

## **Evolución de la Inversión Pública Social en Salud en Argentina**

Daniel Maceira, Ph.D.

### **Resumen**

Argentina ha transitado por períodos de alta volatilidad macroeconómica, afectando la capacidad de su población para crear y mantener las inversiones en salud - capital físico - educación - capital humano - de las familias. Particularmente, la fragmentación del sistema de salud constituye una barrera institucional que opera como mecanismo de propagación de las crisis que no afecta de igual modo a distintos grupos de ingreso. Este trabajo propone identificar la respuesta del gasto público en salud ante tales shocks y medir su efectividad, evaluando el desempeño institucional. La inversión en educación y aquella destinada al cuidado y mantenimiento de la salud constituyen incrementos de capital individual y social. Desde la perspectiva de la demanda de los servicios de salud, cada individuo posee una cierta dotación inicial de salud que deberá sostener y mejorar a lo largo de su vida.

El presente trabajo considera no sólo a la persona, sino al Estado como unidad de decisión al momento de plantear inversión en capital físico y humano. En un contexto de incertidumbre, y dada la probabilidad de enfermedad y los costos asociados con la restauración de la salud, surgen dos situaciones a ser consideradas: la definición de mecanismos de aseguramiento que protejan de shocks sanitarios financieramente catastróficos, y los mecanismos presupuestarios que permitan cierta capacidad de respuesta del Estado frente a tales shocks. Para ello se analiza la evolución del gasto para el período (1980-2004) y su capacidad de acompañar las necesidades de salud de la población.

El Gasto Público Total tuvo, hasta 2001, una tendencia creciente a partir de la descentralización, especialmente asociada con el gasto provincial. Sin embargo, la evolución y variabilidad del gasto público destinado a salud no sólo no responde a los distintos períodos de bajos ingresos, sino que presenta sistemáticamente sobre-reacciones. De manera análoga a la distribución de los fondos de cada programa nacional, las provincias presentan una clara inequidad en la cantidad de recursos destinados a salud y no se verifica el argumento de inversión en capital social 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 del país.

Correspondencia a:

Daniel Maceira, Ph.D.  
Investigador Titular  
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)  
Buenos Aires – Argentina  
danielmaceira@cedes.org