsector, como la falta de regulación de su funcionamiento, ambos aspectos relevantes que deben tenerse en cuenta para cualquier reforma del sistema integral de salud.

V. TENDENCIAS ACTUALES DE LA REFORMA

En la Argentina, los cambios en el sector salud se van realizando mucho más lenta y dificultosamente que los llevados cabo por la reforma del sistema previsional. En efecto, ambos tuvieron un comienzo simultáneo, pero mientras la reforma se halla en pleno funcionamiento desde hace dos años los cambios en salud se encuentran aún incompletos. Esta situación se vincula con los muchos e importantes intereses políticos, sindicales y empresariales que están en juego, y con las presiones ejercidas por estos grupos. Por lo tanto, el tratamiento del tema se sitúa en un ambiente político-institucional altamente sensible y conflictivo, que ha llegado a levantar fuertes oposiciones y hasta huelgas generales. Por el contrario, en el plano académico y en los ámbitos vinculados al sector de la reforma el debate existente es insignificante, y ni siquiera existe una formulación escrita que constituya la base para tal discusión. Tampoco han tenido repercusión ni motivado la realización de debates los nuevos lineamientos para la provisión pública de salud en los hospitales, de acuerdo a lo reglamentado a partir de 1992.

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

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

Entre los antecedentes de la reconversión de las OS en los últimos años, debemos señalar que en 1992 se diseñó una primera propuesta de ley de OS que proponía la "libre elección", la que a pesar de contener principios de solidaridad al unificar los aportes y establecer una capitación para todos los afiliados, fue fuertemente atacada y subestimada antes de ser discutida siquiera en el congreso de la nación. La misma proponía homogeneizar los ingresos de cada ente proveedor a partir de la cuota parte de asistencia médica (CUPAM), que se calculaba como el cociente entre el total de la recaudación originada por los aportes y contribuciones y el total de beneficiarios del sistema. Cada ente (OS) tendría el derecho a percibir tantas CUPAM como beneficiarios tuviera, obligándose a cumplir con un plan médico. Posteriormente, y ante la imposibilidad de sancionar la ley, en 1993 se promulgó un decreto por el que se establecía la libertad de elección, pero esta jamás se puso en práctica.

En 1995 comenzó, con mayor continuidad y eficacia, la promulgación de una serie de decretos y medidas que fueron modificando paulatinamente y preparando el proceso para alcanzar la reconversión de las OS y del INSSJP. Actualmente, dicha reconversión está incluida entre las condiciones firmadas (1996) entre el gobierno argentino y el Fondo Monetario Internacional (FMI), y el Banco Mundial ha otorgado préstamos importantes para su implementación, lo que hace suponer que la reforma tiene más posibilidades de realizarse.

La libertad de elección fue reglamentada (1996) por decreto, junto con la flexibilización laboral, ya que no hubiera salido por ley debido a la oposición sindical en el congreso, y se ha fijado un cronograma para

su vigencia. Se prevé que finalizada la reconversión de las OS sindicales (no incluye las OS del personal de dirección), habrá libertad para afiliarse en las entidades de seguros médicos, eligiéndose en un comienzo entre las existentes. En una segunda etapa (1998), podrían afiliarse a cualquiera de las compañías de seguros médicos, las que tendrían libre acceso al sector. En este punto, las empresas de medicina prepaga, las compañías de seguros y cualquier otra entidad que se ajuste a los requerimientos de la ley, entrarían a competir. De esta forma, los trabajadores podrían optar por un servicio de cobertura médica sin estar condicionados por el sindicato correspondiente según el convenio que regula la actividad en que se desempeñan.

Actualmente existe un consenso bastante generalizado sobre lo beneficioso que resultaría la libertad de elección de los beneficiarios. Por el lado del gremialismo, la desconfianza se centra en la manera de implementar la libre elección ya que aspiran a retener a la población afiliada en las OS y cuestionan su libre acceso a la medicina prepaga. Las empresas de este sector se encuentran preparándose y han denunciado la competencia desleal de las OS de personal de dirección —que cubren a 600 mil beneficiarios— las que contando con estructura y servicios similares, tienen prerrogativas fiscales. El ingreso de estas empresas a la competencia está previsto para 1998, según el acuerdo con el FMI.

A continuación, presentamos los pasos que se están dando para modificar aspectos importantes del mercado de la salud en la Argentina.

A. SALUD PÚBLICA

- En el presupuesto de 1992 se transfirieron los hospitales desde la órbita nacional a las provincias y municipios de la Ciudad de Buenos Aires, conjuntamente con otras descentralizaciones en educación (educación secundaria) y en los programas nutricionales (comedores escolares e infantiles).
- Se enmarcó la política de salud en el contexto general del programa de gobierno y se estableció que el gobierno nacional cumpliría una función rectora dentro del sistema de salud, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización y coordinando con las provincias la programación, fiscalización y control de las acciones sanitarias.

- En el mismo año se dictaron las normas para la transformación de los hospitales públicos en hospitales, autogestionados, con miras a mejorar su financiamiento y gestión. Se estableció la obligación de pago por los servicios brindados a los afiliados de OS, de mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros y personas con capacidad de pago, cuya recaudación podría ser administrada directamente por los establecimientos hospitalarios.
- Se garantizó la atención gratuita a la población con carencias, y se trató de evitar los subsidios cruzados. Los hospitales actuarían como organismos descentralizados, pudiendo realizar convenios con las OS, completar servicios con otros establecimientos asistenciales e integrar redes.
- Se previó la mantención del financiamiento presupuestario público de los hospitales, pero se sugería su paulatino reemplazo por el financiamiento de la demanda, dejando abierta la posibilidad de la creación de seguros públicos de salud.

Actualmente han solicitado incorporarse al sistema 828 hospitales de los 5 740 existentes (sin internación), pero en realidad son contados los que están funcionando como tales, y estos coinciden con ser los de mayor excelencia de la Capital Federal, de la provincia de Buenos Aires y de Mendoza, y que cuentan con capacidad gerencial.

B. OBRAS SOCIALES

1. Libre elección

- En 1993 se promulgó el decreto 9 por el que se modificaba el sistema de OS (excluyendo las de personal de dirección y al INSSJP), que no tuvo vigencia y quedó en suspenso. En el mismo se incorporaba la libre elección de los afiliados, posibilitando así la competencia entre las OS para captar población con distintas ofertas y calidades. Como consecuencia, se preveía el movimiento de las OS materializado en fusiones, desaparición o crecimiento de las entidades. En cuanto a los tipos de contratación, se proponía la contratación directa no regulada por aranceles oficiales, para alentar la competencia.

- Se disolvieron todas las OS mixtas (sindicato y Estado) y se convirtieron en sindicales, para ser incorporadas dentro de la libre elección.
- El decreto 292 de 1995, autorizó la libertad de elección de los jubilados (INSSJP) en agentes (OS) inscritos en un registro, y se asignaba una capitación de 36 pesos para los afiliados mayores de 60 años, 19 pesos para los afiliados mayores de 40 y de 12 pesos para los menores de dicha edad (el promedio era 30 pesos).
- El decreto 1141 de 1996, vuelve a ratificar el derecho a la libre elección de las OS sindicales, que se hará efectivo entre marzo y junio de 1997, según sea la situación particular de cada una de ellas.

2. *Financiamiento*

- En menos de dos años se modificaron tres veces las contribuciones patronales a las OS y al INSSJP. En diciembre de 1993, por el decreto 2.609, se disminuyeron los aportes patronales, incluyendo los de las OS, para determinados sectores de la economía y privilegiando a las zonas alejadas de la capital y a las más pobres. En marzo de 1995, como efecto de la crisis, se volvió atrás con la medida anterior, expandiendo las actividades pero reduciendo la disminución de las contribuciones con un cronograma paulatino de aplicación. Por último, seis meses después, se volvieron a modificar estableciéndose para las OS una contribución fija de 5% (cuadros 15 y 16).
- Se eliminaron las dobles coberturas, y se estableció que todo afiliado/beneficiario deberá aportar a una sola OS, donde se concentrarán todos los aportes.

3. *Fondo solidario de redistribución (FSR)*

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

4. *Padrones de titulares y beneficiarios*

- Se conformaron los padrones (DGI) de los aportantes —en base a los cuales se pudo automatizar la distribución del FSR— con la colaboración en el financiamiento de los organismos multilaterales. Los padrones de los beneficiarios están contemplados en el decreto 1141 de 1996, para constituirlos antes del 30 de marzo de 1997 con la realización de un censo de empleadores, información directa de los afiliados titulares de la ANSES y de la ANSSAL.

5. *Reformas en el INSSJP*

- Se establece la libre elección para los beneficiarios del INSSJP.

Se desconcentraron funciones cubiertas por el PAMI como el subsidio a la pobreza (que pasó a la ANSES), los programas de turismo (a la Secretaría de Turismo), las pensiones no contributivas y las prestaciones sociales desarrolladas a través de diversos programas asistenciales, que se transfirieron a la Secretaría de Desarrollo Social.

6. *Programa médico obligatorio (PMO)*

- Se establece el PMO que fija un régimen de asistencia obligatoria para todas las OS, las que deben asegurar ciertas prestaciones a sus beneficiarios mediante servicios propios o contratados externamente, garantizándoles la prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico e incorporando el médico de familia. El PMO entra en vigencia en noviembre de 1996, y establece que aquellos agentes que no se encuentren por sí solos en condiciones de brindarle a sus beneficiarios el PMO, dispondrán de dos meses para fusionarse; en caso contrario la ANSSAL los fusionará obligatoriamente con otro u otros agentes. El PMO establece la cobertura de la atención primaria y secundaria, así como también la tabla de valores de los coseguros: atención primaria, gratuita; consultas generales 2 pesos; consultas

especializadas 3 pesos; prácticas de diagnóstico 5 pesos, y prácticas de alta complejidad 10 pesos.

C. SEGUROS VOLUNTARIOS

La ANSSAI. dictará una normativa para las nuevas entidades que deseen registrarse como agentes del SNSS, y el MSAS presentará un proyecto de ley de la medicina prepaga, en 45 días a partir de septiembre de 1996.

D. CONSIDERACIONES SOBRE LAS NUEVAS DISPOSICIONES

1. Hospitales autogestionados

La transformación del hospital público en hospital autogestionado tropieza con obstáculos de diversa índole. En primer término, la capacidad de realizar el cambio está en función de la localización, condiciones socioeconómicas de la población del área, calidad de los recursos humanos, aptitudes de gestión, capacidad de producción, niveles de complejidad e infraestructura, etc. Por lo tanto, la transformación no puede ser inmediata y requiere de un proceso y de una "puesta al día" de los establecimientos, lo que es imposible sin una adecuada programación. Se requiere capacitación y asistencia técnica para readaptar los recursos humanos existentes a las nuevas modalidades de funcionamiento, y es imprescindible realizar estudios de costos en forma previa a la conversión del hospital. En segundo término, los hospitales se encuentran totalmente descentralizados en las provincias, y ello determina dos tipos de problemas: a) las provincias poseen autonomía y no necesariamente tienen que incorporarse al nuevo sistema, y b) estas jurisdicciones están enfrentando importantes crisis fiscales que, muchas veces, las lleva a la autogestión de los hospitales para reducir presupuestos, y terminan dejando a los establecimientos desprovistos de insumos y otros elementos imprescindibles para su funcionamiento.

Pese a la corta experiencia, podemos decir que en las áreas centrales, de mayor densidad de población, existen algunos buenos ejemplos de funcionamiento de hospitales autogestionados, pero no son significativos de la totalidad de los hospitales del país. Por otro lado, los consejos

de administración formados por médicos y fuerzas vivas de la comunidad están dando muy buenos resultados en algunos de los hospitales de la provincia de Buenos Aires. Es importante que señalemos que los resultados en cuanto a incidir en los presupuestos son pobres, ya que de acuerdo con informes directos de los hospitales, los ingresos provenientes de la facturación de las OS nunca superan el 18%-20% de los recursos totales del establecimiento.

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

El hospital autogestionado es hoy, en términos generales, un objetivo por cumplir con ejemplos circunscritos a condiciones especiales. Los hospitales del interior, y especialmente los de las zonas con más carencias, no tienen ninguna posibilidad de convertirse en autogestionados, porque sencillamente no hay población afiliada en número suficiente como para proveer los ingresos necesarios. Por otra parte, debemos señalar que se requiere alguna programación pública para evitar los sobreequipamientos y desajustes con las necesidades en que puedan incurrir algunos hospitales a fin de incrementar sus ingresos, generando con ello una fragmentación mayor a la actual y un derroche en inversiones improductivas.

Por último, es importante considerar que el proceso de transformación de los hospitales implica riesgos como los mencionados, razón por la cual el Banco Mundial ha advertido y aconsejado (1993) programar los procesos mediante reglamentaciones e instrumentos precisos que eviten la aparición de nuevos problemas.

2. Obras sociales

Después de los sucesivos intentos de reconversión del sistema de OS sindicales, da la sensación de que en esta oportunidad ella se va a materializar, porque se están cumpliendo los pasos previos fijados para la libertad de elección de las OS: a) confección de padrones de titulares

y beneficiarios, b) definición del PMO, c) automatización operacional del fondo solidario de redistribución, d) solución para los beneficiarios con doble cobertura, e) racionalización de las OS con préstamos, y f) libre elección de los afiliados del INSSJP.

Por otra parte, es fácil detectar que en este último tiempo mientras se sucedían los avances y retrocesos en las pautas dictadas para el logro de la "libre elección", se ha venido modificando el mercado de la salud, sobre todo en el subsector privado. En el ámbito de las empresas de medicina prepaga se están verificando fusiones entre las existentes e ingreso de empresas extranjeras, atraídas por el previsible aumento de la demanda.

Asimismo, dentro de las OS, y en busca de su transformación para ser eficientes y quedar en condiciones de enfrentar la libre elección, se están operando fuertes cambios. Así, aquellas que no puedan cumplir los objetivos —teniendo como parámetro el PMO— se deberán fusionar o desaparecer. Hasta el momento, la ANSSAL ha liquidado 25 obras sociales y otras 75 están en proceso de serlo. Algunos estudiosos prevén que se llegaría a 60 ó 70 obras sociales de las 320 existentes hasta no hace mucho tiempo.

Con el apoyo del Banco Mundial, el gobierno y los sindicatos acordaron un préstamo de 375 millones para racionalizar las OS. Hasta el momento, 37 de ellas se presentaron para la preclasificación, para lo cual deben cumplir con requisitos (entre ellos, balances al día y no menos de 10 mil afiliados). Pasando dichas exigencias, deben elaborar su plan de cambio y presentarlo para la adjudicación del crédito el que incluye una parte para asistencia técnica destinada a terminar de confeccionar los padrones de beneficiarios.

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

CONCLUSIONES

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

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

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

El sistema de salud argentino tiene una gran complejidad porque interactúan en él varios subsectores —público, privado, cuasi público— de manera desarticulada y, además, intervienen en su funcionamiento las corporaciones médicas y de clínicas, y el gran peso de los poderes políticos y sindicales. Por lo tanto, cualquier reforma al sistema afecta a cantidades de agentes (vinculados directa o indirectamente al sector) y son numerosos los intereses que están en juego tras cualquier

determinación; de allí la alta sensibilidad del sector, que se manifiesta en las demoras para implementarla.

Es evidente que el sistema actual requiere una reforma, ya que gasta montos muy importantes (7.3% del PIB), equivalentes a 590 pesos por habitante al año, y sus resultados no dicen relación con las inversiones realizadas. La reducción de la mortalidad infantil, el crecimiento de la expectativa de vida, y otros indicadores muestran la buena ubicación de la Argentina en el concierto de los países de la región, pero también que los decrecimientos/crecimientos son mucho menores que los esperados para los niveles de desarrollo del país y de los gastos.

Los recursos financieros son suficientes, los recursos humanos sobreabundantes y la infraestructura física óptima para lograr un buen desempeño, pero el sistema está fragmentado y se observan en todos los subsectores importantes rasgos de ineficiencia e inequidad, que son las causales del bajo rendimiento de nuestros gastos. Entre los primeros se destaca la debilidad en las políticas públicas, la falta de incentivos para la provisión pública, la nula regulación del mercado privado, y la falta de información y de transparencia en todos los sectores.

Pero los rasgos más severos se detectan en la inequidad del sistema. Por el lado del financiamiento, el 44% del mismo se realiza a través de los gastos directos que efectúan las familias; esto significa que son las familias más pobres las que proporcionalmente destinan mayor parte de sus ingresos a la salud. En efecto, estas familias asignan aproximadamente el 12% de sus ingresos a los gastos directos de salud, mientras que las de mayores recursos gastan alrededor del 6%. Por el lado del gasto, la población que no posee cobertura del sistema de OS ni de los seguros voluntarios es aproximadamente de 11 millones de personas,¹⁰ o sea el 33% del total del país, y son beneficiarios —aunque no los únicos— de los gastos realizados por el subsector público fiscal, los que alcanzan al 23% del total. Por lo tanto, son ellos los que reciben la menor protección en salud y los que tienen que desembolsar proporcionalmente mayores recursos de sus ingresos.

A esta población de menores recursos le afecta, además, el bajo desempeño de los prestadores públicos, motivado por los atrasos en el

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

pago de salarios, la escasez de insumos, la falta de mantenimiento de los hospitales, la precariedad de los medios de comunicación y transporte, efectos todos de la crítica situación fiscal por la que atraviesan muchas provincias. Por otra parte, no existen incentivos para lograr eficiencia, no hay controles ni seguimiento de los gastos, la desorganización es importante, y los médicos no cumplen con sus obligaciones horarias, piden traslados y abandonan las zonas más inhóspitas.

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

Los programas del gobierno nacional en las provincias registran bajo cumplimiento por problemas de gestión y de organización más que por falta de fondos, y la atención primaria de la salud, promovida desde el nivel nacional, debe ser reformulada porque en la actualidad registra significativas ineficiencias.

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

No podemos predecir cuáles serán los resultados de los cambios que están ocurriendo, pero sí podemos afirmar con seguridad que es necesario prestar especial atención y aumentar la eficiencia del subsector público fiscal, ya que las medidas adoptadas son insuficientes y se requiere una profunda reforma de su gestión y organización.

Los hospitales autogestionados pueden ser la mejor alternativa para los establecimientos de las grandes ciudades, pero no lo son para todos los hospitales, sobre todo para los ubicados en zonas más alejadas y con población con agudas carencias, los que tendrían que tener un tratamiento distinto. En muchos de estos casos, la población cubierta por las OS es escasa y pertenecen a las OS de la misma provincia, con lo que

los recursos terminarían proviniendo de la misma ventanilla. Por otra parte, es previsible que en el período de transición de las OS, con las urgencias en los cambios de las condiciones del mercado, la población beneficiaria presione sobre el uso del hospital público, el que se verá más desfinanciado aún y la población de mayores carencias será seriamente perjudicada.

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

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

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

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

NOTA METODOLÓGICA

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

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

En forma más detallada, las diferencias con los presupuestos de la administración nacional de los años que se corresponden con la serie, son: a) exclusión de las transferencias a ANSSAL, provincias y municipios, las que se contabilizan en los cuadros correspondientes a dichas jurisdicciones, y b) inclusión de programas extrapresupuestarios nacionales, es decir el total de erogaciones de las obras sociales dependientes de la ANSSAL, de otras menores y del INSSJP.

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

Las fuentes utilizadas son: los datos de ejecución de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales, en la etapa de gasto devengado, que son provistos por la Secretaría de Hacienda, dependiente del Ministerio de Economía, y las provincias y municipios. Los de provincias

se obtienen mediante encuestas, con respuestas positivas pero con importantes demoras. La información de los municipios se basa en la recopilación de algunos datos relevantes del Gran Buenos Aires y del interior.

En los cálculos del subsector público, se contabilizan la totalidad de los gastos del ejercicio, es decir, gastos corrientes (personal, bienes y servicios, transferencias) y de capital (construcciones y equipamiento), sin introducir ningún ajuste por amortización. También se incluyen las erogaciones de salud destinadas a miembros de ciertas instituciones y que no pueden ser utilizadas por la población, como son los casos de los hospitales de la policía federal, del estado mayor del ejército, marina y aeronáutica, y otros.

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

El gasto privado consiste en una estimación muy gruesa, elaborada en base a información de la encuesta de gastos e ingresos del Gran Buenos Aires del período 1985-1986, actualizada por distintos indicadores (precios y cantidades). Estos valores son sumamente aproximativos, y recién cuando se procese la nueva encuesta de consumo e ingresos de los hogares (1997), se podrá disponer de información confiable.

La distribución de los gastos en salud de la población clasificada por quintiles de ingresos, se realizó en base al módulo de "Utilización de servicios sociales" anexo a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 1992, en donde se interrogaba sobre el uso de los distintos tipos de establecimientos (públicos, obras sociales y privados) y por la clase de prestaciones. Se utilizó la información del conglomerado del Gran Buenos Aires, único disponible en dicha oportunidad, y esta se proyectó al resto del país. Posteriormente, la Dirección Nacional de Programación

del Gasto Social realizó una medición en las localidades de Jujuy, Córdoba y Neuquén, y las diferencias no resultaron significativas.

La imputación de los gastos a cada quintil se efectuó utilizando la población beneficiaria de cada uno de ellos, suponiendo un costo medio idéntico para todos. De la IIPH se obtuvo la estructura porcentual del total de personas que recibieron algún tipo de atención: consultas, internaciones o estudios, en los distintos tipos de establecimientos. Todas las atenciones se llevaron a "consulta equivalente", según los precios de cada tipo fijados en los nomencladores nacionales, de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, año 1992, y en la determinación de costos sanitarios del Hospital Ramos Mejía, 1987.

ANEXO ESTADÍSTICO

CUADRO 1
 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, POR DIVISIÓN POLÍTICO-TERRITORIAL DE RESIDENCIA DE LA MADRE.
 REPÚBLICA ARGENTINA, 1980-1994
 (Defunciones por cada mil nacidos vivos)

| División político-territorial de residencia de la madre | A Ñ O S | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|------|-----------|
| | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1990-1994 |
| República Argentina | 33.2 | 33.6 | 30.5 | 29.7 | 30.4 | 26.2 | 26.9 | 26.6 | 25.8 | 25.7 | 25.6 | 24.7 | 23.9 | 22.9 | 22.0 | 3.6 |
| Capital Federal | 18.5 | 17.7 | 16.6 | 17.1 | 17.5 | 15.3 | 17.8 | 15.9 | 17.0 | 15.9 | 16.8 | 15.2 | 14.9 | 14.6 | 14.3 | 2.5 |
| Buenos Aires | 28.4 | 33.1 | 28.3 | 26.2 | 29.4 | 23.8 | 24.8 | 25.9 | 24.2 | 23.9 | 24.2 | 24.2 | 23.5 | 22.3 | 21.8 | 2.4 |
| Catamarca | 41.9 | 43.9 | 34.3 | 53.2 | - | - | 27.8 | 26.5 | 26.6 | 24.6 | 34.6 | 31.8 | 28.1 | 23.1 * | 29.8 | 4.8 |
| Córdoba | 24.2 | 24.9 | 24.8 | 24.6 | 27.1 | 22.6 | 24.1 | 23.5 | 24.1 | 21.1 | 22.2 | 22.3 | 19.6 | 20.8 | 20.0 | 2.2 |
| Corrientes | 44.6 | 44.7 | 37.3 | 41.4 | 37.7 | 32.5 | 28.4 | 34.5 | 28.6 | 33.7 | 31.7 | 28.5 | 27.7 | 26.9 | 26.1 | 5.6 |
| Chaco | 54.2 | 48.0 | 46.4 | 39.5 | 43.8 | 39.4 | 37.1 | 33.3 | 37.9 | 37.9 | 35.8 | 32.3 | 33.5 | 34.3 | 31.4 | 4.4 |
| Chubut | 34.8 | 36.9 | 34.0 | 33.8 | 29.3 | 26.3 | 21.3 | 23.4 | 23.3 | 22.9 | 20.6 | 19.1 | 19.9 | 18.0 | 18.4 | 2.2 |
| Entre Ríos | 35.8 | 31.1 | 31.4 | 29.9 | 29.1 | 25.8 | 23.2 | 23.9 | 24.4 | 23.9 | 24.3 | 23.2 | 22.1 | 22.7 | 20.4 | 3.7 |
| Formosa | 38.1 | 40.1 | 37.5 | 37.2 | 33.8 | 30.9 | 46.6 | 40.5 | 36.2 | 32.0 | 33.2 | 24.5 | 32.3 | 27.9 | 30.7 | 2.1 |
| Jujuy | 51.4 | 47.5 | 47.9 | 42.8 | 45.5 | 32.8 | 35.9 | 35.8 | 36.9 | 35.4 | 35.8 | 33.2 | 32.5 | 26.7 | 25.2 | 10.6 |
| La Pampa | 30.3 | 37.4 | 26.1 | 26.2 | 29.1 | 24.7 | 29.1 | 21.1 | 24.1 | 23.5 | 22.2 | 20.5 | 21.3 | 17.9 | 15.0 | 7.2 |
| La Rioja | 45.8 | 42.5 | 43.4 | 41.2 | 45.4 | 30.2 | 32.4 | 33.6 | 33.0 | 34.7 | 28.8 | 27.2 | 26.0 | 24.1 | 22.8 | 6.0 |
| Mendoza | 31.8 | 25.9 | 25.0 | 25.3 | 26.2 | 25.2 | 27.4 | 24.1 | 24.6 | 25.2 | 21.1 | 23.6 | 22.1 | 20.5 | 18.8 | 2.3 |

(Continuación Cuadro 1)

| División político-territorial de residencia de la madre | A Ñ O S | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1990-1994 |
| Misiones | 51.9 | 47.9 | 34.9 | 39.5 | 40.1 | 33.6 | 33.9 | 33.5 | 30.0 | 30.0 | 31.8 | 32.1 | 27.0 | 29.8 | 23.1 | 8.7 |
| Neuquén | 31.7 | 29.5 | 27.0 | 24.4 | 27.6 | 23.6 | 24.0 | 23.8 | 21.0 | 21.9 | 16.9 | 15.6 | 16.2 | 16.2 | 15.3 | 1.6 |
| Río Negro | 35.7 | 37.6 | 32.5 | 32.2 | 31.3 | 26.3 | 27.8 | 28.3 | 25.0 | 25.5 | 23.1 | 24.1 | 22.7 | 21.4 | 19.6 | 3.5 |
| Salta | 52.1 | 51.4 | 46.2 | 49.2 | 44.6 | 34.0 | 32.5 | 32.6 | 32.6 | 32.3 | 32.3 | 32.8 | 32.8 | 27.7 | 29.8 | 2.5 |
| San Luis | 37.2 | 36.5 | 33.4 | 36.4 | 34.9 | 32.8 | 34.0 | 32.9 | 33.7 | 33.8 | 29.7 | 28.6 | 23.7 | 26.2 | 27.6 | 2.1 |
| Santa Cruz | 34.4 | 32.8 | 27.8 | 24.7 | 27.1 | 22.0 | 20.6 | 24.6 | 27.7 | 21.8 | 20.7 | 19.9 | 20.6 | 18.5 | 15.9 | 4.8 |
| Santa Fe | 34.3 | 32.2 | 32.2 | 30.6 | 28.5 | 28.7 | 29.4 | 26.0 | 26.5 | 28.3 | 28.3 | 22.2 | 20.9 | 19.8 | 17.8 | 10.5 |
| Santiago del Estero | 35.1 | 31.2 | 24.9 | 29.0 | 30.0 | 25.3 | 26.6 | 27.6 | 27.4 | 28.6 | 28.3 | 29.2 | 28.7 | 28.9 | 29.0 | -0.7 |
| Tucumán | 42.0 | 37.2 | 31.4 | 38.7 | 32.4 | 29.2 | 29.8 | 28.8 | 28.5 | 28.4 | 28.5 | 28.6 | 28.8 | 27.1 | 23.9 | 4.6 |
| Tierra del Fuego | 20.3 | 27.0 | 10.5 | 13.5 | 13.8 | 9.4 | 22.9 | 20.0 | 19.3 | 18.0 | 27.9 | 16.7 | 11.2 | 15.2 | 13.6 | 14.3 |

Fuente: En base a información proporcionada por el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS), Programa Nacional de Estadística de Salud.

(*) Ya publicados los datos definitivos de 1993, Catamarca envió un nuevo archivo de defunciones y nacimientos. Se produjeron en esa provincia en el año mencionado 232 defunciones infantiles y 7 369 nacimientos de residentes en la misma, con una tasa de mortalidad corregida de 31.5 por mil nacidos vivos.

Nota: En algunas jurisdicciones se observan variaciones en las tasas de mortalidad infantil, no esperables en función de la tendencia histórica.

CUADRO 2
GASTO PÚBLICO SOCIAL
(En porcentaje del PIB)

| Finalidad/Función | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Sectores sociales: | 6.80 | 7.06 | 7.42 | 7.73 |
| · Cultura, educación, ciencia y técnica | 3.30 | 3.38 | 3.55 | 3.74 |
| · Salud | 1.41 | 1.51 | 1.52 | 1.63 |
| · Saneamiento ambiental | 0.24 | 0.32 | 0.28 | 0.28 |
| · Vivienda | 0.56 | 0.45 | 0.39 | 0.44 |
| · Bienestar social | 0.54 | 0.53 | 0.75 | 0.76 |
| · Trabajo | 0.02 | 0.02 | 0.03 | 0.04 |
| · Otros servicios urbanos | 0.81 | 0.84 | 0.90 | 0.85 |
| Seguros sociales: | 10.85 | 10.97 | 10.64 | 10.89 |
| · Seguridad social | 7.46 | 7.72 | 7.22 | 7.32 |
| · Obras sociales | 2.78 | 2.69 | 2.68 | 2.80 |
| · ANSSAL y otras | 2.06 | 1.88 | 1.83 | 1.78 |
| · INSSJP | 0.73 | 0.81 | 0.85 | 1.02 |
| · Asignaciones familiares | 0.60 | 0.55 | 0.58 | 0.58 |
| · Fondo nacional de empleo | | 0.01 | 0.16 | 0.19 |
| Total gasto público social | 17.74 | 18.03 | 18.02 | 18.62 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

CUADRO 3
GASTO PÚBLICO DEL SECTOR SALUD
(En porcentaje del PIB)

| Años | Obras sociales | Salud pública | Total Salud |
|------|----------------|---------------|-------------|
| 1991 | 2.4 | 1.4 | 3.8 |
| 1992 | 2.3 | 1.5 | 3.8 |
| 1993 | 2.3 | 1.6 | 3.9 |
| 1994 | 2.4 | 1.7 | 4.0 |
| 1995 | 2.4 | 1.7 | 4.1 |

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), en base a datos de la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL), Instituto Torcuato di Tella (ITD), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Secretaría de Hacienda.

(*) Obras sociales excluyen gastos en asistencia social y turismo.

CUADRO 4
GASTO TOTAL DE OBRAS SOCIALES
(En porcentaje del PIB)

| Años | PAMI | ANSSAL | OS provinciales (*) | Total |
|------|------|--------|---------------------|-------|
| 1991 | 0.6 | 1.3 | 0.4 | 2.4 |
| 1992 | 0.7 | 1.2 | 0.4 | 2.3 |
| 1993 | 0.7 | 1.1 | 0.4 | 2.3 |
| 1994 | 0.9 | 1.1 | 0.4 | 2.4 |
| 1995 | 0.9 | 1.1 | 0.4 | 2.4 |

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), en base a datos de la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), Administración Nacional de Seguro de Salud (ANSSAL), Instituto Torcuato di Tella (ITD), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Secretaría de Hacienda.

(*) Se excluyen gastos en asistencia social y turismo.

CUADRO 5
 PRODUCTO INTERNO BRUTO A PRECIOS DE MERCADOS.
 VERSIÓN REVISADA DE CUENTAS NACIONALES

| Años | Miles de pesos |
|------|----------------|
| 1991 | 180 897 972 |
| 1992 | 226 847 000 |
| 1993 | 257 570 000 |
| 1994 | 281 645 000 |
| 1995 | 281 039 000 |

Fuente: Banco Central de la República Argentina (BCRA) y Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

CUADRO 6
 MATRIZ DE FUENTES Y USOS DEL SECTOR SALUD. AÑO 1986
 (En porcentaje del PIB)

| Fuentes | Usos | Proveedores | | | | Total |
|---|------|------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| | | Nación y municipios | Provincias y municipios | Subtotal fiscal | Obras sociales | |
| Tesoro nacional | | 0.24 | 0.07 | 0.31 | | 0.31 |
| Tesoros provinciales y municipales | | | 1.15 | 1.15 | | 1.15 |
| Consolidado de gobiernos | | | | 1.46 | | 1.46 |
| Contribuciones sobre salarios y haberessobre obras sociales e INSSJP | | | | | 0.48 | 1.99 |
| Familias | | | | | | 2.72 |
| Total | | 0.24 | 1.23 | 1.46 | 0.48 | 6.65 |

Fuente: Juan Llach, *El gasto público social*, vol. 4, Buenos Aires, Instituto Torcuato di Tella/Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (ITDT/PRONATASS), 1990.

CUADRO 7
 MATRIZ DE FUENTES Y USOS DEL SECTOR SALUD. AÑO 1986
 (En millones de australes)

| Fuentes | Usos | Proveedores | | | Total | | |
|---|------|-------------|-------------------------|-----------------|------------|----------------|----------------|
| | | Nación | Provincias y municipios | Subtotal fiscal | | Obras sociales | Sector privado |
| Tesoro nacional | | 240 | 1 | 241 | | 241 | |
| Tesoros provinciales y municipales | | | 1 220 | 1 220 | | 1 220 | |
| Consolidado de gobiernos | | 240 | 1 221 | 1 461 | | 1 461 | |
| Contribuciones sobre salarios y haberes a obras sociales e INSSJP | | | | | 199 | 2 271 | 2 470 |
| Familias | | | | | | 2 723 | 2 723 |
| Total | | 240 | 1 221 | 1 461 | 199 | 4 994 | 6 654 |

Fuente: Juan Ulach, *El gasto público social*, vol. 4, Buenos Aires, Instituto Torcuato di Tella/Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (ITDI/PRONATASS), 1990.

CUADRO 8
 MATRIZ DE FUENTES Y USOS DEL SECTOR SALUD. AÑO 1995
 (En millones de pesos)

| Fuentes | Usos | Proveedores | | | Obras sociales | Sector privado | Total |
|---|------|-------------|--------------|------------|----------------|----------------|---------------|
| | | Nación | Provincias | Municipios | | | |
| Tesoro nacional | | 596 | 59 | 39 | 694 | | 694 |
| Tesoros provinciales | | | 3 237 | 294 | 3 531 | | 3 531 |
| Tesoros municipales | | | | 428 | 428 | | 428 |
| Consolidado de gobiernos | | 596 | 3 296 | 762 | 4 654 | | 4 654 |
| Contribuciones sobre salarios y haberes a obras sociales e INSSJP | | (*) | (*) | (*) | 562 | 6 295 | 6 857 |
| Familias | | | | | | 8 888 | 8 888 |
| Total | | 596 | 3 296 | 762 | 4 654 | | 20 399 |

Fuente: En base a información proporcionada por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (DNPGS), Secretaría de Programación Económica (SPE).

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

(*) No se dispone de información sobre el padrón arancelario de los hospitales autogestionados.

CUADRO 9
GASTOS EN SALUD DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL.
AÑOS 1994 Y 1995
(En pesos)

| Programas y jurisdicciones | Erogaciones totales | |
|---|---------------------|--------------------|
| | Año 1994 | Año 1995 |
| A) Ministerio de Salud y Acción Social | 845 534 352 | 732 821 224 |
| Normativa y evaluación médico-asistencial | 5 956 892 | 4 447 130 |
| Regulación de la atención materno-infantil | 76 907 673 | 39 620 062 |
| Administración de la capacitación de los recursos humanos | 19 938 915 | - |
| Investigación aplicada, docencia y producción de biológicos | 11 323 015 | 11 666 034 |
| Prevención, promoción y protección de la salud | 74 604 468 | - |
| Regulación y control sanitario | 9 445 733 | 10 809 010 |
| Lucha contra los retrovirus del ser humano y el sida | 7 999 275 | 17 161 571 |
| Atención de emergencias sociales | 2 751 146 | - |
| Partidas no asignables a programas | 33 702 000 | - |
| Normativa y desarrollo del recurso humano en salud | - | 20 409 546 |
| Control de enfermedades endémicas | - | 37 734 071 |
| Prevención y control de riesgos | - | 8 711 864 |
| Mujer, salud y desarrollo | - | 161 722 |
| Promoción de programas, prevención y asistencia de las discapacidades | - | 3 150 671 |
| Atención de emergencias sanitarias | - | 2 915 965 |
| Infraestructura hospitalaria | - | 33 106 243 |
| Programa reconversión de centros de salud y desarrollo infantil | - | 18 123 000 |
| Contribuciones a hospitales y transferencias varias | - | 32 472 839 |
| Actividades centrales | 72 841 121 | 33 805 093 |
| Actividades y proyectos comunes a los programas 16 al 22 | 69 101 916 | 12 617 727 |
| Asistencia a agentes del seguro de salud (ANSSAL) | 343 921 916 | 319 428 246 |
| Asistencia integral y prevención de la drogadicción | 4 661 231 | 4 580 277 |
| Atención de enfermos con Mal de Hansen (Hospital Dr. Baldomero Sommer) | 10 120 848 | 11 675 633 |
| Control de medicamentos, alimentos y tecnología médica (ANMAT) ^a | 15 376 525 | 16 652 775 |
| Regulación de la ablación e implantes (INCUCAI) ^b | 3 813 101 | 5 063 838 |
| Control de patologías toxiinfecciosas (Instituto Malbrán) | 13 504 886 | 9 917 956 |
| Atención médica para la comunidad (Hospital Posadas) | 49 237 888 | 55 619 192 |
| Atención a discapacitados mentales (Colonia Nacional Montes de Oca) | 15 104 952 | 17 009 677 |
| Atención a discapacitados psicofísicos (Instituto de Rehabilitación Psicológica del Sud) | 5 220 852 | 5 961 085 |

(Continuación Cuadro 9)

| Programas y jurisdicciones | Erogaciones totales | |
|--|----------------------|----------------------|
| | Año 1994 | Año 1995 |
| B) Otras jurisdicciones | 273 518 658 | 288 341 313 |
| Prestaciones universales | 79 063 682 | 98 769 806 |
| Ministerio de Cultura y Educación | | |
| - Hospitales escuela | 54 449 782 | 53 271 209 |
| Presidencia de la Nación | | |
| - Prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico | 24 613 900 | 17 314 384 |
| - Transferencias varias | - | 28 184 214 |
| Prestaciones limitadas a miembros de las instituciones | 194 454 976 | 189 571 506 |
| Poder legislativo nacional | | |
| - Asistencia social integral al personal del Congreso | 20 515 992 | 19 959 361 |
| Ministerio del Interior | | |
| - Hospital y asistencia al personal policial | 39 603 848 | 38 499 783 |
| Ministerio de Defensa | | |
| - Asistencia sanitaria del estado mayor del Ejército | 53 457 942 | 67 713 818 |
| - Asistencia sanitaria de la Gendarmería Nacional | 4 963 125 | 5 122 084 |
| - Sanidad naval de la Armada | 42 107 911 | 32 326 306 |
| - Asistencia sanitaria de la Prefectura Naval Argentina | 3 238 831 | 3 630 217 |
| - Asistencia sanitaria de la Fuerza Aérea | 30 567 327 | 22 319 938 |
| Total general | 1 119 053 010 | 1 021 162 537 |

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, en base a datos del Sistema Integrado de Información Financiera (SIRIF).

^a Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.

^b Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

CUADRO 10
 GASTOS EN SALUD DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL.
 AÑOS 1994 Y 1995
 (En porcentajes)

| Programas y jurisdicciones | Erogaciones totales | |
|--|---------------------|----------|
| | Año 1994 | Año 1995 |
| A) Ministerio de Salud y Acción Social | 75.6 | 71.8 |
| Normativa y evaluación médico-asistencial | 0.5 | 0.4 |
| Regulación de la atención materno-infantil | 6.9 | 3.9 |
| Administración de la capacitación de los recursos humanos | 1.8 | - |
| Investigación aplicada, docencia y producción de biológicos | 1.0 | 1.1 |
| Prevención, promoción y protección de la salud | 6.7 | - |
| Regulación y control sanitario | 0.8 | 1.1 |
| Lucha contra los retrovirus del ser humano y el sida | 0.7 | 1.7 |
| Atención de emergencias sociales | 0.2 | - |
| Partidas no asignables a programas | 3.0 | - |
| Normativa y desarrollo del recurso humano en salud | - | 2.0 |
| Control de enfermedades endémicas | - | 3.7 |
| Prevención y control de riesgos | - | 0.8 |
| Mujer, salud y desarrollo | - | 0.0 |
| Promoción de programas, prevención y asistencia de las discapacidades | - | 0.3 |
| Atención de emergencias sanitarias | - | 0.3 |
| Infraestructura hospitalaria | - | 3.2 |
| Programa reconversión de centros de salud y desarrollo infantil | - | 1.8 |
| Contribuciones a hospitales y transferencias varias | - | 3.2 |
| Actividades centrales | 6.5 | 3.3 |
| Actividades y proyectos comunes a los programas 16 al 22 | 6.2 | 1.2 |
| Asistencia a agentes del seguro de salud (ANSSAL) | 30.7 | 31.3 |
| Asistencia integral y prevención de la drogadicción | 0.4 | 0.4 |
| Atención de enfermos con Mal de Hansen (Hospital Dr. Baldomero Sommer) | 0.9 | 1.1 |
| Control de medicamentos, alimentos y tecnología médica (ANMAT) ^a | 1.4 | 1.6 |
| Regulación de la ablación e implantes (INCUCAI) ^b | 0.3 | 0.5 |
| Control de patologías toxiinfecciosas (Instituto Malbrán) | 1.2 | 0.9 |
| Atención médica para la comunidad (Hospital Posadas) | 4.4 | 5.4 |
| Atención a discapacitados mentales (Colonia Nacional Montes de Oca) | 1.3 | 1.7 |
| Atención a discapacitados psicofísicos (Instituto de Rehabilitación Psicológica del Sud) | 0.5 | 0.6 |

(Continuación Cuadro 10)

| Programas y jurisdicciones | Erogaciones totales | |
|--|---------------------|--------------|
| | Año 1994 | Año 1995 |
| B) Otras jurisdicciones | 24.4 | 28.2 |
| Prestaciones universales | 7.1 | 9.7 |
| Ministerio de Cultura y Educación | | |
| - Hospitales escuela | 4.9 | 5.2 |
| Presidencia de la Nación | | |
| - Prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico | 2.2 | 1.7 |
| - Transferencias varias | - | 2.8 |
| Prestaciones limitadas a miembros de las instituciones | 17.4 | 18.6 |
| Poder legislativo Nacional | - | - |
| - Asistencia social integral al personal del Congreso | 1.8 | 1.9 |
| Ministerio del Interior | 3.5 | - |
| - Hospital y asistencia al personal policial | - | 3.8 |
| Ministerio de Defensa | | |
| - Asistencia sanitaria del estado mayor del Ejército | 4.8 | 6.6 |
| - Asistencia sanitaria de la Gendarmería Nacional | 0.44 | 0.5 |
| - Sanidad naval de la Armada | 3.76 | 3.2 |
| - Asistencia sanitaria de la Prefectura Naval Argentina | 0.29 | 0.4 |
| - Asistencia sanitaria de la Fuerza Aérea | 2.73 | 2.2 |
| Total general | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, en base a datos del Sistema Integrado de Información Financiera (SIIIF).

^a Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.

^a Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

CUADRO 11
 GASTOS EN SALUD DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL
 Y TRANSFERENCIAS. AÑOS 1994 Y 1995
 (En pesos)

| Programas y jurisdicciones | Erogaciones totales | | Transferencias totales | |
|--|---------------------|--------------------|------------------------|--------------------|
| | Año 1994 | Año 1995 | Año 1994 | Año 1995 |
| A) Ministerio de Salud y Acción Social | 845 534 352 | 732 821 224 | 455 449 368 | 391 234 859 |
| Normativa y evaluación médico-asistencial | 5 956 892 | 4 447 130 | 368 648 | 155 817 |
| Regulación de la atención materno-infantil | 76 907 673 | 39 620 062 | 60 636 930 | 30 206 331 |
| Administración de la capacitación de los recursos humanos | 19 938 915 | - | - | - |
| Investigación aplicada, docencia y producción de biológicos | 11 323 015 | 11 666 034 | - | - |
| Prevención, promoción y protección de la salud | 74 604 468 | - | 11 002 758 | - |
| Regulación y control sanitario | 9 445 733 | 10 809 010 | - | - |
| Lucha contra los retrovirus del ser humano y el sida | 7 999 275 | 17 161 571 | - | - |
| Atención de emergencias sociales | 2 751 146 | - | - | - |
| Partidas no asignables a programas | 33 702 000 | - | 33 702 000 | - |
| Normativa y desarrollo del recurso humano en salud | - | 20 409 546 | - | - |
| Control de enfermedades endémicas | - | 37 734 071 | - | 9 759 001 |
| Prevención y control de riesgos | - | 8 711 864 | - | 32 283 |
| Mujer, salud y desarrollo | - | 161 722 | - | - |
| Promoción de programas, prevención y asistencia de las discapacidades | - | 3 150 671 | - | - |
| Atención de emergencias sanitarias | - | 2 915 965 | - | 60 000 |
| Infraestructura hospitalaria | - | 33 106 243 | - | - |
| Programa reconversión de centros de salud y desarrollo infantil | - | 18 123 000 | - | 12 648 000 |
| Contribuciones a hospitales y transferencias varias | - | 32 472 839 | - | 32 472 839 |
| Actividades centrales | 72 841 121 | 33 805 093 | - | - |
| Actividades y proyectos comunes a los programas 16 al 22 | 69 101 916 | 12 617 727 | 24 177 982 | - |
| Asistencia a agentes del seguro de salud (ANSSAL) | 343 921 916 | 319 428 246 | 325 561 050 | 305 900 588 |
| Asistencia integral y prevención de la drogadicción | 4 661 231 | 4 580 277 | - | - |
| Atención de enfermos con Mal de Hassen (Hospital Dr. Baldomero Sommer) | 10 120 848 | 11 675 633 | - | - |

(Continuación Cuadro II)

| Programas y jurisdicciones | Erogaciones totales | | Transferencias totales | |
|--|----------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| | Año 1994 | Año 1995 | Año 1994 | Año 1995 |
| Control de medicamentos, alimentos y tecnología médica (ANMAT) | 15 376 525 | 16 652 775 | - | - |
| Regulación de la ablación e implantes (INCUCAI) | 3 813 101 | 5 063 838 | - | - |
| Control de patologías toxiinfecciosas (Instituto Malbrán) | 13 504 886 | 9 917 956 | - | - |
| Atención médica para la comunidad (Hospital Posadas) | 49 237 888 | 55 619 192 | - | - |
| Atención a discapacitados mentales (Colonia Nacional Montes de Oca) | 15 104 952 | 17 009 677 | - | - |
| Atención a discapacitados psicofísicos (Instituto de Rehabilitación Psicológica del Sud) | 5 220 852 | 5 961 085 | - | - |
| B) Otras jurisdicciones | 273 518 658 | 288 341 313 | 0 | 11 780 024 |
| Prestaciones universales | 79 063 682 | 98 769 806 | 0 | 11 780 024 |
| Ministerio de Cultura y Educación | | | | |
| - Hospitales escuela | 54 449 782 | 53 271 209 | - | - |
| Presidencia de la Nación | | | | |
| - Prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico | 24 613 900 | 17 314 384 | - | 100 000 |
| - Transferencias varias | - | 28 184 214 | - | 11 680 024 |
| Prestaciones limitadas a miembros de las instituciones | 194 454 976 | 189 571 506 | - | - |
| Poder legislativo nacional | | | | |
| - Asistencia social integral al personal del Congreso | 20 515 992 | 19 959 361 | - | - |
| Ministerio del Interior | | | | |
| - Hospital y asistencia al personal policial | 39 603 848 | 38 499 783 | - | - |
| Ministerio de Defensa | | | | |
| - Asistencia sanitaria del estado mayor del Ejército | 53 457 942 | 67 713 818 | - | - |
| - Asistencia sanitaria de la Gendarmería Nacional | 4 963 125 | 5 122 084 | - | - |
| - Sanidad naval de la Armada | 42 107 911 | 32 326 306 | - | - |
| - Asistencia sanitaria de la Prefectura Naval Argentina | 3 238 831 | 3 630 217 | - | - |
| - Asistencia sanitaria de la Fuerza Aérea | 30 567 327 | 22 319 938 | - | - |
| Total general | 1 119 053 010 | 1 021 162 537 | 455 449 368 | 403 014 883 |

Fuente: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, en base a datos del Sistema Integrado de Información Financiera (SIOIF).

^a Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.^b Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

CUADRO 12
 CRONOGRAMA DEL PORCENTAJE DE DESCUENTO DE LOS APORTES
 PATRONALES —DECRETO 492, DE 1995— EN LOS AGLOMERADOS
 URBANOS
 (Excluido el Sistema de Obras Sociales)

| | | Septiembre y octubre de 1995 | Noviembre y diciembre de 1995 | Desde enero de 1996 |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Capital Federal | | 10 | 20 | 30 |
| Provincia de Buenos Aires | | 10 | 20 | 30 |
| Tercer Cinturón del Gran Buenos Aires (según partidos) | | 15-30 | 25-40 | 35-50 |
| Catamarca: | Gran Catamarca | 40 | 50 | 60 |
| Córdoba: | Gran Córdoba | 20 | 30 | 40 |
| Corrientes: | Ciudad de Corrientes | 50 | 60 | 70 |
| Chaco: | Gran Resistencia | 50 | 60 | 70 |
| Chubut: | Rawson - Trelew | 40 | 50 | 60 |
| Entre Ríos: | Paraná | 25 | 35 | 45 |
| Formosa: | Ciudad de Formosa | 55 | 65 | 75 |
| Jujuy: | Ciudad de Jujuy | 50 | 60 | 70 |
| La Pampa: | Santa Rosa - Toay | 25 | 35 | 45 |
| La Rioja: | Ciudad de La Rioja | 40 | 50 | 60 |
| Mendoza: | Gran Mendoza | 30 | 40 | 50 |
| Misiones: | Posadas | 50 | 60 | 70 |
| Neuquén: | Principales Ciudades | 30-45 | 40-55 | 50-65 |
| Río Negro: | Principales Ciudades | 30 | 40 | 50 |
| Salta: | Gran Salta | 50 | 60 | 70 |
| San Juan: | Gran San Juan | 35 | 45 | 55 |
| San Luis: | Ciudad de San Luis | 30 | 40 | 50 |
| Santa Cruz: | Caleta Olivia y Río Gallegos | 45 | 55 | 65 |
| Santa Fe: | Santa Fe - Santo Tomé | 25 | 35 | 45 |
| Santiago del Estero: | Ciudad de Santiago del Estero - La Banda | 55 | 65 | 75 |
| Tierra del Fuego: | Río Grande y Ushuaia | 45 | 55 | 65 |
| Tucumán: | Gran Tucumán | 40 | 50 | 60 |

Nota: Los descuentos en el interior de las provincias presentan algunas diferencias con los de sus ciudades capitales.

CUADRO 13
NUEVAS COTIZACIONES APLICABLES (DECRETO 292, DE 1995)

SEPTIEMBRE-OCTUBRE, 1995

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

NOVIEMBRE-DICIEMBRE, 1995

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

DESDE ENERO DE 1996

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

- a) Régimen nacional de jubilados y pensionados para trabajadores dependientes.
 b) Ex cajas de subsidios familiares.
 c) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
 d) Fondo nacional de empleo.
 e) Régimen de obras sociales.

CUADRO 14
POBLACIÓN TOTAL POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, POR PROVINCIA
(En miles de personas)

| División política administrativa | Población Total | Población con cobertura en salud | TIPO DE COBERTURA | | | | | | Ignorado |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|---|----------|
| | | | OBRA SOCIAL | | | Tiene solo plan médico o mutual | No tiene obra ni plan médico o mutual | | |
| | | | Población total con obra social | Tiene solo obra social | Tiene obra social y plan médico o mutual | | | Tiene obra social e ignora plan médico o mutual | |
| Total | 32 614 | 20 301 | 18 799 | 13 155 | 4 519 | 1 125 | 1 500 | 11 868 | 446 |
| Capital Federal | 2 965 | 2 358 | 2 006 | 1 404 | 481 | 121 | 352 | 578 | 29 |
| Gran Bs. Aires | 7 969 | 4 826 | 4 442 | 3 356 | 801 | 285 | 384 | 3 027 | 116 |
| Resto Bs. Aires | 4 626 | 3 015 | 2 844 | 1 881 | 716 | 247 | 171 | 1 523 | 88 |
| Catamarca | 264 | 165 | 162 | 122 | 32 | 8 | 2 | 96 | 4 |
| Córdoba | 2 767 | 1 703 | 1 564 | 1 068 | 414 | 82 | 139 | 1 034 | 29 |
| Corrientes | 796 | 403 | 396 | 299 | 74 | 23 | 6 | 378 | 15 |
| Chaco | 840 | 395 | 385 | 278 | 86 | 21 | 10 | 430 | 15 |
| Chubut | 357 | 238 | 233 | 195 | 28 | 10 | 6 | 115 | 3 |
| Entre Ríos | 1 020 | 619 | 592 | 436 | 123 | 33 | 27 | 388 | 13 |
| Formosa | 398 | 168 | 167 | 115 | 44 | 8 | 1 | 225 | 6 |
| Jujuy | 512 | 283 | 275 | 196 | 70 | 9 | 8 | 223 | 6 |
| La Pampa | 260 | 167 | 155 | 115 | 32 | 8 | 12 | 91 | 3 |
| La Rioja | 221 | 144 | 142 | 98 | 36 | 8 | 2 | 74 | 3 |

(Continuación Cuadro 14)

| División política administrativa | Población Total | Población con cobertura en salud | TIPO DE COBERTURA | | | | | Ignorado | |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|--|---|---------------------------------|----------|---------------------------------------|
| | | | Población total con obra social | Tiene solo obra social | Tiene obra social y plan médico o mutual | Tiene obra social e ignora plan médico o mutual | Tiene solo plan médico o mutual | | No tiene obra ni plan médico o mutual |
| Mendoza | 1 412 | 813 | 753 | 574 | 165 | 14 | 60 | 593 | 6 |
| Misiones | 789 | 389 | 385 | 306 | 58 | 21 | 4 | 386 | 14 |
| Neuquén | 389 | 230 | 224 | 147 | 68 | 9 | 7 | 155 | 4 |
| Río Negro | 507 | 307 | 295 | 197 | 86 | 12 | 12 | 195 | 5 |
| Salta | 866 | 437 | 426 | 264 | 142 | 20 | 10 | 414 | 15 |
| San Juan | 529 | 311 | 306 | 171 | 128 | 7 | 4 | 215 | 4 |
| San Luis | 286 | 177 | 166 | 113 | 45 | 8 | 10 | 106 | 3 |
| Santa Cruz | 160 | 122 | 122 | 100 | 19 | 3 | 1 | 37 | 1 |
| Santa Fe | 2 798 | 1 961 | 1 772 | 1 205 | 456 | 111 | 190 | 802 | 35 |
| Santiago del Estero | 672 | 293 | 281 | 154 | 108 | 19 | 12 | 363 | 15 |
| Tucumán | 1 142 | 729 | 660 | 321 | 302 | 37 | 69 | 399 | 14 |
| Tierra del Fuego | 69 | 48 | 46 | 40 | 5 | 1 | 1 | 21 | 0 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), *Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991*, Buenos Aires, 1991.

CUADRO 15
POBLACIÓN TOTAL POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, SEGÚN EDAD
(En porcentaje)

| Rango de edad | Población Total | Población con cobertura en salud | TIPO DE COBERTURA | | | | | | |
|---------------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|----------|---|
| | | | OBRA SOCIAL | | | Tiene solo plan médico o mutual | No tiene obra ni plan médico o mutual | Ignorado | |
| | | | Población total con obra social | Tiene solo obra social | Tiene obra social y plan médico o mutual | | | | Tiene obra social e ignora plan médico o mutual |
| TOTAL | 100 | 62.2 | 57.6 | 40.3 | 13.9 | 3.4 | 4.6 | 36.4 | 1.4 |
| 00 - 14 | 100 | 56.4 | 52.7 | 36.7 | 12.4 | 3.5 | 3.8 | 41.5 | 2.0 |
| 15 - 19 | 100 | 55.4 | 50.9 | 35.9 | 12.1 | 2.8 | 4.5 | 43.1 | 1.4 |
| 20 - 29 | 100 | 53.0 | 48.2 | 34.0 | 11.5 | 2.7 | 4.8 | 45.5 | 1.5 |
| 30 - 39 | 100 | 62.2 | 57.1 | 39.8 | 14.4 | 2.9 | 5.2 | 36.7 | 1.1 |
| 40 - 49 | 100 | 64.6 | 58.4 | 40.2 | 15.1 | 3.0 | 6.2 | 34.3 | 1.0 |
| 50 - 54 | 100 | 67.1 | 60.4 | 41.7 | 15.4 | 3.3 | 6.7 | 31.9 | 0.9 |
| 55 - 59 | 100 | 70.9 | 64.5 | 44.8 | 16.0 | 3.7 | 6.5 | 28.2 | 0.8 |
| 60 - 64 | 100 | 77.6 | 72.8 | 50.9 | 17.4 | 4.5 | 4.8 | 21.7 | 0.7 |
| 65 y más | 100 | 87.5 | 85.3 | 60.8 | 18.7 | 5.8 | 2.2 | 11.9 | 0.5 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), *Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991*, Buenos Aires, 1991.

CUADRO 16
POBLACIÓN CLASIFICADA POR CONDICIÓN Y TIPO DE AFILIACIÓN SEGÚN NIVEL DE INGRESO PER CÁPITA
FAMILIAR.
ÁREA METROPOLITANA, 1992

| Condición y tipo de afiliación | Total | Quintiles | | | | | Deciles | |
|-----------------------------------|-------|-----------|------|------|------|-------|---------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 10 |
| Total | 100.0 | 26.6 | 19.2 | 21.4 | 17.7 | 15.11 | 12.98 | 7.43 |
| Afiliada | 100.0 | 19.1 | 19.7 | 21.3 | 20.5 | 19.34 | 6.58 | 9.5 |
| Sólo una obra social | 100.0 | 22.9 | 23.1 | 22.2 | 18.2 | 13.47 | 7.88 | 5.67 |
| Otro sistema sin obra social | 100.0 | 6.9 | 10.6 | 21.2 | 23.2 | 38.11 | 4.38 | 23.27 |
| Dos obras sociales | 100.0 | 6.9 | 9.5 | 19.2 | 38.4 | 25.99 | 2.64 | 10.42 |
| Obra social y otro | 100.0 | 13.8 | 10.7 | 14.7 | 22.5 | 38.27 | 6.60 | 25.98 |
| Otros | 100.0 | 6.7 | 9.3 | 7.3 | 43.4 | 33.35 | 6.74 | 33.35 |
| No afiliada | 100.0 | 43.6 | 18.2 | 21.6 | 11.0 | 5.49 | 23.00 | 1.93 |
| N/S N/R | 100.0 | 36.4 | 6.6 | 18.4 | 31.4 | 7.18 | 13.41 | 3.64 |

Fuente: M. Cristina V. de Flood, "Educación y salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura", serie Gastos públicos, Documento de trabajo, N° 4, Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica (SPE), 1994.

(1) Incluye mutual, prepago, emergencias, y otros sistemas no obligatorios.

CUADRO 17

GASTOS DIRECTOS DE LAS FAMILIAS EN EL TOTAL DE GASTOS,
SEGÚN ESTRATOS SOCIALES: CAPITAL FEDERAL, GRAN BUENOS AIRES
1, GRAN BUENOS AIRES 2, Y ROSARIO
(En porcentaje)

| Tipo de gasto por zonas | Estratos sociales | | | | Total de estratos |
|---|-------------------|------------|-------|------|-------------------|
| | Bajo | Medio-bajo | Medio | Alto | |
| 1. Afiliación voluntaria | | | | | |
| CF | 15.1 | 20.9 | 28.3 | 32.1 | 26.1 |
| GBA1 | 5.6 | 12.4 | 16.1 | 24.4 | 17.5 |
| GBA2 | 2.9 | 8.2 | 12.5 | 19.0 | 10.5 |
| Rosario | 14.3 | 24.3 | 16.7 | 29.7 | 21.7 |
| 2. Medicamentos | | | | | |
| CF | 38.9 | 32.1 | 21.1 | 10.9 | 21.9 |
| GBA1 | 53.2 | 40.9 | 31.9 | 21.3 | 32.2 |
| GBA2 | 57.9 | 36.8 | 26.6 | 21.3 | 35.7 |
| Rosario | 35.6 | 26.6 | 19.0 | 17.2 | 23.4 |
| 3. Consultas al médico | | | | | |
| CF | 11.0 | 7.2 | 4.2 | 5.3 | 6.5 |
| GBA1 | 9.9 | 10.4 | 10.3 | 6.6 | 8.7 |
| GBA2 | 9.2 | 25.6 | 10.3 | 8.0 | 14.5 |
| Rosario | 6.6 | 8.8 | 8.0 | 9.7 | 8.4 |
| 4. Consultas al dentista | | | | | |
| CF | 14.6 | 14.3 | 15.1 | 28.2 | 20.8 |
| GBA1 | 6.5 | 15.2 | 20.3 | 14.7 | 14.8 |
| GBA2 | 8.3 | 8.3 | 33.4 | 16.5 | 16.4 |
| Rosario | 25.8 | 16.4 | 38.6 | 24.2 | 26.9 |
| 5. Otros profesionales, estudios, internaciones | | | | | |
| CF | 7.9 | 7.8 | 16.1 | 15.2 | 12.5 |
| GBA1 | 3.6 | 10.1 | 10.3 | 12.0 | 10.1 |
| GBA2 | 6.9 | 9.9 | 8.2 | 13.3 | 9.7 |
| Rosario | 8.3 | 10.8 | 11.9 | 11.8 | 10.9 |

(Continuación Cuadro 17)

| Tipo de gasto por zonas | Estratos sociales | | | | Total de estratos |
|---|-------------------|------------|-------|------|-------------------|
| | Bajo | Medio-bajo | Medio | Alto | |
| 6. Otros gastos en salud | | | | | |
| CF | 12.5 | 17.6 | 15.1 | 8.3 | 12.2 |
| GBA1 | 21.2 | 11.1 | 11.1 | 21.1 | 16.7 |
| GBA2 | 14.9 | 11.2 | 9.0 | 21.9 | 14.2 |
| Rosario | 9.5 | 13.1 | 6.0 | 7.4 | 8.8 |
| 7. Resto de gastos (4+5+6) | | | | | |
| CF | 35.0 | 39.7 | 46.3 | 51.7 | 45.5 |
| GBA1 | 31.3 | 36.4 | 41.7 | 47.8 | 41.6 |
| GBA2 | 30.1 | 29.4 | 50.6 | 51.7 | 39.3 |
| Rosario | 43.6 | 40.3 | 56.4 | 43.4 | 46.6 |
| Gasto total como porcentaje del ingreso | | | | | |
| CF | 15.2 | 10.5 | 6.5 | 8.5 | 9.1 |
| GBA1 | 10.2 | 9.6 | 6.8 | 6.6 | 7.5 |
| GBA2 | 8.5 | 8.8 | 7.4 | 6.4 | 7.7 |
| Rosario | 8.7 | 7.7 | 8.5 | 5.4 | 7.2 |

Fuente: Jorge Jorrot, *Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud*, Buenos Aires, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (PRONATASS), 1994.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1996), "Exploring the health impact of economic growth, poverty reduction and public health expenditure", *Macroeconomics, Health and Development series*, N° 18 (WHO/ICO/MESD/7.18), Ginebra.
- (1993), *Invertir en salud. Informe sobre desarrollo mundial, 1993*, Washington D.C.
- Consejo Empresario Argentino (1995), *El sistema de seguridad social. Una propuesta de reforma*, Buenos Aires, Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL).
- Díaz Muñoz, Ana R. y otros (1994), *Salud, mercado y Estado*, Terceras Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Buenos Aires.
- Drummond, M. (1989), "Output measurement for resource allocation decisions in health care", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 5, N° 1, Einsham, Oxford University Press.
- Durán, Viviana, Mónica Thiery y Diana Collar López (1993), *Mecanismos de distribución del ANSSAL* (Gobierno Argentino/BIRF/PNUD/ARG.88/005), Buenos Aires, Ministerio de Transporte y Seguridad Social.
- Etola Somoza, J. Mangual García y F.E. Velayos (1991), "Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura", documento presentado en el Seminario sobre Equidad en Salud, España.
- Flood, M. Cristina V. de y otros (1994a), *El gasto público social y su impacto redistributivo*, Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica (SPE).
- (1994b), "Educación y salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura", serie Gastos públicos, Documento de trabajo, N° 4, Buenos Aires, Secretaría de Programación Económica (SPE).
- González García, G. y otros (1987), "El gasto en salud y en medicamentos. Argentina, 1985", *Estudios CEDES*, Buenos Aires.
- IEERAL (Instituto de Estudios Económicos sobre la Realidad Argentina y Latinoamericana) (1995), "Un severo diagnóstico para la salud pública", *Novedades económicas*, año 17, N° 179/80, Córdoba, noviembre-diciembre.
- Jorrot, Jorge (1994), *Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud*, Buenos Aires, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (PRONATASS).
- Katz, J. y A. Muñoz (1988), *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad* (I.C/BUE/G.102), Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Katz, J. (1995), "Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio: un comentario sobre el Informe del Banco Mundial 'Invertir en Salud'", *Desarrollo económico*, vol. 35, N° 138, Buenos Aires, julio-septiembre.

- Le Grand, Julian (1989), "Equidad, salud y atención sanitaria", documento presentado en el Seminario sobre Equidad en Salud, España.
- Le Grand, Julian y Will Bartlett (1993), "Quasi-Markets and Social Policy", Londres, The Macmillan Press.
- Llach, Juan (comp.) (1991), *El gasto público social*, Buenos Aires, Instituto Torcuato di Tella/Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (IUDT/PRONATASS).
- (1990), *El gasto público social*, vol. 4, Buenos Aires, Instituto Torcuato di Tella/Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Alimentación de los Servicios Sociales (IUDT/PRONATASS).
- Parker, D.A. (1984), "The use of indicators of financial resources in the health sector", *World Health Statistics Quarterly*, vol. 37, N° 4, Ginebra.
- Parkin D. (1989), "Comparing health service efficiency across countries", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 5, N° 1, Einsham, Oxford University Press.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1994), *Informe sobre desarrollo humano, 1994*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Mach, E. y B. Abel-Smith (1983), *Planificación de las finanzas en el sector salud. Manual para los países en desarrollo*, Ginebra.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1980-1996), *Programas de estadísticas vitales. Información básica*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Estadísticas.
- (1990), *Módulo de utilización y en servicios de atención médica*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Estadísticas de Salud e Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Musgrove, Philip (1996), "Un fundamento conceptual para el rol público y privado en salud", *Revista de análisis económico*, vol. 11, N° 2, Santiago de Chile, noviembre.
- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer y P. Paci (1989), "Equidad en la financiación y prestación de la asistencia sanitaria", documento presentado en el Seminario sobre Equidad en Salud, España.