



Evolución de la Inversión Pública Social en Salud en Argentina

Resumen Ejecutivo

Daniel Maceira, Ph.D.¹

Marzo 2007

¹ 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

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 - y 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 barreras institucionales o económicas existentes.

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.

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).

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.

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.

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. 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.

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.

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.

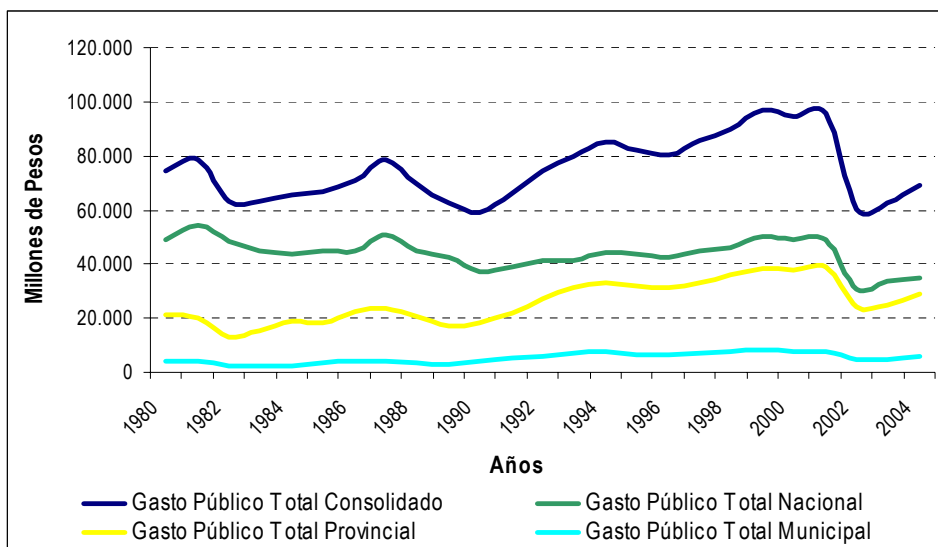
Dado este marco, se plantean dos preguntas de investigación para el resto del trabajo. La primera formula si es posible, para el caso argentino, reconocer la existencia de cierta capacidad de respuesta por parte del Estado frente a potenciales shocks macroeconómicos. Para ello se analiza la evolución del gasto tanto íntertemporalmente, 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.

3.1 Indicadores Básicos. Presupuesto Ejecutado Consolidado

3.1.1. Gasto Público Nacional Consolidado (1980-2004)

El Gráfico 3.1 muestra 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).

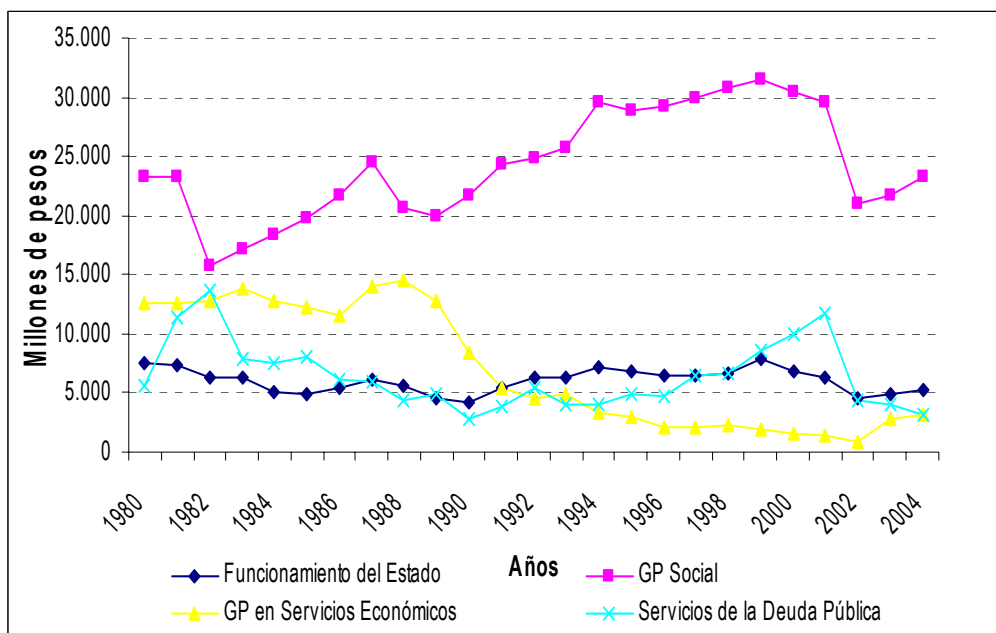
En cuanto a las diferencias en el gasto según su origen, se reduce la brecha entre el gasto nacional y provincial desde mediados de 1990. El primero mantiene una tendencia constante, mientras que el segundo presenta un crecimiento “más acelerado”, pasando de los

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 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 3.2. Gasto Público Nacional por función (a pesos constantes de 2001)



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

3.2 Gasto Público Social Nacional

El Gráfico 3.2 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 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.

3.3 Gasto Público Social en Salud

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.

Evolución de la Inversión Pública Social en Salud en Argentina

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.

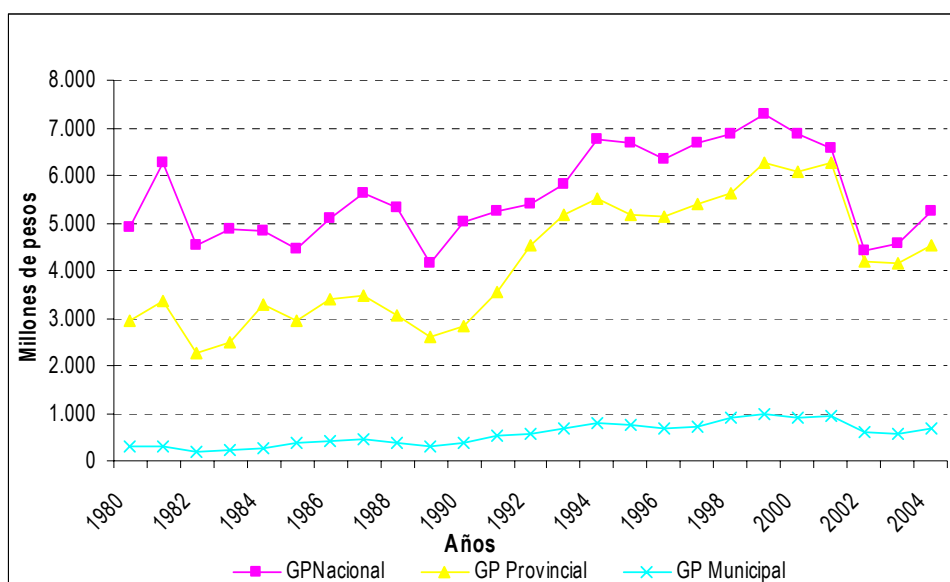
El Gasto Público Nacional en Salud mantiene una participación en el PBI decreciente entre 1980 y 2004. Tal caída, producto de la descentralización representa un 63% del producto entre 1980 y 1983, llegando para el período 1993 – 1994 un nivel de 50% del PBI. Por su parte, el Gasto Público Provincial 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 3.4 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.

Gráfico 3.3. Gasto Público Social en Salud por dependencia, (a precios constantes de 2001)



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” intertemporal por parte de la Nación.

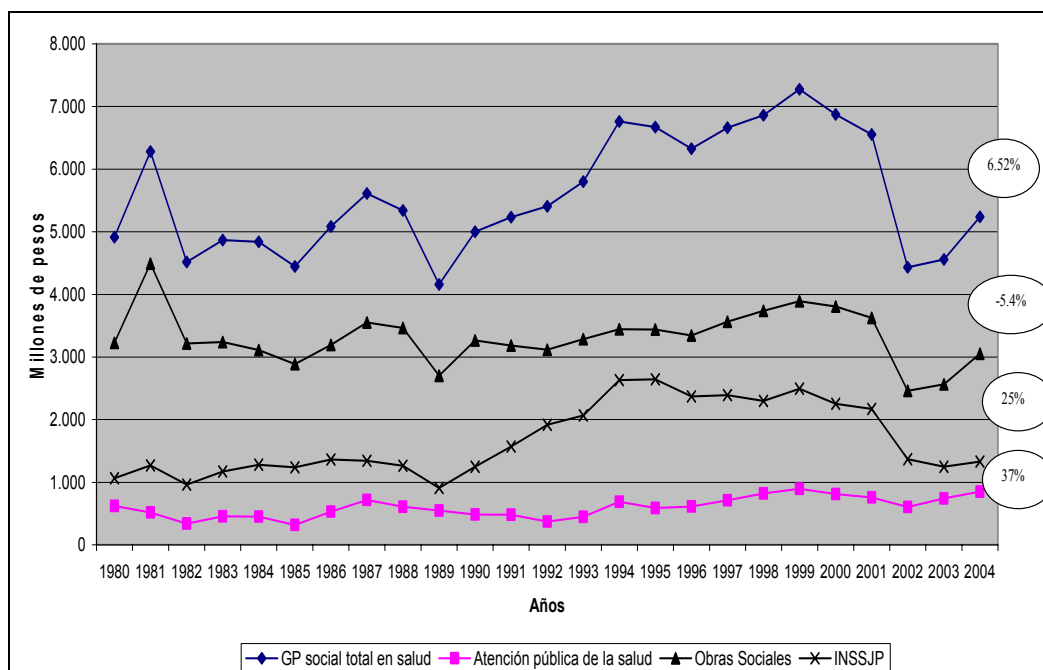
Asimismo, y de forma complementaria, observaremos las características que gobiernan la distribución de los recursos destinados a la salud como forma de poder aproximarnos a una medida de potencial efectividad.

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, ambas series evidencia una significativa volatilidad durante la mayor parte del lapso de tiempo considerado.

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.

Gráfico 3.4. Evaluación del Gasto Social en Salud por subsistemas

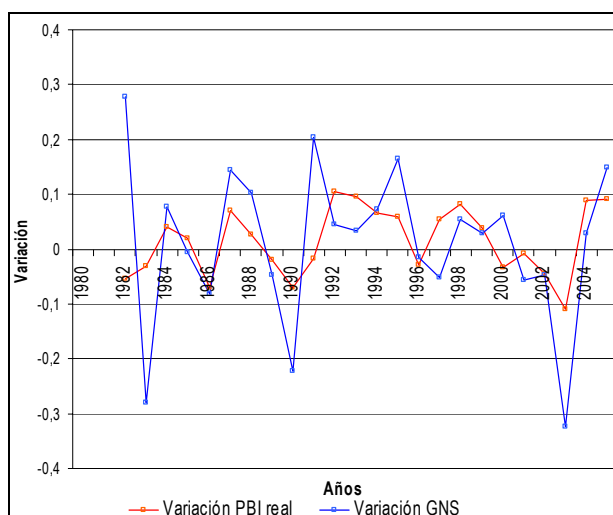


Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Ministerio de Economía

Evolución de la Inversión Pública Social en Salud en Argentina

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.

Gráfico 3.5 Correspondencia entre PBI y GNS



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

4.1 Relación Nación-Provincias en el Gasto en Salud

4.1.1. 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 4.1, 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 4.1. 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%
Rio Negro	215.70	10.9%
Formosa	189.67	8.8%
Santiago del Estero	189.04	13.6%
Entre Rios	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%
Cordoba	98.32	7.9%
Buenos Aires	94.81	9.1%
Corrientes	92.07	7.6%
Misiones	87.51	6.4%
Promedio	215.09	10.09%

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

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 4.2, 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 4.2. Transferencias Nacionales en Salud, por Provincia (en millones de pesos constantes de 1999)

Provincias	Transferencias		% Transferencias sobre el Gasto Provincial en Salud	
	Monetarias	No Monetarias ¹	Monetarias	No Monetarias ¹
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.

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.

4.1.2 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 aproximar 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 4.3 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).²

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.

Por su parte, y para el año 2001, el porcentaje de recursos que poseen las Obras Sociales

² 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

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.

Cuadro 4.3. 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

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.