



# Evolución de la Inversión Pública Social en Salud en Argentina

---

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

Marzo 2007

---

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

## **1. Introducción**

Durante las últimas tres décadas, Argentina ha transitado por numerosos períodos de alta volatilidad macroeconómica que han actuado como barreras al desarrollo, afectando la capacidad de su población para crear y mantener las inversiones en salud - capital físico y educación - capital humano de las familias.

Particularmente, la fragmentación y segmentación tanto de la organización como del financiamiento del sistema de salud constituyen barreras institucionales que operan como mecanismos de propagación de las sucesivas crisis y de la elevada volatilidad que signaron la marcha de la economía. Tal volatilidad no afecta de igual modo a grupos de distintos niveles de ingreso. Por tanto, desde la perspectiva del Estado, resulta evidente la necesidad de articular ciertos mecanismos e instituciones que garanticen un potencial acceso a la salud, interviniendo directa o indirectamente las existentes barreras institucionales o económicas.

Este trabajo propone describir y caracterizar el comportamiento – en términos del gasto en salud y de inversiones en capital físico- de dichas instituciones, ante la volatilidad proveniente de diferentes shocks macroeconómicos. Desde esta perspectiva, el interés recaerá no sólo en identificar la respuesta del gasto público nacional destinado a salud ante tales variaciones agregadas, sino también medir su efectividad, evaluando de algún modo el desempeño de tales instituciones.

Para ello, se analizará la tendencia del Gasto Público Social en Salud, en comparación con el Gasto Total Nacional y consolidado (Nación y Provincias), y se establecerá el peso relativo del Gasto Social, y particularmente el gasto en Salud. Se intentará explicitar los motivos del Gasto Nacional en Salud, en comparación con los determinantes de las necesidades de la demanda, proponiendo una agenda de trabajo que identifique las limitaciones existentes, avanzando sobre el análisis de mecanismos para la fijación de prioridades.

En la segunda sección se presenta el marco teórico utilizado en el resto del trabajo, considerando la literatura referida al desarrollo y evolución de dos conceptos relevantes en ésta presentación: el capital físico y el capital humano.

La tercera sección se destina al desarrollo descriptivo de la evolución del gasto público social, y en particular, al comportamiento del gasto en salud, tanto a nivel temporal, como por origen, en tanto que la cuarta sección muestra el comportamiento del gasto en salud en las provincias, y el destino de los fondos nacionales destinados a programas específicos.

Bajo la hipótesis de aseguramiento social de la salud como mecanismo de absorción de riesgos financieramente catastróficos, en la quinta sección se compara la serie del gasto nacional en salud con la evolución de algunos indicadores macroeconómicos, a fin de identificar presuntas respuestas por parte de las instituciones públicas respecto de la volatilidad macroeconómica presentada en los períodos considerados. En segundo lugar, se propone determinar la efectividad relativa del gasto en salud durante los mismos. Para ello, se identifican tres mecanismos complementarios de medición: (i) las inversiones en salud efectuadas en cada provincia como medida de equidad entre jurisdicciones, (ii) el

comportamiento de programas específicos destinados a mantener el capital físico en salud, ya sea mediante acciones preventivas (vacunación) o de acción directa (lucha contra el SIDA), y (iii) los diferenciales de la inversión en salud entre subsistemas sociales (público, obras sociales y PAMI).

Finalmente, la sexta sección resume los resultados alcanzados a lo largo del documento.

## **2. Capital físico, shocks catastróficos en salud y rol del Estado.**

Tanto la inversión en educación como aquella destinada al cuidado y mantenimiento de la salud constituyen incrementos de capital individual y social. Esto es así porque ellos incrementan la posibilidad de generar riqueza e incorporan en los individuos buenos hábitos sobre el desarrollo de sus vidas (Becker, 1964).

Es extensa la literatura que trata sobre los conceptos de capital físico y humano, y sobre la necesidad de realizar inversiones que permitan mejorar el perfil sanitario o las habilidades de los individuos. En particular, G. Becker ha puesto el énfasis en la inversión en educación o entrenamiento como mecanismos que permiten mejorar de manera potencial las habilidades o capacidades, incrementando el capital humano.

Según este autor, los gastos destinados a la educación, el entrenamiento o el cuidado médico, constituyen una parte esencial del capital humano de las personas, en el sentido de que a diferencia de los activos físicos o financieros, tales como aptitudes o capacidades, no pueden ser separadas del conocimiento, habilidades o salud de los individuos.

Desde la perspectiva de la demanda de los servicios de salud, y de manera específica para analizar el desarrollo de capital humano, cada individuo posee una cierta dotación inicial de salud que deberá intentar sostener y mejorar a lo largo de toda su vida (Grossman, 1972).

Siguiendo éste enfoque, la salud se asocia a un stock de capital “durable”, y los individuos desarrollan cierta demanda del bien “buena salud”, dependiendo la intensidad de tal demanda de las características particulares de cada individuo y familia.

En este sentido, el desarrollo de Grossman presenta algunas conclusiones que se encuentran estrechamente relacionadas con el eje central de éste trabajo. En primer lugar, y haciendo referencia a la existencia de un posible deterioro en la salud (Capital Físico) de una persona, el autor muestra que si la tasa de tal deterioro se incrementa con la edad, la “cantidad” de “capital salud” demandada por los individuos aumentaría a lo largo de la vida.

En segundo término, y asociando información con bienestar sanitario, Grossman observa que la educación resulta efectiva en términos de inversiones más eficientes en salud, aumentando la demanda de servicios que mantengan el stock de salud.

En particular, y dada la posibilidad de una vida más longeva y de mejor calidad (menor morbilidad), resulta evidente la necesidad de reducir la probabilidad de enfrentar enfermedades futuras que puedan deteriorar significativamente el perfil sanitario de los individuos, y de acuerdo a la literatura existente, la inversión en bienes sociales es uno de los principales mecanismos para lograrlo.

A diferencia de los enfoques mencionados, el presente trabajo considera no sólo al individuo, sino al Estado como unidad de decisión al momento de plantear inversión en capital físico y humano. Ello es así debido a un abanico de factores que se extienden desde una perspectiva solidaria hacia aquel que no cuenta con los medios para realizar inversiones “per se”, hasta la consideración de los efectos multiplicadores que se desprenden de la presencia de una población sana y educada (expansión de la capacidad productiva, mayores salarios, menor probabilidad de enfermedad y contagio), entre otros.

Complementariamente, y siguiendo el enfoque de los autores mencionados, se presentan varias alternativas para llevar a cabo desde una perspectiva individual, una potencial mejora en el perfil sanitario. Esto es, de manera directa a través de una vida saludable, y de manera estratégica, a través de una utilización eficiente del sistema de servicios de salud, tema que nos compete en las siguientes líneas.

Más allá del deseo de alcanzar un umbral de salud determinado, es importante reconocer la existencia de limitaciones que actúan como restricciones a la posibilidad de incrementar el stock de capital físico.

En primer lugar, el perfil sanitario (stock de capital físico) particular que cada individuo posee al inicio de su vida, y sobre todo, la naturaleza arbitraria del mismo. Por su parte, la potencial mejora en dicho stock de salud dependerá, a su vez, del ambiente en el que el individuo se desarrolla, de la capacidad que posea para lograr mantenerlo o incrementarlo, y de manera crucial, del gasto en salud que pueda sobrellevar el individuo y de la capacidad y efectividad de las erogaciones que las instituciones públicas estén dispuestas a realizar.

De esta manera, y teniendo en cuenta al total de la población, puede definirse al gasto en salud óptimo o “ideal” como aquella tasa que logra maximizar la calidad de vida –en términos de salud- de toda la sociedad, respecto de los diferentes grupos sociales, y respecto de los distintos perfiles epidemiológicos. Esto es, la inversión óptima en el desarrollo del perfil sanitario de una persona entre los diferentes niveles de ingreso, y entre las distintas dotaciones iniciales de perfiles sanitarios.

De esta línea argumental se desprende la evidente y conocida relación entre el desarrollo de estrategias preventivas de salud y una reducción en el gasto curativo, dado que la posibilidad de lograr una cierta acumulación de inversiones iniciales, reduciría significativamente la probabilidad de enfrentar shocks epidemiológicos futuros.

En la misma dirección, operar directamente sobre el estado inicial (niñez), generaría inversiones potencialmente más efectivas, en tanto se reduciría sustancialmente la probabilidad de intervenciones futuras, y se mantendría el perfil sanitario. De esta forma, los programas de Atención Primaria de la Salud, materno-infantiles y de vacunación, entre

otros, son diferentes mecanismos de inversión alternativos que permiten alcanzar, potencialmente, dicho resultado.

Al operar en un contexto de incertidumbre, no sólo sobre la probabilidad de enfermedad sino de los costos asociados con la restauración de la salud, surgen dos situaciones a ser consideradas tanto social como individualmente. En primer lugar, la ocurrencia de una enfermedad cierta requiere de inversiones, no ya para intentar mejorar el perfil sanitario inicial, sino para minimizar el potencial deterioro físico.

En segundo término, y dado el perfil sanitario inicial, existe incertidumbre acerca de la efectividad de las inversiones realizadas por la dificultad de reconocer “correctamente” el tratamiento requerido para tal perfil sanitario.

Es precisamente ante esta situación de incertidumbre tanto por shocks exógenos macroeconómicos como de salud, que surge el concepto de Aseguramiento. Sea desde la perspectiva del monto asociado con la posibilidad de restaurar la salud, es decir el potencial costo de las intervenciones futuras, como a partir de la importancia relativa del mismo, en términos de la capacidad de pago de los individuos.

Desde una mirada individual, el aseguramiento en salud “suaviza” la corriente financiera asociada con potenciales desembolsos por enfermedad, procurando reducir el impacto catastrófico de la enfermedad, ya no sólo sobre el stock de salud, sino sobre el stock monetario. Socialmente, y dada la gran dispersión entre grupos de individuos para procurarse un esquema de aseguramiento, el Estado supuestamente debería articular los mecanismos para que el sistema de aseguramiento pueda ampliarse en términos de cobertura poblacional, y por razones de escala minimice los desembolsos de las partes en términos de primas y copagos.

En este sentido, los mecanismos de aseguramiento sugeridos por la literatura son, básicamente, la autoprotección (Vida saludable), el auto aseguramiento (ahorros individuales), y la utilización de sistemas de aseguramiento (prepagas, seguros públicos y/o sociales), siendo la decisión de optar por uno de éstos últimos, compulsiva, o voluntaria, pero en cualquier caso, determinada por la capacidad de pago de los individuos (Maceira, 2004).

Dado este marco, se plantean dos preguntas de investigación para el resto del trabajo. La primera formula si es posible, para el caso argentino, reconocer la existencia de cierta capacidad de respuesta por parte del Estado frente a potenciales shocks macroeconómicos. Para ello se analiza la evolución del gasto tanto ínter-temporalmente, como entre provincias en un determinado momento del tiempo, y la capacidad de acompañar las necesidades de salud de la población, mitigando los riesgos de gasto catastrófico en salud que mantengan el stock de capital físico. La segunda pregunta considera la posibilidad de identificar indicadores de efectividad de la inversión pública en salud en el país.

Para ello, se han determinado tres aproximaciones posibles. En primer lugar, determinar el monto de gasto destinado a las Obras Sociales, Atención pública de la Salud, e INSSJP, argumentando sobre posibles justificaciones de los recursos empleados por cada uno.

En segundo término, el interés recae en analizar el criterio distributivo llevado a cabo entre provincias, para evidenciar la existencia o ausencia de equidad relativa en tal distribución.

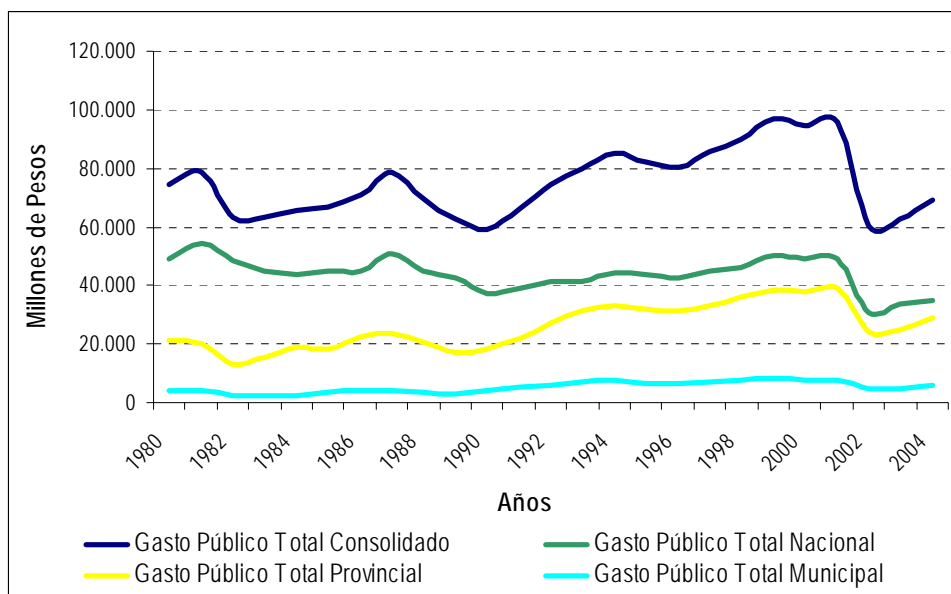
Por último, se estudiará el monto destinado a los tres programas nacionales con asignación específica y su distribución entre provincias, como forma de identificar la relación entre las inversiones realizadas con fines “restauradores”, y aquellas motivadas por necesidades preventivas.

### **3.1 Indicadores Básicos. Presupuesto Ejecutado Consolidado**

#### **3.1.1. Gasto Público Nacional Consolidado (1980-2004)**

Los Gráficos 3.1 y 3.2 muestran la evolución de las series del Gasto Público Total Consolidado y su desagregación en jurisdicciones: Municipal, Provincial y Nacional, dando cuenta del volumen, en millones de pesos, y de las variaciones porcentuales, respectivamente, según el origen del gasto. Allí se evidencian ciertos aspectos relevantes. Por un lado, hasta el 2002, el Gasto Público Total Consolidado aumentó significativamente, siendo este incremento, entre 1982 y 2001, de aproximadamente un 30%.

**Gráfico 3.1. Gasto Público por origen (a pesos constantes 2001)**



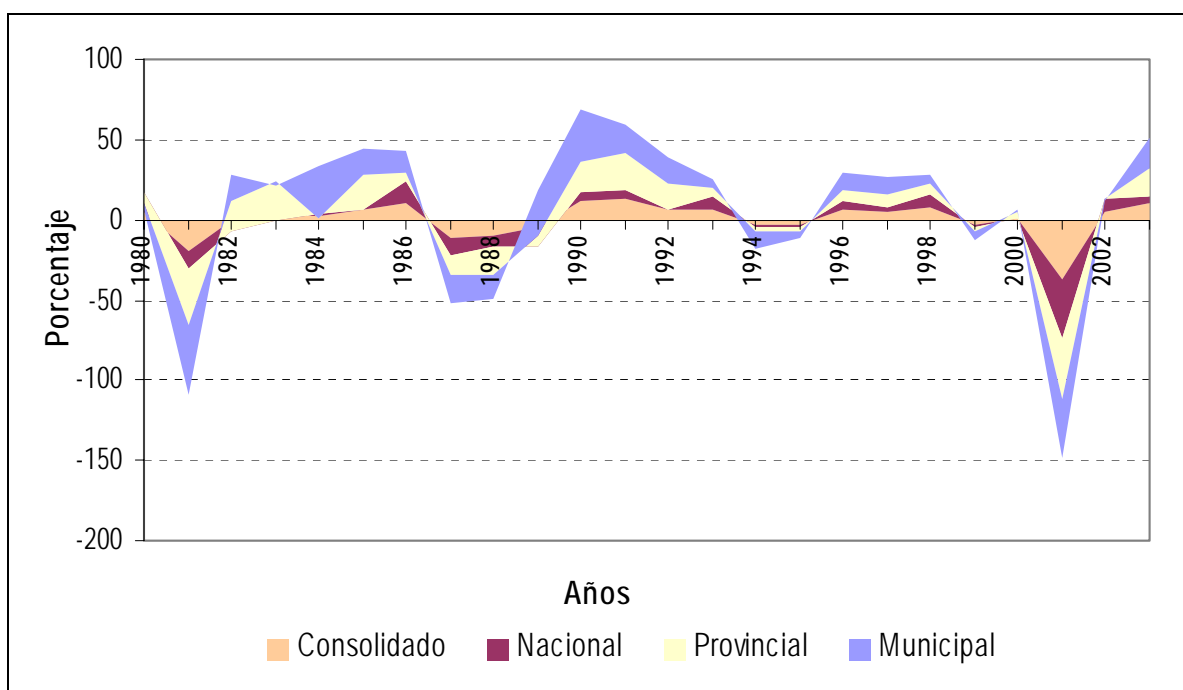
*Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía*

Asimismo, en el período que transcurre entre los años 1991 y 2001, existe una tendencia creciente del Gasto Público Total Consolidado que refleja un aumento acumulado cercano

al 40%. Los mayores incrementos ocurren a nivel provincial y municipal, siendo que el primero acumula un 82% del ejecutado, y el segundo un 78%.

Pese a esta tendencia creciente de largo plazo, se observan tres caídas pronunciadas en el ejecutado global. Entre 1981 y 1982, el Gasto Público Total Consolidado disminuyó más de un 19%, ubicándose alrededor de los 63 mil millones de pesos. El segundo shock se produce entre 1988 y 1990, con una caída del 25 %. Por último, durante los años 2002 y 2003, tal gasto se sitúa aproximadamente en los 61 mil millones de pesos, reflejando una caída – respecto del año 2001- de un 37 % en todos los niveles (nacional, provincial y municipal).

**Gráfico 3.2. Variación acumulada del Gasto Público, por origen**



Fuente: *Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía*

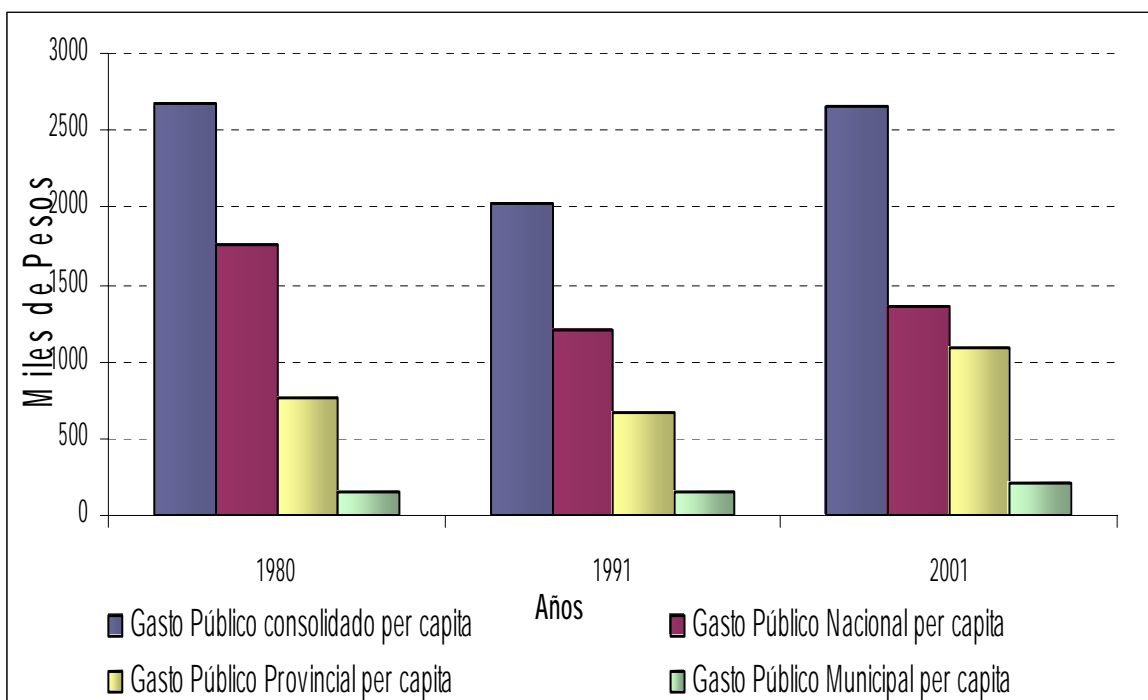
En cuanto a las diferencias en el gasto según su origen, se reduce la brecha entre el gasto nacional y provincial desde mediados de 1990. El primero mantiene una tendencia constante, mientras que el segundo presenta un crecimiento “más acelerado”, pasando de los 21 mil millones de pesos a los 39 mil millones de pesos.

### 3.1.2. Gasto Público Total per Cápita

En base a datos de los censos de 1980, 1991 y 2001, el Gráfico 3.3 exhibe los niveles del Gasto Público Total por habitante, también desagregado según su origen. A nivel consolidado, el Gasto Público total per cápita en 2001, cercano a los 2.649 pesos,

recupera su nivel de 1980. El Gasto Público Nacional per cápita, por su parte, evidencia su valor más bajo en 1991 – con \$ 1199 por habitante (descenso de un 32 % respecto de 1980), y experimenta una leve recuperación en 2001 - \$1351-, aunque no alcanza el valor de 1980. Habiendo disminuido un 13 % entre 1980 y 1991, el Gasto Público Provincial per cápita aumenta nuevamente en 2001, e incluso supera – con \$ 1081-, los \$769 del primer año considerado. El Gasto Público Municipal per cápita (el menor de los tres grupos) es el único que presenta un comportamiento creciente en los tres años considerados, pasando de \$146 en 1980 a \$160 en 1991.

**Gráfico 3.3. Gasto Público per cápita. Censos 1980, 1991 y 2001**



*Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía*

Comparando las tres desagregaciones, el Gasto Público tanto Provincial como Municipal, compensa la caída en el ejecutado Nacional, permitiendo explicar la recuperación del Total consolidado en 2001.

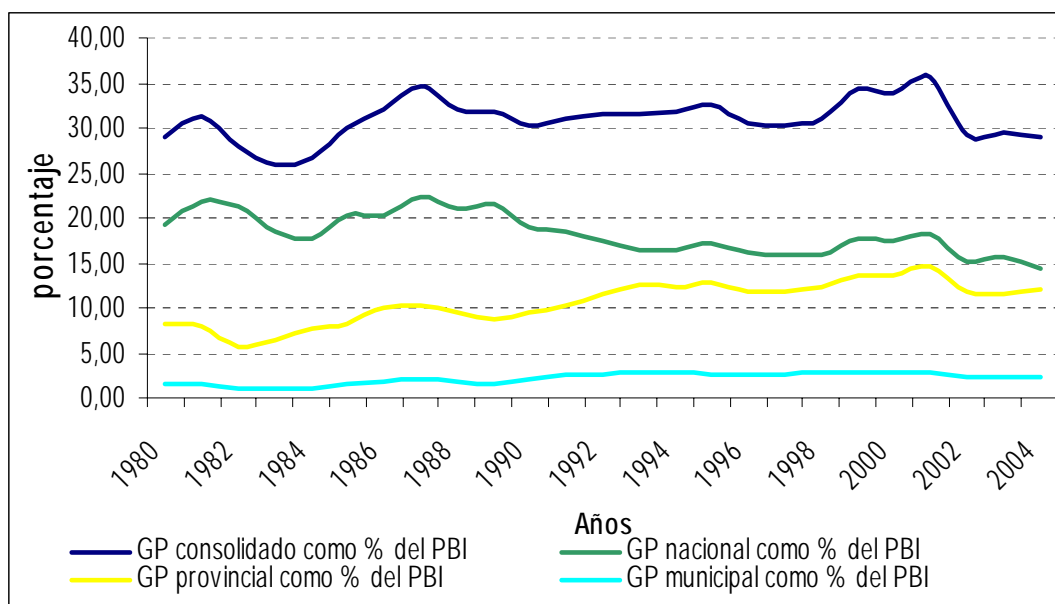
### **3.1.3. Gasto Público Total como Porcentaje del PBI**

Como se observa en el Gráfico 3.4, antes de 1986 la media de la distribución del Gasto Público Total (GPT) consolidado – como porcentaje del PBI - se ubica por debajo de la tendencia. Entre los años 1981 y 1983, existe una caída de la participación del GPT consolidado de un 18%. Sin embargo, se evidencia una recuperación cercana al 30% entre 1984 y 1987.



A partir de 1986, se verifica una participación constante del Gasto Público Consolidado (32%), con un ligero aumento en la participación – de un 14 por ciento- entre 1999 y 2001. Tal aumento se ve compensado por una significativa caída (17%) en el 2002. A partir de es año, la media se sitúa en niveles similares a los existente entre 1986 y 2001, representando el GPT consolidado alrededor de 30% del PBI total.

**Gráfico 3.4. Gasto Público Total, como porcentaje del PBI**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

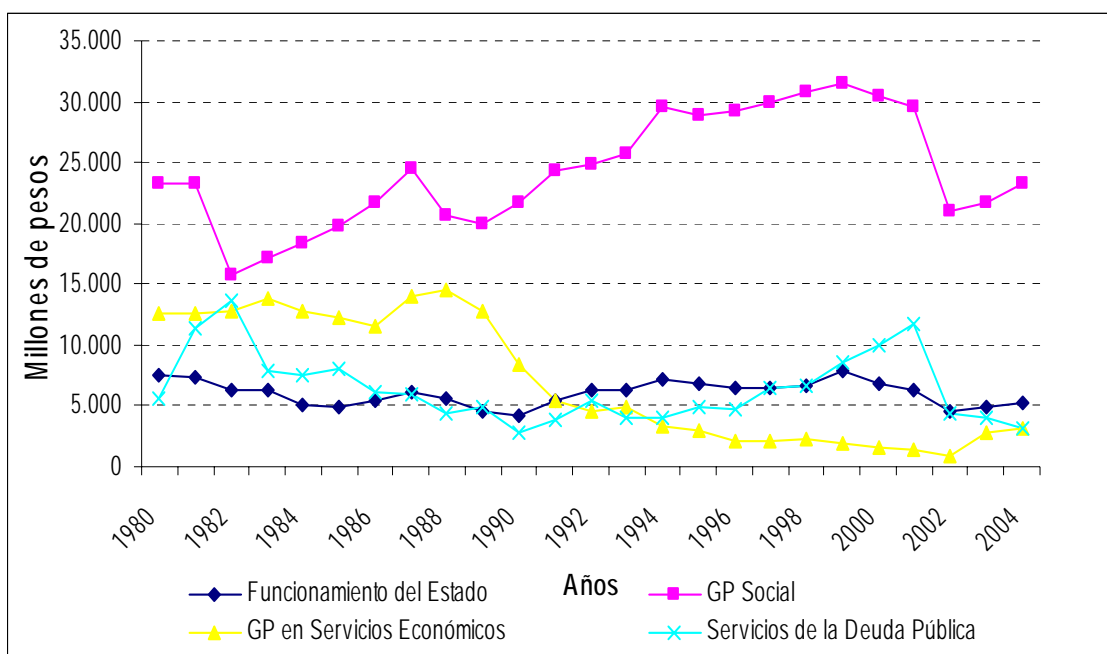
### 3.2 Gasto Público Social Nacional

El Gráfico 3.5 compara las desagregaciones del Gasto Público según su destino, mostrando las series de Gasto Social, Gasto para el Funcionamiento del Estado - Administración General, Justicia y Defensa Y Seguridad -, Gasto en Servicios Económicos - Transporte, Comunicación, Energía, Servicios, etc. - y Gasto en Servicios de Deuda. El Gasto Público Social, compuesto por Educación, Salud, Agua potable, Vivienda, Promoción, Previsión Social y Trabajo, representa en promedio un 63%, y presenta una tendencia creciente desde 1982 hasta 2001, sin lograr al 2004 no se ha logrado recuperar los niveles previos a la crisis del 2001/2.

El Gasto Público destinado al Funcionamiento del Estado presenta una tendencia constante durante todo el período, en tanto el Gasto Público orientado a los Servicios de la Deuda presenta dos “picos”. El primero se identifica en el año 1982, llegando a 13.585 millones de pesos, mientras que el segundo se observa en 2001, donde el valor se aproxima a los 11.739 millones de pesos.

Por último, el Gasto Público en Servicios Económicos presenta una tendencia constante entre 1980 y 1986 (12.615 millones de pesos). Encuentra el máximo de toda la serie en 1988 (con 14.461 millones de pesos). Desde 1989 comienza a descender, y se recupera en los años 2003 y 2004.

**Gráfico 3.5. Gasto Público Nacional por función (a pesos constantes de 2001)**

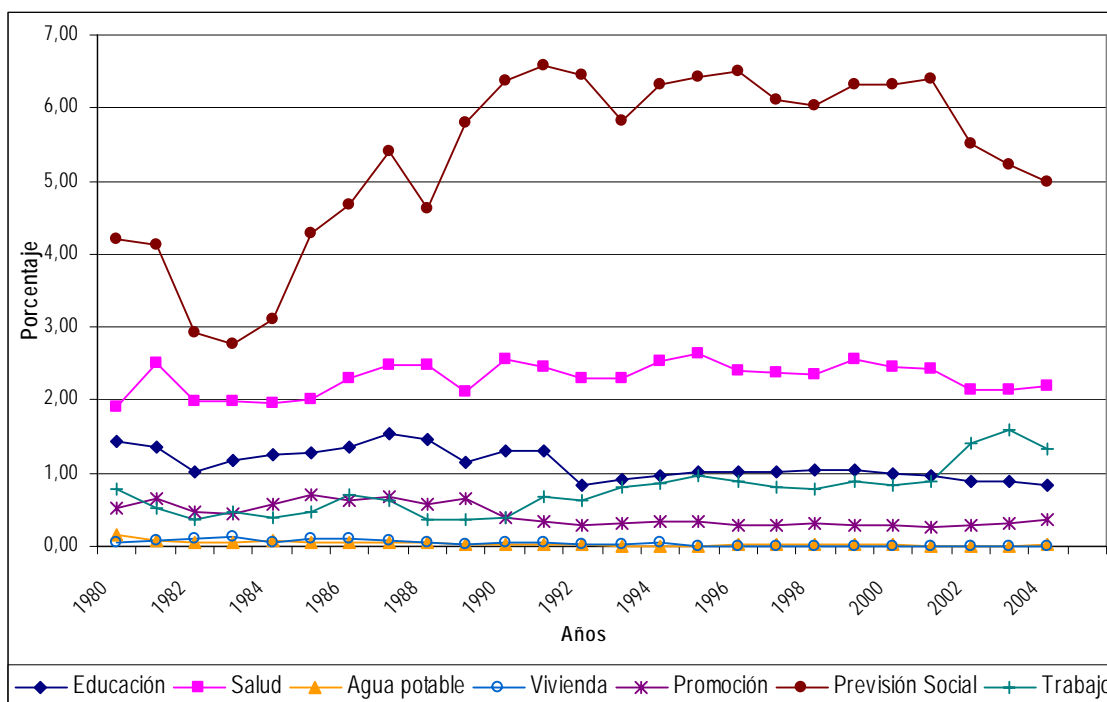


Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

De todos los destinos del Gasto Público analizados en el apartado anterior, el Gráfico 3.6 muestra la desagregación del Gasto Social en sus partidas principales. El Gasto Social es el principal componente del Gasto Nacional, representando un 63% en el 2000. En 1982, luego de una caída del Gasto Social, comienza una tendencia creciente, estabilizándose en los noventa en torno al 10% del PBI. El Gasto en los Servicios Económicos, experimenta una tendencia creciente hasta 1989 cuando se ubica en torno a 6.5% del producto. A partir de ese año, esa tendencia se revierte, obteniendo el valor más bajo en el 2002.

En 2004, el Gasto Público de la Educación se encuentra en torno al 1.3% del PBI. Los servicios de la deuda pública presentan grandes fluctuaciones, con “saltos” en 1982 y 2001, asociados con las Crisis de Deuda. En la primera etapa de la Convertibilidad se mantiene un nivel de gasto de servicios de la deuda inferior al 2% del producto, con tendencia creciente, alcanzando su máximo en 2001. En el 2004, se observa el valor más bajo, como consecuencia de la reestructuración de deuda. El gasto del Financiamiento del Estado se mantiene constante en el período analizado, no superando el 3% del producto.

**Gráfico 3.6. Gasto Público Social como porcentaje del PBI**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

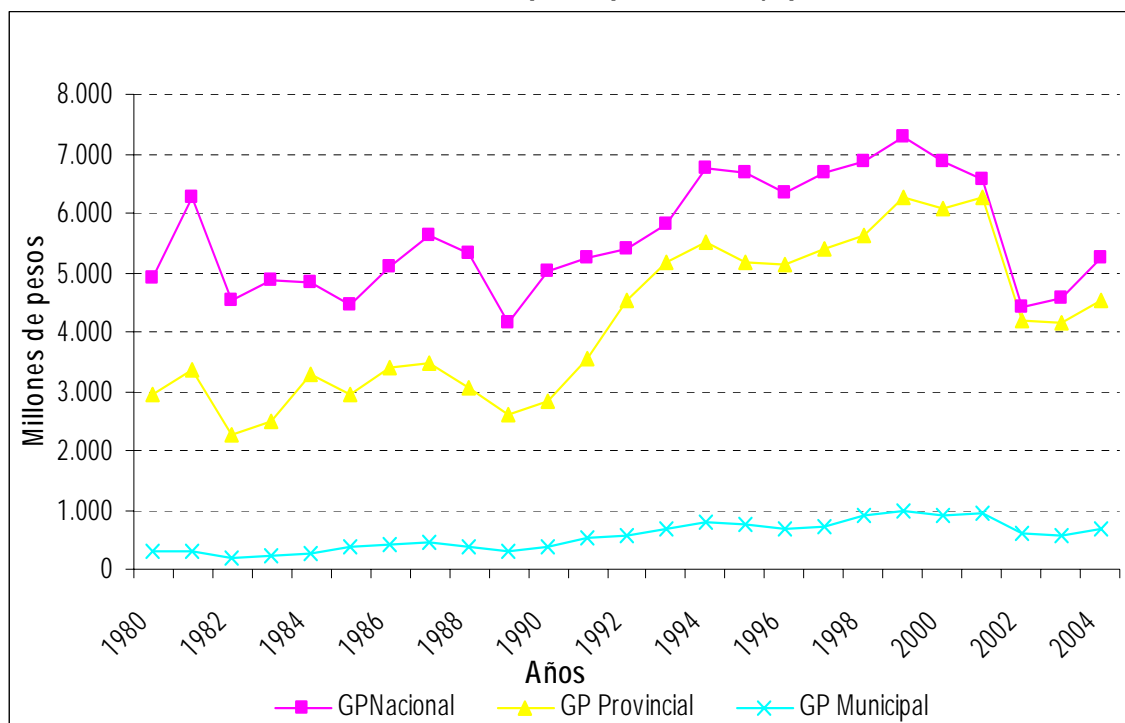
### 3.3 Gasto Público Social en Salud

Los siguientes tres apartados analizarán la partida *Salud* al interior del Gasto Social. En principio se estudiará el Gasto Público Social en Salud en términos absolutos y en pesos corrientes. Luego, se evaluará esta partida como porcentaje el PBI para, por último, analizar el Gasto en Salud en pesos constantes de 2001. En los tres casos se comparará este tipo de gasto según su origen sea Nacional, Provincial o Municipal.

El Gráfico 3.7 reúne el Gasto Público Social en Salud a nivel nacional, provincial y municipal en pesos corrientes. El Gasto Nacional presenta, en términos generales, una media constante de 5.107 millones de pesos entre 1980 y 1993, y de 6.201 millones de pesos desde éste último hasta 2004. A nivel provincial, entre 1980 y 1989 esta asignación aumenta reflejando un valor promedio de 2.982 millones de pesos. A partir de 1990 se mantiene aproximadamente constante con una media de 4.959 millones de pesos.

A partir del 2002, la serie exhibe un declive que la lleva un nivel del gasto ejecutado en 2004 cercano a 4.535 millones de pesos. Los desembolsos en Salud Municipal presentan una tendencia constante, con cambio de escala en 1994. Desde 1980 hasta 1993, la media se ubica en los 389 millones de pesos por año. Desde 1994-2004, el promedio es 772 millones de pesos por período.

**Gráfico 3.7. Gasto Público Social en Salud por dependencia, (a precios constantes de 2001)**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

En el Gráfico 3.8 se expone el Gasto en Salud Total como porcentaje del PBI, desagregado según su origen. El Gasto Público Nacional en Salud mantiene una participación en el PBI decreciente entre 1980 y 2004. Tal caída, producto de la descentralización representa un 63% del producto entre 1980 y 1983, llegando para el período 1993 – 1994 un nivel de 50% del PBI. Por su parte, el Gasto Público Provincial presenta el comportamiento opuesto al ejecutado Nacional, evidenciando una compensación entre ambos.

Por último, el Gasto Público Municipal en Salud guarda una tendencia constante entre 1980 y 1984, con promedio de participación en el consolidado del área de 3.19%. Entre 1985 y 2004, tal porcentaje aumenta al 5.7%.

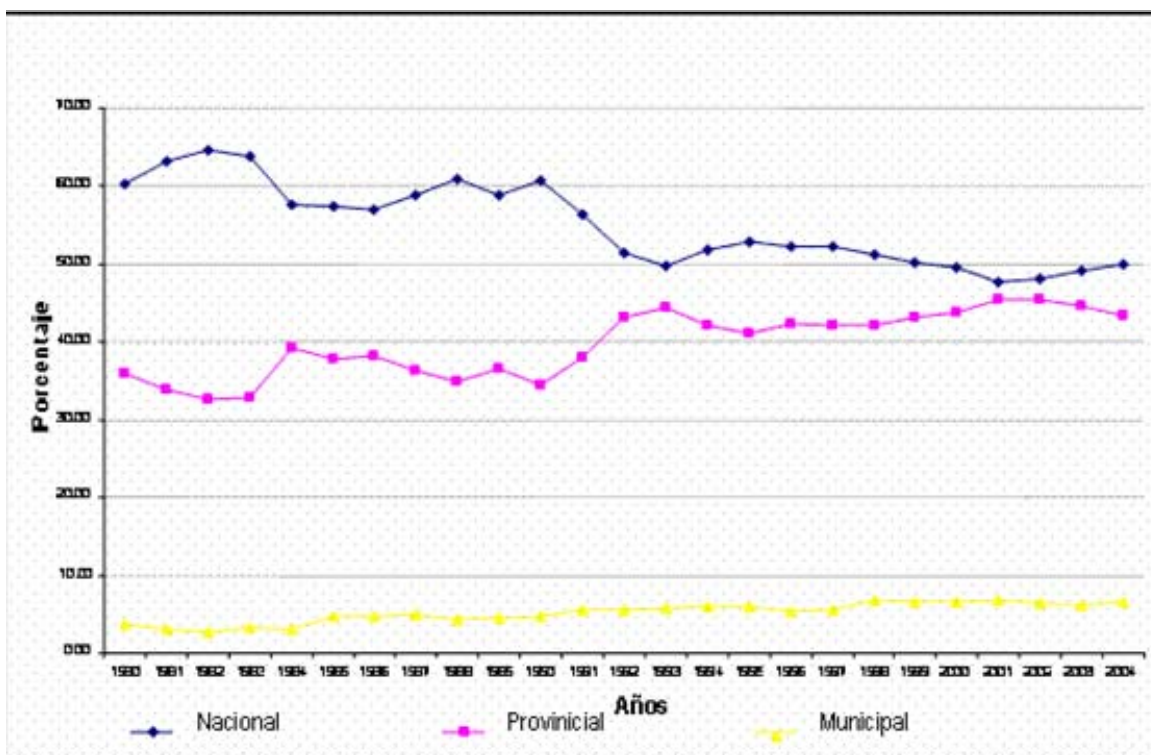
El comportamiento del Gasto Público en Salud se entiende a partir del análisis de los destinos de tal gasto. Con el fin de analizar las variaciones del mismo, en el Gráfico 3.9 se reproduce la serie de Gasto Publico en Salud en pesos constantes de 2001 junto con sus desagregaciones en Atención Pública, Obras Sociales y PAMI. El Gasto Público Social en Salud presenta grandes fluctuaciones en el período analizado, que podrían estar explicadas fundamentalmente por las variaciones en el gasto de las Obras Sociales y el PAMI.

Entre 1980 y 2004 el Gasto Total en Salud varía un 6.5%. Dentro de las partidas que integran ese rubro, la Atención Pública Directa es la que experimenta la mayor variación, incrementándose un 36.8%. El PAMI muestra una suba del 25%. Las Obras Sociales

disminuyen en un 5.4%. En 1981 se incrementa considerablemente el Gasto de las Obras Sociales, que empuja el Gasto Total en salud, que supera los 6000 millones de pesos. Dos caídas pronunciadas en el Gasto Total se dan en 1989 y 2001. Ambas están asociadas con fenómenos provenientes de shocks macroeconómicos.

En 1989, se produce una caída del gasto de las Obras Sociales y del PAMI, con la consecuente reducción del gasto total. El gasto en Atención Pública no se modifica en ese año, con una cifra inferior a los 1000 millones. Con la crisis del 2001, por otro lado, la baja en el gasto de las Obras Sociales y del PAMI es aproximadamente del 40%: En ese año, el Gasto en Atención Pública de la Salud cayó en un 20% aproximadamente. El Gasto de PAMI crece especialmente durante el período 1989-2000, tomando un valor máximo en 1995 con 2643 millones de pesos. Por su parte el Gasto de las Obras Sociales Nacionales se mantiene en torno a los 3200 millones, excepto los años de crisis, en los cuales el mismo cayó considerablemente.

**Gráfico 3.8. Participación porcentual en el gasto en Salud**

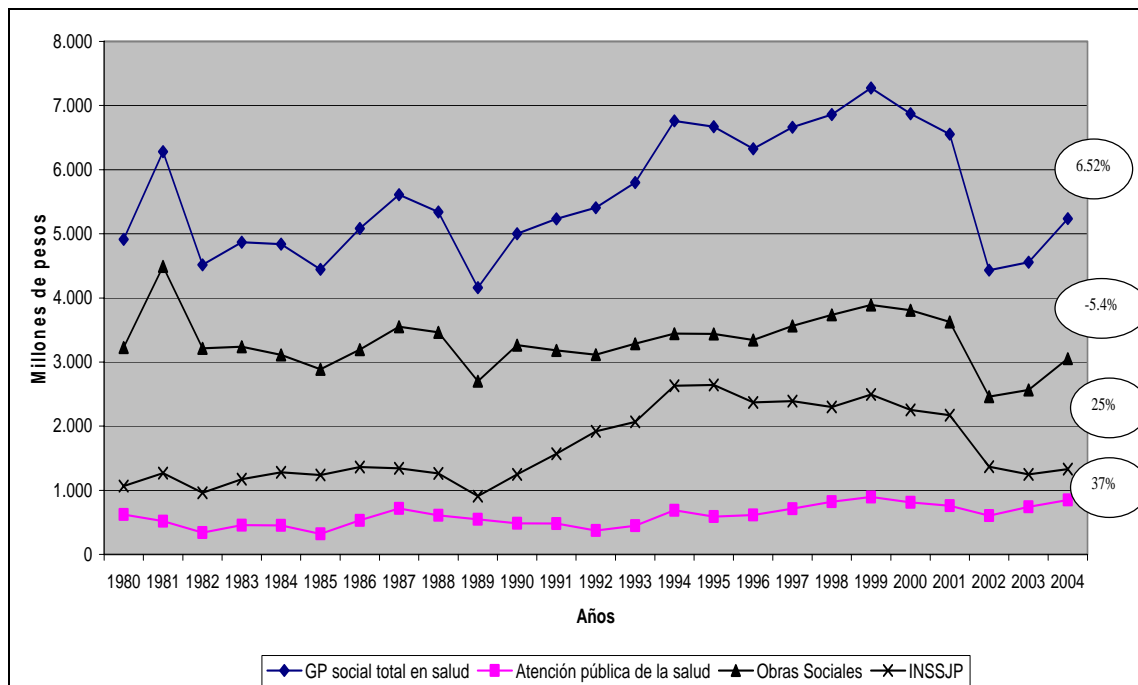


Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

El análisis del Gasto de cada subsector pone de manifiesto el poder de cada uno de ellos en la definición de la Política de Salud Nacional. Se observa que el peso del Ministerio de Salud es relativamente inferior, aunque su población objetivo es la financieramente más rezagada. En efecto, en 1981, las Obras Sociales gastaban 5 veces más que el Ministerio de Salud (representado por Atención Pública de la Salud); mientras que el gasto del PAMI era aproximadamente 1.7 veces mayor. Esta brecha se mantiene para 1989, sin

modificarse sustancialmente en el 2000 para el sector de Obras Sociales; sin embargo, PAMI llega a triplicar el gasto del organismo nacional.

**Gráfico 3.9. Evaluación del Gasto Social en Salud por subsistemas**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

### 3.4 Volatilidad Macro y Respuesta del Gasto en Salud

Paralelamente, Argentina ha presentado sucesivas crisis durante las últimas dos décadas que involucraron largos períodos de alta volatilidad. La inestabilidad proveniente de dichos shocks macroeconómicos resulta evidente si se analiza el comportamiento del nivel de actividad durante el lapso de tiempo considerado.

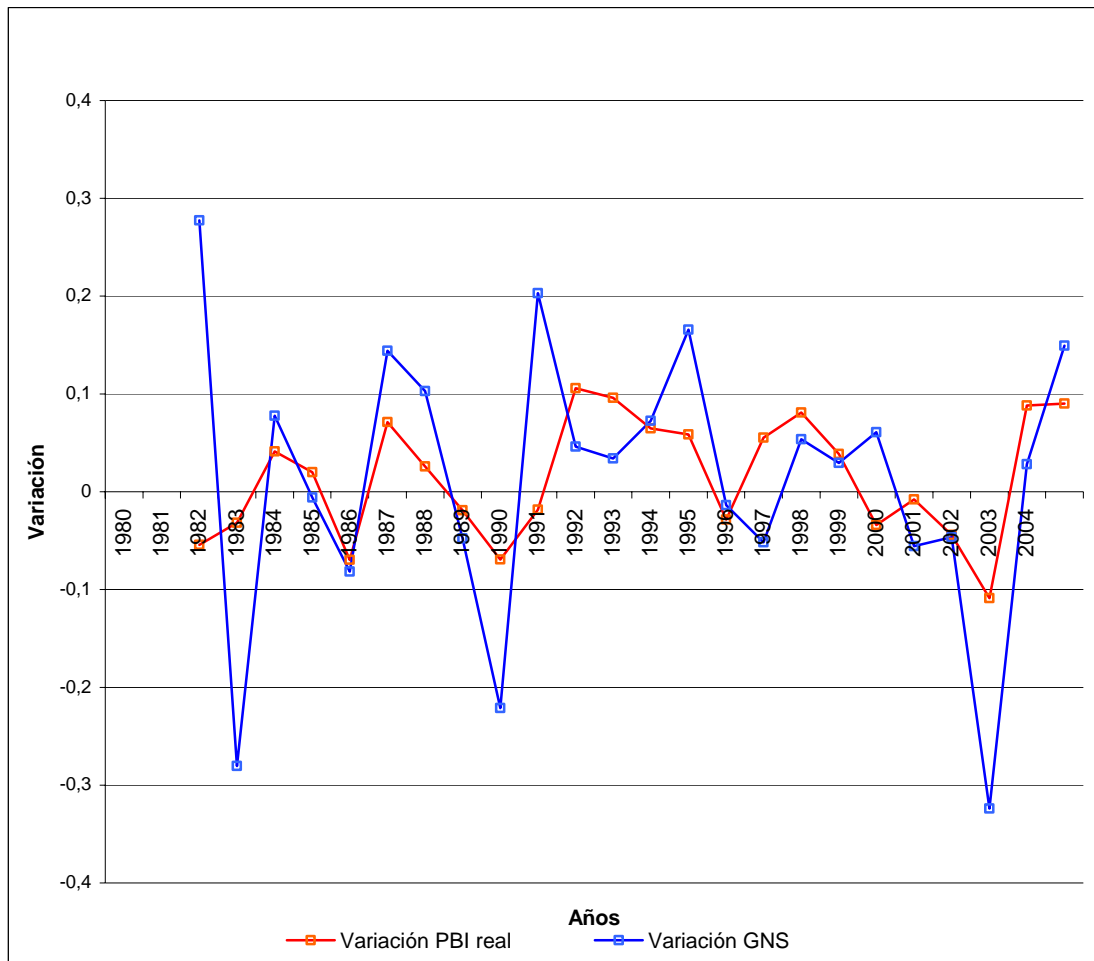
La intención radica en intentar identificar la existencia de alguna relación entre tal volatilidad, y la evolución del gasto nacional destinado a la cobertura de salud, para establecer una posible “respuesta” ínter-temporal por parte de la Nación.

Asimismo, y de forma complementaria, observaremos las características que gobiernan la distribución de los recursos destinados a la salud como forma de poder aproximarnos a una medida de potencial efectividad.

La búsqueda de una potencial asociación entre los shocks de salud y el comportamiento de la actividad económica nos remite a la comparación, en términos de variaciones, de las series del Gasto Nacional en Salud y PBI.

Tal como se observa en el Gráfico 3.10, ambas series evidencia una significativa volatilidad durante la mayor parte del lapso de tiempo considerado.

**Gráfico 3.10. Correspondencia entre PBI y GNS**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y Ministerio de Economía

Durante este período, la actividad económica muestra movimientos ascendentes y descendentes. Sin embargo, si se compara la variación con aquella del Gasto Nacional en Salud, éste último es muy superior a la del primero, con variaciones del gasto significativamente más bruscas que la del producto.

De esta manera, y suponiendo que los diferentes shocks en el nivel de actividad repercuten en la evolución del gasto, del gráfico anterior se desprende que cada vez que el PBI varía, el gasto lo hace, no sólo en la misma dirección, sino que “sobre-reacciona”. Así, el gasto público en salud desde la Nación no parece cumplir una función estabilizadora en términos de las necesidades que la población posee en períodos de

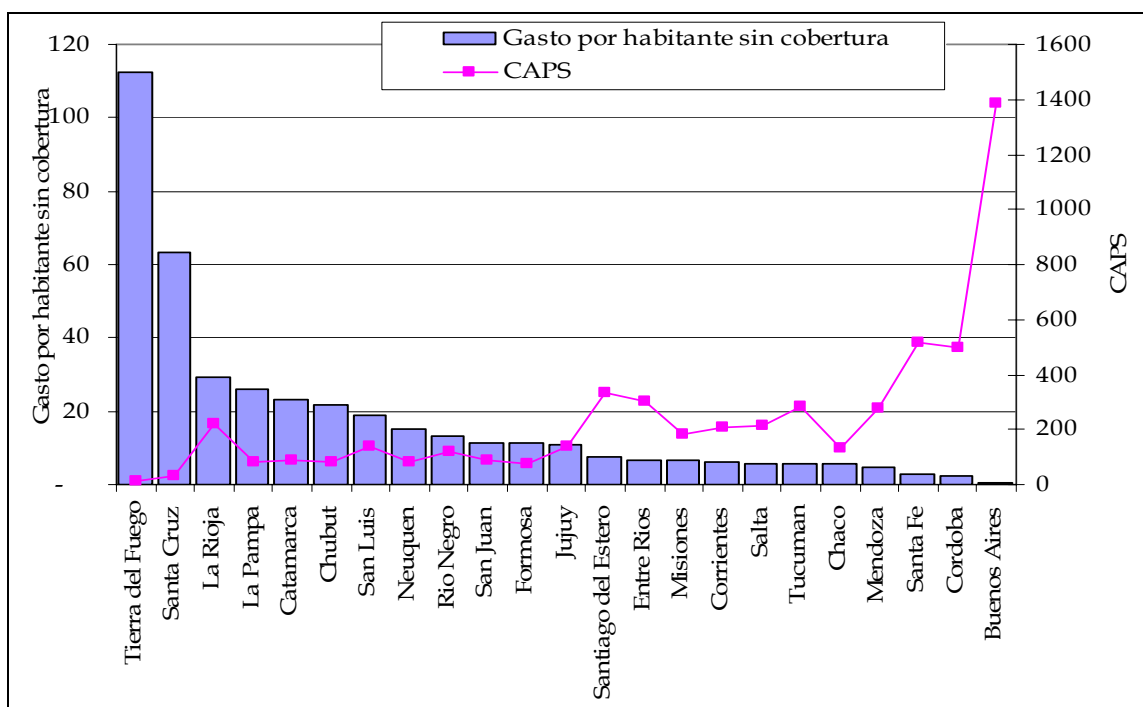
mayor necesidad (mayor probabilidad de que un gasto en salud se vuelva financieramente catastrófico para grupos con bajos niveles de ingreso.

#### 4. Asignaciones específicas y Transferencias.

##### 4.1 Partidas de Gasto Nacional Específicas

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante tres programas relacionados con la atención pública de la salud, y que cuentan con poblaciones objetivo identificables: *Programa Remediar de Emergencia Sanitaria, Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión sexual y Prevención de Enfermedades y Riesgos Específicos*. En esta primera sub-sección se analizarán los tres programas teniendo en cuenta sus motivaciones, objetivos y la distribución del gasto realizado en el marco del programa para cada provincia.

**Gráfico 4.1. Programa Remediar. Distribución geográfica del programa por población objetivo. Año 2006**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

##### 4.1.1. Programa Remediar

El Programa Remediar tiene por finalidad distribuir medicamentos a la población que acude a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), y se identifica como aquellos que no cuentan con cobertura formal (obra social o prepaga). Según estudios



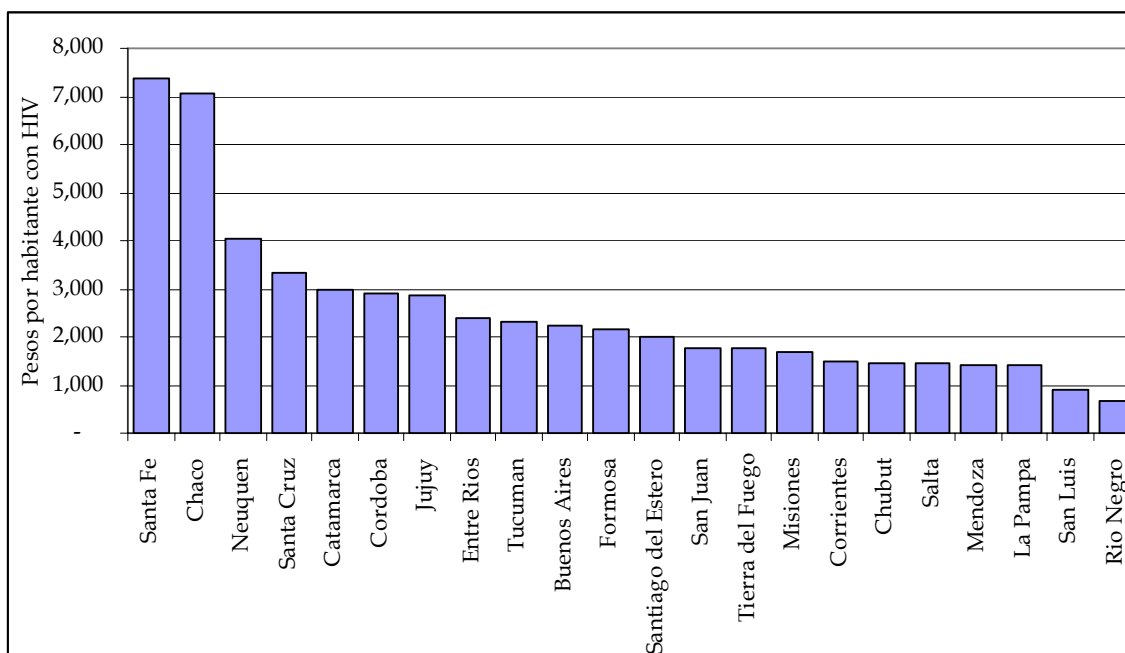
realizados (Maceira et al, 2004; Maceira y Kremer, 2006) se comprueba que la población que efectivamente utiliza los servicios de CAPS en su amplia mayoría no cuenta con cobertura formal.

Existe una dispar asignación del programa entre diferentes provincias asociado con el mecanismo de distribución de botiquines a través de los centros, cuya distribución no resulta equitativa (Maceira et al, 2006) afectando el desempeño del programa. Por ejemplo, mientras que en Tierra del Fuego, para el año 2006, los beneficiarios recibían \$113 per cápita y en Santa Cruz \$63, en la provincia de Buenos Aires el beneficio sólo alcanzaría \$1 por persona sin cobertura médica. El Gráfico 4.1 muestra la relación existente entre el gasto per cápita en el marco del programa y la cantidad de CAPS por provincia para el año 2006. Allí se evidencia una relación inversa entre ambas variables, confirmando lo afirmado anteriormente: las provincias con mayor número de CAPS realizan un gasto por habitante objetivo menor que aquellas con menos Centros de Atención.

#### 4.1.2. Lucha contra el Sida. Distribución geográfica por población objetivo según provincias. Año 2005

El Programa de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, tiene el objetivo tanto prevenir la enfermedad, como atender a la población infectada con HIV, siendo su población objetivo la cantidad de personas que declaran ser portadoras del virus. Los fondos y drogas del Programa se distribuyen por provincia, donde son asignados a los objetivos del programa.

**Gráfico 4.2. Lucha contra el SIDA y enfermedades de transmisión sexual. Distribución geográfica por población objetivo. Año 2005.**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

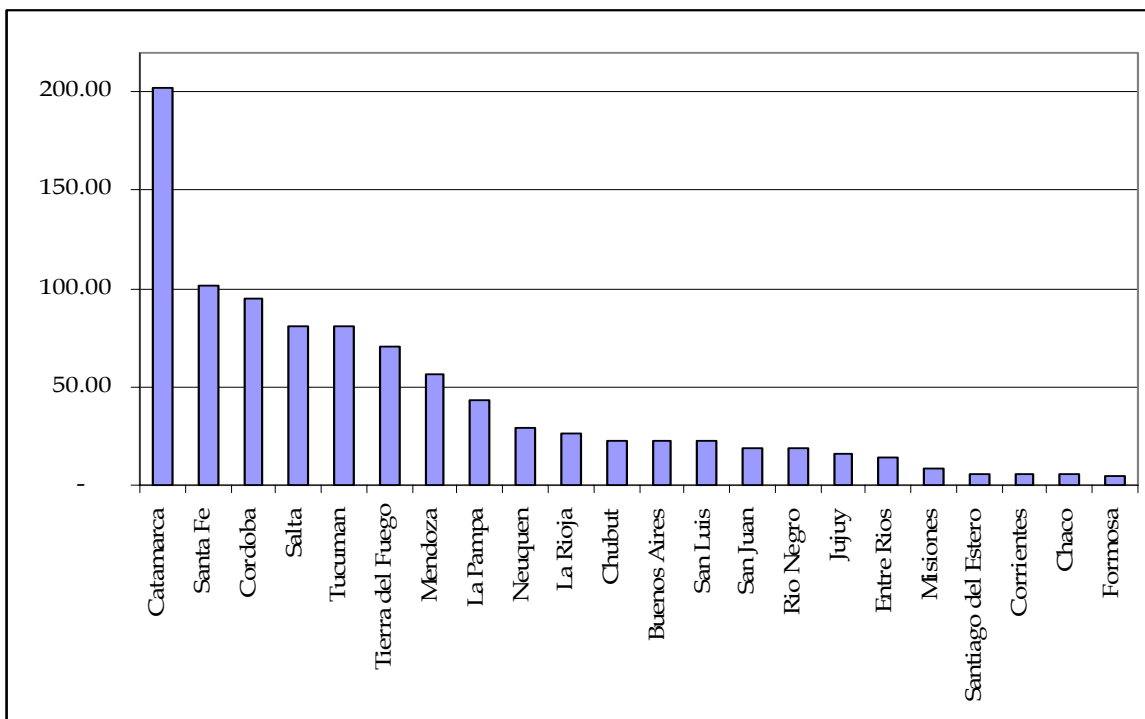
El Gráfico 4.2 ilustra la distribución del gasto por habitante. Para ejemplificar la desigualdad de esta distribución, durante 2005, el gasto per cápita para Santa Fe y Chaco supera los \$7.000 por habitante infectado con el virus, mientras que en Río Negro y San Luis, esta asignación no alcanza los \$1.000.

**4.1.3. Prevención de Enfermedades. Distribución geográfica por población objetivo según provincias. Año 2006**

El programa de Prevención de enfermedades y riesgos específicos, tiene entre sus principales actividades la distribución de vacunas y la protección de la población de enfermedades endémicas tales como el Mal de Chagas.

La población objetivo corresponde a los menores de 1 año – dado que son los principales destinatarios de las campañas de vacunación – y, en aquellas provincias con más riesgos de padecer Chagas u otras enfermedades endémicas se consideró adicionalmente a los beneficiarios potenciales de estos programas (población con NBI).

**Gráfico 4.3. Prevención de enfermedades y Riesgos Específicos. Distribución geográfica por población objetivo. Año 2006**



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

La distribución por provincia del gasto efectuado por el programa, durante el 2006 muestra que la provincia que recibe mayor asignación por beneficiario es Catamarca, con \$202 por “persona objetivo” por año, mientras que Formosa es la que menos recibe por habitante objetivo, con menos de \$5, tal como se exhibe en el Gráfico 4.3.

Desafortunadamente, el mecanismo de apertura en la asignación de recursos no permite replicar este tipo de análisis para otros programas o instituciones. Sin embargo, las tres

experiencias reportadas muestran las restricciones asignativas existentes, y la falta de una regla unívoca identificable.

A pesar de ello, el agregado de transferencias en especies monetarizadas desde el Gobierno Federal hacia las provincias cuenta con una lógica distributiva si se observa desde la perspectiva del Gasto Provincial en Salud.

## 4.2 Relación Nación-Provincias en el Gasto en Salud

### 4.2.1. Gasto Provincial en Salud. Año 2004

El destino de los fondos de los presupuestos provinciales asignados a salud presenta una gran disparidad. Si se observa el cuadro 4.2, se desprende que en promedio y para 2004, las provincias gastaron en salud \$215 por habitante, pero estas cifras varían entre jurisdicciones: mientras que en Tierra del Fuego y Santa Cruz el gasto en salud provincial per cápita ascendió a más de \$570, en Corrientes y Misiones no superó los \$100.

**Cuadro 4.2. Gasto Provincial en Salud. En pesos y como % total**

Jurisdicción	2004	
	Per cápita	% total
Tierra del Fuego	576.62	10.1%
Santa Cruz	575.63	8.3%
Neuquen	477.63	11.7%
Ciudad de Buenos Aires	351.74	24.3%
Chubut	311.68	10.0%
La Pampa	268.02	10.3%
La Rioja	242.30	9.2%
Río Negro	215.70	10.9%
Formosa	189.67	8.8%
Santiago del Estero	189.04	13.6%
Entre Ríos	174.17	10.9%
Salta	158.13	13.6%
Jujuy	157.98	9.7%
San Juan	155.36	12.3%
Catamarca	154.98	7.1%
San Luis	150.94	7.4%
Tucuman	115.10	8.1%
Mendoza	112.58	8.3%
Chaco	107.84	7.2%
Santa Fe	104.34	9.2%
Córdoba	98.32	7.9%
Buenos Aires	94.81	9.1%
Corrientes	92.07	7.6%
Misiones	87.51	6.4%
<b>Promedio</b>	<b>215.09</b>	<b>10.09%</b>

*Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía*

La alta participación del gasto en salud en la Ciudad de Buenos Aires (24,3%) se relaciona con la carencia de servicios propios de Defensa y Justicia entre otros, lo que genera que el peso relativo del sector salud se encuentre sobreestimado. Las provincias en las que el peso del área de salud es más alto son Santiago del Estero y Salta, con casi

el 14% de sus presupuestos totales. Por el contrario, en Misiones esta proporción registra su mínimo, con el 6,4%. Misiones es al mismo tiempo la que menor gasto provincial en salud per cápita y menor participación de esta área sobre el total presenta.

En todo caso, el gasto de las provincias descentralizadas (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe principalmente) se encuentran subestimados, en tanto excluyen los fondos asignados desde los municipios.

Por otro lado, si se consideran las transferencias - tanto monetarias como no monetarias - desde el Ministerio Nacional expuestas en el cuadro 4.3, se puede observar que la distribución de las transferencias no monetarias presenta una lógica distributiva hacia las jurisdicciones más necesitadas. Esta lógica no se reproduce en las transferencias en recursos frescos sin destino específico.

**Cuadro 4.3. Transferencias Nacionales en Salud, por Provincia (en millones de pesos constantes de 1999)**

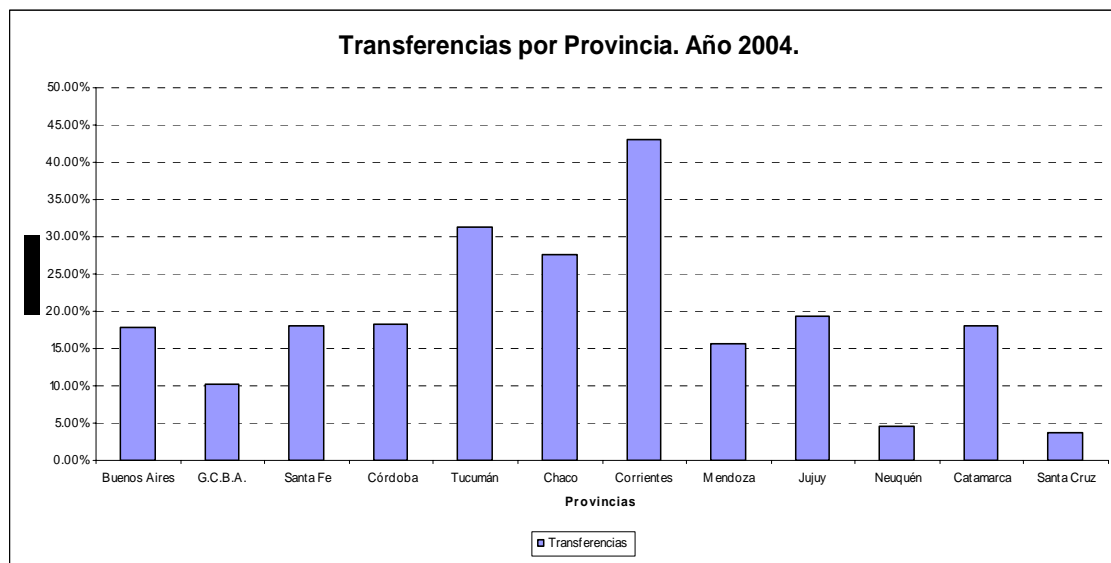
Provincias	2004		% Transferencias sobre el Gasto Provincial en Salud	
	Monetarias	No Monetarias <sup>1</sup>	Monetarias	No Monetarias <sup>1</sup>
Buenos Aires	67,94	148,26	8,2%	17,9%
G.C.B.A	68,88	72,56	9,7%	10,2%
Santa Fe	1,07	34,50	0,6%	18,1%
Córdoba	1,06	33,13	0,6%	18,2%
Tucumán	0,64	25,37	2,1%	31,4%
Chaco	1,30	19,18	1,9%	27,5%
Corrientes	0,64	18,47	1,5%	43,1%
Mendoza	0,44	18,05	0,4%	15,6%
Jujuy	1,24	11,32	2,1%	19,3%
Neuquén	0,13	7,58	0,1%	4,5%
Catamarca	0,39	7,17	1,0%	18,0%
Santa Cruz	0,12	2,58	0,2%	3,7%

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

Nota: 1) Las transferencias no monetarias incluyen leche, medicamentos, anticonceptivos, retrovirales, antirretrovirales, folletos, vacunas, jeringas, etc.

Tal como se muestra en el siguiente gráfico (4.4), y de acuerdo a las jurisdicciones analizadas, Corrientes es la que posee mayor peso relativo en la recepción de transferencias no monetarias dentro de su gasto para el mencionado año (42 por ciento), en tanto que la Provincia de Santa Cruz es aquella que presenta la menor incidencia de tales transferencias en su gasto, con casi un 5 por ciento.

**Gráfico 4.4. Transferencias no monetarias por jurisdicción. Año 2004.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y Ministerio de Economía

### 4.3. Obras Sociales, INSSJP y APS: Distribución de recursos

La presencia de un sistema segmentado abre la posibilidad de identificar estrategias alternativas de inversión en salud (capital físico) entre subsistemas. En este sentido, se plantea la posibilidad de medir aproximadamente una medida sugerida de efectividad de acuerdo a los montos per capita destinada al área de salud por parte de las Obras Sociales, INSSJP, y la Atención Pública Nacional.

En las filas del Cuadro 4.5 se representa, per cápita, los recursos acumulados por cada una de las tres instituciones consideradas para los años 1991 y 2001 tomando como denominador su población objetivo (población sin cobertura corregida para el sector público y afiliados de cada grupo de instituciones).<sup>2</sup>

Considerando como población objetivo a las personas con cobertura y a aquellas que presentan necesidades básicas insatisfechas, el año 1991 presenta un mayor porcentaje relativo de recursos destinados a las Obras Sociales, comparado con la inversión pública medida como la suma de los fondos nacionales en salud más gasto total provincial del área.

Por su parte, y para el año 2001, el porcentaje de recursos que poseen las Obras Sociales aumenta en un 20%, mientras que el INSSJP y la APS poseen mayores recursos asignados (23% y 51%, respectivamente), si se tiene en cuenta a la población con NBI (sector público) y con cobertura de tal institución.

<sup>2</sup> El cálculo de población beneficiaria requería aplicar una serie de supuestos sobre utilización de cada subsistema por parte de los afiliados, Obras Sociales y PAMI. Con base a la ECU 97 se obtuvo el porcentaje de población con cobertura que se atiende en el sistema público, tal número, aplicado a ambos períodos se dedujo proporcionalmente de la población de cada tipo de cobertura

#### **Cuadro 4.5. Distribución de Recursos**

<i>Distribución per cápita de Recursos</i>		
<i>Institución</i>	<i>Año</i>	
	1991	2001
APS	181,98	274,8
OSN	590,78	713,14
INSSJP	913,58	1123,83

*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía*

Por su parte, y para el año 2001, el porcentaje de recursos que poseen las Obras Sociales aumenta en un 20%, mientras que el INSSJP y la APS poseen mayores recursos asignados (23% y 51%, respectivamente), si se tiene en cuenta a la población con NBI (sector público) y con cobertura de tal institución.

## **5. Conclusiones**

Del análisis de las secciones anteriores se verifica que el Gasto Público Total tuvo, hasta 2001, una tendencia creciente, especialmente asociado con el gasto provincial a partir de la descentralización. El Gasto Social Nacional acompaña tal tendencia, con una reducción en la participación federal y un leve incremento de su par provincial, verificándose a nivel global algunas deficiencias en la asignación de recursos.

La cuestión referida a una posible respuesta por parte de las instituciones públicas ante una elevada y persistente volatilidad macroeconómica resulta evidente. En particular, la evolución y variabilidad del gasto público destinado a salud a lo largo de todo el lapso de tiempo considerado da lugar a la idea de que no sólo no responde – en términos de montos asociados - a los distintos períodos de bajos ingresos, variando en igual sentido que el nivel de actividad, sino que por el contrario, presenta sistemáticas sobre-reacciones.

Del análisis realizado sobre las principales partidas específicas de gasto nacional, se obtuvo una breve descripción de sus objetivos y distribución de los fondos entre las diferentes provincias que componen la Nación. En este sentido, el programa *Remediar* otorga medicamentos a aquella población objetivo identificada con las personas que carecen de todo tipo de cobertura formal. Dado el mecanismo de distribución, la focalización parece ser efectiva. Sin embargo, la brecha de cobertura entre CAPS afecta su eficiencia asignativa. La evidente relación inversa entre ambas variables determina que las provincias con mayor cantidad de CAPS cada 10.000 habitantes con NBI, llevan a cabo un gasto por habitante objetivo menor que aquellas con menor dotación de infraestructura (incluso corregido por escala).

El programa de lucha contra el SIDA y la distribución geográfica de sus recursos confirma la hipótesis de una inequidad - para el año 2005 - de los fondos destinados a cada

persona infectada o portadora entre las diferentes provincias. De acuerdo a Maceira (2005), fallas en equidad asignativa refieren asimismo en limitaciones de eficiencia, en tanto la inversión marginal en mantener capital físico no es pareja entre individuos. Tal como fue mencionado, mientras que en algunas jurisdicciones los pacientes reciben alrededor de 7000 pesos, en otras tal cifra no llega a los 1000 pesos. El programa de Prevención de Enfermedades y Riesgos Específicos muestra comportamiento similar. En particular, para el año 2006, la diferencia entre el gasto per cápita máximo y mínimo asignados por las provincias al programa en cuestión llega a casi 200 pesos, evidenciando la disparidad entre los recursos destinados por cada jurisdicción.

De manera análoga a la distribución de los fondos de cada programa las provincias presentan una clara inequidad en la cantidad de recursos destinados a cada una de ellas. Sólo tres de veintitrés provincias incrementaron su gasto en salud per cápita entre 1998 y 2004, siendo Misiones aquella que redujo su gasto en salud en más del 50 por ciento. Por otro lado, la variación promedio de todas las provincias es negativa y roza el 30 por ciento, indicando que a lo largo de todo el país, en un lapso de 6 años, el gasto en salud medio per cápita sufrió una caída del 30 por ciento.

Estos valores muestran que a nivel provincial no se verifica el argumento de inversión en capital social desde el sector público como mecanismo de reducción de shocks financieros, como tampoco se vislumbra equidad interjurisdiccional: el nivel de “acumulación” de capital físico de los individuos sin cobertura formal es profundamente dispar al interior de la Argentina.

Por su parte, los principales indicadores que dan origen a la decisión de realizar inversiones nacionales en salud son diferentes. Las transferencias no monetarias entre provincias presentan una reducida varianza (aproximadamente 25 pesos), indicando equidad asignativa en la inversión en salud, en comparación con las transferencias monetarias donde no existe un patrón uniforme. En términos monetarios, la asignación de recursos per cápita relevante de cada subsector muestra, complementariamente a lo presentado a nivel federal, una desigual inversión social en capital físico.

Como se muestra en el año 2001, la Atención Pública de la salud destina aproximadamente 275 pesos a cada persona, mientras que las Obras Sociales cuentan con más de 700 pesos. Si bien estos valores son aproximados y sujetos a modificaciones, muestran claramente la brecha de inversión social en capital físico por grupo social.

## **6. Bibliografía**

Becker, Gary S. *Human Capital*. New York. Columbia Univ. Press, 1964.

Becker, G. y Ehrlich, I., 1972, “Market Insurance, Self Insurance, and Self Protection”, *The Journal of Political Economy*, Vol. 80, N° 4.

Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 1972.

Ministerio de Economía, Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto y Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

Lustig, N., 2001, *Shielding the Poor. Social Protection in the Developing World*, Brookings Institution Press.

Maceira, D., "Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: El Caso Argentino", Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, WP N° 6, Buenos Aires, Argentina, Octubre, 2004

Maceira, D., Apella, I. y Barbieri, E., "Análisis del Programa Remediar: Notas sobre su Evaluación y Seguimiento", Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE), Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo N° 09, Washington, Septiembre, 2005.

Maceira, D; y Kremer, P (2006). Distribución de medicamentos en centros públicos en argentina, y la calidad percibida de la atención por los profesionales. Mimeo, Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D.; Olaviaga, S.; Kremer, P.; Cejas, C. (2006) Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en Argentina. Políticas Públicas Análisis número 30. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la equidad y el crecimiento (CIPPEC).

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud, 2003, *Indicadores Básicos*.

Wagstaff, A., y Van Doorslaer, E., 2003, "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-1998", *Health Economics*, Vol. 12.