



**Centro de Estudios de Estado y Sociedad**

---

**MECANISMOS DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD  
E IMPACTO DE SHOCKS FINANCIEROS.  
EL CASO DE ARGENTINA\***

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

**Junio de 2004**

---

<sup>1</sup> Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

\*Este documento fue elaborado para la Oficina de Salud, Nutrición y Población del Departamento de América Latina del Banco Mundial. Se agradece la colaboración de Mercedes Kweitel, Fernanda Villalba, Emilio Depetris, Ignacio Apella y Bárbara Lignelli en la preparación de este trabajo, así como los comentarios recibidos durante el Taller de Mecanismos de Protección Social en Salud realizado por el Banco Mundial en Buenos Aires, entre el 4 y 5 de mayo de 2004. El autor guarda entera responsabilidad por las expresiones vertidas en este documento. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

## **INDICE**

- 1- Introducción.
- 2- Principales Características del Sistema de Salud Argentino.
- 3- Utilización y Cobertura de Servicios de Salud, 1997.
- 4- Mecanismos de Protección Social. Marco de Análisis.
- 5- Estructura de los Mecanismos de Protección Social en Argentina.
- 6- Gastos en Salud: Efectos sobre Pobreza e Indigencia.
- 7- Impacto de la Crisis 2001-2002 y Mecanismos de Protección.
- 8- Nuevo Escenario Macroeconómico y la Interacción Pobreza - Salud.
- 9- Conclusiones y Propuestas.
- 10-Referencias.

## **Anexos**

- A1- Mecanismos de Protección y Línea de Pobreza. Base Hogares.
- A2- Glosario de Variables ENGH 97 y Encuesta Crisis WB 2002.
- A3- Metodología para el Cálculo de Gasto en Salud Total.
- A4- Le "Big Mac".

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1: Características Socioeconómicas, por Provincia

Cuadro 2.2: Perfil Epidemiológico Provincial

Cuadro 2.3: Disponibilidad de Servicios de Salud por Provincia

Cuadro 2.4: Cobertura Sanitaria, 1991-2001 y Variación Porcentual

Cuadro 2.5: Taxonomía de las Obras Sociales Nacionales

Cuadro 2.6: Taxonomía de las Obras Sociales Provinciales

Cuadro 3.1: Cobertura por Quintil de Ingreso per Cápita Familiar

Cuadro 3.2: Cobertura de Salud por Región

Cuadro 3.3: Asistencia a Centro de Salud Público por Cobertura de Salud

Cuadro 3.4: Asistencia a Centro de Salud Público por Cobertura de Salud por Quintiles

Cuadro 3.5: Porcentaje del Gasto de Bolsillo en Salud, por Tipo de Gasto, por Región y por Quintil

Cuadro 4.1: Referencia para los Mecanismos de Protección

Cuadro 4.2: Porcentaje de Individuos con Ahorro, por Quintil de Ingreso y Tipo de Cobertura

Cuadro 4.3: Porcentaje de Personas que Gastaron en Bienes y/o Servicios Asociados a Actividades Deportivas

Cuadro 4.4: Determinantes del Ahorro de los Hogares, 1997

Cuadro 5.1: Número de Individuos por Mecanismo de Protección. Argentina 1997

Cuadro 5.2: Porcentaje de Individuos sobre Población Total por Mecanismo de Protección. Argentina 1997

Cuadro 5.3: Porcentaje de Hogares sobre Hogares Totales, por Quintiles Nacionales

Cuadro 5.4: Gasto Promedio de Bolsillo en Salud. Argentina 1997

Cuadro 5.5: Gasto Promedio de Bolsillo en Salud per Cápita Ponderado (Porcentaje del Ingreso per Cápita Familiar). Argentina 1997

Cuadro 5.6: Gasto Promedio de Bolsillo en Salud, por Región

Cuadro 6.1: Individuos Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas. Argentina 1997

Cuadro 6.2: Nuevos Pobres e Indigentes. Individuos que caen Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia a Causa de un Shock de Salud. Argentina 1997

Cuadro 6.3: Individuos Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas como Porcentaje de la Población Total de cada Mecanismo. Argentina 1997

Cuadro 6.4: Nuevos Pobres e Indigentes en Porcentaje de la Población Total de cada Mecanismo. Argentina 1997

Cuadro 6.5 (a): Personas con Shock Catastrófico. Diferentes Escenarios acerca del Porcentaje destinado al Gasto en Salud. Individuos.

Cuadro 6.5 (b): Personas con Shock Catastrófico. Diferentes Escenarios acerca del Porcentaje destinado al Gasto en Salud. Porcentaje de la Población del Quintil.

Cuadro 6.6: Indicadores de Shocks Catastróficos, 1997

Cuadro 7.1: Cobertura de Salud por Quintil de Ingreso per Cápita Familiar

Cuadro 7.2: Cambio de Cobertura por Quintil de Ingreso per Cápita Familiar

Cuadro 7.3: Cambio de Cobertura y Ahorro Destinado a Salud por Quintil de Ingreso per Cápita Familiar

Cuadro 7.4: Deporte y Ahorro Destinado a Salud por Quintil de Ingreso per Cápita Familiar

Cuadro 7.5: Cambio de Cobertura y Deporte por Quintil de Ingreso per Cápita Familiar

Cuadro 8.1: Presencia de Nuevos Pobres debido a un Shock en Salud

Cuadro 8.2: Nuevos Pobres por Shock en Salud. Determinantes, 2003

Cuadro 8.3: Nuevos Pobres por Shock en Salud. Determinantes, 1997

Cuadro 8.4 (a): Impacto del Financiamiento del Gasto en Internación sobre el Número de Nuevos Pobres y Nuevos Indigentes, por Quintil de Ingreso. 1997

Cuadro 8.4 (b): Impacto del Financiamiento del Gasto en Internación sobre el Número de Nuevos Pobres y Nuevos Indigentes, por Quintil de Ingreso. 2003

Cuadro 9.1: Cobertura de Mecanismos Formales de Seguro y Fallas de Aplicación

Cuadro A1.1: Número de Hogares por Mecanismo de Protección. Argentina, 1997

Cuadro A1.2: Porcentaje de Hogares sobre Hogares Totales por Mecanismo de Protección. Argentina, 1997

Cuadro A1.3: Hogares debajo de las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas. Argentina, 1997

Cuadro A1.4: Nuevos Hogares Pobres e Indigentes. Hogares Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia a Causa de un Shock de Salud

Cuadro A1.5: Hogares Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas como Porcentaje de los Hogares Totales de cada Mecanismo

Cuadro A1.6: Nuevos Hogares Pobres e Indigentes en Porcentaje de Hogares Totales de cada Mecanismo

Cuadro A2.1: Riesgo Actuarial por Grupos

Cuadro A2.2: Tabla de Equivalencias. Necesidades Energéticas y Unidades Consumidas según Edad y Sexo, Gran Buenos Aires

Cuadro A2.3: Paridad de Poder de Compra con respecto al Gran Buenos Aires, por Región

Cuadro A4.1: Porcentaje del Ingreso per Cápita Familiar Necesario para Cubrir el PMO, 1997

Cuadro A4.2: Porcentaje del Ingreso per Cápita Familiar Necesario para Cubrir el PMO, 2003

Cuadro A4.3 (a): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 2003. Población Total

Cuadro A4.3 (b): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 2003. Población con Consulta

Cuadro A4.4 (a): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 1997. Población Total

Cuadro A4.4 (b): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 1997. Población con Consulta

Cuadro A4.5 (a): Trazador Medicamentos, 2003

Cuadro A4.5 (b): Trazador Medicamentos, 1997

## INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1: Organigrama del Sistema de Salud en Argentina

Figura 3.1: Gasto Mensual de Bolsillo en Salud

Figura 3.2: Gasto de Bolsillo en Salud como Porcentaje del Ingreso

Figura 3.3: Contribución Impositiva Mensual Estimada Dirigida al Financiamiento de la Salud

Figura 3.4: Gasto Estimado Mensual Total en Salud

Figura 4.1: Mecanismos Alternativos de Protección Social en Salud

Figura 5.1: Mecanismos de Protección por Región

Figura 5.2: Gasto de Bolsillo según Mecanismo de Protección por Región

Figura 6.1: Línea de Pobreza, Ingreso y Gasto en Salud

Figura 6.2: Evolución Línea de Pobreza, por Regiones, mayo 2001- mayo 2003

Figura 6.3: Población Pobre y Nuevos Pobres, por Tipo de Mecanismo - Nivel Nacional

Figura 6.4: Población Pobre y Nuevos Pobres, en Porcentaje de la Población Total, por Región

## 1- Introducción

Los mercados asociados con el financiamiento y la prestación de servicios de salud se caracterizan por operar bajo condiciones imperfectas, en ocasiones muy diferentes a las de gran parte de los mercados de bienes y servicios en la economía. Estas condiciones imperfectas, que en general están relacionadas con la existencia de información asimétrica entre los prestadores y los consumidores de servicios de salud (médicos y pacientes), generan la posibilidad de comportamiento oportunista por parte de la oferta, mediante la inducción de la demanda.

La característica de información asimétrica así como la presencia de externalidades positivas o negativas en los mercados de salud, constituyen las reconocidas fallas de mercado. Su presencia determina que los mecanismos de precios no brinden la información necesaria para operar normalmente y a partir de ello se requiere de mecanismos de regulación o control social que acerquen las condiciones de operación de estos mercados a una estructura más cercana al óptimo social. Asimismo, las características propias del bien salud (percepción de enfermedad, barreras geográficas y culturales, determinantes de la utilización de servicios), definen nuevos desafíos desde la perspectiva de política pública, especialmente en países menos desarrollados.

La diferencia entre el bien salud y el bien seguro de salud se hace presente a medida que los grupos sociales de menores ingresos acuden al mercado de salud generalmente ante la existencia de una enfermedad y demandan bienes o servicios que restauren la salud perdida. En general los grupos sociales de ingreso medio-alto y alto se relacionan con los mercados de salud a partir de la adquisición de seguros, ya sean sociales o privados, que cubran a sus contribuyentes ante la eventualidad de una enfermedad en el futuro. De este modo, los mecanismos de aseguramiento de mercado, dada la existencia de aversión al riesgo por parte de los individuos, constituyen una de las salidas tradicionales para cubrir a las familias ante la posibilidad de realizar gastos catastróficos en salud que reduzcan su capacidad de compra de otros bienes y servicios.

El desafío de política pública es encontrar mecanismos que permitan a la mayor parte de la población protegerse ante la eventualidad de esos *shocks* financieros asociados con la enfermedad, no solamente mediante la estructura de aseguramiento de mercado, sino con otras formas alternativas, ya sean mecanismos de aseguramiento público, estructuras de auto-seguro relacionadas con el ahorro, y mecanismos de autoprotección, como pueden ser actividades deportivas, costumbres saludables, etcétera.

El propósito de esta investigación es poder determinar la existencia de mecanismos de protección social en el caso específico de la Argentina y, dentro de esos mecanismos de protección social, establecer cuáles son las formas tradicionales de aseguramiento de mercado y de aseguramiento público en la cobertura de salud de los individuos. Logrado esto, se analiza cuál es la importancia de los *shocks* financieros catastróficos relacionados con gastos en salud, considerando de tal modo a aquéllos que pueden llevar a los individuos y a las familias debajo de la línea de pobreza o de indigencia.

En esta dirección, el documento analiza los mecanismos estos modelos de aseguramiento, buscando a partir de información de encuestas de gastos de los hogares y otras fuentes secundarias de datos, su aplicación real y su efectividad en el caso argentino.

¿Existen entonces mecanismos alternativos de protección social a aquellos asociados con estructuras de seguro? ¿Cuál es el nivel de complementariedad entre ellos? En este marco de análisis, el trabajo busca identificar dentro del contexto del sistema local, las estructuras de protección social utilizadas por la población según el nivel de ingreso y la región geográfica, y a partir de esta identificación establecer la efectividad de los mismos para mitigar eventuales *shocks* financieros asociados a la presencia del gasto en salud.

Específicamente, el estudio tiene como objetivo dar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los arreglos organizacionales de *risk pooling* formales o informales predominantes en el país, y cómo se diferencian en cuanto en términos de recolección de fondos, *risk pooling*, y otras características organizacionales e institucionales? ¿Cómo participan en ellos los distintos grupos poblacionales?
2. ¿Cuál es la evidencia respecto a estado de salud, utilización de servicios, protección financiera y satisfacción?
3. ¿Cuáles son las estrategias y/o instrumentos “formales” e “informales” (tales como ahorro, prevención, aseguramiento privado o social) que utilizan los hogares para enfrentar los *shocks* de salud y sus consecuencias? ¿Cómo se comparan con los postulados del marco teórico presentado por la literatura (Becker et al, entre otros)?
4. ¿Logran los mecanismos de *risk pooling* mitigar los efectos de los *shocks* de salud o contribuyendo a conllevarlos? ¿Cuál arreglo organizacional de *risk pooling* contribuye mejor a la protección financiera de los hogares en general y de los más pobres en particular?
5. ¿Existe evidencia sobre cómo afectan los *shocks* de salud el ingreso y el consumo en los hogares, limitando su protección financiera y generando situaciones de empobrecimiento, relegándolos a situaciones por debajo de la línea de pobreza?
6. ¿Cuáles son las implicancias y recomendaciones de política pública para Argentina y para la región de acuerdo a los hallazgos del estudio de caso?
7. ¿Cuáles son los mayores obstáculos encontrados para poder contestar las preguntas anteriores? ¿Cuáles serían las recomendaciones de agenda de investigación futura en Argentina?

Las siguientes páginas presentan los principales resultados alcanzados a partir del estudio de tres encuestas de hogares, complementados con información relacionada con la organización del sistema de salud argentino, las características sociodemográficas de la población y la organización de los sistemas de aseguramiento social en salud.

Las encuestas consideradas fueron:

- Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1997 (ENGH-1997). El diseño de esta encuesta permite analizar en el ámbito nacional y por regiones la presencia de los tres mecanismos básicos de protección social definidos por la literatura que sirve de base



para esta iniciativa: seguros de mercado (en las formas presentes en Argentina), auto-seguro (ahorro) y auto-protección (inversión en capital físico: actividades deportivas y ejercicio).

- Encuesta de Crisis, desarrollada por el Banco Mundial en junio del 2002. El diseño de esta encuesta tiene lectura a nivel nacional, y fue utilizada con el fin identificar, por rangos de ingreso, los cambios ocurridos entre distintos mecanismos de protección social durante la crisis macroeconómica experimentada en Argentina entre fines del 2001 e inicios del 2002.
- Encuesta de utilización y gasto de los hogares, Ministerio de Salud, agosto 2003. Este instrumento constituye la última información sobre el particular, y del mismo modo que la anterior, es de alcance nacional. De su análisis es posible establecer la efectividad de los mecanismos de aseguramiento (único instrumento de protección social relevado por la Encuesta) para hacer frente a *shocks* financieros asociados con la enfermedad.

En la Sección 2 el documento describe las principales características del sistema de salud argentino respondiendo a la primera pregunta de investigación, en tanto que en la Sección 3 se analizan a partir de la Encuesta de Gasto de los Hogares de 1997, los principales patrones de cobertura y utilización de servicios de salud (pregunta 2).

En la Sección 4 se presenta el marco de análisis desde donde se abordarán los mecanismos de protección social para el caso argentino, los cuales son desarrollados en el siguiente apartado, utilizando la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1997/1998. A partir de esta estructura se articulan las respuestas a la tercera y cuarta pregunta de investigación a lo largo de la siguiente sección 5, donde se analiza la efectividad de cada uno de estos instrumentos para brindar protección financiera a las familias y a los individuos en términos de gasto unitario de bolsillo en salud mensual. El análisis de la séptima pregunta de investigación se realiza a lo largo de la Sección 6, al calcular el umbral que lleva a las familias o a los individuos a una situación catastrófica, medido de dos modos alternativos: el primero de ellos, un umbral teórico comparable de gasto en salud como porcentaje del ingreso y, en segundo lugar, a partir de niveles de gasto que llevan a los individuos y a las familias por debajo de la línea de pobreza o de indigencia.

Las conclusiones alcanzadas en ambas secciones (5 y 6) se comparan en la sección séptima con los resultados obtenidos del análisis de la Encuesta de Crisis de 2001/2002, elaboradas por el Banco Mundial, con el propósito de determinar si existieron cambios en los mecanismos de protección social concomitantemente al *shock* macroeconómico sufrido en Argentina durante ese periodo. La Sección 8 complementa este análisis llevando a cabo un estudio de la interacción del gasto de bolsillo en salud y la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza y/o de indigencia por parte de la población argentina, por distintos niveles de ingreso. Esta sección desarrolla a partir de modelos logísticos la probabilidad de convertirse en nuevo pobre y sus determinantes.

Finalmente, la Sección 9 propone contribuir a la resolución de las últimas dos preguntas de investigación al discutir las principales conclusiones alcanzadas a lo largo del documento y presentar algunas propuestas para una agenda futura de investigación, a partir de las limitaciones en la información existente.

## **2- Principales Características del Sistema de Salud Argentino**

El sistema de financiamiento y atención de la salud en Argentina es extremadamente segmentado y fragmentado, identificándose dos cortes básicos: geográfico y por tipo de cobertura.

La naturaleza federal de la Argentina determina que los Ministerios de Salud de cada provincia sean responsables del presupuesto público de salud de su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional. Los establecimientos de salud, así como los profesionales del área, dependen de la autoridad provincial, recibiendo transferencias de la Nación, generalmente asociadas con programas focalizados. Este esquema impacta en la disponibilidad de recursos financieros de cada provincia, con consecuencias en la equidad global del modelo.

Paralelamente, el financiamiento del sistema de salud cuenta con instituciones de aseguramiento social propias de cada jurisdicción (Obras Sociales Provinciales: instituciones de seguridad social para los empleados públicos provinciales y sus familias) y transversales entre provincias (Obras Sociales Nacionales: instituciones de seguridad social financiadas por aportes patronales y salariales por tipo de actividad económica).

A partir de esta estructura organizativa del sistema de financiamiento y prestación de servicios de salud de la Argentina, caracterizado por mecanismos horizontales y transversales de provisión de servicios públicos y aseguramiento social, el objetivo de la presente sección es identificar las posibilidades de alcanzar un sistema equitativo y eficiente de asignación de recursos. A partir de ello, las siguientes tablas mostrarán las principales características socioeconómicas de las provincias y el perfil epidemiológico existente en cada una de ellas para luego comparar estas necesidades potenciales de la población con la oferta de cuidados de salud para cada una de las veinticuatro jurisdicciones del país.

Como se observa en el Cuadro 2.1, existe una gran dispersión entre jurisdicciones en términos de Producto Bruto Geográfico (PBG) per cápita y porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Analizando la primera columna del cuadro, con el PBG per cápita para el año 2001 para cada una de las jurisdicciones, se observa que la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) cuenta con un ingreso por habitantes de \$24,800, en tanto que en el extremo opuesto, la provincia de Santiago del Estero tiene un indicador similar de \$1,615, constituyendo una diferencia quince veces superior en favor de la capital del país.

Paralelamente, los indicadores de población con necesidades básicas insatisfechas evidencian también una brecha significativa. En tanto que en la Capital este porcentaje es del 7.8%, en la provincia de Formosa, en contraste, este valor asciende al 33.6%. Sin embargo, y de acuerdo a las últimas dos columnas del Cuadro, los indicadores de Desarrollo Humano tienen una dispersión menor, especialmente aquellos asociados con el Índice de Desarrollo Humano publicado por el PNUD en el año 1996. Finalmente, la tasa de alfabetización para el año 2001 supera en todas las jurisdicciones el 92%.

**CUADRO 2.1: Características Socioeconómicas, por Provincia**

Provincias	PBI per capita 2001	Población 2001	NBI 2001	IDH 1996	Tasa de alfabetismo 2001
<b>GCBA</b>	24,008.50	2,776,138	7.80	0.89	99.55
<b>Santa Cruz</b>	13,626.90	196,958	10.40	0.84	98.56
<b>Tierra del Fuego</b>	11,598.32	101,079	14.10	0.85	99.33
<b>Chubut</b>	10,552.16	413,237	15.50	0.82	96.92
<b>San Luis</b>	10,473.32	367,933	15.60	0.80	97.05
<b>Neuquén</b>	9,481.89	474,155	17.00	0.82	96.59
<b>La Pampa</b>	7,556.95	299,294	10.30	0.82	97.31
<b>Santa Fe</b>	6,723.48	3,000,701	14.80	0.82	97.54
<b>Río Negro</b>	6,510.01	552,822	17.90	0.81	96.23
<b>La Rioja</b>	6,440.66	289,983	20.40	0.80	97.53
<b>Córdoba</b>	6,260.42	3,066,801	13.00	0.83	97.89
<b>Catamarca</b>	5,496.16	334,568	21.50	0.80	97.07
<b>Entre Ríos</b>	4,395.65	1,158,147	17.60	0.80	96.92
<b>San Juan</b>	4,176.74	620,023	17.40	0.80	97.05
<b>Misiones</b>	4,128.12	965,522	27.10	0.77	93.82
<b>Mendoza</b>	4,012.60	1,579,651	15.40	0.82	96.79
<b>Salta</b>	3,251.38	1,079,051	31.60	0.79	95.34
<b>Tucumán</b>	3,201.77	1,338,523	23.90	0.79	96.38
<b>Corrientes</b>	2,834.76	930,991	28.50	0.77	93.52
<b>Chaco</b>	2,507.72	984,446	33.00	0.76	92.02
<b>Jujuy</b>	2,493.69	611,888	28.80	0.77	95.26
<b>Buenos Aires</b>	6,525.34	13,827,203	15.80	0.82	98.42
<b>Formosa</b>	1,737.27	486,559	33.60	0.76	94.02
<b>Santiago del Estero</b>	1,615.24	804,457	31.30	0.77	93.96
<b>Total general</b>	<b>11,988.03</b>	<b>36,260,130</b>	<b>17.70</b>	<b>0.83</b>	<b>97.39</b>

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. OPS, "Indicadores básicos: Argentina 2003", PNUD, IDH, 1996.

El Cuadro 2.2 muestra para cada una de las provincias y para la Ciudad de Buenos Aires distintos indicadores del perfil epidemiológico, tales como la tasa de mortalidad infantil, años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por 10,000 habitantes debido a enfermedades infecciosas, cardíacas y tumores, información provista por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Como se observa, si bien el total general de tasa de mortalidad infantil para el promedio de la población es del 16.3%, para el año 2002 en la Ciudad de Buenos Aires este indicador, alcanza el 9.6% por 1,000 nacidos vivos, mientras que en las provincias de Formosa, Tucumán y Chaco, superan los 24% por 1,000, llegando en la primera de estas jurisdicciones al 28.9%.

Complementariamente, el Cuadro 2.2 permite conocer los indicadores de AVPP cada 10,000 habitantes por causas de muerte, indicándose en la segunda, tercera y cuarta columna aquellos años de vida perdidos por enfermedades infecciosas, cardíacas y tumores, respectivamente. A partir de los indicadores de AVPP por causas infecciosas y por tumores

se estableció una taxonomía de provincias sobre la base de los promedios ponderados de estos dos indicadores, identificándose cuatro grupos: el primero incluye a aquellas provincias cuyos AVPP se encuentran por debajo del promedio para ambas causas, constituyen el mejor perfil epidemiológico y corresponden al índice 1 de la última columna del cuadro; contrariamente, aquellas provincias con indicadores superiores al promedio ponderado del país por ambas causas constituyen el perfil epidemiológico más rezagado, recibiendo el valor 4. Las jurisdicciones con AVPP superiores al promedio en infecciones e inferiores al promedio en tumores se consideraron como el tercer perfil epidemiológico, y finalmente, las de alto AVPP en tumores y bajo AVPP en infecciones representan el segundo perfil epidemiológico de la Nación.

**CUADRO 2.2: Perfil Epidemiológico Provincial**

Provincias	Tasa de mortalidad infantil	AVPP por causas			Perfil epidemiológico
		infecciosas	cardíacas	tumores	
GCBA	9.60	109.60	127.70	124.40	2
Tierra del Fuego	10.10	59.00	67.80	78.50	1
Mendoza	12.10	156.70	94.00	94.90	1
La Pampa	12.40	115.40	81.10	118.40	2
Neuquén	13.00	110.30	62.20	88.70	1
Chubut	13.10	143.10	76.00	99.50	1
Santa Fe	14.30	119.00	88.50	122.00	2
Santa Cruz	14.50	66.20	74.80	99.60	1
Río Negro	14.70	119.20	64.40	94.60	1
Santiago del Estero	14.80	164.10	70.40	77.30	3
Entre Ríos	14.90	151.60	109.00	122.30	2
Buenos Aires	15.00	154.60	129.00	110.40	2
Catamarca	15.50	161.70	99.40	66.10	3
Córdoba	16.20	124.70	106.50	115.70	2
San Luis	17.80	192.30	98.80	85.10	3
Jujuy	18.40	166.50	71.90	76.50	3
San Juan	18.80	193.60	107.00	89.90	3
Salta	19.10	264.90	60.20	72.00	3
Misiones	19.60	228.60	78.10	85.90	3
Corrientes	23.50	212.70	82.60	98.70	3
La Rioja	23.50	180.60	89.20	80.20	3
Chaco	24.00	275.80	93.70	117.30	4
Tucumán	24.50	157.90	87.90	82.60	3
Formosa	28.90	260.50	96.90	97.20	3
<b>Total general</b>	<b>16.30</b>	<b>156.80</b>	<b>108.30</b>	<b>107.00</b>	

Fuente: OPS, "Indicadores básicos Argentina 2000" e INDEC.

Notas: 1) AVPP: Años de vida potencialmente perdidos cada 10000 habitantes. Año 1999. Fuente: Maceira, D. (2002).

2) La tasa de mortalidad infantil está expresada por mil nacidos vivos, año 2001.

Dada esta amplia variación en las necesidades de la población por provincia, el Cuadro 2.3 analiza la disponibilidad de los servicios de salud para cada una de ellas. Para tal fin y por jurisdicción se presentan diversos indicadores asociados a la oferta de servicios, tales como médicos, camas y establecimientos asistenciales con y sin internación cada 10,000 habitantes. Del análisis de la información provista por este cuadro y comparándola con la información de las necesidades potenciales de los cuadros anteriores, se observa que no

existe una correlación positiva entre el nivel de necesidad entre provincias y sus estructuras de oferta, por lo que se infieren grandes limitaciones en el acceso equitativo de la población de las distintas jurisdicciones a partir de las demandas potenciales de salud. Sin embargo, y de acuerdo con la última columna del Cuadro 2.3, se identifica la existencia de una correlación positiva y significativa entre altos niveles de necesidad y mayor participación de establecimientos públicos asistenciales sobre el total de instituciones prestadoras de servicios de salud por jurisdicción. Ello puede considerarse un indicador de mayor capacidad para atender las necesidades de la población rezagada en términos de ingreso mediante el financiamiento y la provisión de servicios de salud en la esfera pública.

**CUADRO 2.3: Disponibilidad de Servicios de Salud por Provincia**

Provincias	Médicos cada 10.000 habitantes	Camas cada 10.000 habitantes	Establecimientos Asistenciales cada 10.000 habitantes			% de establecimientos asistenciales públicos
			Total	Con internación	Sin internación	
Catamarca	19.52	43.94	11.36	1.73	9.62	89.47
La Rioja	18.76	43.45	9.69	1.31	8.38	81.85
Chaco	16.56	35.93	5.27	1.17	4.10	72.06
Neuquén	20.65	35.01	5.23	0.93	4.30	71.37
Formosa	11.18	34.53	5.57	1.40	4.17	70.48
San Luis	20.71	33.10	6.41	1.20	5.22	69.92
Jujuy	21.34	46.14	6.44	0.85	5.59	65.99
Santiago del Estero	14.88	37.70	6.54	1.35	5.18	65.78
Corrientes	18.69	37.86	4.16	1.05	3.10	62.53
Salta	17.14	35.26	5.54	0.88	4.66	61.37
Misiones	12.40	32.37	6.39	1.13	5.26	56.40
San Juan	24.53	28.10	4.85	0.58	4.27	53.49
Río Negro	23.62	34.91	5.70	1.03	4.67	52.38
La Pampa	21.82	39.39	6.88	1.94	4.94	51.46
Entre Ríos	22.54	58.29	5.22	1.30	3.92	50.66
Chubut	21.05	51.98	6.00	1.48	4.53	49.19
Tucumán	27.64	33.77	5.24	0.61	4.64	46.30
Santa Cruz	16.55	52.85	5.33	1.32	4.01	45.71
Mendoza	28.23	26.22	4.28	0.52	3.76	41.42
Córdoba	37.96	57.77	5.75	1.90	3.84	40.50
Tierra del Fuego	10.78	28.29	3.66	0.69	2.97	37.84
Buenos Aires	19.44	37.26	3.54	0.59	2.95	35.68
Santa Fe	34.08	36.69	6.23	1.19	5.04	31.14
GCBA	115.63	79.05	6.00	0.62	5.38	5.28
<b>Total general</b>	<b>30.01</b>	<b>42.21</b>	<b>4.92</b>	<b>0.91</b>	<b>4.01</b>	<b>43.14</b>

Fuente: OPS, "Indicadores básicos 2003" y Ministerio de Salud y Acción Social, "Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 2000".

Nota: 1) Los datos están expresados cada 10000 habitantes.

2) Número de médicos 1998.

3) Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales 2000.

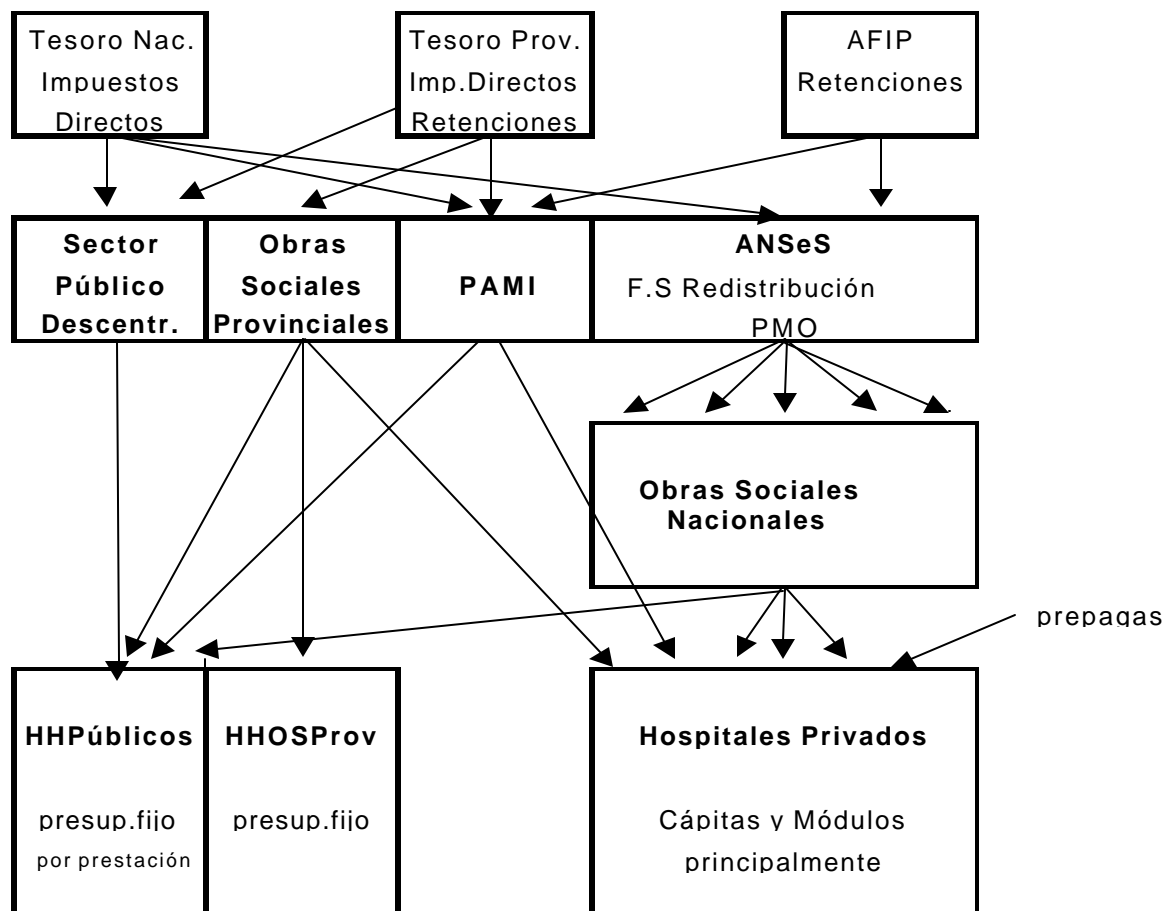
4) Número total de establecimientos asistenciales, con y sin internación, 2000.

5) Porcentaje de establecimientos del sector público 2000.

Dada esta estructura de servicios por provincia y de acuerdo a las necesidades relativas de salud, la Figura 2.1 presenta un organigrama del sistema de salud en Argentina. En la primera línea, se encuentran las distintas fuentes de financiamiento, sean ellas el Tesoro

Nacional (a partir de la recolección de impuestos directos e indirectos), y los Tesoros Provinciales por cada una de las 24 jurisdicciones. Paralelamente, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), es la institución que reúne las retenciones patronales y salariales de todos aquellos trabajadores activos en relación de dependencia que contribuyen al Sistema Nacional de Seguridad Social. La segunda línea, establece la existencia de distintos fondos de aseguramiento, ya sea a partir del sector público descentralizado, constituido por el Ministerio de Salud de la Nación y por los 24 ministerios de salud provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires, al igual que otros 24 fondos adicionales establecidos por las Obras Sociales Provinciales, que contratan servicios de salud a partir de las contribuciones salariales y del Estado como empleador de los trabajadores públicos de cada una de las provincias. A estos 49 fondos se une el PAMI (Programa de Atención Médica Integral), de organización y gerenciamiento central, que provee servicios de salud para todos jubilados, pensionados y otros grupos minoritarios a partir de fondos provenientes del Tesoro Nacional, de aportes de trabajadores activos y de retenciones a las jubilaciones y pensiones de los argentinos en edad pasiva.

**FIGURA 2.1: Organigrama del Sistema de Salud en Argentina**



Fuente: Maceira, D. y Poblete, C. (2003).

A través de la Administración Nacional de Seguros de Salud se instrumenta un Fondo Solidario de Redistribución que a partir de los montos retenidos por la AFIP, establece un mecanismo de redistribución que se concentra básicamente en dos esferas. La primera de ellas se vincula con la existencia de un fondo para la cobertura de gastos asociados con enfermedades catastróficas (baja probabilidad de ocurrencia y alto costo), que se distribuye en función de las necesidades de financiamiento de las 270 obras sociales nacionales (sindicales). La segunda esfera está relacionada con la cobertura del costo de un Programa Médico Obligatorio (PMO). Este programa financia a través de los excedentes de los trabajadores cuyas contribuciones son mayores al valor del paquete (contribuyentes netos) las necesidades de financiamiento de aquellos trabajadores y de sus familias cuya contribución salarial y patronal se encuentra por debajo de dicho PMO.

Esta estructura segmentada de financiamiento provee servicios a través de tres mecanismos: los hospitales públicos nacionales, las instalaciones de las obras sociales provinciales, limitada a algunos centros de atención primaria y, en excepciones (Provincia de Mendoza), a hospitales propios de estas instituciones, y mayoritariamente a una red de hospitales, clínicas y privadas y profesionales independientes, que proveen servicios al sistema de obras sociales nacionales, provinciales y al PAMI, como también a los afiliados a los sistemas privados de salud (prepagas).

La relación contractual entre las instituciones financiadoras y proveedoras se realiza mayoritariamente a través de la estructura de cápitales y módulos, principalmente con los hospitales privados, en tanto que los hospitales públicos reciben remuneraciones a partir de sus costos y salarios fijos, provenientes de las instituciones públicas del Ministerio de Salud Nacional y Provincial. Este sistema de aseguramiento social se completa con la presencia de seguros privados de salud (prepagas) que constituyen, dependiendo del año, entre un 6% y un 9% de la cobertura total del país.

La presencia de cobertura formal de la población argentina (mecanismos de riesgo compartido de contribución salarial y/o seguros privados) ha variado drásticamente en los últimos años. A partir del Cuadro 2.4 proveniente de los últimos dos Censos Nacionales de Población y Vivienda realizados en los años 1991 y 2001, es posible analizar por jurisdicción el porcentaje de la población con cobertura formal, información proveniente de obras sociales nacionales, provinciales, PAMI y prepagas. La última columna del Cuadro muestra la variación porcentual entre ambos períodos censales. Se observa que, para el total del país, la cobertura ha disminuido en un promedio de 17.67%. En estos diez años sólo la provincia de Tierra del Fuego ha aumentado la cobertura en un valor apenas superior al 1%, mientras que, provincias como el Chaco y Corrientes han sufrido una caída del 25%. En el caso del Chaco, la provincia con el perfil epidemiológico más rezagado y una de las jurisdicciones con menos ingreso per capita del país, esta caída alcanza el 27.91%, mientras que en la provincia de Corrientes este mismo valor supera el 26.5% de la población con cobertura formal.

A fin de complementar la información sobre los mecanismos de aseguramiento social en Argentina, los Cuadros 2.5 y 2.6 presentan taxonomías de los sistemas de aseguramiento social en el ámbito nacional, la primera de ellas, y a nivel de obras sociales provinciales la segunda.

### **CUADRO 2.4: Cobertura Sanitaria, 1991-2001 y Variación Porcentual**

Provincias	% Población con Cobertura		
	1991	2001	Variación
<b>G.C.B.A</b>	80.31	73.82	-8.08
<b>Santa Cruz</b>	76.95	70.77	-8.04
<b>Tierra del Fuego</b>	69.20	69.93	1.05
<b>Chubut</b>	67.39	60.45	-10.30
<b>La Rioja</b>	66.01	59.17	-10.37
<b>Santa Fé</b>	70.97	58.03	-18.23
<b>Catamarca</b>	63.21	54.95	-13.06
<b>La Pampa</b>	64.79	54.52	-15.84
<b>Córdoba</b>	62.22	54.24	-12.84
<b>Tucumán</b>	64.66	51.78	-19.92
<b>Entre Ríos</b>	61.48	51.34	-16.49
<b>Neuquén</b>	59.74	51.26	-14.21
<b>Buenos Aires</b>	63.28	51.21	-19.08
<b>Río Negro</b>	61.17	50.05	-18.17
<b>Mendoza</b>	57.83	49.42	-14.55
<b>San Luis</b>	62.39	48.38	-22.45
<b>San Juan</b>	59.14	47.03	-20.48
<b>Jujuy</b>	55.99	45.84	-18.13
<b>Misiones</b>	50.18	42.17	-15.98
<b>Salta</b>	51.31	39.58	-22.86
<b>Corrientes</b>	51.58	37.89	-26.54
<b>Santiago del Estero</b>	44.64	36.34	-18.61
<b>Chaco</b>	47.84	34.49	-27.91
<b>Formosa</b>	42.74	34.19	-20.01
<b>Total general</b>	<b>63.10</b>	<b>51.95</b>	<b>-17.67</b>

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y 2001.

Nota: 1) La cobertura se define como el porcentaje de población que cuenta con cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual

El Cuadro 2.5 muestra la organización de las 270 obras sociales nacionales a partir de 16 grupos asociados con dos variables. La primera de ellas es la población cubierta por cada institución, que divide a las obras sociales entre minúsculas: con menos de 1.000 beneficiarios; pequeñas: entre 1.000 y 10.000 beneficiarios; intermedias: entre 10.000 y 100.000 beneficiarios; y grandes: para aquellas obras sociales con un número de beneficiarios superior a 100.000. Por otra parte, estas estructuras por tamaño se comparan con cuatro categorías de ingreso del contribuyente: bajo, medio-bajo, medio-alto y alto. Cada una de las celdas de este Cuadro muestra el número de obras sociales nacionales pertenecientes a cada grupo, la cantidad de beneficiarios cubiertos para cada caso, el salario promedio, y la diferencia entre el aporte de los trabajadores y sus empleadores con los \$40, precio del PMO.

Como se observa, las diferencias en cuanto a estructuras de cobertura son muy amplias, llegando en la categoría 1 a 7.149 beneficiarios entre 15 obras sociales, mientras que en la categoría 16, la más populosa y de ingresos mayores del sistema, dos obras sociales proveen financiamiento a 490.174 beneficiarios. Esta estructura muestra, no solamente las



grandes diferencias entre las categorías de obras sociales, sino también la dificultad para brindar un mecanismo de aseguramiento social en Argentina.

**CUADRO 2.5: Taxonomía de las Obras Sociales Nacionales**

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

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de AFIP, período fiscal agosto 2001 para salarios y mayo 2001 en el caso de subsidios. Maceira, D. y Cicconi, V. (2003).

Aquellas categorías cuyas celdas se encuentran sombreadas, responden a los grupos cuyas contribuciones salariales y patronales son inferiores a los valores necesarios para cubrir el PMO, y por tanto deben ser subsidiadas por el resto de las obras sociales nacionales. La suma de los beneficiarios de estos cinco grupos constituye aproximadamente el 50% de la población del subsistema de obras sociales nacionales.

El Cuadro 2.6 muestra una estructura similar para el caso de las obras sociales provinciales, organizando a estas 24 instituciones (una por provincia), en cuatro grupos en términos de nivel de cobertura como porcentaje de la población total y nivel de ingreso de la jurisdicción correspondiente. Como puede observarse, existen amplias variaciones, no solamente en términos de sus indicadores epidemiológicos (tasa de mortalidad infantil y tasa de perfil epidemiológico promedio), sino también en términos de los ingresos teóricos por institución, el gasto promedio de estas obras sociales y el porcentaje de cobertura formal total.

**CUADRO 2.6: Taxonomía de las Obras Sociales Provinciales**

<b>Variables</b>	<b>Alta Cobertura, Alto Ingreso</b>	<b>Baja Cobertura, Alto Ingreso</b>	<b>Alta Cobertura, Bajo Ingreso</b>	<b>Baja Cobertura, Bajo Ingreso</b>
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	16	19	25	25
Perfil epidemiológico	1	2	3	3
Producto Bruto Geográfico per cápita	14.442	8.818	4.909	4.459
Gasto público provincial en salud per cápita	288	95	128	93
% gasto privado total en salud	5	7	7	6
Salario medio del sector público	17.340	11.847	11.112	10.799
Ingreso teórico per cápita de las Obras Sociales Provinciales	537	750	208	307
Gasto per cápita de las Obras Sociales Provinciales	820	352	229	290
% Cobertura de las Obras Sociales Provinciales	28	19	32	21
Afiliados totales (2000)	62.037	758.982	222.488	203.640
Beneficiarios totales(1999)	231.096	2.742.000	1.360.000	814.911
Beneficiarios/Afiliados	4	4	6	4

Fuente: Elaboración sobre la base de encuesta propia realizada al total de las instituciones bajo estudio. Maceira, D. (2003).

En conclusión, el sistema de salud argentino tiene una naturaleza altamente fragmentada, con fuertes diferencias en cuanto a necesidades, financiamiento y oferta de servicios entre jurisdicciones, lo que se agudiza a partir del esquema federal de asignación de recursos y gerenciamiento de fondos. A su vez, las instituciones de seguridad social, fragmentan aún más el esquema de financiamiento, limitando la capacidad de estructurar un *pool* de riesgo sostenible especialmente para aquellos grupos de ingresos bajos y de jurisdicciones rezagadas.

### 3- Utilización y Cobertura, sobre la base de la Encuesta de Gasto de Hogares 1997

En esta sección, y sobre la base de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 1997, que se utilizará para analizar los mecanismos de protección social, se describen los patrones de cobertura y utilización, por quintil de ingresos y por región. Los principales resultados encontrados son los siguientes:

El Cuadro 3.1 presenta por quintil de ingreso, el tipo de cobertura formal por grupo, como así también para cada caso, el total de individuos que recurren al hospital público como primera fuente de atención en 1997. Cada una de las casillas identifica el número total de personas del quintil con cobertura específica por fuente. Este valor se acompaña por dos porcentajes: el peso de ese grupo de cobertura para el total del quintil (lectura vertical) y el porcentaje de individuos del quintil sobre el total de cobertura del aseguramiento de referencia (lectura horizontal). La última línea de la tabla muestra el ingreso promedio individual del quintil correspondiente.

**CUADRO 3.1: Cobertura por Quintil\* de Ingreso per Cápita Familiar**

COBERTURA DE SALUD		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo Obra Social	a	2.400.893	3.358.834	3.129.346	3.018.716	2.448.030	14.355.819
	b	28.8%	52.0%	57.0%	61.7%	58.0%	48.8%
	c	16.7%	23.4%	21.8%	21.0%	17.1%	100%
Sólo Sistema Privado	a	238.328	426.473	571.042	737.368	921.003	2.894.214
	b	2.9%	6.6%	10.4%	15.1%	21.8%	10%
	c	8.23%	14.74%	19.73%	25.48%	31.82%	100%
Obra Social y Sistema Privado	a	47.290	146.364	184.373	246.535	482.671	1.107.233
	b	0.6%	2.3%	3.4%	5.0%	11.4%	3.8%
	c	4.3%	13.2%	16.7%	22.3%	43.6%	100%
Sólo Hospital Público	a	5.625.615	2.513.150	1.587.059	872.778	364.617	10.963.219
	b	67.5%	38.9%	28.9%	17.9%	8.6%	37.3%
	c	51.3%	22.9%	14.5%	8.0%	3.3%	100%
Resto	a	4.055	7.231	11.017	10.856	6.158	39.317
	b	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%
	c	10.3%	18.4%	28.0%	27.6%	15.7%	100%
Otros (d)	a	17.151	3.294	11.413	4.343	1.438	37.639
	b	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%
	c	45.6%	8.8%	30.3%	11.5%	3.8%	100%
Total	a	8.333.332	6.455.346	5.494.250	4.890.596	4.223.917	29.397.441
	b	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	c	28%	22%	19%	17%	14%	100%
Ingreso Medio	\$	71	155	246	392	937	300

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) individuos.

(b) en porcentaje sobre el total de individuos por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de individuos con misma cobertura.

(d) "Otros" incluye "Ns/Nr".

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

El promedio de ingreso per capita nacional es de \$300 al mes, con valores de \$71 en el quintil más humilde y de \$937 en el grupo más rico. La cobertura formal de la población argentina supera el 60% (48,8% obras sociales, 10% prepagas y 3,8% de la población con doble afiliación), en tanto 37,7% de los argentinos cuenta con el sistema público como único mecanismo de cobertura.

Sin embargo, estos valores son disímiles entre grupos de ingreso: menos del 30% de los individuos del primer quintil cuentan con cobertura de obra social, en tanto este porcentaje se duplica en los tres quintiles de mayor ingreso. La cobertura de las prepagas (seguros privados) también aumenta con el ingreso, aunque en una proporción sensiblemente mayor: mientras que en el Q1 sólo 2,9% abona una cobertura de este tipo, la proporción asciende al 21,8% en el Q5. Finalmente, los usuarios de hospitales públicos se concentran en el quintil más pobre, superando el 50% de las consultas de este tipo de establecimientos.

El Cuadro 3.2 analiza bajo el mismo criterio la cobertura de salud por región. La ENGH97 permite el análisis por seis regiones: Metropolitana, Pampeana, Noreste, Noroeste, Cuyo y Patagonia, que reúnen a las 23 provincias argentinas y a la capital del país. Se verifica el mayor ingreso promedio mensual por región en el Área Metropolitana, seguido por la Patagonia (\$364 y \$309, respectivamente). En el extremo opuesto, el Norte Argentino (NE y NO), cuenta con un ingreso promedio individual de \$199.

En la Patagonia se verifica la mayor cobertura de seguridad social sobre el total (57,7% de su población), en tanto que en el Noreste no supera el 46%. Asimismo, el cuadro sugiere que la cobertura privada es un fenómeno específico de las regiones Pampeana y Metropolitana, así como la doble afiliación. En el otro extremo, la región del Noreste es aquella con mayor uso de instalaciones públicas: 48,5%.

Los Cuadros 3.3 y 3.4 presentan, por región y por quintil de ingreso, el tipo de cobertura de aquellos que acuden al hospital público como principal fuente de atención. Resalta que en la Patagonia, aproximadamente el 46% de la atención pública corresponde a afiliados al sistema de seguridad social (excediendo a las otras regiones en más de 10 puntos porcentuales), en tanto que, aproximadamente el 7% de la atención nacional de salud pública es a individuos que cuentan con seguros privados. En el otro extremo, el 79% de los que acuden a tales centros cuentan con ingresos ubicados en el primer quintil.

**CUADRO 3.2: Cobertura de Salud por Región**

COBERTURA DE SALUD		Región Metropolitana	Región Pampeana	Región Noroeste	Región Noreste	Región del Cuyo	Región Patagónica	Total
Sólo Obra Social	a	5.600.084	4.724.607	1.395.609	927.679	941.817	766.023	14.355.819
	b	47.4%	50.2%	47.8%	45.4%	50.4%	57.7%	48.8%
	c	39.0%	32.9%	9.7%	6.5%	6.6%	5.3%	100.0%
Sólo Sistema Privado	a	1.362.739	1.016.467	237.171	85.246	147.818	44.773	2.894.214
	b	11.5%	10.8%	8.1%	4.2%	7.9%	3.4%	9.8%
	c	47.1%	35.1%	8.2%	2.9%	5.1%	1.5%	100.0%
Obra Social y Sistema Privado	a	511.138	362.888	144.651	29.774	33.201	25.581	1.107.233
	b	4.3%	3.9%	5.0%	1.5%	1.8%	1.9%	3.8%
	c	46.2%	32.8%	13.1%	2.7%	3.0%	2.3%	100.0%
Sólo Hospital Público	a	4.323.465	3.284.566	1.137.794	991.301	736.333	489.760	10.963.219
	b	36.6%	34.9%	39.0%	48.5%	39.4%	36.9%	37.3%
	c	39.4%	30.0%	10.4%	9.0%	6.7%	4.5%	100.0%
Resto	a	8.335	22.658	1.065	3.698	2.892	669	39.317
	b	0.1%	0.2%	0.0%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%
	c	21.2%	57.6%	2.7%	9.4%	7.4%	1.7%	100.0%
Otros (d)	a	18.254	7.977	1.732	4.463	4.862	351	37.639
	b	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.0%	0.1%
	c	48.5%	21.2%	4.6%	11.9%	12.9%	0.9%	100.0%
Total	a	11.824.015	9.419.163	2.918.022	2.042.161	1.866.923	1.327.157	29.397.441
	b	40%	32%	10%	7%	6%	5%	100%
	c	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ingreso Medio	\$	364	283	198	199	240	309	300

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) individuos\*.

(b) en porcentaje sobre el total de individuos por quintil.

(c) en porcentaje sobre el total de individuos con misma cobertura.

(d) "Otros" incluye "Ns/Nr".

**CUADRO 3.3: Asistencia a Centro de Salud Público por Cobertura de Salud**

COBERTURA DE SALUD		Región Metropolitana	Región Pampeana	Región Noroeste	Región Noreste	Región del Cuyo	Región Patagónica	Total
Sólo Obra Social	a	716.664	713.984	303.784	163.929	125.125	162.091	2.185.577
	b	31.3%	33.0%	36.7%	32.4%	29.1%	45.7%	33.3%
Sólo Sistema Privado	a	96.133	151.901	51.635	12.391	22.687	6.636	341.383
	b	4.2%	7.0%	6.2%	2.5%	5.3%	1.9%	5.2%
Obra Social y Sistema Privado	a	29.658	35.232	22.772	4.484	2.203	5.394	99.743
	b	1.3%	1.6%	2.8%	0.9%	0.5%	1.5%	1.5%
Sólo Hospital Público	a	1.440.352	1.256.280	448.786	322.976	277.327	179.996	3.925.717
	b	63.0%	58.0%	54.2%	63.8%	64.6%	50.8%	59.7%
Resto (c)	a	2.545	5.782	195	392	492	209	9.615
	b	0.1%	0.3%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Otros (d)	a	2.404	2.077	489	2.128	1.551	225	8.874
	b	0.1%	0.1%	0.1%	42.0%	0.0%	0.1%	0.1%
<b>Total</b>		2.287.756	2.165.256	827.661	506.300	429.385	354.551	6.570.909

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) Individuos.

(b) en porcentaje sobre el total de individuos de la región.

(c) Resto refiere a categorías de cobertura distintas a las anteriores.

(d) "Otros" incluye "Ns/Nr".

**CUADRO 3.4: Asistencia a Centro de Salud Público por Cobertura de Salud por Quintiles\***

COBERTURA DE SALUD		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					TOTAL
		I	II	III	IV	V	
Sólo Obra Social	a	515.220	636.548	482.083	343.986	207.740	2.185.577
	b	18.4%	39.1%	43.3%	51.1%	57.5%	33.3%
Sólo Sistema Privado	a	49.255	85.033	89.726	72.533	44.836	341.383
	b	1.8%	5.2%	8.1%	10.8%	12.4%	5.2%
Obra Social y Sistema Privado	a	9.089	19.747	25.388	17.865	27.654	99.743
	b	0.3%	1.2%	2.3%	2.7%	7.7%	1.5%
Sólo Hospital Público	a	2.212.430	882.436	511.278	238.285	81.288	3.925.717
	b	79.2%	54.2%	46.0%	35.4%	22.5%	59.7%
Resto (c)	a	2.273	3.963	2.788	545	46	9.615
	b	0.1%	0.2%	0.3%	0.1%	0.0%	0.1%
Otros (d)	a	5.673	1.634	1.285	282	0	8.874
	b	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
<b>Total</b>		2.793.940	1.629.361	1.112.548	673.496	361.564	6.570.909

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) Individuos.

(b) en porcentaje sobre el total de individuos del quintil.

(c) Resto refiere a categorías de cobertura distintas a las anteriores.

(d)"Otros" incluye "Ns/Nr".

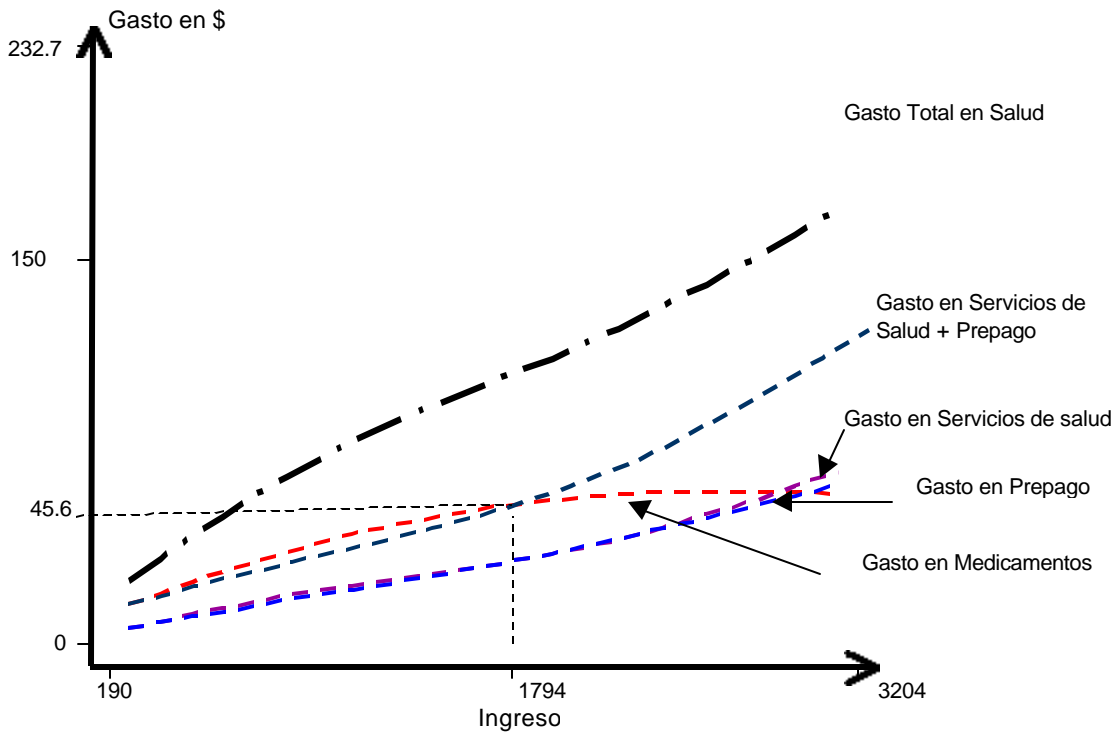
\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

Finalmente, las Figuras 3.1 a 3.4 presentan los gastos de bolsillo en salud, no sólo expresados en pesos mensuales abonados por el hogar (Figura 3.1), sino como porcentaje del ingreso total de las familias (Figura 3.2).

Pese a que es posible identificar mayores niveles de gasto en aquellos hogares con mayores ingresos, la segunda Figura muestra el efecto regresivo del gasto en salud por quintil de ingresos: los individuos con ingresos mensuales menores son quienes experimentan el mayor gasto en salud, no en términos absolutos, sino como porcentaje de sus entradas familiares. Gran parte de este gasto se concentra en la compra de medicamentos, mostrando dos fenómenos identificables, en base a lo presentado en los Cuadros anteriores: (i) la población de los quintiles más humildes tiene, en proporción, menor cobertura de seguro, lo que les impide contar con descuentos en la compra de medicamentos, y (ii) dado que su cobertura se concentra fundamentalmente en el hospital público, sus gastos en servicios de salud, *vis a vis* en medicamentos es marcadamente menor como participación del ingreso.

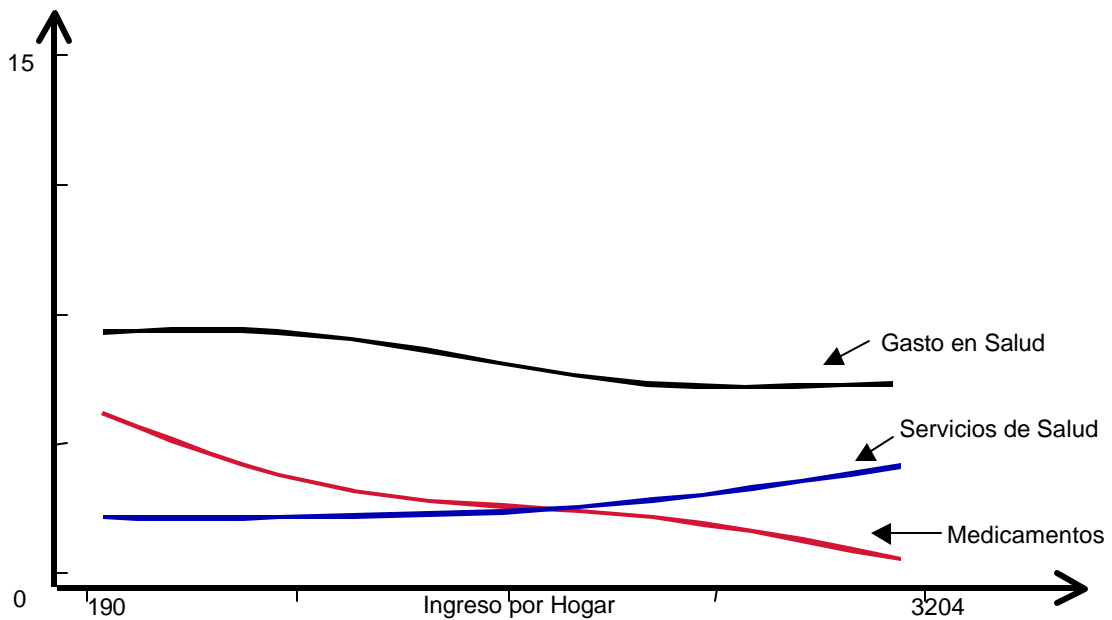
El Cuadro 3.5 muestra esta estructura de gastos separadamente para las seis regiones del país: Metropolitana, Pampeana, Cuyo, Patagonia, Nordeste y Noroeste. Para cada uno de los casos, se establece el porcentaje del gasto en salud, por rubro de desembolso y para el ingreso promedio del quintil. El quintil más pobre de la zona Metropolitana es aquel grupo de mayor desembolso en salud, con aproximadamente un 15% del ingreso, quintuplicando al mismo grupo de ingreso en la Patagonia y duplicando al quintil más rico de su región. Salvo en la Patagonia, el gasto en medicamentos del quintil más rezagado es superior (en % del ingreso) al de los grupos de ingresos superiores. La dirección opuesta se verifica en el rubro de gastos en servicios y seguros de salud, con excepción del Noroeste.

**FIGURA 3.1:**  
**Gasto Mensual de Bolsillo en Salud**



Fuente: Maceira, D. (2002), sobre la base de ENGH 97/8.

**FIGURA 3.2:**  
**Gasto de Bolsillo en Salud como Porcentaje del Ingreso**



Fuente: Maceira, D. (2002), sobre la base de ENGH 97/8.



**Cuadro 3.5: Porcentaje del Gasto de Bolsillo en Salud, por Tipo de Gasto sobre el Ingreso Medio, por Region y por Quintil (1997)**

Región\Quintiles	Gasto en Medicamentos					Gasto en Serv. De Salud					Gasto Total en Salud				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Región Patagónica	2.25	2.75	2.87	2.26	1.39	0.75	0.91	1.74	1.68	2.19	3.00	3.66	4.61	3.94	3.58
Región Noreste	4.09	3.65	4.53	2.92	2.36	2.22	1.96	1.47	1.94	1.70	6.31	5.61	6.00	4.86	4.06
Región Pampeana	8.16	6.09	4.25	3.43	2.24	2.20	2.25	2.39	3.17	2.82	10.35	8.33	6.65	6.60	5.06
Región Noroeste	9.31	5.09	4.72	4.41	3.25	1.21	1.67	1.97	2.44	2.47	10.51	6.76	6.69	6.85	5.72
Región de Cuyo	9.04	6.78	5.06	4.52	2.66	2.26	3.40	2.21	2.14	3.25	11.31	10.19	7.27	6.66	5.91
Región Metropolitana	11.16	6.78	4.87	3.88	2.36	3.60	2.47	3.27	3.61	4.67	14.76	9.25	8.14	7.50	7.03

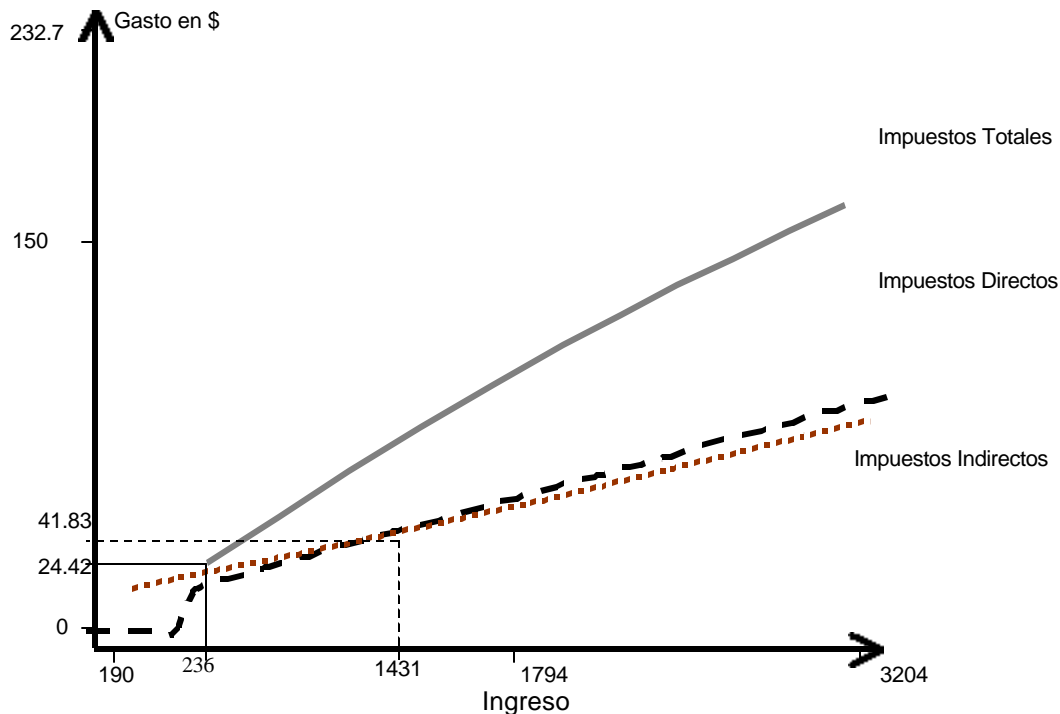
Fuente: Elaboración propia en base a ENGH97

A fin de establecer un cálculo estimado sobre el gasto total en el que incurren las familias, las Figuras 3.3 y 3.4 presentan un acercamiento a este fenómeno. La primera de ellas, y sobre la base de los gastos totales en salud a nivel nacional y provincial (no incorpora erogaciones realizadas por los municipios), propone una distribución posible de tal gasto en base al esquema tributario nacional, basado en impuestos directos e indirectos.

A partir de la metodología explicitada en el Anexo 3 de este trabajo, se asignan cargas impositivas para los promedios de cada quintil por tipo de contribución, expresadas en pesos mensuales por familia.

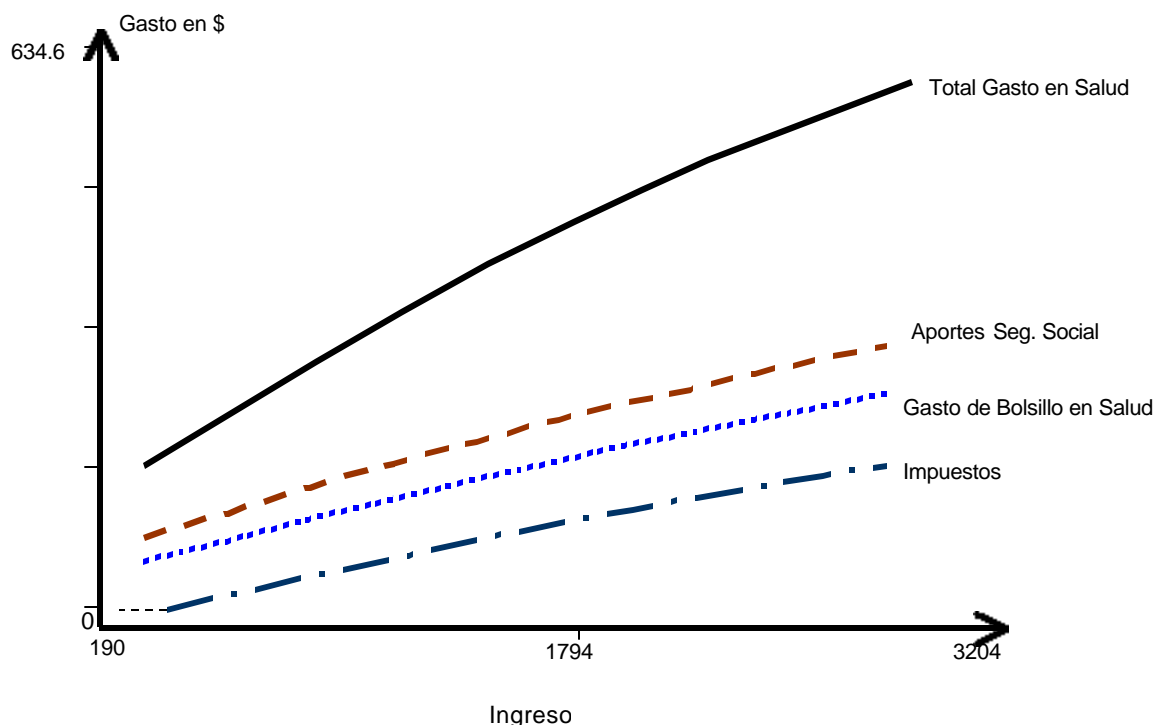
La Figura 3.4 incorpora esta hipótesis de distribución del gasto en salud de origen impositivo a los gastos de bolsillo de los hogares y a las retenciones teóricas (salariales o patronales) a la seguridad social para aquellos trabajadores en relación de dependencia. De este modo, la suma vertical del gasto de bolsillo, impuestos y contribuciones, establece un total de gasto en salud mensual que fluctúa desde \$150 para el quintil más pobre llegando, aproximadamente, a \$635 para los grupos de mayores ingresos.

**FIGURA 3.3:**  
**Contribución Impositiva Mensual Estimada Dirigida al Financiamiento de la Salud**



Nota: Estimado en base a Metodología descrita en Anexo 3.

**FIGURA 3.4: Gasto Estimado Mensual Total en Salud**



Nota: Estimado en base a Metodología descrita en el Anexo 3.

#### **4- Mecanismos de Protección Social. Marco de Análisis**

La presencia de fuertes desigualdades en la cobertura de salud en países en desarrollo, como se ha mencionado previamente, define un desafío de política pública. Este desafío no sólo involucra la necesidad de establecer estructuras efectivas de provisión de servicios acordes a las necesidades de la población, sino también un análisis de los esquemas de financiamiento utilizados para hacer frente a las contingencias inmediatas y de largo plazo asociadas con el evento de la enfermedad. Los mecanismos de aseguramiento social tradicionalmente han sido las herramientas elegidas por los tomadores de decisiones de política para hacer frente a tales necesidades, bajo el entendimiento que los mismos permiten el establecimiento de fondos comunes con capacidad de distribuir los costos asociados con la atención de la salud.

Tanto las instituciones de seguridad social (de gran expansión en América Latina, en comparación con otras regiones en desarrollo) como la estructura de financiamiento y provisión pública, muchas veces resultan insuficientes para hacer frente a las necesidades de financiamiento del sector. Los grupos más pobres de cada sociedad son normalmente los más afectados por las ineficiencias y/o imposibilidades de la autoridad pública para encontrar respuestas a esta problemática.

Estos inconvenientes y limitaciones encuentran una clara explicación: siendo los mercados de salud altamente imperfectos, requieren de mecanismos regulatorios y compensadores por parte del Estado para “converger” a una situación de “óptimo social”. A un mismo escenario de imperfección de mercado, los Estados más débiles cuentan con menos recursos para afrontar la problemática planteada. Esta debilidad no sólo se expresa en términos financieros sino también en limitaciones en sus organismos de regulación y control, y en menor poder de negociación para diseñar e instrumentar reformas de salud ante escenarios de multiplicidad de actores (sindicatos y asociaciones de trabajadores de la salud, cámaras de prestadores privados, organismos internacionales, burocracia estatal, industria farmacéutica y de tecnología médica, etc.).

El caso argentino, presentado brevemente en la sección anterior, da muestras de las limitaciones existentes para hacer frente a un esquema fragmentado de salud, donde los mecanismos de riesgo compartido son restringidos por la multiplicidad de fondos de aseguramiento y de intereses contrapuestos a la hora de acordar una estrategia sanitaria.

Bajo estas consideraciones, se requiere de nuevos esquemas de discusión en el sector salud que permitan identificar las fallas puntuales de cada país, abriendo el debate a visiones alternativas de análisis. Una rama de la literatura propone incorporar al programa de investigación del sector el estudio de los mecanismos de protección social como respuesta a los eventuales *shocks* financieros que las familias deben afrontar por causas de enfermedad (Becker et al, Lustig, Wagstaff et al, entre otros). Esta literatura sugiere la existencia de otros esquemas de protección, adicionales a los mecanismos formales de aseguramiento, asociados con el “auto-seguro”, basado fundamentalmente en el ahorro, y la “auto-protección”, originada en prácticas saludables que reduzcan la probabilidad de afrontar un estado de enfermedad.

Antecedentes inmediatos de los esquemas de “auto-seguro” familiar son los mecanismos de aseguramiento comunitario en naciones de muy bajos ingresos, el cual reconoce, por una parte, las limitaciones de los mercados de seguros y de crédito para atender las demandas de financiamiento de la salud, y propone, por otro lado, recrear en escala reducida una forma de riesgo compartido. Sus debilidades, asimismo, se encuentran definidas por su propia naturaleza: el tamaño del esquema y la capacidad de generar ahorro.

La visión de “auto-protección” parte del origen mismo de un modelo de salud bien definido: evitar la enfermedad y los costos asociados no solo con restaurar la salud sino también con afrontar el costo de un esquema de seguro, o riesgo compartido.

Del análisis de los tres mecanismos en conjunto (seguro formal, auto-seguro y auto-protección) surgen tres grandes preguntas de investigación: (i) en qué medida existe una elección del individuo por algunos de estos esquemas; (ii) cuál es el nivel de sustituibilidad o complementariedad entre ellos, y, (iii) en caso de poder identificarse, cuáles son sus efectos en términos de resultados de salud, niveles de gasto de bolsillo y capacidad de evitar y/o afrontar con éxito un gasto en salud de magnitud.

El primero de estos aspectos pone el acento en la capacidad de elección. Hasta qué punto la pertenencia a un mecanismo u otro se encuentra asociado con factores exógenos o de baja influencia del individuo? A tal fin, el presente trabajo propone un análisis que involucra la identificación de cada grupo social, por quintil de ingreso y por región del país, bajo la visión

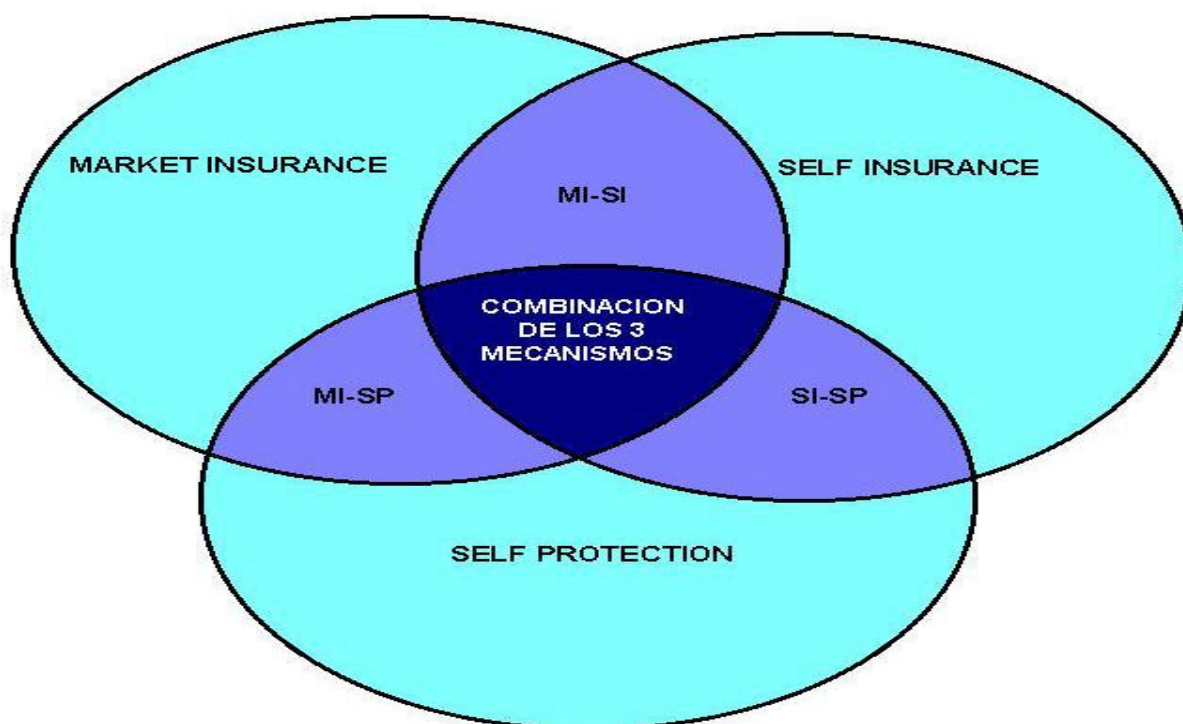
de que tanto la suma de las remuneraciones de los miembros de la familia, como así también la pertenencia laboral, constituyen condiciones iniciales de peso al momento de la elección del mecanismo de protección.

El segundo aspecto (complementariedad o sustituibilidad entre mecanismos), también será abordado en esta investigación, permitiendo la posibilidad de analizar la información proveniente de encuestas de hogares bajo este criterio. Algunas preguntas que surgen de este tópico se relacionan con la capacidad de combinar más de un mecanismo en familias de bajos ingresos y la probabilidad de incurrir en menores gastos de bolsillo, si un mecanismo de aseguramiento (cualquiera sea) es combinado con una estrategia de autoprotección.

Finalmente, el análisis de los resultados por mecanismo se establecerá en términos de gasto per cápita y familiar, como también a través de la definición de trabajo utilizada a lo largo de este estudio para identificar gastos catastróficos en salud: aquellos que, independientemente de su monto, llevan al hogar/individuo por debajo de la línea de pobreza/indigencia.

Con el fin de identificar los tres mecanismos de protección social en salud en la ENGH-97, se parte del diagrama presentado en la Figura 4.1, donde cada círculo define un mecanismo (*aseguramiento formal*, *auto-aseguramiento* y *auto protección*), pudiendo existir intersecciones entre ellos. En el centro del diagrama, en tono más oscuro, se encuentra aquel grupo de individuos/familias que experimentan una combinación de los tres mecanismos, y por fuera de los tres círculos se ubica el mecanismo de protección social de última instancia: el hospital público.

**FIGURA 4.1:**  
**Mecanismos Alternativos de Protección Social en Salud**



El Cuadro 4.1 establece la matriz básica, a partir de la cual se constituyen los grupos de protección social. Esta matriz combina cuatro elementos:

- La presencia de cobertura formal;
- La existencia de ahorro superior a \$40 por miembro de la familia. Este valor de corte en la consideración del ahorro relacionado con el mecanismo de *auto seguro* supone que cada familia toma el valor del PMO como base para su provisión en salud;
- la existencia de gastos asociados con actividades físicas o deportivas como aproximación al fenómeno de *auto protección* y,
- La asistencia a instituciones publicas de salud como principal fuente de atención.

A modo de ejemplo, aquellos individuos/familias que cuentan con cobertura, no concurren al hospital público, no reportan ejercicio y cuentan con ahorros individuales inferiores a \$40 son considerados como electores del mecanismo de *seguro de mercado o seguro formal*.

A partir de este procedimiento se establecen tres grupos de elección simple, tres grupos de elección compuesta (doble mecanismo de protección) y un séptimo grupo, con triple protección. Para cada uno de los siete grupos establecidos, se observan siete grupos relacionados, los que surgen como “fallas” de la opción considerada. Tomando el ejemplo anterior, si un individuo/familia se encuentra en la celda de “*seguro formal*” y a pesar de ello acude a un centro público de salud, se refiere a que su opción no fue suficiente y debió acudir al “prestador de última instancia”.

**CUADRO 4.1: Referencia para los Mecanismos de Protección**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	FMSPSI	MSPSI	FSPSI	SPSI
	No ejercicio	FM SI	M SI	F SI	SI
No ahorra	Ejercicio	FMSP	MSP	FSP	SP
	No ejercicio	FM	M	HP PURO	Risk Taker

**Referencias:**

**M:** Market Insurance

**SI:** Self Insurance

**SP:** Self Protection

**M SP:** Combinación Market Insurance - Self Protection

**M SI:** Combinación Market Insurance - Self Insurance

**SP SI:** Combinación Self Protection - Self Insurance

**M SP SI:** Combinación de los tres Mecanismos

**F SP:** Falla Self Protection

**F SI:** Falla Self Insurance

**F M SP:** Falla Market Insurance - Self Protection

**F M SI:** Falla Market Insurance - Self Insurance

**F SP SI:** Falla Self Protection - Self Insurance

**F M SP SI:** Falla de la Combinación de los tres Mecanismos

**HP PURO:** Ausencia de Aseguramiento

**Risk Taker**

Finalmente, la matriz identifica dos grupos adicionales: (i) aquellos que no cuentan con cobertura, ahorro ni ejercicio, "decidiendo" tomar riesgos en salud, y debiendo afrontar los eventuales gastos catastróficos sin ninguna previsión y, (ii) un último grupo, que no teniendo la cobertura de ningún mecanismo, acude a un centro público ante el evento de enfermedad.

A continuación se presentan dos cuadros (Cuadros 4.2 y 4.3), en los cuales se identifica por quintil de ingreso y por tipo de cobertura en salud, el porcentaje de los individuos con *self-insurance* (ahorro-SI) y *self-protection* (i.e., reportaron gasto en bienes o servicios asociados con actividades deportivas-SP). Del análisis de ambos cuadros se concluye que el 37,69% de la población optó (en exclusividad o combinado con otro mecanismo) por este sistema de protección. Este porcentaje es del 13,1% en el caso de *self-protection*. Como es previsible, los porcentajes de ambos indicadores son crecientes con el nivel de ingreso: mientras que 2,10% (1,1%) del primer quintil cuenta con *self-insurance* (*self-protection*), este valor se incrementa en el último quintil alcanzando 10,6% (4,2%) de su grupo.

**CUADRO 4.2: Porcentaje de Individuos con Ahorro, por Quintil\* de Ingreso y Tipo de Cobertura (sobre el total de la población)**

COBERTURA DE SALUD	Quintil					Total
	1	2	3	4	5	
Sólo Obra Social	0.63%	3.31%	5.18%	6.06%	6.23%	21.40%
Sólo Sistema Privado	0.05%	0.24%	0.65%	1.24%	2.29%	4.46%
Obra Social y Sistema Privado	0.01%	0.10%	0.19%	0.42%	1.14%	1.85%
Sólo Hospital Público	1.39%	2.89%	2.78%	1.89%	0.92%	9.88%
Resto (a)	0.00%	0.00%	0.02%	0.02%	0.01%	0.05%
Otros (b)	0.01%	0.00%	0.02%	0.01%	0.00%	0.04%
<b>Total</b>	<b>2.10%</b>	<b>6.53%</b>	<b>8.83%</b>	<b>9.63%</b>	<b>10.60%</b>	<b>37.69%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) "Resto" refiere a categorías de cobertura distintas a las anteriores.

(b) "Otros" incluye "Ns/Nr".

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

**CUADRO 4.3: Porcentaje de Personas que Gastaron en Bienes y/o Servicios Asociados a Actividades Deportivas (sobre el total de la población)**

COBERTURA DE SALUD	Quintil					Total
	1	2	3	4	5	
Sólo Obra Social	0.40%	0.97%	1.41%	2.09%	2.38%	7.24%
Sólo Sistema Privado	0.07%	0.22%	0.40%	0.59%	1.02%	2.29%
Obra Social y Sistema	0.00%	0.03%	0.14%	0.18%	0.47%	0.82%
Sólo Hospital Público	0.67%	0.70%	0.60%	0.47%	0.29%	2.73%
Resto (a)	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
Otros (b)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.01%
<b>Total</b>	<b>1.1%</b>	<b>1.9%</b>	<b>2.6%</b>	<b>3.3%</b>	<b>4.2%</b>	<b>13.1%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) "Resto" refiere a categorías de cobertura distintas a las anteriores.

(b) "Otros" incluye "Ns/Nr".

Tal como se planteara al principio de esta sección, y una vez determinados los grupos sociales con capacidad de participar en cada mecanismo de protección social, se presenta a continuación, para el año 1997, un esquema sencillo de los determinantes del ahorro familiar.

Tomando como variable dependiente a la diferencia entre ingresos netos totales de las familias menos sus gastos, el Cuadro 4.4 estima por mínimos cuadrados ordinarios la siguiente ecuación de comportamiento, con un ajuste de 0,4197.

El nivel de ingreso del hogar es la principal fuente de explicación del ahorro, con una constante significativa y negativa, dando muestras de la falta de capacidad de auto-aseguramiento en una porción de la sociedad. Complementariamente, la edad del jefe del hogar y la condición femenina de cabeza de familia incrementa la probabilidad de ahorro. Contrariamente, el número de miembros del hogar y la existencia de cobertura formal de salud y seguridad social son también significativos, pero de signo inverso, permitiendo argumentar sobre la presencia de auto-aseguramiento no sólo en función de la escala (tamaño familiar), sino también su imperfecta sustituibilidad con mecanismos formales de aseguramiento social y/o de mercado.

**CUADRO 4.4:**  
**Determinantes del Ahorro de los Hogares, 1997**

	Ahorro del hogar
Coeficientes	Coeficiente
Ingreso familiar	0.4184 (0,0001755)
número de miembros	-8.8563 (0,1050283)
cobertura	-138.2406 (0,4607506)
Edad del jefe	3.2845 (0,0131026)
jefe mujer	33.5331 (0,469996)
Constante	-389.9097 (1,048602)
Nº observaciones:	8157269
R2	0.4197
R2 Adj.	0.4197
Prob> F	0.0000

Fuente: en base a datos de ENGH 1997

Todos los coeficientes son significativos al 1%

## **5- Estructura de los Mecanismos de Protección Social en Argentina**

La presente sección analizará, en base a las categorías establecidas, la importancia de cada una de ellas en la cobertura total de la población, como así también los valores de gasto promedio per cápita asociados con cada mecanismo. Los Cuadros 5.1 y 5.2 presentan, respectivamente, el número de individuos por mecanismo de protección, y su peso porcentual para el total de la población. De este modo, la suma total de la población de todas las celdas (y la suma de los porcentajes en el Cuadro siguiente) representa el total de la población del país.



Se observa que el 24,5% de la población del país utiliza el mecanismo de seguro convencional (MI) con exclusividad –ya sea seguro social nacional o provincial o seguros privados prepagos-, siendo éste el grupo más numeroso. Lo sigue la combinación de seguro convencional y auto-seguro (MI-SI), con 19,8% de la población. Por su parte, los grupos de población que cuentan con mecanismos de auto-ahorro y auto-protección con exclusividad alcanzan el 6,1% y 1,2%, respectivamente. Adicionalmente, el grupo tomador puro de riesgo (sin ningún mecanismo de protección y no concurrencia al hospital público) asciende al 9,6% de los argentinos. Si se suma este grupo con aquellos sin ningún mecanismo de protección y con uso de instalaciones públicas, que constituyen en sí mismo el 16% de la población, el total de individuos con cobertura pública como único mecanismo de protección social alcanza el 25,6%.

**CUADRO 5.1: Número de Individuos por Mecanismo de Protección. Argentina 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	122.118	1.336.187	55.125	197.223
	No ejercicio	874.019	5.832.573	856.679	1.807.300
No ahorra	Ejercicio	190.781	1.399.365	196.048	354.811
	No ejercicio	1.449.400	7.192.140	4.706.933	2.826.739

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

**CUADRO 5.2: Porcentaje de Individuos sobre Población Total por Mecanismo de Protección. Argentina 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	0,4%	4,5%	0,2%	0,7%
	No ejercicio	3,0%	19,8%	2,9%	6,1%
No ahorra	Ejercicio	0,6%	4,8%	0,7%	1,2%
	No ejercicio	4,9%	24,5%	16,0%	9,6%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

El análisis precedente se desarrolla a nivel de individuos. En el Anexo 1 se presenta el mismo esquema pero tomando como base de estudio a las familias, y a partir de ello se identifican los porcentajes de incidencia por mecanismo. Dado que en Argentina la cobertura de aseguramiento es extensible a toda la familia del contribuyente, con algunas excepciones en los casos de afiliación individual a prepagos, existe una relación cercana a la unidad entre los conceptos de familia y “familia previsional”, considerada esta última como aquella donde existe un vínculo de cobertura en salud entre sus miembros, independientemente de la existencia o no de vínculos de parentesco. El Cuadro A1.2 del Anexo muestra resultados similares, aunque el análisis a nivel familia subestima los mecanismos de auto-seguro y auto-protección, aumentando el peso de la cobertura de riesgo compartido tradicional.

El Cuadro 5.3, expresado en familias por quintil y por mecanismo de protección, presenta claramente las posibilidades de elección de los hogares entre mecanismos de protección social de acuerdo a la disponibilidad de ingresos. Como se había establecido en la sección anterior, la existencia de auto-seguro se encuentra asociada con la disponibilidad de

recursos, de manera que la cobertura del mecanismo de auto-protección puro, como también combinado con otro esquema de atención y cobertura formal, se incrementa desde el primer al quinto quintil. De este modo, la suma de todos los grupos con auto-protección alcanza el 69,3% del total de los argentinos en el quintil más rico, cayendo a 53,6%, 44,4% y 27,3% en el Q4, Q3 y Q2, respectivamente. El quintil económicamente más rezagado sólo tiene un 7,1% de su población con mecanismos puros o combinados de auto-aseguramiento, estableciendo una relación de 9,76 veces entre los grupos de ingresos extremos. En órdenes de magnitud y en diferencias entre quintiles, la relación de auto-protección e ingreso resulta menos dispersa: en tanto el 3,9% del total del primer quintil declara realizar deportes (como variable aproximada de auto-protección), ese porcentaje llega al 23,8% en el grupo relativamente más rico, con una diferencia de 6,10 veces entre uno y otro.

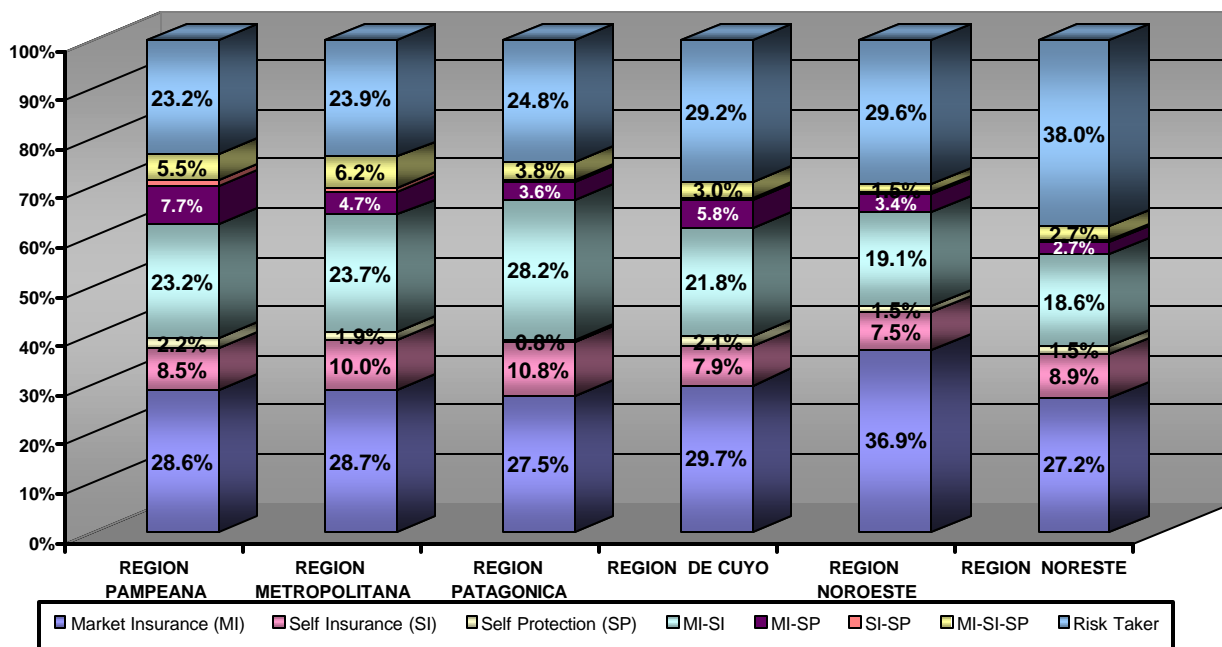
**CUADRO 5.3: Porcentaje de Hogares sobre Hogares Totales, por Quintiles Nacionales**

I QUINTIL		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	No ejercicio	2.1%	1.4%	2.5%	1.1%
No ahorra	Ejercicio	1.0%	1.1%	1.6%	0.2%
	No ejercicio	19.9%	18.8%	36.0%	14.2%
II QUINTIL		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	0.4%	0.4%	0.3%	0.1%
	No ejercicio	8.0%	10.6%	5.3%	2.2%
No ahorra	Ejercicio	1.5%	2.8%	1.0%	0.4%
	No ejercicio	20.0%	30.3%	11.6%	5.0%
III QUINTIL		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	1.0%	1.9%	0.4%	0.3%
	No ejercicio	11.1%	21.2%	4.9%	3.6%
No ahorra	Ejercicio	2.1%	4.1%	0.9%	0.5%
	No ejercicio	12.2%	26.4%	6.9%	2.6%
IV QUINTIL		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	1.7%	4.7%	0.4%	0.3%
	No ejercicio	10.5%	29.7%	3.2%	3.1%
No ahorra	Ejercicio	2.2%	5.6%	0.3%	0.7%
	No ejercicio	6.6%	26.3%	3.6%	0.9%
V QUINTIL		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	2.2%	13.5%	0.1%	0.6%
	No ejercicio	6.7%	42.5%	1.2%	2.5%
No ahorra	Ejercicio	0.9%	6.1%	0.1%	0.3%
	No ejercicio	2.9%	18.3%	1.6%	0.5%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997 - INDEC

Finalmente, la Figura 5.1 presenta por región del país los mecanismos de protección social, estableciendo los porcentajes de influencia de cada uno de ellos. Los valores identificados replican en las regiones la situación por ingreso entre quintiles: el Noroeste del país, la región relativamente más pobre, cuenta con el mayor porcentaje de población tomadora neta de riesgo (38% de la población del área, en comparación del 23,2% y 23,9% en las regiones Pampeana y Metropolitana, respectivamente). Asimismo, el mecanismo de aseguramiento de mercado puro es el menor del país, con 27,2%. Situación similar se presenta en la combinación aseguramiento-auto-seguro, con máximos en Patagonia (28,2%) y mínimos en el Noroeste (18,6%). El auto-ahorro, al igual que la auto-protección no reflejan grandes fluctuaciones entre grupos geográficos, manteniendo un promedio de 8,93% y 1,67%, respectivamente.

**FIGURA 5.1: Mecanismos de Protección por Región**



El siguiente paso es identificar la capacidad de cada mecanismo para auxiliar al individuo/familia a enfrentar un shock catastrófico por motivos de salud. A tal fin, se sigue una serie de pasos, expresados por los Cuadros 5.4 a 5.6 para los individuos.

El Cuadro 5.4 obtiene, por individuo, el gasto promedio de bolsillo en salud, excluyendo los gastos en planes de seguro, los que constituyen costos corrientes no asociados con intervenciones relacionadas con la probabilidad del *shock* a analizar; en tanto que el Cuadro 5.5 calcula ese gasto como porcentaje del ingreso individual.

**CUADRO 5.4: Gasto Promedio de Bolsillo en Salud\*. Argentina 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	\$ 16,21	\$ 26,92	\$ 15,79	\$ 35,18
	No ejercicio	\$ 16,93	\$ 19,25	\$ 6,78	\$ 6,26
No ahorra	Ejercicio	\$ 30,48	\$ 25,75	\$ 8,20	\$ 12,95
	No ejercicio	\$ 27,57	\$ 31,26	\$ 17,16	\$ 10,46

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

\*Excluye el gasto asociado a afiliación privada de salud

**CUADRO 5.5: Gasto Promedio de Bolsillo en Salud\* per Cápita Ponderado (Porcentaje del Ingreso per Cápita Familiar). Argentina 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	2,6%	3,4%	4,4%	6,9%
	No ejercicio	4,7%	3,9%	2,7%	2,3%
No ahorra	Ejercicio	10,1%	6,8%	5,1%	5,9%
	No ejercicio	14,6%	12,5%	14,4%	9,9%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

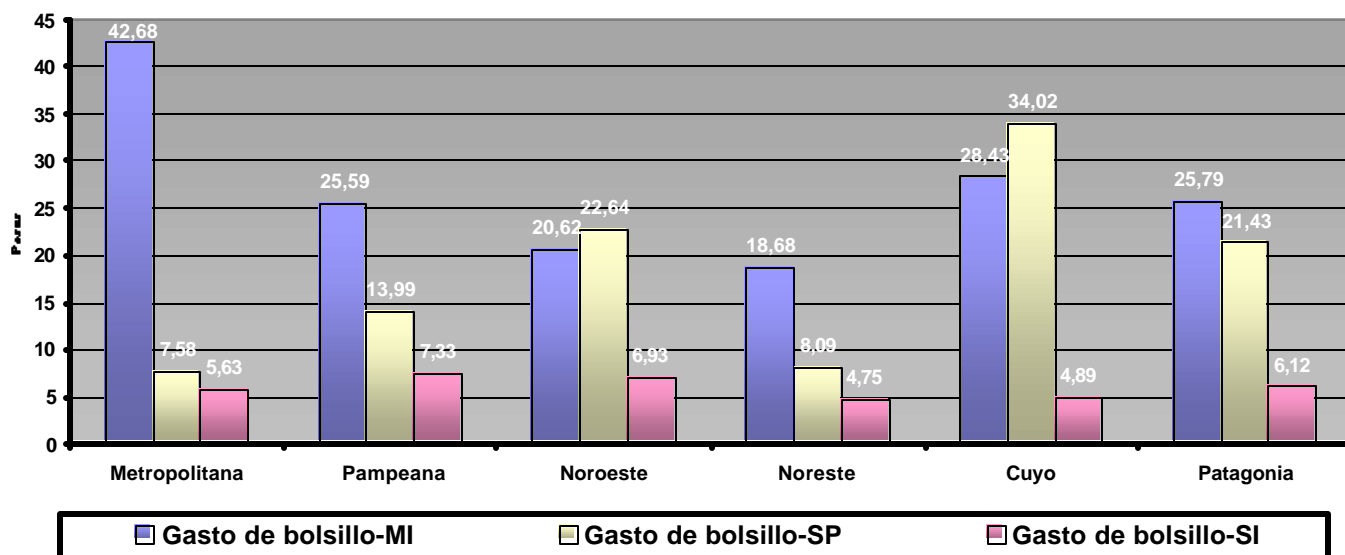
\*Excluye el gasto asociado a afiliación privada de salud

Llamativamente, los individuos bajo el esquema de seguro formal (MI) constituyen el segundo grupo en términos de gasto de bolsillo per capita (\$31,26), a continuación de aquellos que combinan auto protección y auto seguro (SP + SI) (\$35,18). En este caso, es relevante establecer una pregunta de investigación a fin de ser analizada desde la perspectiva de la organización industrial del sector salud. Ella se asocia con la existencia de información asimétrica entre prestadores y pacientes, como así también, entre mecanismos aseguradores y asegurados. Un mayor gasto unitario podría estar determinando la existencia de mayor demanda inducida en los círculos con presencia de esquemas de seguro y copago, incrementando los costos individuales y del sistema de salud. Una explicación alternativa consideraría la presencia de selección de riesgo, tal que los mayores gastos en los esquemas de aseguramiento formal son causa de un sesgo del paciente asegurado contra el promedio de riesgo de la población, lo que lleva a mayor utilización en lugar del sobreuso provocado por el comportamiento oportunista del profesional médico. Asimismo, los individuos bajo MI son el segundo grupo en orden de incidencia del gasto en salud sobre el ingreso (12,5%), a continuación de aquellos que, optando por tal opción, deciden acudir al efector público como fuente de atención.

El Cuadro 5.6 analiza el gasto de bolsillo por individuo, organizado por áreas geográficas. Se verifica que en las dos regiones con mayor densidad de profesionales en salud (Metropolitana y Pampeana) los patrones son similares al promedio nacional, pero con

niveles de gasto más elevados. La Figura siguiente, 5.2, muestra la relación de gasto de bolsillo para los tres mecanismos puros de protección, y para las seis regiones. En cuatro de los seis casos, se verifica que el mecanismo de MI genera gastos superiores, seguidos por SP y SI, en ese orden. Esta información permitiría apoyar potencialmente la importancia de la relación entre demanda inducida y tamaño de mercado, y la posibilidad que estos factores influyan sobre el monto gastado de bolsillo en el sector salud. La próxima sección presenta a estos niveles de gasto en el contexto del gasto total de las familias, al compararlos con las posibilidades de caer en pobreza o indigencia debido a un *shock* catastrófico de carácter financiero en salud.

**FIGURA 5.2: Gasto de Bolsillo según Mecanismo de Protección por Región.**  
(En Pesos de 1997)



Fuente: ENGH 97/8

**CUADRO 5.6: Gasto Promedio de Bolsillo en Salud\*, por Región**

METROPOLITANA		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	\$ 20,62	\$ 34,35	\$ 1,90	\$ 64,71
	No ejercicio	\$ 31,01	\$ 25,60	\$ 8,41	\$ 5,63
No ahorra	Ejercicio	\$ 26,42	\$ 24,66	\$ 5,01	\$ 7,58
	No ejercicio	\$ 41,46	\$ 42,68	\$ 14,75	\$ 7,86
PAMPEANA		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	\$ 15,55	\$ 20,17	\$ 29,53	\$ 28,94
	No ejercicio	\$ 11,57	\$ 15,00	\$ 4,10	\$ 7,33
No ahorra	Ejercicio	\$ 29,30	\$ 21,47	\$ 12,36	\$ 13,99
	No ejercicio	\$ 24,01	\$ 25,59	\$ 25,56	\$ 15,24
NOROESTE		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	\$ 5,59	\$ 12,36	\$ 2,19	\$ 1,76
	No ejercicio	\$ 15,99	\$ 12,54	\$ 6,10	\$ 6,93
No ahorra	Ejercicio	\$ 14,72	\$ 43,32	\$ 6,79	\$ 22,64
	No ejercicio	\$ 26,82	\$ 20,62	\$ 10,82	\$ 5,45
NORESTE		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	\$ 8,37	\$ 9,15	\$ 3,89	\$ 1,50
	No ejercicio	\$ 11,29	\$ 14,09	\$ 6,35	\$ 4,75
No ahorra	Ejercicio	\$ 35,02	\$ 30,88	\$ 11,44	\$ 8,09
	No ejercicio	\$ 19,23	\$ 18,28	\$ 12,49	\$ 16,45
CUYO		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	\$ 12,35	\$ 23,90	\$ 0,00	\$ 5,08
	No ejercicio	\$ 12,25	\$ 17,71	\$ 7,62	\$ 4,89
No ahorra	Ejercicio	\$ 89,60	\$ 32,87	\$ 0,73	\$ 34,02
	No ejercicio	\$ 19,67	\$ 28,43	\$ 17,47	\$ 13,64
PATAGONIA		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	\$ 8,30	\$ 21,00	\$ 3,75	\$ 11,56
	No ejercicio	\$ 12,07	\$ 11,10	\$ 9,83	\$ 6,12
No ahorra	Ejercicio	\$ 29,17	\$ 52,00	\$ 22,19	\$ 21,43
	No ejercicio	\$ 21,60	\$ 25,79	\$ 15,93	\$ 9,99

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

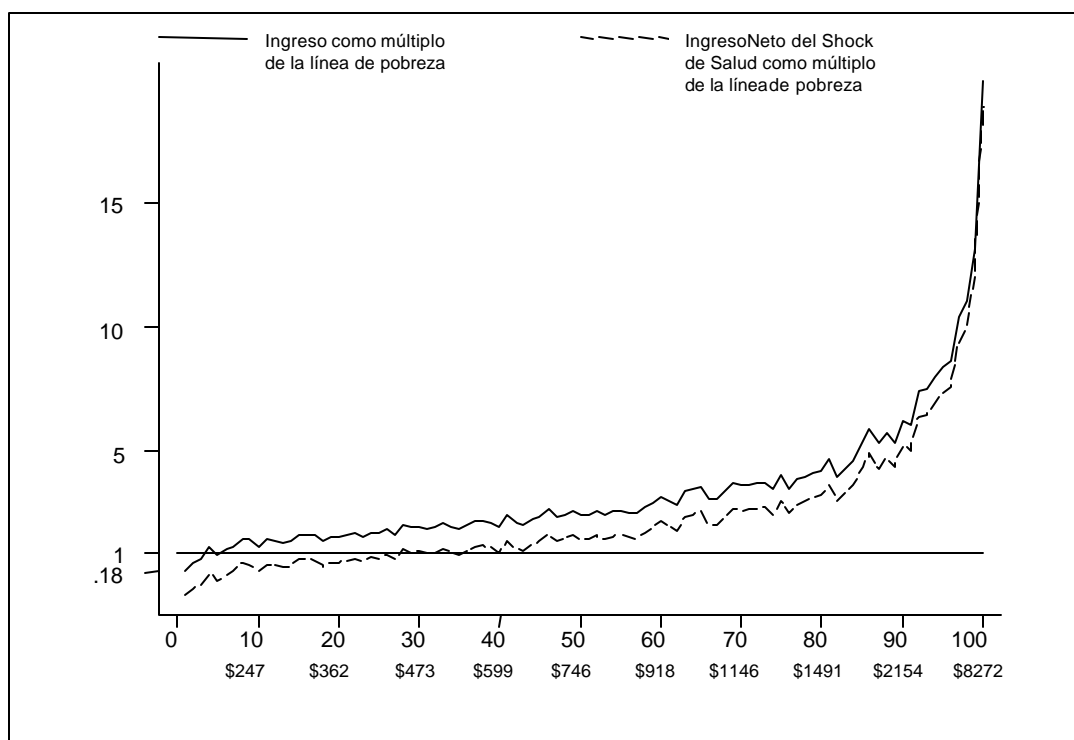
\*Excluye el gasto asociado a afiliación privada de salud

## 6- Gastos en Salud: Efectos sobre Pobreza e Indigencia

En esta sección se complementa el esquema de análisis comenzado en el capítulo cuarto de este trabajo, al indagar sobre la posibilidad de que el gasto de bolsillo en salud se convierta en un *shock* financiero de características catastróficas. En primer lugar se debe establecer qué constituye un *shock* financiero por motivos de salud, para luego identificar en qué medida los mecanismos de protección social identificados son herramientas eficaces para reducir la probabilidad de tal *shock*.

Atendiendo al primer aspecto, se identifican dos posibles definiciones alternativas de *shock* financiero, las cuales son analizadas en esta sección, a partir de la encuesta de gasto de los hogares de 1997. La primera de ellas, establece que un *shock* financiero en salud es aquel que, deduciendo el gasto de bolsillo del ingreso neto, lleva al individuo/familia a quedar bajo la línea de pobreza o de indigencia. A modo de ejemplo, para el caso nacional argentino, la Figura 6.1 muestra a la población ordenada por niveles de ingreso promedio del percentil, comparándolo contra el valor de la línea de pobreza Metropolitana, que se muestra normalizada a uno en el eje vertical. Un ingreso individual de 120\$ mensuales equivale al grupo salarial que traspasa tal umbral.

**FIGURA 6.1: Línea de Pobreza, Ingreso y Gasto en Salud**



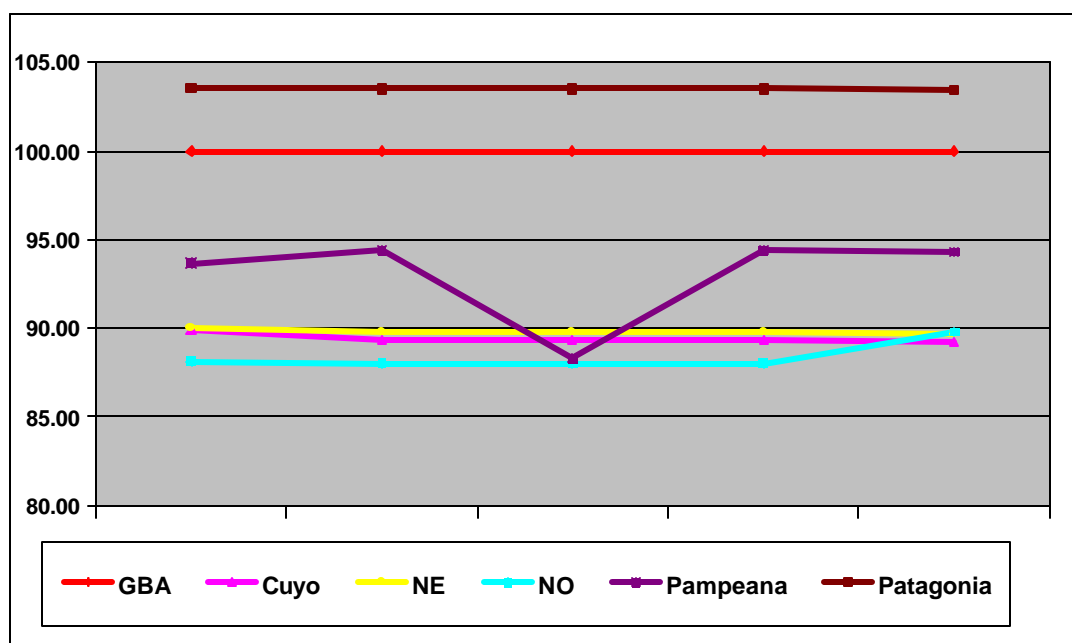
Fuente: Elaboración propia en base a ENGH97.

La línea punteada por debajo del ingreso neto representa el ingreso neto luego de deducir los gastos en salud. Como puede observarse, la reducción del ingreso por tal motivo incorpora por debajo de la línea de pobreza a un grupo de individuos con ingresos inferiores a 473\$, alcanzando asimismo a algunos grupos con ingresos inferiores a los 630\$.

Alternativamente, en esta sección, y siguiendo a Wagstaff et al (2003), se analizan escenarios (umbrales) alternativos de gasto en salud. Cada uno de ellos identifica una hipótesis en términos de porcentajes de gasto de bolsillo sobre el nivel de ingreso de los individuos, y su consecuencia en términos de nuevos indigentes debido a *shocks* financieros de este tipo.

A tal fin, y dadas las diferencias existentes en precios relativos entre regiones del país, se procedió a calcular el nivel de línea de pobreza (LP) para cada una de las seis unidades geográficas argentinas. Tal mecanismo utilizó a la LP Metropolitana como patrón de medida, a partir de lo cual se calcularon las canastas de pobreza de las otras cinco regiones, recurriendo para ello a la información suministrada por la Encuesta Permanente de Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. La Figura 6.2 brinda la evolución de las canastas relativas de precios entre regiones.

**FIGURA 6.2: Evolución Línea de Pobreza, por Regiones, mayo 2001- mayo 2003**



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Permanente de Hogares (EPH) - INDEC

En primer lugar, y a fin de establecer la potencialidad catastrófica del gasto en salud por mecanismo de protección social, se sigue el esquema propuesto en la sección anterior: para cada tipo de mecanismo y sus respectivas combinaciones se identifica el número de pobres e indigentes existentes. Seguidamente, se calcula el número de “nuevos” pobres e indigentes, como consecuencia de deducir al nivel de ingreso el gasto unitario en salud correspondiente. En el Cuadro 6.1 se observa el número total de personas bajo la línea de pobreza/indigencia por mecanismo de protección social. Para cada mecanismo, la primera y segunda línea de la casilla muestra el número total de pobres e indigentes, respectivamente. Claramente, la mayor densidad de población para ambos niveles se encuentra en los mecanismos de hospital público puro y de tomadores de riesgo, en el extremo sudeste del cuadro. Estos valores se reducen sistemáticamente en la medida que se identifica la presencia de ahorro, ratificando el razonamiento presentado en las secciones previas. De los



tres mecanismos puros de protección (seguro de mercado o social, auto-aseguramiento y autoprotección), el primero es el que nuclea al mayor número de individuos, tanto pobres como indigentes. El Cuadro 6.3 presenta estos mismos valores como porcentaje de la población total de cada mecanismo. Como puede observarse, el 67% (25,7%) de las personas con estructuras de riesgo total y el 63,7% (22,3%) de aquellas que cuentan con el hospital público como prestador de único alcance se encuentran bajo la línea de pobreza (indigencia).

**CUADRO 6.1: Individuos Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas\*. Argentina 1997**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	a	375	2.015	1.508	2.544
		b	0	0	0	0
	No ejercicio	a	32.595	110.898	106.194	218.481
		b	0	0	645	6.632
No ahorra	Ejercicio	a	22.260	114.903	85.351	107.567
		b	4.144	21.973	9.186	20.069
	No ejercicio	a	499.370	1.872.781	2.997.283	1.890.906
		b	115.735	378.390	1.049.632	726.293

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997, INDEC.

(a) pobres

(b) indigentes

\* A fin de evitar la doble imputación, se toma la línea de pobreza neta como el cálculo oficial de la línea de pobreza menos el 7% considerado como gasto en salud.

El Cuadro 6.2 y 6.4 presentan el número de “nuevos pobres o indigentes” generados por un *shock* de salud, y su peso porcentual al interior de cada grupo, respectivamente. Se establece que la mayor probabilidad de caer bajo la línea de pobreza o indigencia se encuentra asociada con bajos/nulos niveles de ahorro (auto-aseguramiento) y bajos/nulos esfuerzos en auto-protección. Al interior de estos mecanismos, los que cuentan con protección de mercado o social (riesgo compartido) son aquellos que incrementan la población bajo la pobreza o indigencia. Ello puede deberse a dos fenómenos a ser contrastados: los usuarios de seguros se encuentran expuestos a mayores gastos de bolsillo asociados con el tratamiento de la enfermedad o, alternativamente, los usuarios del sector público (como falla de los seguros sociales o de mercado) se encontraban, dado sus niveles relativos de ingreso, más expuestos financieramente, de modo que cualquier desembolso en salud reviste magnitudes financieramente catastróficas. El Cuadro 6.4 revela el porcentaje del total de nuevos pobres o indigentes sobre el total del grupo (mecanismo).

**CUADRO 6.2 Nuevos Pobres e Indigentes. Individuos que caen Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia a Causa de un Shock de Salud. Argentina 1997**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	a	0	0	0	0
		b	0	0	0	0
	No ejercicio	a	4.036	5.447	971	4.070
		b	0	0	0	0
No ahorra	Ejercicio	a	1.873	15.940	524	855
		b	3.403	15.853	974	1.066
	No ejercicio	a	74.996	248.568	80.478	59.715
		b	50.917	175.315	104.532	90.235

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) pobres

**CUADRO 6.3: Individuos Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas\* como Porcentaje de la Población Total de cada Mecanismo. Argentina 1997**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	a	0.3%	0.2%	2.7%	1.3%
		b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	No ejercicio	a	3.7%	1.9%	12.4%	12.1%
		b	0.0%	0.0%	0.1%	0.4%
No ahorra	Ejercicio	a	11.7%	8.2%	43.5%	30.3%
		b	2.2%	1.6%	4.7%	5.7%
	No ejercicio	a	34.5%	26.0%	63.7%	66.9%
		b	8.0%	5.3%	22.3%	25.7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) pobres

(b) indigentes

\* A fin de evitar la doble imputación se toma la línea de pobreza neta como el cálculo oficial de la línea de pobreza menos el 7% considerado como gasto en salud

**CUADRO 6.4 Nuevos Pobres e Indigentes en Porcentaje de la Población Total de cada Mecanismo. Argentina 1997**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	a	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	No ejercicio	a	0.5%	0.1%	0.1%	0.2%
		b	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
No ahorra	Ejercicio	a	1.0%	1.1%	0.3%	0.2%
		b	1.8%	1.1%	0.5%	0.3%
	No ejercicio	a	5.2%	3.5%	1.7%	2.1%
		b	3.5%	2.4%	2.2%	3.2%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

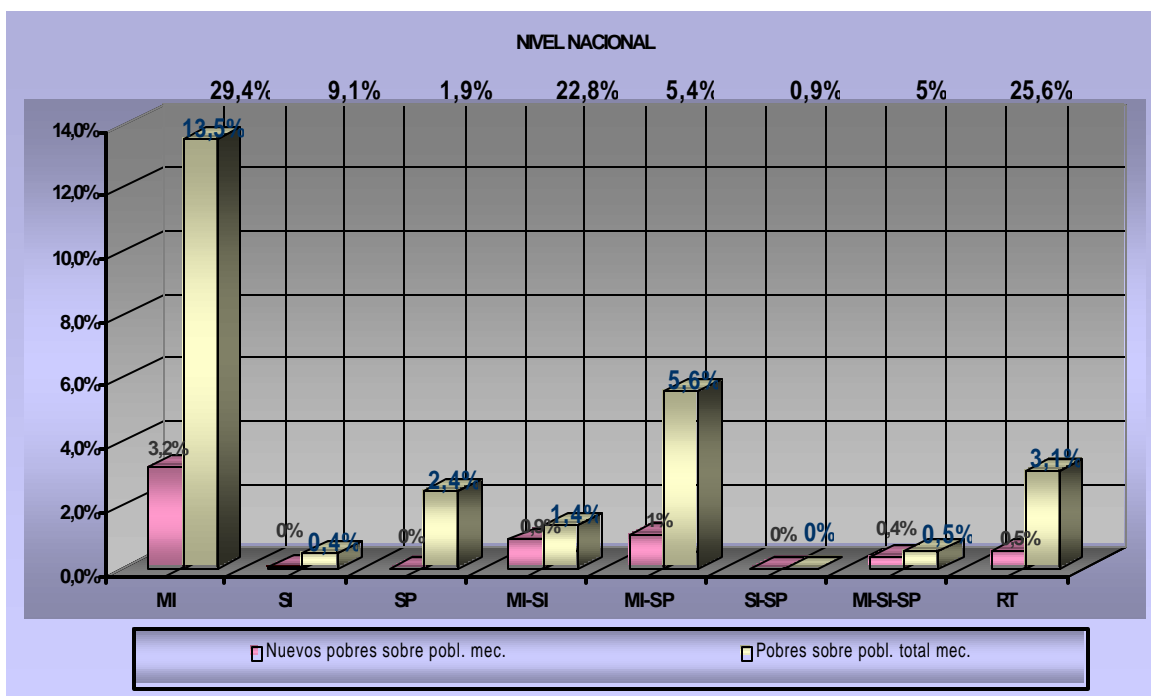
(a) pobres

(b) indigentes

Las Figuras 6.3 y 6.4 muestran las diferencias entre pobres y nuevos pobres, tanto por mecanismo de protección, como por región geográfica. Los valores porcentuales al tope del primer gráfico establecen el peso del mecanismo sobre el total de la población, en tanto que, el número de pobres por cada uno de estos esquemas de cobertura define el punto de partida para el análisis. Se observa que, si bien los mecanismos de protección pura del hospital público son menores en términos de pobreza, la influencia de nuevos pobres sobre el total de individuos al interior es un tercio mayor que en el caso de aquellos que cuentan con aseguramiento de mercado. Ello permitiría inferir que el mayor número de nuevos individuos pobres, encontrados en las Tablas 6.2 y 6.4, son producto del bajo nivel de ingreso original, y no del más alto nivel de gasto de bolsillo de los beneficiarios a un sistema de riesgo compartido.

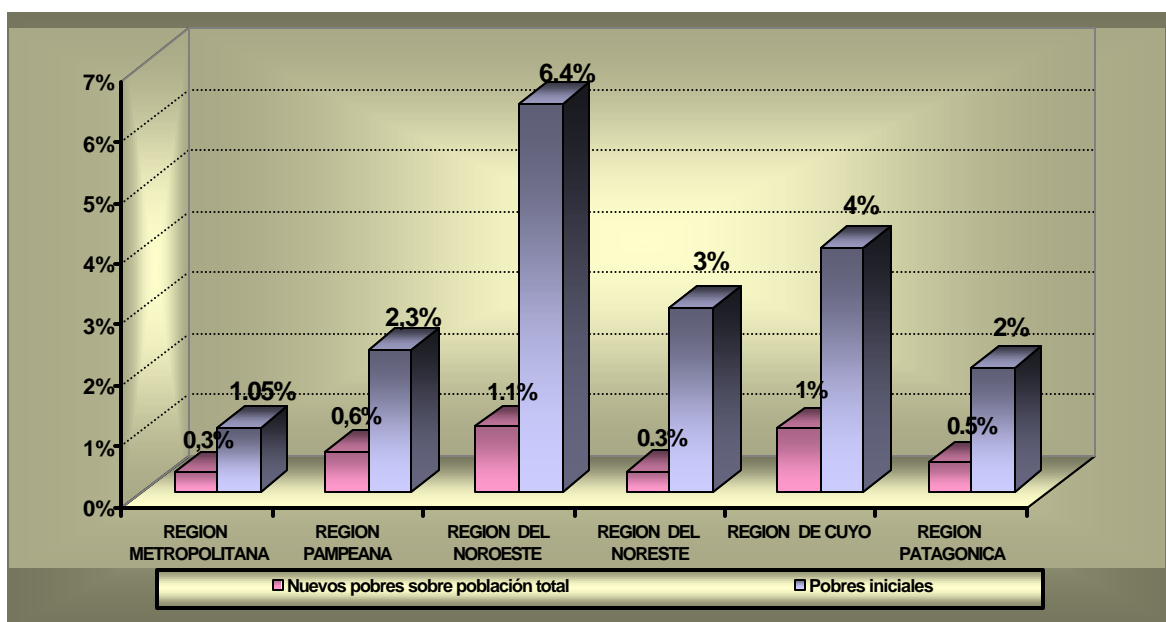


**FIGURA 6.3: Población Pobre y Nuevos Pobres, por Tipo de Mecanismo - Nivel Nacional**



El análisis regional presentado en la Figura 6.4 muestra claramente la mayor indefensión de la población del Noroeste del país, no sólo en términos de pobreza, sino de exposición ante *shocks* financieros en salud. Al comparar sus indicadores con los de la región Metropolitana, se desprende que el 6.4% de los habitantes del Noroeste son pobres, contra un 1,05% de la región del Gran Buenos Aires. Paralelamente, la incidencia de nuevos pobres es de 1,1% en el norte, siendo aproximadamente cuatro veces superior al porcentaje metropolitano.

**FIGURA 6.4: Población Pobre y Nuevos Pobres en Porcentaje de la Población Total, por Región**



Un modo alternativo de calcular el efecto de *shocks* financieros de salud es el de establecer cortes aleatorios en los niveles de gasto como porcentaje de los ingresos hogareños, y calcular, a partir de ello, el número de personas que sufrieron un *shock* catastrófico, si es que el gasto en salud supera a ese porcentaje establecido previamente. Los Cuadros 6.5 (a) y (b) reflejan este ejercicio para niveles de corte “z”, asociados con gastos destinados a salud de entre el 5% y el 40% del ingreso disponible. Claramente, el número de personas que padecieron un *shock* catastrófico (erogaciones monetarias de gran envergadura), aumenta a medida que el corte establecido es menor, llegando a 1.771.313 personas (21,3% del quintil) en el primer quintil para un corte del 5%, reduciéndose hasta 684.924 (8,2%) si el mismo se eleva al 40% del ingreso disponible. Se verifica que tales valores, no sólo se reducen al aumentar la hipótesis de gasto porcentual en salud, sino también, a medida que aumenta el nivel de riqueza relativa (quintiles) en la sociedad.

**CUADRO 6.5: Personas con Shock Catastrófico.  
Diferentes Escenarios acerca del Porcentaje destinado al Gasto en Salud**

(a) en número de individuos

QUINTILES INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					
Z' cat	I	II	III	IV	V
5%	1.771.313	1.956.640	1.624.096	1.493.405	1.051.264
10%	1.457.553	1.452.823	1.027.713	905.837	569.962
20%	1.083.052	780.819	590.166	470.022	237.855
30%	847.332	516.845	346.267	256.844	113.146
40%	684.924	357.880	209.111	166.206	68.944

(b) en porcentaje de la población del quintil

QUINTILES INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					
Z' cat	I	II	III	IV	V
5%	21,3%	30,3%	29,6%	30,5%	24,9%
10%	17,5%	22,5%	18,7%	18,5%	13,5%
20%	13,0%	12,1%	10,7%	9,6%	5,6%
30%	10,2%	8,0%	6,3%	5,3%	2,7%
40%	8,2%	5,5%	3,8%	3,4%	1,6%

Fuente: Elaboración propia en base a ENGH -97

Z' cat : proporción del ingreso disponible\* destinada a gastos en salud

\* ingreso total neto del monto necesario para alcanzar la línea de indigencia

Finalmente, el Cuadro 6.6 plantea diferentes indicadores para analizar el mismo fenómeno. El primer indicador (H) utilizado muestra el porcentaje de la población por quintil con *shock* catastrófico a partir de diferentes hipótesis de gasto en salud. El segundo de ellos (G), pondera el indicador de individuos anteriormente presentado por los valores monetarios que deben desembolsarse. El tercer indicador (W), pondera a los individuos de acuerdo a su posición en el ranking absoluto de la distribución del ingreso. De este modo, en tanto que H provee equi-importancia a cada evento de enfermedad, independientemente del monto desembolsado y de quien efectivamente lo realiza, los dos indicadores siguientes valoran en mayor medida al *shock* financiero (monto desembolsado) y al individuo receptor del *shock* (a

partir de su ubicación en términos del ingreso medio de la sociedad). De este modo, las diferencias encontradas para todo nivel de corte Z entre quintiles son significativamente mayores en W y G, haciendo evidente las brechas en la distribución de ingreso y la capacidad financiera para afrontar eventuales pagos de bolsillo para restaurar la salud.

**CUADRO 6.6: Indicadores de Shocks Catastróficos, 1997**

		QUINTILES INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					NIVEL NACIONAL
		I	II	III	IV	V	
Z=5%	H cat	21,3%	30,3%	29,6%	30,5%	24,9%	25,2%
	G cat	26,4%	7,2%	5,1%	4,5%	2,7%	11,2%
	W cat	34,0%	34,0%	21,1%	11,8%	3,1%	23,8%
Z=10%	H cat	17,5%	22,5%	18,7%	18,5%	13,5%	17,4%
	G cat	25,4%	5,9%	3,9%	3,3%	1,8%	10,1%
	W cat	28,1%	25,3%	13,3%	7,3%	1,8%	17,7%
Z=20%	H cat	13,0%	12,1%	10,7%	9,6%	5,6%	10,2%
	G cat	23,9%	4,2%	2,5%	2,0%	1,0%	8,8%
	W cat	21,1%	13,6%	7,7%	3,7%	0,8%	11,4%
Z=30%	H cat	10,2%	8,0%	6,3%	5,3%	2,7%	6,9%
	G cat	22,8%	3,2%	1,7%	1,3%	0,6%	8,0%
	W cat	16,7%	9,0%	4,5%	2,0%	0,3%	8,3%
Z=40%	H cat	8,2%	5,5%	3,8%	3,4%	1,6%	4,9%
	G cat	21,9%	2,6%	1,2%	0,9%	0,4%	7,4%
	W cat	13,6%	6,3%	2,8%	1,3%	0,2%	6,2%

Referencias:

H cat: porcentaje de personas con shock catastrófico

G cat: Gravedad promedio del shock

W cat: concentración del shock según ranking absoluto en la distribución del ingreso

Fuente: Wagstatt, et. al.

## **7- Impacto de la Crisis 2001-2002 y Mecanismos de Protección**

El objetivo de esta sección es analizar la presencia de cambios en los mecanismos de protección social como respuesta a la crisis macroeconómica 2001-2002. La hipótesis de trabajo es que los patrones de cobertura en salud observados para 1997 sufrieron cambios a partir de entonces, debido a la caída del empleo y el estancamiento económico iniciado en 1998, sufriendo un impacto adicional a partir de la crisis post-devaluación de principios de 2002. Dada esta señal general, se intenta identificar la presencia de cambios adicionales en los mecanismos de protección social, conjuntamente con la potencial caída de la cobertura formal producto del aumento de la tasa de desempleo, tales como movimientos hacia mayores niveles de auto-protección (actividades deportivas) o ahorro familiar, a pesar de su fuerte asociación con el ingreso, como se viera en la sección 4 de este trabajo. El instrumento pertinente para ello es la Encuesta de Crisis, realizada por el Banco Mundial en junio 2002.

Comparando los patrones de cobertura formal analizados en la sección 3 para el año 1997, el Cuadro 7.1 presenta la estructura de cobertura de la salud para Argentina por quintiles de ingreso. En el primer quintil, menos del 20% de la población cuenta con Obra Social, en tanto que a partir del segundo quintil ese porcentaje supera el 40%, llegando casi al 60 % en los quintiles más ricos. Si bien la muestra de la encuesta del año 2003 difiere de la empleada en la ENGH-97, se evidencia un claro incremento en la cobertura del sistema público en detrimento de la seguridad social, probablemente debido al aumento de los niveles de

desempleo. Las conclusiones respecto de los demás tipos de cobertura no presentan mayores diferencias respecto de 1997, evidenciándose un incremento de afiliación a seguros privados para todos los niveles de ingreso.

**CUADRO 7.1: Cobertura de Salud por Quintil\* de Ingreso per Cápita Familiar**

COBERTURA DE SALUD		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total
		I	II	III	IV	V	
Sólo Obra Social	a	1.617.545	3.089.095	2.517.640	2.837.971	2.351.109	12.413.360
	b	19.2%	43.0%	47.7%	59.3%	58.4%	41.8%
	c	13.0%	24.9%	20.3%	22.9%	18.9%	100.0%
Sólo Sistema Privado	a	452.383	746.782	846.828	886.861	1.108.291	4.041.145
	b	5.4%	10.4%	16.1%	18.5%	27.5%	13.6%
	c	11.2%	18.5%	21.0%	22.0%	27.4%	100.0%
Obra Social y Sistema Privado	a	2.549	31.732	29.083	161.705	105.792	330.861
	b	0.0%	0.4%	0.6%	3.4%	2.6%	1.1%
	c	0.8%	9.6%	8.8%	48.9%	32.0%	100.0%
Sólo Hospital Público	a	6.273.298	3.312.073	1.857.596	858.225	449.473	12.750.665
	b	74.4%	46.1%	35.2%	17.9%	11.2%	42.9%
	c	49.2%	26.0%	14.6%	6.7%	3.5%	100.0%
Otros (d)	a	83.919	13.017	22.038	37.967	14.479	171.420
	b	1.0%	0.2%	0.4%	0.8%	0.4%	0.6%
	c	49.0%	7.6%	12.9%	22.2%	8.5%	100.0%
TOTAL	a	8.429.694	7.192.699	5.273.185	4.782.729	4.029.144	29.707.451
	b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	c	28.4%	24.2%	17.8%	16.1%	13.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta Banco Mundial Junio 2002

(a) individuos

(b) en porcentaje sobre el total de individuos por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de individuos con misma cobertura

(d) "Otros" incluye "Ns/Nr".

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

A partir del Cuadro 7.2 Se intenta identificar cuál es el cambio en el perfil de aseguramiento formal como consecuencia del *shock* macroeconómico 2001-2002. Del total de la población, casi 2 millones de personas perdieron cobertura de salud y, aproximadamente, 600.000 accedieron a algún sistema de aseguramiento concomitantemente con la crisis. Del primer grupo que queda desprotegido, casi el 50% se encuentra en el quintil más pobre, y entre el segundo y tercer quintil suman un 40% adicional. Sólo un 4.8% del quintil más rico quedó fuera del sistema de aseguramiento de mercado durante este período. En conclusión, el número total de personas que dejan de estar dentro del sistema de aseguramiento de mercado a partir de la crisis es 6.5%, porcentaje comparable al grado de cobertura a nivel nacional del sistema privado de seguros de salud.

Dada esta caída de protección vía cobertura formal, y el aumento "obligado" del esquema de aseguramiento público, se propone estudiar posibles cambios voluntarios entre estructuras de protección social a partir de la crisis. La motivación fundamental es que la caída del seguro de mercado o social no constituye una "elección", sino una consecuencia de la crisis. Se indaga, entonces, sobre los posibles cambios voluntarios entre mecanismos alternativos.

La encuesta de crisis del Banco Mundial permite evaluar inmediatamente al *shock* (junio 2002) estas posibles variaciones. Asimismo, y dadas las características del instrumento de encuesta utilizado, se propone un análisis de estática comparada pre-post *shock* devaluatorio, con el fin de establecer la existencia de cambios en el sector correlacionados con el contexto.

## **CUADRO 7.2: Cambio de Cobertura por Quintil\* de Ingreso per Cápita Familiar**

CAMBIO DE COBERTURA		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total
		I	II	III	IV	V	
No cobertura a cobertura	a	178.635	88.988	61.064	175.232	70.389	574.308
	b	2.1%	1.2%	1.2%	3.7%	1.8%	1.9%
	c	31.1%	15.5%	10.6%	30.5%	12.3%	100.0%
Cobertura a no cobertura	a	902.829	256.367	456.354	207.326	92.053	1.914.929
	b	10.7%	3.6%	8.7%	4.3%	2.3%	6.5%
	c	47.2%	13.4%	23.8%	10.8%	4.8%	100.0%
TOTAL	a	8.429.694	7.192.699	5.273.185	4.782.729	4.029.144	29.707.451
	b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	c	28.4%	24.2%	17.8%	16.1%	13.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta Banco Mundial Junio 2002

(a) individuos

(b) en porcentaje sobre el total de individuos por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de individuos con misma categoría de cambio de cobertura

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

Se estudian, entonces, tres casos posibles: (a) la probabilidad de cambiar voluntariamente de un esquema de aseguramiento (social o de mercado) en salud hacia un esquema de auto-seguro (ahorro); (b) la probabilidad de un cambio en la misma dirección, pero desde un esquema original de “auto protección” y (c) la probabilidad de un cambio voluntario de seguro hacia auto-protección. En todos los casos, se considera una estructura probabilística que compara la significancia estadística del cambio encontrado (en porcentaje de la población) contra un grupo de control, de modo de aceptar o rechazar la hipótesis de cambio planteada.

Se analiza, en primer lugar (Cuadro 7.3), la variante en los mecanismos de aseguramiento de la población entre las estructuras de seguro formal y auto seguro. Por quintil de ingreso se consideraron aquellas familias que cambiaron de cobertura dentro del sistema de aseguramiento de mercado (MI), combinado con un segundo mecanismo: la presencia de ahorro (SI). De este modo, si resulta significativo el número de individuos que cambiaron de cobertura y ahorran -con respecto de aquellos que cambiaron de cobertura dentro del sistema de mercado (MI) y no ahorraron-, podría considerarse la búsqueda de un segundo mecanismo de protección ante eventos catastróficos. Si por el contrario, el número de familias que cambiaron de cobertura y no ahorran resultan relevantes, podría argumentarse que existe una búsqueda de cambios dentro del mecanismo de MI como respuesta a la crisis, y que la misma no es encontrada en el ahorro (SI).

De la inspección del cuadro se desprende que las familias que cambian de cobertura de mercado y buscan un segundo mecanismo de aseguramiento (SI) representan sólo el 1.2% del total de familias del país, en tanto que, aquellas que buscan dentro del sistema de mercado (MI) alguna respuesta ante la crisis y no pueden o no quieren ahorrar corresponden aproximadamente al 50% de la población. Asimismo, del total de familias que realizaron estos cambios, un 32% se concentra en el quintil más alto mientras que 7.1% pertenece al quintil más pobre. Alternativamente, las familias que como consecuencia de la crisis abandonaron el sistema de cobertura y encontraron en el ahorro un mecanismo alternativo de protección frente a eventos catastróficos, representa únicamente el 0.3% de la población total.



**CUADRO 7.3: Cambio de Cobertura y Ahorro Destinado a Salud  
por Quintil\* de Ingreso per Cápita Familiar**

$$MI \implies SI$$

$$Pr(A/noC) > Pr(A/C)$$

$$[26.600 / (26.600+1.045.646)] > [99.177 / (99.177+4.284.092)]$$

$$0,0248 = 0,0226$$

CAMBIO DE COBERTURA	AHORRO		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total
			I	II	III	IV	V	
Cobertura a cobertura	Ahorro	a	2.477	18.260	10.831	41.519	26.090	99.177
		b	0.2%	1.1%	0.7%	2.6%	1.6%	1.2%
		c	2.5%	18.4%	10.9%	41.9%	26.3%	100.0%
Cobertura a cobertura	No ahorro	a	318.805	723.552	765.500	1.111.594	1.364.641	4.284.092
		b	18.9%	42.3%	52.3%	68.9%	82.3%	52.7%
		c	7.4%	16.9%	17.9%	26.0%	31.9%	100.0%
Cobertura a no cobertura	Ahorro	a	7.369	960	14.008	2.145	2.118	26.600
		b	0.4%	0.1%	1.0%	0.1%	0.1%	0.3%
		c	27.7%	3.6%	52.7%	8.1%	8.0%	100.0%
Cobertura a no cobertura	No ahorro	a	291.812	236.620	269.823	157.642	89.749	1.045.646
		b	17.3%	13.8%	18.4%	9.8%	5.4%	12.9%
		c	27.9%	22.6%	25.8%	15.1%	8.6%	100.0%
TOTAL		a	1.686.689	1.711.234	1.464.303	1.613.671	1.657.537	8.133.434
		b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		c	20.7%	21.0%	18.0%	19.8%	20.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta Banco Mundial Junio 2002

(a) hogares

(b) en porcentaje sobre el total de hogares por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de hogares en la misma categoría

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

Las familias que abandonaron el sistema de cobertura de mercado (MI), pero tampoco ahorraron, representan el 13% de la población. Por lo tanto, y en contraposición a lo dicho anteriormente, se observa que un porcentaje muy superior pasa a ser tomador de riesgo, respecto de aquellos que pasan del mecanismo de MI a SI. Planteado en términos de probabilidad, y para el total de la población, se analiza el cambio desde seguro formal (MI) a "auto seguro" como la probabilidad de ahorro y pasar a tener cobertura a no tenerla ( $Pr[A/noC]$ ) contra el grupo de control: ahorrar teniendo (manteniendo) la cobertura ( $Pr[A/C]$ ). En la medida que la primera sea significativamente superior a la segunda, se confirmaría la hipótesis de cambio. Utilizando el número de individuos de cada grupo en cada caso, se observa que 0.0248 ( $Pr[A/noC]$ ) es similar a 0.0226 ( $Pr[A/C]$ ) rechazando la hipótesis nula de cambio voluntario hacia auto-seguro.

El Cuadro 7.4 combina los cambios identificados en la encuesta en los mecanismos de ahorro (SI) y "auto protección", intentando establecer la existencia de un movimiento desde el segundo al primero. Se tabularon aquellas familias que reportaron haber dejado de hacer deporte y ahorraron, siendo éstas comparadas con dos grupos de control: aquél que deja de realizar actividades físicas y no ahorra, y el que no deja el deporte y ahorra. De la comparación entre este segundo grupo de control y los que pasan de SP a SI se determina la significancia estadística en el cambio de actitud sugerido. Por otra parte, de comparar a quienes dejan el deporte y no ahorraron con aquellos que no realizan actividad física y recurren al ahorro, se establece el nivel de representatividad del potencial cambio de mecanismo de protección social. De la inspección del cuadro se observa que ninguno de ambos efectos se

cumple. El 0.5% de las familias que ahorran y dejaron de realizar actividades físicas no resulta significativo, contra el 1,3% que ahorra y no dejó el deporte, como tampoco contra un 26% que abandonaron “auto protección” y no ahorraron.

**CUADRO 7.4: Deporte y Ahorro Destinado a Salud por Quintil\* de Ingreso per Cápita Familiar**

$$\begin{aligned}
 & SP \Rightarrow SI \\
 & Pr(A/noD) > Pr(A/D) \\
 & [40.053 / (40.053+2.144.669)] > [5.842.613 / (5.842.613 +106.099)] \\
 & 0,018 = 0,0178
 \end{aligned}$$

DEPORTE	AHORRO	QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total	
		I	II	III	IV	V		
Dejó deporte	Ahorro	a	7.369	4.702	9.695	2.145	16.142	40.053
		b	0.4%	0.3%	0.7%	0.1%	1.0%	0.5%
		c	18.4%	11.7%	24.2%	5.4%	40.3%	100.0%
Dejó deporte	No ahorro	a	448.023	466.799	379.513	475.458	374.876	2.144.669
		b	26.6%	27.3%	25.9%	29.5%	22.6%	26.4%
		c	20.9%	21.8%	17.7%	22.2%	17.5%	100.0%
No dejó deporte	Ahorro	a	9.585	24.439	16.665	41.519	13.891	106.099
		b	0.6%	1.4%	1.1%	2.6%	0.8%	1.3%
		c	9.0%	23.0%	15.7%	39.1%	13.1%	100.0%
No dejó deporte	No ahorro	a	1.221.712	1.215.294	1.058.430	1.094.549	1.252.628	5.842.613
		b	72.4%	71.0%	72.3%	67.8%	75.6%	71.8%
		c	20.9%	20.8%	18.1%	18.7%	21.4%	100.0%
TOTAL		a	1.686.689	1.711.234	1.464.303	1.613.671	1.657.537	8.133.434
		b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		c	20.7%	21.0%	18.0%	19.8%	20.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta Banco Mundial Junio 2002

(a) hogares

(b) en porcentaje sobre el total de hogares por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de hogares en la misma categoría

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

Repitiendo el análisis realizado para el caso anterior, se intenta identificar la probabilidad de auto-protección (ahorro sin realizar deporte:  $Pr[A/noD]$ ) contra la estructura de control dada por mantener la actividad física y ahorrar ( $Pr[A/D]$ ). La falta de significancia estadística de la hipótesis contra su alternativa (0.018 es similar a 0.0178) no permite aceptar la posibilidad de cambios de conducta en esta dirección a partir de la crisis.

Finalmente, en el Cuadro 7.5, se propone combinar la dinámica de los mecanismos de seguro formal con auto protección. La tabla muestra la limitación de capturar el mecanismo de auto protección, como también el peso limitado de este potencial mecanismo de cobertura en salud. El mayor porcentaje (un tercio de la población) de quienes cambiaron de cobertura dentro de la estructura de mercado (MI) y combinaron con el mecanismo de SP, se encuentra en el quintil más rico, mientras que en el quintil más pobre se concentra el 7.7% del total de la población. Por quintil, y para aquellos que optaron por un doble mecanismo (MI y SP), el 15% pertenece al primer quintil mientras que 65.2% corresponde al quinto quintil.

El análisis de cuán efectivo ha sido el cambio entre mecanismos de protección en este caso toma la forma: cuál es la probabilidad de no hacer deporte teniendo cobertura formal, contra la probabilidad de no hacer ejercicios, ( $Pr[noD/C]$ ) contra ( $Pr[noD]$ ). Los resultados, al igual que en los casos anterior, rechazan el cambio de conducta.

## CUADRO 7.5: Cambio de Cobertura y Deporte por Quintil\* de Ingreso per Cápita Familiar

$$\begin{aligned}
 & MI \rightarrow SP \\
 & Pr(\text{noD} / C) > Pr(\text{noD}) \\
 & [1 / (3+4)] > [(1+7) / (1+2+7+8)] \\
 & 0,227 = 0,224
 \end{aligned}$$

CAMBIO DE COBERTURA	DEPORTE		QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total
			I	II	III	IV	V	
Cobertura a cobertura	Dejó deporte	a	66.372	183.732	208.588	286.180	309.637	1.054.509
		b	3.9%	10.7%	14.2%	17.7%	18.7%	13.0%
		c	6.3%	17.4%	19.8%	27.1%	29.4%	100.0%
	No dejó deporte	a	254.910	558.080	567.743	866.933	1.081.094	3.328.760
		b	15.1%	32.6%	38.8%	53.7%	65.2%	40.9%
		c	7.7%	16.8%	17.1%	26.0%	32.5%	100.0%
No cobertura a cobertura	Dejó deporte	a	45.255	47.969	47.337	68.314	20.085	228.960
		b	2.7%	2.8%	3.2%	4.2%	1.2%	2.8%
		c	19.8%	21.0%	20.7%	29.8%	8.8%	100.0%
	No dejó deporte	a	72.285	114.690	134.032	88.509	68.409	477.925
		b	4.3%	6.7%	9.2%	5.5%	4.1%	5.9%
		c	15.1%	24.0%	28.0%	18.5%	14.3%	100.0%
Cobertura a no cobertura	Dejó deporte	a	83.360	66.587	68.577	96.430	38.214	353.168
		b	4.9%	3.9%	4.7%	6.0%	2.3%	4.3%
		c	23.6%	18.9%	19.4%	27.3%	10.8%	100.0%
	No dejó deporte	a	215.821	170.993	215.254	63.357	53.653	719.078
		b	12.8%	10.0%	14.7%	3.9%	3.2%	8.8%
		c	30.0%	23.8%	29.9%	8.8%	7.5%	100.0%
No cobertura a no cobertura	Dejó deporte	a	260.405	173.213	64.706	26.679	23.082	548.085
		b	15.4%	10.1%	4.4%	1.7%	1.4%	6.7%
		c	47.5%	31.6%	11.8%	4.9%	4.2%	100.0%
	No dejó deporte	a	688.281	395.970	158.066	117.269	63.363	1.422.949
		b	40.8%	23.1%	10.8%	7.3%	3.8%	17.5%
		c	48.4%	27.8%	11.1%	8.2%	4.5%	100.0%
TOTAL	a	1.686.689	1.711.234	1.464.303	1.613.671	1.657.537	8.133.434	
	b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	c	20.7%	21.0%	18.0%	19.8%	20.4%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta Banco Mundial Junio 2002

(a) hogares

(b) en porcentaje sobre el total de hogares por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de hogares en la misma categoría

\*La clasificación en quintiles corresponde a los hogares.

En resumen, el impacto macroeconómico se ha hecho notar en la cobertura del sector salud, en términos de caída en protección de seguros sociales o de mercado, generando movimientos entre modos de seguros alternativos. Ello se verifica en el aumento de la cobertura de prepagas en el quintil más rico. Asimismo, se produce un drenaje hacia el seguro público como prestador de última instancia. Sin embargo, no se logra establecer la existencia de cambios en los mecanismos de protección social utilizados por la población a partir de la crisis. En la próxima sección, y utilizando información de agosto de 2003, se completa el análisis, presentando los riesgos de caer bajo la línea de pobreza o indigencia debido a un *shock* de salud.

## 8- Nuevo Escenario Macroeconómico y la Relación Pobreza - Gasto en Salud

El objetivo de la presente sección es identificar los efectos que diversas variables asociadas con *shocks* en salud tendrían sobre la probabilidad de dejar a un individuo por debajo de la línea de pobreza, dado el costo financiero que debe asumir por tal fenómeno. A tal fin, se

utiliza la última encuesta de gasto disponible en la Argentina post-crisis, correspondiente a agosto 2003.

Para ello, se realiza una estimación sobre un modelo probit, de dicha probabilidad en función de tres grandes conjuntos de variables: socioeconómicas, tipo de gasto y cronicidad de la enfermedad. Los resultados luego son contrastados con una estimación similar para el año 1997.

En este sentido, el primero paso fue hallar el ingreso per cápita familiar neto de las erogaciones de bolsillo realizadas en salud. Para ello, se restó al ingreso per cápita familiar del individuo el gasto de bolsillo mensual en salud. A partir de esto, se lo comparó con el valor de la línea de pobreza del Gran Buenos Aires neto del gasto en salud (\$216).

De esta manera, es posible observar el número de personas que estando bajo la condición de no pobres, una vez realizado el gasto en salud experimentaron una reducción en su nivel de ingreso que los ubica por debajo de la línea de pobreza. En efecto, el Cuadro 8.1 expone la frecuencia de dicha variable expandida al total de la población adulta del país:

#### **CUADRO 8.1: Presencia de Nuevos Pobres debido a un Shock en Salud**

Nuevos Pobres	Frecuencia	%	% Acumulado
0	35,430,900	97.85	97.85
1	779,000	2.15	100.00
Total	36,209,900	100	

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Salud, Ministerio de Salud 2003

Del cuadro precedente, se desprende que, durante el año 2003, y como consecuencia de haber realizado un gasto en salud, el 2.15 por ciento de la población cayó por debajo de la línea de pobreza.

A partir de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (Agosto, 2003) es posible definir un conjunto de variables asociadas con: (i) características sociodemográficas de la población, (ii) gasto en salud según tipo (ambulatorio, internación y medicamentos) y (iii) la presencia de un *shock* negativo sobre el capital en salud de los individuos.

El primer grupo de variables incluye al ingreso per cápita familiar, la edad y el género, tomando esta dummy el valor uno si es hombre. El objetivo de este conjunto de variables es controlar la estimación por dichas características.

El segundo conjunto de variables esta constituido por tres grandes categorías de gastos en salud: gasto mensual en medicamentos, internación y consultas ambulatorias. Este último tipo de gasto incluye:

- Gasto por consulta
- Gasto por análisis
- Gasto en tratamiento
- Gasto en odontólogo

- Gasto por salud mental
- Gasto en otros profesionales de la salud
- Otros gastos en salud

Al incluir estas tres variables, se busca conocer cuál es la probabilidad que tiene un individuo de caer bajo la línea de pobreza debido a los costos financieros relacionados con cada uno de estos tres rubros.

La última variable incorporada en el modelo es la presencia de una enfermedad crónica. Esta variable dummy toma valor uno si el individuo sufre alguna enfermedad de ese tipo, y cero en caso contrario. Tales enfermedades, identificadas a partir de la encuesta 2003 son: artritis/reumatismo, cáncer, diabetes, asma, enfisema o bronquitis crónica, presión alta, ataques al corazón, infartos, osteoporosis, epilepsia, hepatitis B, vesícula biliar y úlcera. La inclusión de la presente variable tiene como fin identificar la asociación entre un *shock* financiero catastrófico en salud y la naturaleza catastrófica de la enfermedad que produce tal gasto.

Sobre la base de estas variables características, se estimó, a través de un modelo probit, la probabilidad de ser “nuevo pobre” como consecuencia de un *shock* negativo en el capital de salud. El ejercicio consideró la aplicación de un factor de expansión individual a partir de la naturaleza de la muestra. Los resultados se presentan a continuación en los Cuadros 8.2 y 8.3. La estimación presenta un buen ajuste de regresión, con un Pseudo  $R^2$  igual a 0.70. Asimismo, los estimadores resultaron estadísticamente significativos de manera conjunta.

Los resultados confirman la existencia de una relación negativa entre el nivel de ingreso per cápita familiar, previa al *shock* en salud, y la probabilidad de ser nuevo pobre a partir de éste. De este modo, cuanto mayor es el nivel de ingreso, menores son las chances de caer por debajo de la línea de pobreza después de la ocurrencia de algún tipo de shock financiero en salud. Del mismo modo, tanto la edad del individuo como el sexo femenino se encuentran asociados negativamente con la probabilidad de ser pobre.

Las variables asociadas con el tipo de gasto en salud son significativas y positivas. Este hecho implica que un mayor nivel de gasto en este tipo de servicios incrementa la probabilidad de ser pobre. Sin embargo, los efectos son diferentes entre tipo de gastos. El impacto mayor no proviene de las erogaciones provenientes de los servicios por internación, sino del gasto en medicamentos y servicios ambulatorios, donde la financiación de los distintos seguros es parcial, replicando los resultados alcanzados por Wagstaff *et al* (2003).

Por último, la presencia de una enfermedad crónica, incrementa la probabilidad de caer por debajo de la línea de pobreza, y constituiría la medida de cómo una enfermedad “catastrófica” o crónica provoca efectos financieros catastróficos sobre el presupuesto de la familia asegurada.

**Cuadro 8.2: Nuevos Pobres por Shocks en Salud.  
Determinantes, 2003**

Modelo Probit 2003		
	Nuevo Pobre	Nuevo Indigente
Coeficientes	Coeficiente	Coeficiente
Ingreso per cápita fliar.	-0.0187145* (0.0000023)	-0.014638* (0.0000013)
Edad	-0.0162422* (0.0000074)	-0.0189718* (0.0000047)
Genero	-0.0894304* (0.0000217)	-0.2170961* (0.000129)
Gasto en serv. Ambulatorio	0.024923* (0.0000035)	0.0199869* (0.00000242)
Gasto en medicamentos	0.02898* (0.0000035)	0.0254393* (0.0000020)
Gasto por internación	0.0004837* (0.00000018)	0.0010308* (0.0000001)
Enfermedad crónica	0.1566394* (0.0000259)	0.3047368* (0.000145)
Constante	3.83635* (0.000069)	1.482639* (0.000028)
Nº observaciones:	21474836	21474836
LR Chi2:	3.55E+10	6.58E+10
Prob> chi2	0.0000	0.0000
Pseudo R2:	0.6663	0.5768
Máxima Verosimilitud:	-8.88E+09	-2.41E+10

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de utilización y gasto de los hogares, 2003.

**Cuadro 8.3: Nuevos Pobres por Shocks en Salud.  
Determinantes, 1997**

Modelo Probit 1997		
	Nuevo Pobre	Nuevo Indigente
Coeficientes	Coeficiente	Coeficiente
Ingreso per cápita fliar.	-0.0337043 (0.0000498)	-0.0414652 (0.0000607)
Edad	-0.0068279 (0.0000579)	-0.0064578 (0.0000673)
Genero	-0.2924056 (0.0026064)	-0.2468978 (0.00271)
Gasto en serv. Ambulatorio	0.0302136 (0.0000692)	0.0389384 (0.0000903)
Gasto en medicamentos	0.0360005 (0.0000506)	0.0402219 (0.0000579)
Gasto por internación	0.0329674 (0.0001634)	0.0447361 (0.0001975)
Constante	3.561068 (0.0080199)	2.161775 (0.0064325)
Nº observaciones:	7575242	9172816
LR Chi2:	2.17E+06	2.18E+06
Prob> chi2	0.0000	0.0000
Pseudo R2:	0.6432	0.6639
Máxima Verosimilitud:	-6.02E+05	-5.51E+05

Fuente: Elaboración propia en base a ENGH, 97/8.



Comparando los resultados obtenidos en 2003 con aquellos surgidos de la estimación para el año 1997 (Cuadro 8.3), se verifica que las variables mantienen no sólo su significancia estadística, sino también los signos de sus coeficientes estimados. El ajuste de regresión es similar, con un Pseudo  $R^2$  de 0.64. Sin embargo, se identifican algunas diferencias en cuanto al peso relativo de las distintas variables.

En el año 1997, el coeficiente que acompaña al ingreso es significativamente más fuerte que en el 2003, probablemente asociado con la caída general sucedida luego de la recesión post 1998. Asimismo, el peso relativo de la edad aumentó en el tiempo, en tanto que la valoración de la variable género disminuyó, relacionado con la mayor participación femenina en la fuerza de trabajo. Finalmente, las variables asociadas con tipo de gasto ven reducida su influencia, mostrando la salida de contingentes de individuos de la cobertura formal (relacionado con mayores gastos de bolsillo per cápita hacia servicios y programas financiados por el sector público). La falta de instrumentos asociados con las características de la enfermedad en la encuesta de gasto impidió incorporar un *proxy* de cronicidad para el año 1997.

La segunda columna de cada cuadro permite comparar el surgimiento de “nuevos pobres” asociados con un *shock* de salud, con la estimación de los determinantes de “nuevos indigentes” (aquellos que caen bajo la línea de indigencia por igual motivo).

En ambos períodos, tanto los signos de los coeficientes como su significancia estadística son similares en los casos de pobreza e indigencia. Sin embargo, en el 2003 los determinantes de nuevos indigentes reflejan un peso mayor de la variables género (que supera el nivel de ingreso), como así también aquellos asociados con gastos en internación, sin superar el peso reflejado en el período anterior.

A fin de completar el análisis, se propone un ejercicio de estática comparada entre ambos períodos, asociado con las características del gasto en internación. En ambas encuestas (1997 y 2003), a pesar de sus diferencias muestrales, se consideran los gastos en internación incurridos durante el último año, y el total del rubro es mensualizado. De este modo, el impacto financiero de un gasto de esta naturaleza se prorratea en el año.

Se propone entonces simular dos escenarios. Uno de ellos, donde el total del gasto de bolsillo por internación es afrontado por el individuo de una vez (escenario que ocurre en casi todos los casos), y confrontarlo con una hipótesis de financiamiento, o “pago en cuotas” a ser cubierto en el transcurso del año (gasto prorrateado). Se recalculan así ambos escenarios para los dos períodos (1997 y 2003), estableciéndose en cada una de ellas el número de individuos que caerían bajo la línea de pobreza y de indigencia. De este modo, es posible establecer el impacto de una potencial política pública que, manteniendo los niveles de cobertura y protección social en salud, genere un nuevo mecanismo para mitigar *shocks* financieros. Los Cuadros 8.4 (a) y 8.4 (b) presentan los resultados por quintil de ingreso. En el año 1997, la aplicación de tal política hubiera alcanzado a aproximadamente 282.935 beneficiarios, en tanto en el 2003, tal número se reduciría a 256.400 personas, con peso similar entre pobres e indigentes al interior de cada período. Sin embargo, esta herramienta no resultaría de gran impacto entre los sectores de menores ingresos, especialmente en el 2003, donde la población ya se encuentra por debajo de tales límites.



**CUADRO 8.4: Impacto del Financiamiento del Gasto en Internación sobre el Número de Nuevos Pobres y Nuevos Indigentes, por Quintil de Ingreso**

a)

		Año 1997					
		Nuevos Pobres					
Quintil de Ingreso		I	II	III	IV	V	Total
Con financiamiento	a	71.338	316.087	71.709	32.371	5.968	497.473
	b	0.9%	4.9%	1.3%	0.7%	0.1%	1.7%
Sin financiamiento	a	76.538	356.842	103.017	64.609	38.444	639.450
	b	0.9%	5.5%	1.9%	1.3%	0.9%	2.2%
<b>Beneficiarios del Financiamiento</b>		<b>5.200</b>	<b>40.755</b>	<b>31.308</b>	<b>32.238</b>	<b>32.476</b>	<b>141.977</b>
		Nuevos Indigentes					
Quintil de Ingreso		I	II	III	IV	V	Total
Con financiamiento	a	313.964	78.053	28.486	16.479	5.313	442.295
	b	3.8%	1.2%	0.5%	0.3%	0.1%	1.5%
Sin financiamiento	a	341.111	104.782	55.361	48.286	33.713	583.253
	b	4.1%	1.6%	1.0%	1.0%	0.8%	2.0%
<b>Beneficiarios del Financiamiento</b>		<b>27.147</b>	<b>26.729</b>	<b>26.875</b>	<b>31.807</b>	<b>28.400</b>	<b>140.958</b>

(a): número de personas

(b) porcentaje sobre la población del quintil

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 1997, INDEC.

b)

		Año 2003					
		Nuevos Pobres					
Quintil de Ingreso		I	II	III	IV	V	Total
Con financiamiento	a	0	0	280.800	464.200	33.980	779.000
	b	0	0	6.59	11.36	0.84	2.15
Sin financiamiento	a	0	0	280.800	464.200	154.400	899.400
	b	0	0	6.59	11.36	3.82	2.48
<b>Beneficiarios del Financiamiento</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>120.420</b>	<b>120.400</b>
		Nuevos Indigentes					
Quintil de Ingreso		I	II	III	IV	V	Total
Con financiamiento	a	0	1036000	653700	97710	33980	1822000
	b	0	22.57	15.35	2.39	0.84	5.03
Sin financiamiento	a	0	1036000	662500	105400	154400	1958000
	b	0	22.57	15.55	2.58	3.82	5.41
<b>Beneficiarios del Financiamiento</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8.800</b>	<b>7.690</b>	<b>120.420</b>	<b>136.000</b>

(a): número de personas

(b) porcentaje sobre la población del quintil

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta de Gasto y Utilización en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

## **9- Conclusiones y Propuestas**

El propósito de este trabajo fue identificar los mecanismos de protección social existentes en el caso argentino y establecer dentro de ellos cual es el peso relativo de cada uno en la cobertura de salud de la población. Asimismo, se analizó la importancia de los *shocks* financieros catastróficos relacionados con gastos en salud, considerando de tal modo a aquéllos que pueden llevar a los individuos y a las familias debajo de la línea de pobreza o de indigencia. Para ello, el documento utiliza la información proveniente de tres encuestas de gastos de los hogares y otras fuentes secundarias de datos.

El sistema de financiamiento y atención de la salud en Argentina es extremadamente segmentado y fragmentado, identificándose dos cortes básicos: geográfico y por tipo de cobertura. La naturaleza federal de la Argentina determina que los Ministerios de Salud de cada provincia sean principales responsables del presupuesto público de salud de su jurisdicción, donde los establecimientos y los profesionales del área dependen de la autoridad provincial, recibiendo transferencias de la Nación generalmente asociadas con programas focalizados.

Paralelamente, el entramado de instituciones de aseguramiento social por jurisdicción y transversales por tipo de actividad económica limita el desarrollo de un modelo coordinado. En conjunto, este esquema impacta en la disponibilidad y la eficacia en el uso de los recursos financieros del sistema, con consecuencias en la equidad global del modelo.

Pese a que es posible identificar mayores niveles de gasto en aquellos hogares con mayores ingresos, a lo largo del trabajo se muestra el efecto regresivo del gasto en salud por quintiles: los individuos con ingresos mensuales menores son quienes experimentan el mayor gasto en salud, no en términos absolutos, sino como porcentaje de sus entradas familiares. Asimismo, se observa que la población de los quintiles más humildes concentra su utilización de servicios de salud fundamentalmente en el hospital público y tiene menor cobertura de seguro, limitando el acceso a medicamentos con descuento.

A partir de la combinación de cuatro factores, (i) la presencia de cobertura formal de seguro social o privado; (ii) la existencia de ahorro superior a \$40 por miembro de la familia (asociado con el precio del paquete médico obligatorio definido por la seguridad social) como aproximación a *auto seguro*; (iii) la aparición de gastos asociados con actividades físicas o deportivas como aproximación al fenómeno de *auto protección*, y (iv) la asistencia a instituciones públicas de salud como principal fuente de atención, se identifican los contingentes de población que se sirven de alguno de estos mecanismos, estableciendo el gasto de bolsillo promedio de cada uno y la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza o indigencia debido a tal gasto de bolsillo en salud.

Los resultados indican que para el período 1997 la cobertura formal de seguro, ya sea social como privado, brindaba cobertura al 62,5% de los argentinos, y 24,5% de ellos contaban con este mecanismo como único modo de protección social en salud. Paralelamente, casi un 38% contaba con ahorros superiores al valor del PMO, y 13,1% producía desembolsos asociados con actividades deportivas.

En promedio nacional, del total de la población con cobertura formal (como mecanismo de protección único o combinado con otros), 14% debía asistir de todos modos a un centro público de atención, valor que asciende al 20% en los casos de grupos con seguro como sola fuente de cobertura. Estos valores reflejan fallas en este mecanismo de protección social que requieren del uso complementario del mecanismo de protección de última instancia (sector público). Los porcentajes alcanzan el 32% y el 38% en los casos de auto seguro y auto protección puros, respectivamente.

Asimismo, no sólo la cobertura formal de salud se reduce a medida que el nivel de ingresos es menor, sino también se verifica que la falla de tal mecanismo se incrementa con el nivel de pobreza relativa del afiliado. Como se observa en el Cuadro 9.1, del total de la población del quinto quintil el 93% cuenta con cobertura formal, y de ellos sólo un 13,64% debe acudir al sector público a pesar de contribuir a este mecanismo. Estos valores varían en los quintiles más pobres, llegando al caso de una cobertura formal del 44,3% en el primer quintil, y una falla del 52%, asociada con potenciales y crecientes subsidios cruzados del subsistema público al de seguridad social.

**Cuadro 9.1:**  
**Cobertura de Mecanismos Formales de Seguro y Fallas de Aplicación**

Quintil	Cobertura en % del Quintil	Falla de Cobertura en % del Quintil
<b>1</b>	44.30	51.92
<b>2</b>	74.00	40.40
<b>3</b>	80.00	33.00
<b>4</b>	87.30	24.05
<b>5</b>	93.10	13.64

Fuente: Elaboración propia en base a ENGH97

Al comparar los valores surgidos de la ENGH 1997 con aquellos provenientes de la ENUGH 2003, se observa que la cobertura formal ha disminuido debido al aumento del desempleo y a la caída de la actividad a partir de 1998. Asimismo, los cambios identificados en el período de crisis 2002, mediante la encuesta del Banco Mundial para el mes de junio, muestran que tampoco existen cambios significativos entre mecanismos alternativos de protección social en salud asociados con decisiones voluntarias de los individuos.

En líneas generales, se concluye que la presencia de diferentes mecanismos de protección social no se encuentran relacionados con la capacidad de elección del individuo, sino del ingreso de la familia. Ello determina el acceso a un seguro formal, ya sea por medio de contribuciones al sistema de aseguramiento social en cualquiera de sus formas, o mediante la contratación de un seguro privado (prepagas). Del mismo modo, la presencia de auto seguro (ahorro) y auto protección (medido en términos de actividades deportivas) se relacionan significativamente con el ingreso, y no resultan de gran peso porcentual al momento de evaluar la pertenencia a los mismos de la población del país.

Del análisis del gasto de bolsillo por mecanismo de protección social se desprende que la presencia de cobertura formal en la mayoría de los casos se encuentra asociada con mayores desembolsos, y que en los casos en que se debe acudir a instalaciones públicas como falla en los mecanismos de protección, los desembolsos son aún más onerosos. Estos resultados reflejan la falta de efectividad de las estructuras de protección en limitar el gasto en salud de las familias. Asimismo, ello se asocia con la capacidad de los mercados de salud de inducir mayor demanda: el estudio de desembolsos de bolsillo por mecanismo y por región geográfica muestran que los valores unitarios de gasto se asocian con la mayor capacidad de pago de la población y con la mayor capacidad instalada de los servicios de salud en cada región. Mientras que en la zona Metropolitana el individuo promedio con cobertura abona mensualmente 42,68\$, ese valor desciende en las áreas Pampeana y Patagónica en 25,59\$ y 25,19\$ respectivamente, llegando a 18,28\$ por igual concepto en el Noroeste argentino.

Quiénes tienen mayor probabilidad de transformarse en “nuevos” pobres debido a un *shock* financiero en salud? Del estudio de la encuesta de gasto de 1997 se verifica que de aquellos que no cuentan con ahorro ni auto protección, no reciben cobertura formal en salud y acuden

al sector público en busca de atención, el 63,7% cae bajo la línea de pobreza. Este porcentaje se incrementa al 66,9% del grupo que sin cobertura de ningún tipo no accede al servicio público de salud. En el otro extremo, los grupos que cuentan con cobertura formal, ejercicio y ahorro tienen la menor probabilidad de caer bajo la línea de pobreza, reforzando las conclusiones sobre ingreso, elección y cobertura efectiva ante *shocks* de salud. Finalmente, más de un cuarto de la población (26%) con seguro formal cae bajo la línea de pobreza, mostrando las debilidades del sistema para hacer frente a gastos catastróficos en salud. Estos porcentajes, en los casos de auto seguro y auto protección son del 12% y 30%, respectivamente.

Desde la perspectiva de *investigación* y el análisis de *política pública*, las conclusiones del trabajo muestran:

- La creciente dualidad en los sistemas de protección en salud, con mayor peso de los esquemas de aseguramiento (social o privado) en los grupos de relativamente mayor ingreso y un incremento de la utilización de los servicios públicos por grupos crecientes de la sociedad. Una estrategia de fortalecimiento del prestador de última instancia resulta entonces relevante, especialmente en momentos de debilidad macroeconómica, con particular atención en intervenciones estratégicas (salud materno infantil) y de alta efectividad, y en regiones geográficas más rezagadas.
- La cobertura diferencial de medicamentos entre grupos de recursos económicos disímiles constituye un elemento actual de política sanitaria, y que requiere de mayor atención e investigación, especialmente cuando la información disponible refiere a una estructura regresiva de los gastos de bolsillo en esta materia.
- Las fallas en la cobertura de los esquemas formales de aseguramiento y sus limitaciones para reducir el riesgo de caer bajo la línea de pobreza encuentra sus principales causas en la fragmentación del sistema y en la inducción de la demanda en áreas con mayor capacidad instalada. Ello requiere de mayor investigación para el desarrollo de estructuras efectivas en aspectos regulatorios y de control en tres tópicos:
  - o Funcionamiento de los mercados de salud, y la relación entre estructura de oferta y necesidades, capacidad de inducción de la demanda y el gasto, y mecanismos de contratación e incentivos,
  - o A partir de los instrumentos ya existentes, mejorar la definición de paquetes básicos por región y perfil sanitario, instrumentando mecanismos de transparencia en el acceso y difusión de la información, y
  - o Considerando los esquemas solidarios existentes de redistribución de fondos en la seguridad social para el tratamiento de paquetes de servicios e intervenciones catastróficas, instrumentar parámetros e indicadores que permitan dar seguimiento al sistema, con información a los usuarios, en dirección a una mayor uniformidad en el acceso a partir de objetivos básicos de atención.

Finalmente, y con vistas a una agenda futura de investigación, es necesario remarcar las limitaciones encontradas en la información existente. Entre los aspectos más salientes se encuentran:

- La Encuesta de gasto de los hogares disponible data del período 1997. La falta de periodicidad impide un análisis actualizado y sistemático de la naturaleza del gasto y su evolución en el tiempo. La información incorporada en este trabajo, correspondiente a la Encuesta 2003 tiene alcance nacional, sin capacidad de desagregar entre unidades regionales, y no fue realizada a partir de esquemas muestrales similares<sup>2</sup>.
- La Encuesta 1997 permite el análisis separado entre seis regiones geográficas del país. Sin embargo, y dada la naturaleza federal de la Argentina, las decisiones de política sanitaria son instrumentadas principalmente desde el gobierno provincial. De este modo, el instrumento estadístico falla en brindar información oportuna al tomador de decisiones de cada jurisdicción.
- Existen fuertes limitaciones para analizar conjuntamente la información proveniente de la Encuesta de Gasto de los Hogares 1997 y la Encuesta de Condiciones de Vida para el mismo período, en tanto carecen de un marco muestral y geográfico homogéneo.
- La multiplicidad de esquemas de aseguramiento social en Argentina, tanto geográfico como por tipo de seguro requiere de mayor profundidad en el análisis institucional y provincial para el aprendizaje de política pública.
- Con excepción de la prueba piloto en una provincia, no existe información que permita identificar los patrones de consumo y gasto con los perfiles epidemiológicos de la población, sus necesidades sanitarias y los factores de riesgo asociados. De la combinación de estos elementos, y la presencia de medidas antropométricas, sería posible reestructurar el plan de trabajo desarrollado en este documento, incorporando no sólo los interrogantes de cobertura y gasto como potencial *shock* financiero catastrófico, sino también asociarlo con tipo de necesidad sanitaria y perfiles de enfermedad, conjugando herramientas sanitarias y financieras para la toma de decisiones.
- En la misma dirección, se propone incorporar en las encuestas una mayor desagregación del tipo de atención buscada y obtenida por el usuario, como también la presencia o ausencia de hábitos saludables. De modo preliminar, este estudio muestra que aquellas personas que cuentan con seguros formales y paralelamente invierten en auto protección (actividades deportivas) gastan en promedio menos en salud que aquellas que no incurren en estas actividades. La incorporación de preguntas en el formulario de la encuesta relacionado con estas prácticas permitiría evaluar con mayor precisión las implicancias de iniciativas de auto protección y su complementariedad con otros mecanismos de protección. Asimismo permitiría identificar las prácticas más exitosas, enriqueciendo las conclusiones de política pública.

---

<sup>2</sup> La comparabilidad con la ENGH97 no se encontraba dentro de los objetivos del diseño de la Encuesta 2003.

## **10- Referencias Bibliográficas**

Banco Mundial, Encuesta de Crisis, 2002.

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

Bitran, R. y Sanhueza, G., 2002, "The Risk of Poverty from Health Shocks in Chile", *Banco Mundial*.

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.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1996/1997.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), Encuesta Permanente de Hogares, 2001 – 2003.

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

Maceira, D., 2003, "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto", *CEDES, Documento de Trabajo*.

Maceira, D., 2002, "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", *CEDES, Documento de Trabajo*.

Maceira, D. y Cicconi, V., 2003, "Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad", *CEDES, Documento de Trabajo*.

Maceira, D. y Poblete, C., 2003, "Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencias en la Provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999", *Desarrollo Económico*, Vo. 43 N° 17.

Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares, 2003.

Morales, E., 1998, "Canasta Básica de Alimentos – Gran Buenos Aires", *INDEC/IPA*, Documento de Trabajo N° 3.

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.

**Anexo 1:**  
**Mecanismos de Protección y Línea de Pobreza. Base Hogares**

**CUADRO A1.1: Número de Hogares por Mecanismo de Protección. Argentina, 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	86.145	334.956	21.334	19.732
	No ejercicio	628.434	1.718.355	280.452	205.043
No ahorra	Ejercicio	124.639	322.596	62.511	35.660
	No ejercicio	1.005.279	1.958.178	974.197	379.758

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

**CUADRO A1.2: Porcentaje de Hogares sobre Hogares Totales por Mecanismo de Protección. Argentina, 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	1,1%	4,1%	0,3%	0,2%
	No ejercicio	7,7%	21,1%	3,4%	2,5%
No ahorra	Ejercicio	1,5%	4,0%	0,8%	0,4%
	No ejercicio	12,3%	24,0%	11,9%	4,7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

**CUADRO A1.3: Hogares debajo de las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas\*. Argentina, 1997**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	a	659	0	455	0
		b	0	0	0	0
	No ejercicio	a	24.151	19.945	31.879	17.244
		b	0	0	549	1.537
No ahorra	Ejercicio	a	17.382	17.383	24.290	4.577
		b	2.508	4.529	4.060	603
	No ejercicio	a	327.779	364.344	567.177	228.607
		b	75.217	91.298	204.533	88.293

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

\* A fin de evitar la doble imputación se toma la línea de pobreza neta como el cálculo oficial de la línea de pobreza menos el 7% considerado como gasto en salud

(a) pobres

(b) indigentes

**CUADRO A1.4: Nuevos Hogares Pobres e Indigentes. Hogares Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia a Causa de un Shock de Salud**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	a	0	0	0	0
		b	0	0	0	0
	No ejercicio	a	2.195	2.175	617	307
		b	0	0	0	0
No ahorra	Ejercicio	a	1.361	3.619	166	100
		b	1.821	3.315	210	100
	No ejercicio	a	52.902	96.411	12.427	11.605
		b	35.300	65.082	19.941	14.395

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) pobres

(b) indigentes

**CUADRO A1.5: Hogares Bajo las Líneas de Pobreza e Indigencia Netas como Porcentaje de los Hogares Totales de cada Mecanismo**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital
Ahorra	Ejercicio	a	0,8%	0,0%	2,1%	0,0%
		b	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	No ejercicio	a	3,8%	1,2%	11,4%	8,4%
		b	0,0%	0,0%	0,2%	0,7%
No ahorra	Ejercicio	a	13,9%	5,4%	38,9%	12,8%
		b	2,0%	1,4%	6,5%	1,7%
	No ejercicio	a	32,6%	18,6%	58,2%	60,2%
		b	7,5%	4,7%	21,0%	23,2%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) pobres

(b) indigentes

**CUADRO A1.6: Nuevos Hogares Pobres e Indigentes en Porcentaje de Hogares Totales de cada Mecanismo**

			Cobertura		No cobertura	
			Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	a	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		b	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	No ejercicio	a	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%
		b	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
No ahorra	Ejercicio	a	1,1%	1,1%	0,3%	0,3%
		b	1,5%	1,0%	0,3%	0,3%
	No ejercicio	a	5,3%	4,9%	1,3%	3,1%
		b	3,5%	3,3%	2,0%	3,8%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 1997- INDEC

(a) pobres

(b) indigentes



**Anexo 2:**  
**Glosario de Variables ENGH –97 y Encuesta Crisis WB 2002**

**A. Regiones:**

**Metropolitana:** Area Metropolitana de Buenos Aires (aglomerado urbano que abarca la ciudad de Buenos Aires y 24 partidos del Gran Buenos Aires).

**Pampeana:** Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires (excluidos los 24 partidos del Gran Buenos Aires).

**Noroeste:** Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero.

**Noreste:** Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa.

**Cuyo:** Mendoza, San Juan y San Luis.

**Patagónica:** Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

**B. Encuesta ENGH 1997:**

**Asistencia a centro de salud pública:** variable binaria (1 –el individuo concurre a un centro de salud pública, 0 –el individuo no concurre a un centro de salud pública)

**Ahorro:** se construyó como una variable binaria. El individuo ahorra si el ahorro per cápita del hogar es mayor a 40 pesos. Este valor de corte se tomó en base a la estimación del costo del Programa Médico Obligatorio. El ahorro per cápita del hogar se construyó en base a las variables de ingreso total del hogar, los rubros de gasto y el número de miembros en el hogar. (1 –el individuo ahorra, 0 –el individuo no ahorra).

**Gasto en actividades deportivas:** se construyó como una variable binaria. El individuo realiza actividades deportivas si pertenece a un hogar que realiza gastos en artículos deportivos y sus reparaciones y/o en servicios deportivos. (1 –el individuo gasta en deporte, 0 –el individuo no gasta en deporte).

**Cobertura:** adicionalmente a aquellas variables relacionadas con tipos de alternativas de cobertura forma, se creó una variable binaria según si el individuo tiene cobertura (sólo obra social, sólo sistema privado u obra social y sistema privado) o no tiene cobertura (sólo hospital público o NS/NC). (1 –el individuo tiene cobertura, 0 –el individuo no tiene cobertura).

**Gasto promedio de bolsillo en salud per cápita ponderado:** se construyó por individuo como el gasto en salud de bolsillo del hogar, dividido por los miembros del hogar, ponderados por su “coeficiente de ponderación de riesgo en salud”. El gasto en salud de bolsillo del hogar incluye todos los gastos en salud declarados por el hogar, excepto el gasto en el sistema de medicina prepaga (por no ser considerado un gasto originado por un shock de salud).

**Coeficiente de ponderación de riesgo en salud:** En primer lugar se calculó el *riesgo en salud de cada individuo* en base al cuadro “Table 7 Isapres’s actuarial risk table” del artículo

“*The risk of Poverty from Health Shock in Chile*, Ricardo Bitrán y Gonzalo Sanhueza, (2002)”. El mismo (en español adaptado a la información de la ENHG) se reproduce a continuación:

**CUADRO A2.1: Riesgo Actuarial, por Grupos**

Miembro del hogar	edad	riesgo individual
hombre, jefe de hogar	0 - 20	0.9
	20 - 49	1
	50 - 59	1.7
	60 y más	3
mujer, jefe de hogar	0 - 20	2
	20 - 49	2.6
	50 - 59	2.7
	60 y más	3.5
hombre, no jefe de hogar	0 - 20	0.9
	20 - 49	0.6
	50 - 59	1.9
	60 y más	3.4
mujer, no jefe de hogar	0 - 20	0.9
	20 - 49	1.4
	50 - 59	1.9
	60 y más	2.8

Fuente: ISAPRES

Luego, se calculó el *riesgo en salud del hogar* como la suma del riesgo en salud de cada uno de sus miembros.

Por último el “coeficiente de ponderación del riesgo en salud”, para cada individuo, surge del cociente entre el *riesgo en salud de cada individuo* y el *riesgo en salud del hogar* al que pertenece. (en consecuencia la suma de los “coeficientes de ponderación de riesgo en salud” por hogar es igual a 1)

**Individuos pobres/indigentes:** son los individuos que pertenecen a “hogares pobres/indigentes”.

**Hogares pobres/indigentes:** el hogar es pobre si sus ingresos no alcanzan a cubrir los gastos de la “línea de pobreza/indigencia por hogar”.

**Línea de pobreza/indigencia por hogar:** se construyó por hogar como la suma de la “línea de pobreza/indigencia por individuo” de cada uno de los miembros del hogar.

**Línea de pobreza/indigencia por individuo:** se construyó por individuo “adulto equivalente” y por región, como el producto del “coeficiente de adulto equivalente” del individuo por la “línea de pobreza/indigencia por adulto equivalente y por región”.

**Coficiente de adulto equivalente:** Los coeficientes de adulto equivalente se construyeron según la información publicada por el INDEC en el artículo “Incidencia de la Pobreza y de la Indigencia en los Aglomerados Urbanos, Octubre 2001”. La misma se reproduce a continuación:

**CUADRO A2.2: Tabla de Equivalencias. Necesidades Energéticas y Unidades Consumidas según Edad y Sexo, Gran Buenos Aires.**

Edad	Sexo	Necesidades energéticas (kcal)	Unidades consumidoras/ adulto equivalente
Menor de un año	Ambos	880	0.33
1 año		1170	0.43
2 años		1360	0.50
3 años		1500	0.56
4 a 6 años		1710	0.63
7 a 9 años		1950	0.72
10 a 12 años	Varones	2230	0.83
13 a 15 años		2580	0.96
16 a 17 años		2840	1.05
10 a 12 años	Mujeres	1980	0.73
13 a 15 años		2140	0.79
16 a 17 años		2140	0.79
18-29 años	Varones	2860	1.06
30-59 años		2700	1.00
60 y + años		2210	0.82
18-29 años	Mujeres	2000	0.74
30-59 años		2000	0.74
60 y + años		1730	0.64

Nota: extracto de la tabla de MORALES, Elena (1988). Canasta básica de alimentos - Gran Buenos Aires. Documento de trabajo nº 3. INDEC / IPA.

Este coeficiente indica a cuánto equivale el individuo respecto al monto de la *línea de pobreza adulto equivalente en el área metropolitana* calculada por el INDEC.

**Línea de pobreza por adulto equivalente y por región:** se calculó como el producto del *índice de precios de cada región* por el monto de la línea de pobreza por adulto equivalente para la región metropolitana. A continuación se presentan los índices de precios regionales utilizados:

**CUADRO A2.3: Paridad de Poder de Compra con respecto al Gran Buenos Aires, por Región**

	REGION				
	Pampeana	Noroeste	Noreste	Cuyo	Sur
Nivel General	0.904	0.865	0.886	0.872	0.949

Fuente: INDEC

Según el cálculo del INDEC, la línea de pobreza adulto equivalente para la región metropolitana en septiembre 1996 ascendía a \$ 156,32.

**Individuos debajo de la línea de pobreza neta:** son los individuos que pertenecen a "hogares debajo de la línea de pobreza neta".

**Hogares debajo de la línea de pobreza neta:** El hogar se encuentra por debajo de la línea de pobreza neta si sus ingresos, netos del gasto de bolsillo en salud, no alcanzan a cubrir los gastos de la “línea de pobreza neta por hogar”.

**Línea de pobreza neta por hogar:** es la línea de pobreza por hogar, neta del rubro de salud. En base a la información de la canasta básica por adulto equivalente para el área metropolitana, se consideró que el rubro en salud representa el 7% de la canasta básica.

**Nuevos individuos pobres:** son individuos que pertenecen a “nuevos hogares pobres”.

**Nuevos hogares pobres:** son los que no siendo hogares pobres si son hogares debajo de la línea de pobreza neta.

### **C. Encuesta Banco Mundial Junio 2002:**

**Cobertura:** Adicionalmente a las variables asociadas con distintos tipos de cobertura forma, se creó una variable binaria según si el individuo tiene cobertura (sólo obra social, sólo sistema privado u obra social y sistema privado) o no tiene cobertura (sólo hospital público o NS/NC). (1 –el individuo tiene cobertura, 0 –el individuo no tiene cobertura). La variable fue calculada para dos momentos, la fecha de la encuesta (noviembre 2002) y el período previo a octubre 2001.

**Cambio de cobertura:** se creó una variable con cuatro categorías: “cobertura a cobertura”, “no cobertura a cobertura”, “cobertura a no cobertura” y “no cobertura a no cobertura” según si el individuo entre los dos períodos identificados (noviembre 2002 y previo octubre 2001) mantuvo o cambió de categoría en la variable “cobertura”.

**Ahorro destinado a salud:** se construyó por hogar, como variable binaria. Esta variable indica si el hogar destinó sus ahorros a gastos en salud. (1 –el hogar destina ahorro a gastos en salud, 0 –el hogar no destina ahorros a gastos en salud).

**Deporte:** se construyó por hogar, como variable binaria en base a la variable. Esa variable indica si el hogar dejó o no de gastar en actividades deportivas. (1 –el hogar dejó de gastar en actividades deportivas, 0 –el hogar no dejó de gastar en actividades deportivas).



**Anexo 3:**  
**Metodología para el Cálculo del Gasto Total en Salud**

**Metodología el diseño de las figuras de gasto en salud. Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 1996/1997, INDE.**

- Aportes al sistema de Obras Sociales.

Se dividió la muestra entre aquellos hogares que al menos tenían un miembro afiliado a alguna obra social de aquellos hogares que no lo tenían. Tomando al primero de estos dos grupos, se realizó la siguiente operación:

$$A_{o.s,q,r} = \bar{Y}_{q,r} * (0.03 + 0.06)$$

Donde  $\bar{A}_{q,r}$  es el aporte medio al sistema de obras sociales nacionales realizado por aquellos hogares pertenecientes al quintil  $q$  ( $q=1, \dots, 5$ ) de cada una de las seis regiones del país  $r$  ( $r=1, \dots, 6$ ): Metropolitana, Pampeana, Cuyo, Patagonia, Noroeste y Noreste.

$\bar{Y}_{q,r}$  es el ingreso medio de los hogares pertenecientes al quintil  $q$  ( $q=1, \dots, 5$ ) de la región  $r$  ( $r=1, \dots, 6$ ).

0.03 (3%) es el porcentaje del ingreso aportado en concepto de aporte salarial al sistema de obras sociales.

0.06 (6%) es el porcentaje del ingreso aportado en concepto de aporte patronal al sistema de obras sociales.

- Impuestos

Del total de la recaudación impositiva, tanto a nivel nacional como provincial, los ingresos en concepto de impuestos directos representan aproximadamente el 40%, mientras que aquellos fondos provenientes en concepto de impuestos indirectos alcanzan el 60%.

Suponiendo que la utilización de los fondos, provenientes de ambos conceptos de impuestos, en las diferentes finalidades (educación, salud, defensa, etc.) se realiza en la misma proporción con la que participan en la recaudación total, se definieron los parámetros estimados de contribución tributaria por hogar.

**Impuestos Directos**

Se supuso que los hogares pertenecientes al primer y segundo quintil no realizan contribución impositiva directa (ingreso no imponible), en tanto el resto de los hogares realizan una contribución proporcional a su nivel de ingreso. A partir de esta generalización, se definió la siguiente función de financiamiento

$$(0.4).G_{pm} = h. \left( \sum_{r=1}^6 \sum_{q=3}^5 \bar{y}_{q,r} \right) \cdot \frac{N}{5}$$

donde 0.4 (40%) es el porcentaje del gasto público en salud financiado con impuestos directos.

$G_{pm}$  es el gasto en salud público mensual.

$N$  es la cantidad de hogares totales

$h$  es la alícuota impositiva a estimar.

La estimación arrojó una alícuota  $h$  igual 3.1%.

A partir de la obtención de  $h$ , se multiplico el nivel de ingreso medio de los hogares pertenecientes al 3er., 4to. y 5to. quintil por dicha alícuota para la obtención del aporte impositivo destinado al sector salud.

### Impuestos Indirectos

Los impuestos indirectos son abonados a partir del precio que se paga por el consumo de bienes. El más conocido de esta clase de impuesto es el Impuesto al Valor Agregado (IVA), aunque también existe una serie importante de otros impuestos que tienen gran participación en la recaudación pública, como son, el impuesto al cigarrillo, a los combustibles, etc.

Por tal motivo, se definió la siguiente función de financiamiento:

$$(0.6).G_{pm} = k. \left( \sum_{r=1}^6 \sum_{q=1}^5 Gpr_{q,r} \right) \frac{N}{5}$$

Donde 0.6 (40%) es el porcentaje del gasto público en salud financiado con impuestos indirectos.

$G_{pm}$  es el gasto en salud público mensual.

$Gpr_{q,r}$  es el gasto medio total realizado por los hogares del quintil  $q$  ( $q=1, \dots, 5$ ) y de la región  $r$  ( $r=1, \dots, 6$ )

$N$  es la cantidad de hogares totales

$k$  es la alícuota impositiva a estimar.

La estimación arrojó una alícuota  $k$  igual 4.9%.

A partir de la obtención de  $k$ , se multiplico el nivel medio de gasto de los hogares por dicha alícuota para la obtención del aporte impositivo destinado al sector salud en concepto de impuestos indirectos.

La estimación de la curva de impuestos totales en salud resulta de la suma horizontal de ambos tipos impositivos (directos e indirectos)

**Anexo 4:**  
**Le "Big Mac"**

Con el fin de contar con algún mecanismo homogéneo de comparación de niveles de gasto en salud entre quintiles de ingreso, se diseñaron una serie de indicadores en base a microdatos provistos por la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares, 1997 y la Encuesta de Utilización de Servicios y Gasto en Salud, 2003

En este sentido, el Cuadro A4.1 presenta en su primer cuadrante, por quintil de ingreso y por región, el porcentaje del ingreso per cápita familiar medio que debería ser necesario para cubrir el valor del Programa Medico Obligatorio, \$40. En el segundo cuadrante se expone esta misma relación pero discriminado por quintil de ingreso y género<sup>3</sup>.

**CUADRO A4.1: Porcentaje del Ingreso per Cápita Familiar Necesario para Cubrir el PMO, 1997**

Región		Quintil				
		1	2	3	4	5
Metropolitana	a	\$ 85.93	\$ 186.17	\$ 295.59	\$ 479.39	\$ 1,154.64
	b	46.5%	21.5%	13.5%	8.3%	3.5%
Pampeana	a	\$ 74.07	\$ 157.04	\$ 240.52	\$ 366.35	\$ 801.39
	b	54.0%	25.5%	16.6%	10.9%	5.0%
Noroeste	a	\$ 51.26	\$ 104.47	\$ 161.54	\$ 260.84	\$ 599.07
	b	78.0%	38.3%	24.8%	15.3%	6.7%
Noreste	a	\$ 46.35	\$ 97.09	\$ 158.33	\$ 262.71	\$ 661.66
	b	86.3%	41.2%	25.3%	15.2%	6.0%
Cuyo	a	\$ 62.77	\$ 129.26	\$ 198.01	\$ 311.07	\$ 729.64
	b	63.7%	30.9%	20.2%	12.9%	5.5%
Patagónica	a	\$ 69.39	\$ 156.13	\$ 258.24	\$ 411.84	\$ 919.35
	b	57.6%	25.6%	15.5%	9.7%	4.4%

Nacional		Quintil				
		1	2	3	4	5
Total	a	\$ 71.21	\$ 154.78	\$ 245.84	\$ 391.60	\$ 937.25
	b	56.2%	25.8%	16.3%	10.2%	4.3%
Hombres	a	\$ 71.50	\$ 154.69	\$ 245.66	\$ 390.22	\$ 944.01
	b	55.9%	25.9%	16.3%	10.3%	4.2%
Mujeres	a	\$ 70.92	\$ 154.86	\$ 246.01	\$ 392.76	\$ 931.17
	b	56.4%	25.8%	16.3%	10.2%	4.3%

Fuente: ENGH, 1997

a= Ingreso per cápita familiar promedio

b= Porcentaje del ingreso necesario para cubrir el PMO de \$40

A partir del Cuadro precedente, se observa el mayor esfuerzo financiero, para afrontar el pago del PMO, que deben realizar los quintiles más pobres, de aquel necesario para los quintiles más ricos. En este sentido, y en términos regionales, el primer quintil de la región

<sup>3</sup> Dado que el sistema de aseguramiento social nacional como el de seguros privados y, en gran medida, las Obras Sociales Provinciales cubren este paquete a partir de las contribuciones salariales y patronales, la cobertura de bolsillo de este paquete ocurre en la práctica sólo en el caso de individuos sin seguro formal. El objetivo de este ejercicio es el de establecer patrones comunes de comparación entre grupos de ingreso y regiones geográficas.



Noreste debería destinar el 86.3 por ciento de su ingreso para cubrir un PMO, en tanto que el esfuerzo necesario a realizar por ese mismo quintil de la región Metropolitana representaría el 46.5 por ciento del ingreso medio.

Del mismo modo, dentro de la población perteneciente al quinto quintil de ingreso, el peso relativo del gasto de bolsillo en el PMO de los individuos de la región Noroeste y Noreste es el mayor del país, 6.7 y 6.0 por ciento, respectivamente. En contraposición, dicho peso relativo en los individuos residentes de la región Metropolitana alcanza el 3.5 por ciento. Estas diferencias entre quintil y región, encuentra explicación única en el nivel de ingreso per cápita familiar medio de los individuos, ya que el valor del PMO es común para todos, sin contar por ajustes relacionados con perfil epidemiológico.

Desde el punto de vista de género, no se observan mayores discrepancias entre hombres y mujeres, aunque sí por quintil de ingreso. La ausencia de diferencias en género se encuentra asociado a que el denominador es el ingreso per cápita familiar, el cual es la sumatoria del salario de cada individuo del hogar dividido por el número de miembros, no logra individualizar las diferencias salariales entre hombres y mujeres jefes/as de hogar.

El Cuadro A.42 replica el Cuadro anterior pero para el año 2003:

**CUADRO A4.2: Porcentaje del Ingreso per Cápita Familiar Necesario para Cubrir el PMO, 2003**

Nacional		Quintil				
		1	2	3	4	5
Total	a	\$ 56.65	\$ 128.47	\$ 205.64	\$ 332.83	\$ 885.71
	b	70.6%	31.1%	19.5%	12.0%	4.5%
Hombres	a	\$ 55.67	\$ 126.87	\$ 208.83	\$ 332.67	\$ 924.44
	b	71.8%	31.5%	19.2%	12.0%	4.3%
Mujeres	a	\$ 57.30	\$ 129.94	\$ 202.27	\$ 333.00	\$ 825.96
	b	69.8%	30.8%	19.8%	12.0%	4.8%

Fuente: Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Salud, MinSalud, 2003.

a= Ingreso per cápita familiar promedio

b= Porcentaje del ingreso necesario para cubrir el PMO de \$40

Al igual que lo observado para el año 1997, no se verifican diferencias entre género, aunque sí entre quintiles de ingreso. En este último sentido, el esfuerzo financiero necesario para cubrir el PMO es del 70 por ciento del ingreso per cápita familiar para los individuos pertenecientes al primer quintil, en tanto este mismo peso relativo representa el 4.5 por ciento para el quinto quintil. Sin embargo, se aprecia un incremento significativo en el porcentaje del ingreso requerido para cubrir un PMO en los dos primeros quintiles de ingreso, respecto al año 1997. Mientras que durante dicho año, el peso relativo del PMO sobre el nivel de ingreso era del 56 por ciento y 25.8 por ciento para el primer y segundo quintil, respectivamente, en el año 2003 dichos porcentajes se incrementaron hasta llegar al 70.6 por ciento y 31.1 por ciento, respectivamente<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Como se mencionara anteriormente en el cuerpo principal del documento, la falta de una metodología común entre ambas encuestas no permite identificar estas diferencias con certeza, siendo utilizadas sólo como criterio orientativo.

Nuevamente aquí, el contexto macroeconómico, (desaceleración del nivel de actividad desde 1998, incremento del desempleo y devaluación del tipo de cambio), afectó heterogéneamente a la población. En efecto, quienes sufrieron el mayor efecto negativo fueron aquellos individuos pertenecientes a los quintiles de ingreso más bajo, precisamente por su menor capacidad para enfrentar la crisis.

Otro indicador diseñado para el mismo fin, fue la diferencia entre el gasto unitario por consulta ambulatoria medio de cada quintil respecto al realizado por el tercer quintil -tal como se indica al finalizar esta sección del anexo-. Dicho indicador se construyó para el promedio de los cinco quintiles, considerando dos aproximaciones alternativas: la primera utiliza como denominador a toda la población del quintil, en tanto la segunda toma en cuenta sólo a la población del grupo que realizó al menos una consulta.

El Cuadro A4.3 (a) y el A4.3 (b) presentan los resultados obtenidos para el año 2003:

**CUADRO A4.3 (a): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 2003.**  
**(Base: Población Total)**

	Quintil				
	1	2	Valor de Referencia	4	5
<b>Promedio</b>	15.31	14.72	23.21	6.82	-10.95
<b>Mínimo</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Máximo</b>	2134.25	2029.49	2669.55	1689.45	1008.16

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares, MinSalud 2003.

Nota: El nivel de gasto promedio por quintil se normalizó en base al promedio de consultas del total de la población.

**CUADRO A4.3 (b): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 2003.**  
**(Base: Población con Consulta)**

	Quintil				
	1	2	Valor de Referencia	4	5
<b>Promedio</b>	5.89	5.65	8.24	1.94	-7.24
<b>Mínimo</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Máximo</b>	787.96	752.43	947.29	570.60	194.44

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares, MinSalud 2003.

Nota: El nivel de gasto promedio por quintil se normalizó en base al promedio de la población que hizo al menos una consulta.

Los Cuadros precedentes, muestran el mayor gasto realizado por los individuos pertenecientes a los dos primeros quintiles de ingreso, respecto a aquel erogado por el tercer quintil. En promedio, y considerando sólo a la población que realizó al menos una consulta (Cuadro A4.3(b)), los dos primeros quintiles gastaron \$5.77 más de los \$8.24 gastados por el tercer quintil. En esta misma dirección, el cuarto quintil realizó un gasto mayor en \$1.94, lo cual no resulta significativo. Por su parte, los participantes del quinto quintil gastaron en promedio \$7.24 menos que lo gastado por el tercer quintil. Estos resultados se encuentran asociados al tipo de cobertura con que cuenta la población de cada quintil: el tercer y cuarto quintil posee mayoritariamente cobertura del sistema de obras sociales o prepagas, lo cual en general, implica el gasto de copago por consulta. Por su parte, en el primero y segundo quintil predomina la cobertura pública, indicando este hecho que cualquier consulta ambulatoria realizada en un efector privado debe ser afrontada el cien por cien con pago de bolsillo.

A continuación, se presentan los Cuadros A4.4 (a) y A4.4 (b), que replican los resultados anteriores, pero para el año 1997:

**CUADRO A4.4 (a): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 1997.**  
**(Base: Población Total)**

	Quintil				
	1	2	Valor de Referencia	4	5
<b>Promedio</b>	17.74	11.04	29.99	-20.15	10.24
<b>Mínimo</b>	0.04	0.02	0.17	0.13	0.16
<b>Máximo</b>	126.64	303.40	611.41	-124.32	227.63

Fuente: ENGH-97

Nota: El nivel de gasto promedio por quintil se normalizó en base al promedio de consultas del total de la población. El número de consultas promedios se basa en la Encuesta de Desarrollo Social - Siempro-1997

**CUADRO A4.4 (b): Trazador Precio Unitario Gasto Ambulatorio, 1997.**  
**(Base: Población con Consulta)**

	Quintil				
	1	2	Valor de Referencia	4	5
<b>Promedio</b>	3.65	2.24	5.91	-4.46	-13.85
<b>Mínimo</b>	0.01	0.01	0.03	-0.01	0.02
<b>Máximo</b>	30.99	60.80	120.38	-615.35	-263.40

Fuente: ENGH-97

Nota: El nivel de gasto promedio por quintil se normalizó en base al promedio de la población que hizo al menos una consulta. El número de consultas promedios se basa en la Encuesta de Desarrollo Social - Siempro-1997

En este sentido, las diferencias con respecto a los resultados obtenidos para el año 2003 no son mayores. En general, los individuos de los dos quintiles más pobres, realizaron en promedio un gasto mayor de \$3 respecto a los \$5.9 gastado en promedio por el tercer quintil, en tanto que, el cuarto y quinto quintil realiza un gasto menor en promedio de \$4.5 y \$14, respectivamente.

La diferencia en este caso es que el cuarto quintil logra tener un gasto menor respecto al quintil de referencia, el tercero, hecho que no se verificó para el 2003. La principal justificación es nuevamente aquí, la caída del salario real de la población con mayores efectos sobre los quintiles más pobres. Este hecho replantea la agrupación de la población según nivel de ingreso, implicando una menor diferencia salarial entre el tercer y cuarto quintil.

Del mismo modo, se replicó el mismo indicador pero con el gasto medio en medicamentos. Los Cuadros A4.5 (a) y A.4.5 (b) exponen los resultados alcanzados para los años 2003 y 1997, respectivamente:

**CUADRO A4.5 (a): Trazador Medicamentos, 2003**

	Quintil				
	1	2	Valor de Referencia	4	5
<b>Promedio</b>	10.91	7.33	22.56	-0.06	0.25
<b>Mínimo</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Máximo</b>	350.00	-130.00	850.00	50.00	250.00

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares, Ministerio de Salud 2003.

Del cuadro precedente se observa un mayor gasto de bolsillo en medicamentos realizado por los individuos participantes del primer y segundo quintil, con relación al tercero, en promedio de \$9, no existiendo una diferencia significativa entre el tercer quintil y los dos quintiles más ricos.

Este fenómeno, encuentra explicación en el tipo de cobertura mantenido por cada quintil. La prácticamente nula diferencia en el gasto de bolsillo en medicamentos entre los tres quintiles más ricos se asocia a que estos grupos cuentan en su mayoría, con un mecanismo de protección de mercado. Dicho mecanismo les brinda un co-financiamiento para la compra de medicamentos, que es en promedio del 40 por ciento del costo total de la compra. Por el contrario, los dos primeros quintiles de ingreso no cuentan con tal cobertura y co-financiamiento, lo cual implica un mayor esfuerzo financiero y, por ende, una mayor restricción de acceso para la compra de medicamentos.

**CUADRO A4.5 (b): Trazador Medicamentos, 1997**

	Quintil				
	1	2	Valor de Referencia	4	5
<b>Promedio</b>	16.08	8.46	29.31	-8.15	-8.15
<b>Mínimo</b>	0.07	0.03	0.09	-0.03	-0.06
<b>Máximo</b>	279.41	136.63	720.62	-42.59	-1988.72

Fuente: ENGH-97

Por su parte, para el año 1997, las diferencias entre quintiles son mayores. Nuevamente aquí, los dos quintiles más pobres realizan un gasto de bolsillo en medicamentos mayor al realizado por el tercer quintil, en tanto que el cuarto y quinto quintil realizan un gasto menor.

A continuación se presenta la metodología formal que fue utilizada para la construcción de los diferentes indicadores presentados precedentemente.

Algoritmos utilizados para el cálculo de trazadores (utilizando Q3 como referencia)

$$Q_i^{\bar{A}} = \left( \frac{\overline{GA}_3}{\overline{NC}_3} - \frac{\overline{GA}_i}{\overline{NC}_i} \right)$$

$$Q_i^{A \max} = \left( \frac{GA_3^{\max}}{NC_3} - \frac{GA_i^{\max}}{NC_i} \right)$$

$$Q_i^{A \min} = \left( \frac{GA_3^{\min}}{NC_3} - \frac{GA_i^{\min}}{NC_i} \right)$$

$i=1,2,4,5$

$GA$  = Gasto ambulatorio por persona

$\overline{NC}$  = Nro de consultas promedio

$$Q_i^{\bar{M}} = \left( \overline{GM}_3 - \overline{GM}_i \right)$$

$$Q_i^{M \max} = \left( GM_3^{\max} - GM_i^{\max} \right)$$

$$Q_i^{M \min} = \left( GM_3^{\min} - GM_i^{\min} \right)$$

$GM$  = Gasto en medicamentos por persona