

CEDES

Nuevos Documentos CEDES es una serie monográfica periódica del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Su objetivo es contribuir al avance del conocimiento científico por medio de la difusión de investigaciones de las diferentes áreas que conforman la institución.

Esta publicación se edita en formato electrónico y es de libre acceso.

Disponible en:
http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue_doc_c.html

ISSN 1851-2429

Numero 39, Año 2008

**Centro de Estudios
de Estado y Sociedad
Coordinación Técnica**
Sandra Raiher
Centro de Información - CEDES
cicedes@cedes.org

CEDES
Sanchez de Bustamante 27
(C1173AAA) Ciudad Autónoma de
Buenos Aires
Argentina
E-mail: cedes@cedes.org
<http://www.cedes.org>

Nº39/2008

Nuevos Documentos Cedes

Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino

Daniel Maceira¹

¹ Ph.D en Economía. Investigador Titular Centro de Estudio de Estado y Sociedad y CONICET. Este trabajo actualiza una investigación presentada como documento de trabajo del Ciclo de Seminarios CEDES en Salud y Política Pública en 2002. El autor agradece la colaboración de Ignacio Apella.
Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

Cedes, Buenos Aires, 2008

Introducción

El sistema de salud argentino puede ser definido como amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de participantes y con una marcada separación entre las funciones de aseguramiento y provisión. La cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el Sector Público (Nacional, Provincial y Municipal), el sector de Obras Sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones, tanto a nivel de la provisión como en términos de financiamiento. El sistema de aseguramiento social amplio - esto es, las instalaciones dependientes de los Ministerios de Salud Nacional y Jurisdiccionales y las instituciones de seguridad social (*Obras Sociales Nacionales, Provinciales y PAMI*) - cubren el 95% de la población, en tanto el 5% restante cuenta con cobertura de salud brindada por empresas de medicina prepaga.

Tabla 1: Cobertura por Subsector (2001)

- En millones de personas y en % del total -

Obras Sociales Nacionales	13.7	38%
Obras Sociales Provinciales	5.0	14%
PAMI	3.2	9%
Prepagas	1.8	5%
Cobertura pública teórica	12.2	34%
Total de Beneficiarios	36.0	100%

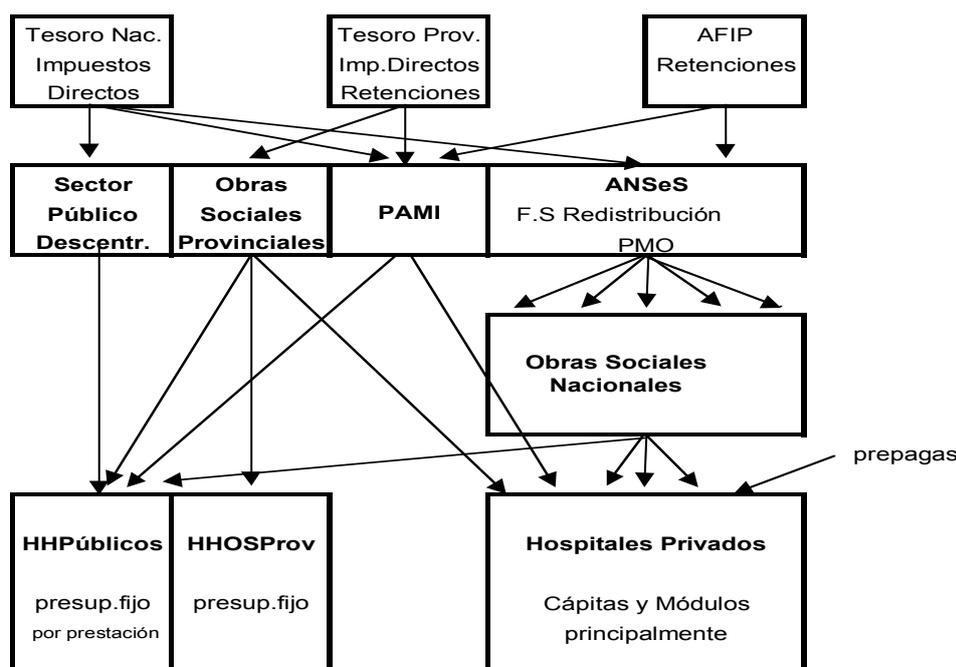
Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud e INDEC

Las **Obras Sociales Nacionales (OSNs)** son un grupo de aproximadamente 300 instituciones definidas por actividad productiva. Hasta 1998 la pertenencia a la Obra Social se encontraba asociada a la ocupación del afiliado. A partir de entonces, es posible el cambio de afiliación entre OSNs. Su financiamiento proviene de un impuesto al salario del 3% de su ingreso y 5% como aporte del empleador. Del total de ingresos por Obra Social, la Administración Federal de Ingresos Públicos retiene un 10% (y 15% de aquellas obras sociales del personal de dirección), que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, gerenciado por la Administración Nacional de Servicios de Salud (ANSES), cuya función es incorporar un componente de equidad en la distribución de recursos entre entidades. Asimismo, deduce los gastos generados por prestaciones a afiliados de la Obra Social en hospitales públicos de autogestión.

El **PAMI**, la institución que otorga cobertura a la población jubilada y pensionada, es la estructura de seguridad social más importante del país, y constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Su financiamiento proviene de varias fuentes: (1) los aportes de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario -3% aporte personal y 2% patronal-, (2) el aporte de los pasivos, que varía entre 6% y 3% de sus ingresos, según estos superen o no el haber mínimo, y (3) contribuciones del Tesoro Nacional, que constituyen el 20% de los ingresos.

Las **Obras Sociales Provinciales (OSProv)**, brindan cobertura de salud a los empleados de las administraciones públicas provinciales, y cubren entre un 8 y 40% de la población total de su jurisdicción. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador.

Figura 1: Argentina



Argentina cuenta con una red de provisión de servicios, mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social (ver Figura 1). Si bien las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el fondo PAMI, los fondos provinciales, y las Obras Sociales Nacionales gerenciadas centralmente por el ANSeS.

Dado este contexto, el objetivo del presente capítulo es analizar las desigualdades en el financiamiento de los servicios de salud entre provincias y quintiles de ingresos. Asimismo se busca establecer cuál es el papel desempeñado por el gobierno nacional en la reducción de dichas desigualdades, si éstas existieran, y en el establecimiento de mecanismos de focalización en la utilización de recursos. Dentro de este marco, se proveerá información acerca de la participación del sistema de obras sociales nacionales y provinciales en la provisión y financiamiento de servicios de salud, intentando establecer si estas instituciones logran constituir conjuntamente con el sector público un sistema coherente y cooperativo de aseguramiento social.

Gasto Privado en Salud

La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997 brinda la última información disponible por quintil de ingreso y por región sobre patrones de consumo e ingreso. A partir del análisis de dicha información, las Figuras 2 y 3 presentan la relación entre el gasto de bolsillo en salud, desagregado en gasto en servicios de salud, gasto en prepago y gasto en medicamentos, y nivel de ingreso de los hogares.

Figura 2
Incidencia del Gasto en Salud en el Ingreso Familiar
(en % del ingreso)

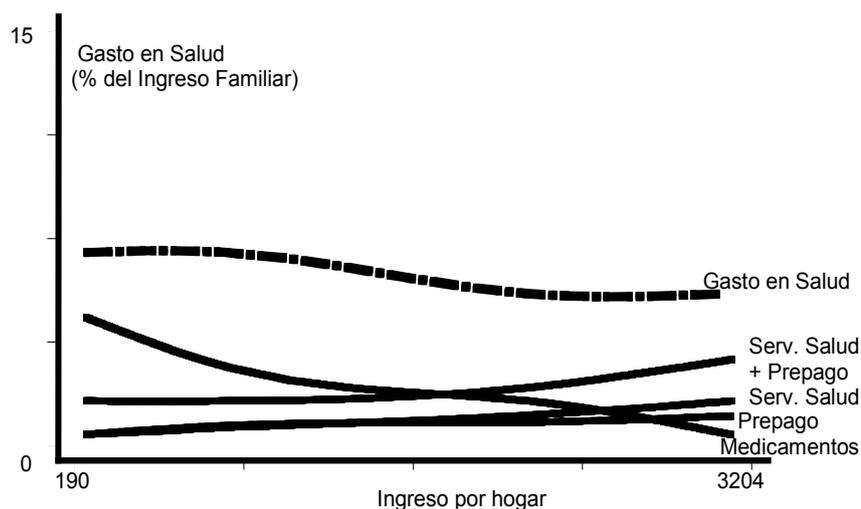
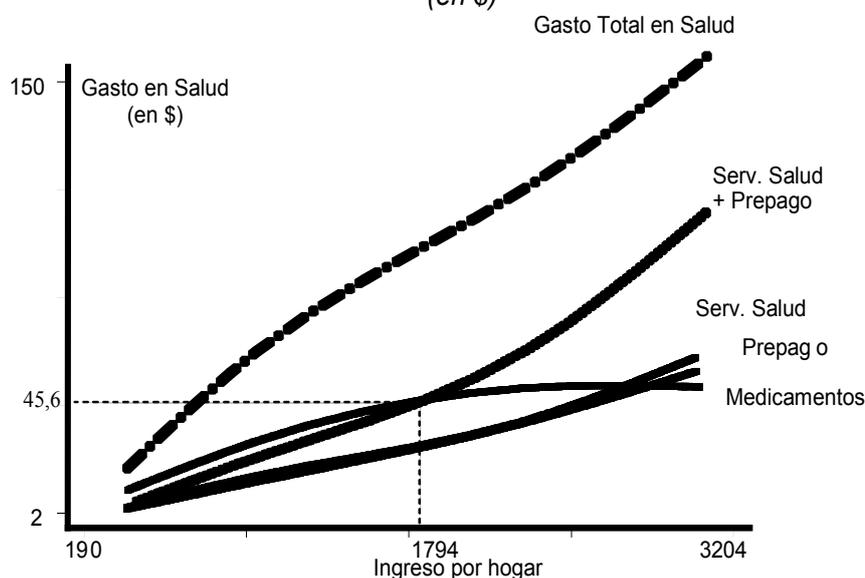


Figura 3
Incidencia del Gasto en Salud en el Ingreso Familiar
(en \$)



La primera figura establece la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto total en salud como porcentaje del ingreso y el ingreso de los hogares. Esta relación resulta relativamente cóncava, lo que profundiza el efecto regresivo del gasto en salud. Dicha pendiente se asocia con el gasto en medicamentos, en tanto que las erogaciones en servicios y por prepagos, acompañan positivamente el aumento del ingreso.

Inversamente, la Figura 3 muestra una relación positiva y significativa entre el gasto total en salud en pesos y el ingreso de los hogares. Se desprende que los tres tipos de gastos (servicios de salud, medicamentos y prepagos) dependen positivamente del nivel de ingreso de los hogares. Sin embargo, la elasticidad ingreso resulta heterogénea: mientras el gasto en medicamentos tiene una elasticidad ingreso

diferente entre quintiles de ingresos, aquella que surge de la demanda de servicios de salud y por servicios de prepagas resulta relativamente constante. En términos absolutos, se puede apreciar que mientras los hogares de menores ingresos realizan un mayor desembolso de dinero destinado a la compra de medicamentos en comparación con sus gastos en servicios de salud, esta proporción se invierte en los hogares de mayores ingresos. La intersección entre ambas curvas se produce a un nivel aproximadamente igual a \$1794,15, cercano al promedio de ingreso del tercer quintil.

Tabla 2: Porcentaje del Gasto en Bolsillo en Salud, según Tipo de Gasto sobre el Ingreso Medio, por Región y Quintil. Año 1997

Región / Quintil	Gasto en Medicamentos					Gasto en Servicios de Salud					Gasto Total en Salud				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
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 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

La Tabla 2 muestra la estructura de gasto separadamente para las seis regiones del país. El primer quintil de la región Metropolitana es aquel que realiza el mayor desembolso en salud en términos de su ingreso (15%), cinco veces mayor al erogado por el mismo quintil de la Patagonia. A excepción de ésta última región, el gasto en medicamentos del primer quintil es superior al de los grupos de mayor nivel de ingreso, en tanto la dirección opuesta se observa en el gasto en servicios de salud, con excepción del Noroeste.

Equidad y Financiamiento

Los resultados anteriores reflejan la brecha de equidad en el financiamiento de la salud, medido a partir del gasto de bolsillo erogado por los hogares. A continuación, se estudia la existencia de alguna asociación a nivel provincial entre la asignación de recursos y las necesidades de la población a fin de establecer la contribución del sector público a la cobertura de las demandas de atención del sistema.

Subsector Público

La Tabla 3 presenta para los años 1993 y 2003 el gasto provincial en salud per cápita junto al porcentaje que representa dicho gasto en el total de erogaciones de cada jurisdicción. Asimismo, se muestran las respectivas variaciones porcentuales de dichas variables entre 1993 y 2003.

Tabla 3: Evolución del Gasto en Salud per Cápita Provincial en pesos constantes de 1999. (1993-2003)

Jurisdicción	1993		2003		Variación 93-03
	Gasto Provincial en Salud per Cápita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	Gasto Provincial en Salud per Cápita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	
Neuquén	204.63	10.24%	360.47	13.23%	76.15%
Santa Cruz	236.95	9.25%	350.45	7.62%	47.90%
Tierra del Fuego	400.43	11.80%	306.86	8.56%	-23.37%
G.C.B.A (*)	276.04	27.62%	260.10	27.84%	-5.77%
La Rioja	143.04	6.85%	199.45	12.68%	39.44%
La Pampa	197.56	11.41%	176.74	10.52%	-10.54%
Chubut	165.71	11.47%	173.50	10.13%	4.70%
San Luis	137.10	11.32%	147.94	11.57%	7.91%
Río Negro	156.39	9.27%	122.35	11.22%	-21.77%
Catamarca	133.90	8.10%	120.50	9.23%	-10.01%
San Juan	133.65	10.83%	116.86	13.76%	-12.56%
Formosa	107.08	6.96%	111.79	9.93%	4.40%
Salta	118.28	13.94%	96.54	15.10%	-18.38%
Jujuy	118.63	9.88%	96.43	10.59%	-18.72%
Entre Ríos	96.97	10.56%	95.18	10.98%	-1.85%
Santiago del Estero	98.56	9.45%	74.52	10.71%	-24.39%
Mendoza	82.32	8.96%	73.36	9.14%	-10.88%
Chaco	83.55	9.54%	71.36	8.00%	-14.59%
Santa Fe	65.89	8.98%	64.04	8.75%	-2.81%
Tucumán	72.91	10.58%	60.68	8.99%	-16.77%
Buenos Aires	63.23	11.28%	60.09	9.96%	-4.97%
Córdoba	114.05	13.15%	59.66	8.51%	-47.69%
Misiones	82.17	10.15%	56.55	7.43%	-31.19%
Corrientes	83.85	11.14%	46.28	7.36%	-44.81%
Promedio Total	149.23	10.95%	137.57	11.49%	-7.81%

Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página Web del Ministerio de Economía.

(*) La Ciudad de Buenos Aires carece de servicios propios en Defensa y Justicia, razón por la cual el peso relativo del sector resulta sobreestimado con respecto a las otras jurisdicciones.

Pese a que el gasto en salud promedio disminuyó aproximadamente un 8% entre ambos períodos, también en este sentido se identifican marcadas diferencias jurisdiccionales: sólo en seis provincias (Neuquén, Santa Cruz, La Rioja, Chubut, San Luis y Formosa) aumentan los desembolsos per cápita durante el período bajo estudio, en tanto la caída en Corrientes, Misiones y Córdoba supera el 30% del valor a 1993.

La jurisdicción que mostró el mayor incremento de la participación del gasto en salud dentro de sus finanzas públicas fue La Rioja (85%) seguida por Formosa (42.7%). En el extremo opuesto las provincias que muestran una caída del peso relativo del gasto en salud sobre el total de erogaciones son Córdoba (35.3%), Corrientes (33.9%) y Tierra del Fuego (27.5%).

La Tabla 4 presenta algunos indicadores de necesidades y de oferta de salud junto al gasto promedio anual provincial en este rubro para los años 1993-2003, expresados en pesos constantes de 1999. Los indicadores utilizados como *proxy* de las necesidades de salud son el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI); un indicador de perfil epidemiológico² y la tasa de mortalidad

² El indicador de perfil epidemiológico ordena a las provincias en categorías, y explica la combinación de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) cada diez mil habitantes al año 1999 para dos factores: infecciones y tumores. A partir de esto se generaron cuatro grupos donde el primero, con mejor perfil epidemiológico, es aquel en el cual los AVPP por ambos factores se encuentran por debajo de la media nacional; el grupo 2 donde los AVPP causados por tumores se encuentra por encima de la media nacional pero con AVPP causados por infecciones por debajo de dicha media; el grupo 3 es aquel que donde los AVPP causados por infecciones se encuentra por encima de la media nacional pero con AVPP causados por tumores por debajo de dicha media; y por último el grupo 4, el peor perfil, es aquel cuyos AVPP por ambas causas se hallan encima de la media nacional.

infantil para el año 1999. Los indicadores de oferta seleccionados son el número de médicos, la cantidad de establecimientos asistenciales y el número de camas disponibles por provincia.

Tabla 4: Indicadores de Oferta y Necesidades del Sistema de Salud, por Provincia

Jurisdicción	Gasto Promedio en Salud (93-03) en millones de \$	Indicadores de necesidades				Indicadores de oferta		
		Población 2001	% población con NBI 01	Perfil Epidemiológico	Tasa de Mortalidad Infantil 99	N° de medicos 98	Establecimientos Asistenciales 95/00	N° de Camas 95
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
G.C.B.A	802.97	2,729,469	7.80	2	0.11	32,100	1,204	23,152
Buenos Aires	944.12	13,755,993	15.80	2	0.17	26,876	3,825	50,155
Catamarca	42.11	330,996	21.50	3	0.20	653	464	1,344
Córdoba	215.06	3,052,747	13.00	2	0.15	11,642	1,561	17,958
Corrientes	60.29	926,989	28.50	3	0.23	1,740	455	3,433
Chaco	104.22	978,956	33.00	4	0.29	1,630	414	4,184
Chubut	68.38	408,191	15.50	1	0.18	870	232	1,976
Entre Ríos	122.88	1,152,090	17.60	2	0.20	2,610	480	6,650
Formosa	57.58	489,276	33.60	3	0.24	544	246	1,689
Jujuy	63.50	609,048	28.80	3	0.23	1,306	339	3,169
La Pampa	57.11	298,772	10.30	2	0.15	653	214	1,189
La Rioja	49.08	287,924	20.40	3	0.21	544	294	1,231
Mendoza	128.84	1,573,671	15.40	1	0.16	4,460	540	4,646
Misiones	68.60	961,274	27.11	3	0.22	1,197	443	2,985
Neuquén	112.61	471,825	17.00	1	0.12	979	277	1,393
Río Negro	71.17	549,204	17.90	1	0.16	1,306	325	1,989
Salta	111.47	1,065,291	31.60	3	0.21	1,849	533	4,014
San Juan	76.26	617,478	17.40	3	0.21	1,521	259	1,750
San Luis	48.39	367,104	15.60	3	0.19	762	220	1,256
Santa Cruz	60.26	196,876	10.40	1	0.13	326	92	1,188
Santa Fe	189.31	2,975,970	14.80	2	0.15	10,226	2,232	12,075
Santiago del Estero	70.84	795,661	31.30	3	0.16	1,197	576	4,271
Tierra del Fuego	39.05	100,313	14.10	1	0.08	109	41	222
Tucumán	94.54	1,331,923	23.90	3	0.23	3,700	819	3,830
Indice de correlación con el Gasto Provincial en Salud		0.84	-0.34	-0.13	-0.29	0.96	0.80	0.93

Fuente:

(1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página web del Ministerio de Economía.

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

(3) Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud.

(4) Unicef - Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

(5) Ministerio de Salud y Acción Social N°74/95.

Los coeficientes de correlación simple entre el gasto provincial en salud y las características de la demanda no resultan relevantes. Sin embargo, la correlación con la estructura prestadora es altamente significativa (mayor al 90 por ciento con el números de médicos y el número de camas y mayor al 70 por ciento con el indicador de instalaciones sanitarias). Estos resultados sugieren que el gasto provincial en salud se destina al mantenimiento de las redes existentes, las cuales no necesariamente se asocian con indicadores de requerimientos de atención de salud por parte de la población.

El gobierno nacional ejecuta transferencias presupuestarias a los gobiernos provinciales. La Tabla 5 presenta la evolución de las mismas para los años 1999 y 2004, y su participación dentro del gasto total en salud provincial.

La magnitud de las transferencias monetarias de la Nación a las jurisdicciones rezagadas en el 2000 es insignificante en términos de peso porcentual en el gasto provincial, y menores al uno por ciento del gasto en salud local. Las excepciones son el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con un 3,66% y la Provincia de Buenos Aires con un 3,95%, mostrando la importancia del factor poblacional en la

distribución de recursos. Para el año 2004 el nivel de transferencias resulta también de baja importancia relativa respecto al gasto provincial en salud, con pequeños incrementos en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (9.7%), Provincia de Buenos Aires (8.2%), seguidas por Jujuy y Tucumán con un 2.1 y 2.08% respectivamente.

Tabla 5: Transferencias desde el Gobierno Nacional a los Gobiernos Provinciales destinadas al Sector Salud, por Provincia.

- En millones de pesos constantes de 1999 -

Provincias	Transferencias 00	% del Gasto Provincial en Salud 00	Transferencias 02	% del Gasto Provincial en Salud 02	Transferencias 04	% del Gasto Provincial en Salud 04
G.C.B.A	39.88	3.7%	44.16	6.5%	68.88	9.7%
Buenos Aires	42.96	3.9%	36.80	4.4%	67.94	8.2%
Catamarca	0.98	0.1%	0.52	1.4%	0.39	1.0%
Córdoba	3.99	0.4%	1.46	0.7%	1.06	0.6%
Corrientes	2.72	0.3%	1.38	3.3%	0.64	1.5%
Chaco	4.97	0.5%	1.98	2.6%	1.30	1.9%
Chubut	1.17	0.1%	0.55	0.8%	0.49	0.7%
Entre Ríos	2.35	0.2%	0.74	0.8%	0.46	0.4%
Formosa	1.89	0.2%	0.85	1.6%	0.27	0.5%
Jujuy	3.85	0.4%	1.40	2.5%	1.24	2.1%
La Pampa	0.40	0.0%	0.33	0.7%	0.42	0.8%
La Rioja	1.05	0.1%	0.68	1.5%	0.51	0.9%
Mendoza	2.68	0.2%	1.25	1.2%	0.44	0.4%
Misiones	3.49	0.3%	1.81	3.3%	0.61	1.1%
Neuquén	1.04	0.1%	0.37	0.3%	0.13	0.1%
Río Negro	2.01	0.2%	0.63	1.1%	0.22	0.3%
Salta	3.35	0.3%	2.11	2.1%	1.12	1.1%
San Juan	1.01	0.1%	0.41	0.6%	0.13	0.2%
San Luis	0.68	0.1%	0.25	0.5%	0.11	0.2%
Santa Cruz	0.34	0.0%	0.11	0.2%	0.12	0.2%
Santa Fe	3.10	0.3%	1.73	1.1%	1.07	0.6%
Santiago del Estero	1.87	0.2%	0.83	1.2%	0.16	0.3%
Tucumán	3.38	0.3%	1.65	5.5%	0.64	2.1%
Tierra del Fuego	0.21	0.0%	0.08	0.1%	0.10	0.1%

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

Nota: Las transferencias corrientes y de capital no incluyen transferencias no monetarias (en especies).

La Tabla 6 muestra la evolución y composición del gasto nacional en salud entre 1996 y 2004, junto a la variación del mismo entre ambos extremos.

Tabla 6: Composición y Evolución del Gasto Público Nacional en Salud.

- En pesos constantes de 1999 -

Concepto \ Año	1996	2000	2004	Variación 96-04
Poder Legislativo	20,136,021.15	18,208,708.48	11,554,964.64	-42.62%
Presidencia y Ministerios	164,683,165.52	2,463,594,346.89	1,271,259,942.61	671.94%
Fuerzas Armadas	122,425,137.65	80,663,207.38	120,311,992.26	-1.73%
Hospitales e Inst. Prestadoras	2,783,547,624.80	144,570,453.27	46,379,879.82	-98.33%
Inst. Normatización y Control	438,499,883.03	191,828,256.29	243,270,693.76	-44.52%
Superintendencia de Serv. Salud	0.00	13,675,950.66	8,452,196.23	-88.53%
Iniciativas Específicas	105,875,499	127,523,644	85,605,995	-19.14%
Materno Infantil	52,736,586.15	55,155,665.11	14,812,604.80	-71.91%
Sida	13,285,075.71	56,728,872.74	61,152,675.27	360.31%
Mujer				-
Emergencias Sanitarias	2,014,057.85	1,245,250.65	894,321.43	-55.60%
Discapacidades	4,187,762.55	6,137,764.68	4,911,912.82	17.29%
Act. Comunes Programas de Salud		213,978.84	1,568,544.90	467.19%
Reforma del Sector Salud	33,652,016.97	8,042,112.28	2,265,935.55	-93.27%
Total	3,635,167,331	3,040,064,567	1,786,835,664	-50.85%

Fuente: Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto

Se observa un caída del gasto público en salud nacional del orden del 50.1% acorde a la política de descentralización del sistema llevada a cabo a lo largo de los años 90. Entre los años 1996 y 1997 el mayor porcentaje del gasto estuvo concentrado en

la línea denominada "Hospitales e Instituciones Prestadoras" que representa aproximadamente el 75 y 70 por ciento, del gasto total en salud para el año 1996 y 1997, respectivamente. Sin embargo, en el año 1998 este rubro se reduce aproximadamente a un 5 por ciento, manteniéndose constante hasta el año 2004. La razón que justifica este cambio es que durante los dos primeros años bajo análisis el PAMI se encontraba incorporada a la línea "Instituciones prestadoras" y a partir del año 1998 su presupuesto se asigna a través del ANSeS que depende del Ministerio de Trabajo. Paralelamente, el 5% del gasto se destina a iniciativas específicas tales como el programa materno infantil, SIDA, programa de la mujer, emergencias sanitarias, discapacidades, entre otros.

De este modo, las erogaciones del gobierno nacional en salud constituyen un ejemplo de focalización del gasto, si se comprende como tal la asistencia sanitaria al grupo objetivo de jubilados y pensionados. Sin embargo no se evidencian mayores criterios redistributivos hacia otros grupos desprotegidos, ya sean ellos definidos por nivel de ingresos, por género o por necesidades, como tampoco asociados con provincias de menor desarrollo relativo.

Obras Sociales Nacionales

El sistema de Obras Sociales Nacionales se financia a partir de contribuciones salariales y aportes patronales, y cuenta con un Fondo Solidario de Redistribución que busca reducir las inequidades al interior del subsistema mediante la asignación de fondos a Programas Especiales y el establecimiento de un Programa Médico Obligatorio de servicios (PMO).

Existen alrededor de 270 entidades, con un conjunto de beneficiarios de casi 13 millones y una recaudación mensual de aproximadamente \$240 millones teóricos. Actualmente, la mayoría de las Obras Sociales Nacionales, como agentes gerenciantes de recursos, subcontratan la prestación de sus servicios de salud al privado.

A partir de 1988 se estableció el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), integrado con los recursos provenientes de las Obras Sociales Sindicales (10%) y las Obras Sociales del Personal de Dirección y de las Asociaciones Profesionales de Empresarios (15%). Los recursos del FSR están dirigidos a: (i) mantener la distribución automática de fondos para garantizar el costo del PMO y equiparar niveles de cobertura entre instituciones, (ii) financiar Programas Especiales, (iii) sostener la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud y de la Administración de Programas Especiales, y (iv) financiar programas dirigidos a grupos vulnerables.

A fin de analizar la heterogeneidad de las Instituciones, se establece una taxonomía sobre la base de dos variables: el número de beneficiarios y el salario promedio de los trabajadores adheridos a cada Obra Social. A partir de ello, se identifican 16 categorías de Obras Sociales (Tabla 7).

Partiendo de la variable asociada con el número de beneficiarios, los grupos son:(a) aquel constituido por las Obras Sociales "minúsculas", que no superan los 1.000

beneficiarios, (b) el conformado por Obras Sociales “pequeñas”, de entre 1.001 y 10.000 beneficiarios, (c) las “intermedias”, con 10.001 a 100.000 beneficiarios, y (d) las “grandes”, de más de 100.000 beneficiarios. Estos grupos de población se combinan con cuatro niveles de salario promedio de sus titulares, definidos como “bajo”, “medio-bajo”, “medio-alto” y “alto”, respectivamente, en función de la cantidad de módulos previsionales (MOPRES utilizados como unidad de medida para diversos temas de seguridad social) aportados para cada grupo.³

Los contribuyentes a las Obras Sociales Nacionales se distribuyen heterogéneamente entre las instituciones participantes. Los salarios percibidos por cada grupo son muy dispares, encontrándose un promedio de \$221 en la Categoría I, mientras que en la Categoría IV la remuneración promedio alcanza los \$3.342.

Las cinco categorías de Obras Sociales Nacionales sombreadas, con más de 4 millones de beneficiarios (55 por ciento del total), son aquellas con un aporte promedio por afiliado menor a 40 pesos, monto base del PMO por familia al año 2001, debiendo ser subsidiadas por el resto del sistema. Por otra parte, 60 Instituciones se encuentran dentro del grupo denominado minúsculas, 108 dentro de la categoría de pequeñas, 80 en el grupo intermedio y solamente 20 en el grupo de grandes instituciones. De este último grupo, dos de las Categorías (con ingresos bajos y medio-bajos) reúnen en quince instituciones al cincuenta por ciento del total de beneficiarios, con un salario promedio de \$382 y \$593, respectivamente, siendo ambas subsidiadas netas del subsistema.

A fin de analizar la sustentabilidad del sistema, se calculó el total de ingresos y egresos del sub-sector: los fondos recibidos por el total de las Obras Sociales supera los \$370 millones para el año 2001, en tanto que los egresos por todo concepto alcanzaron los \$373 millones, lo que generaría un sistema superavitario de existir mecanismos coordinadores de aseguramiento. Paralelamente, se calculó el costo total a partir del valor teórico del PMO por familia (\$40), resultando superior a los \$180 millones, el cual es menor al total de ingresos teóricos, generando un superávit teórico de aproximadamente \$195 millones. Este resultado sugiere que el subsistema no cuenta con problemas de sustentabilidad, sino de ineficiencia asociada con dos fuentes potenciales: la demora en la recepción de las contribuciones y las limitaciones de gestión y transferencia de fondos al interior y entre la AFIP y las Obras Sociales. La crisis de empleo de 2002 seguramente limitó la capacidad de gasto del sistema, tanto por la caída del empleo formal como por el aumento de precios de algunos insumos críticos del sector, requiriendo mayor eficacia en el uso de los mismos.

De todos modos, la importante heterogeneidad entre instituciones constituye un desafío para la organización de un sistema de aseguramiento social sustentable y equitativo. La multiplicidad de instituciones incrementa los gastos de organización a la vez que limita un esquema de riesgo compartido, necesario para el funcionamiento de una estructura de seguros.

³ El primer nivel se encuentra conformado por todas aquellas Obras Sociales con remuneración promedio igual a dos o menos de dos MOPRES. El segundo se constituye por las instituciones entre dos y cinco MOPRES por Obra Social, en tanto que el tercer y cuarto nivel incluye OSN de entre cinco y ocho MOPRES y más de ocho MOPRES, respectivamente

Tabla 7: Taxonomía de las Obras Sociales Nacionales

Salario Promedio	Bajo	Medio Bajo	Medio Alto	Alto
Minúsculas	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
(hasta 1000 beneficiarios)	15 OS 7.149 beneficiarios w \$221 dis. a \$40: -\$22.65	24 OS 11.407 beneficiarios w \$824 dis. a \$40: \$23.88	12 OS 4.474 beneficiarios w \$1.878 dis. a \$40: \$83.40	9 OS 4.119 beneficiarios w \$3.342 dis. a \$40: \$161.91
Pequeñas	Categoría V	Categoría VI	Categoría VII	Categoría VIII
(entre 1001 y 10.000 beneficiarios)	19 OS 81.662 beneficiarios w \$338 dis. a \$40: -\$13.80	47 OS 191.411 beneficiarios w \$790 dis. a \$40: \$20.61	21 OS 80.701 beneficiarios w \$1.660 dis. a \$40: \$78.30	21 OS 78.491 beneficiarios w \$3.237 dis. a \$40: \$155.47
Intermedias	Categoría IX	Categoría X	Categoría XI	Categoría XII
(entre 10.001 y 100.000 beneficiarios)	10 OS 381.303 beneficiarios w \$400 dis. a \$40: -\$9.38	48 OS 1.280.291 beneficiarios w \$708 dis. a \$40: \$13.73	19 OS 499.681 beneficiarios w \$1.570 dis. a \$40: \$72.13	3 OS 58.386 beneficiarios w \$3.157 dis. a \$40: \$169.55
Intermedias	Categoría XIII	Categoría XIV	Categoría XV	Categoría XVI
(más de 100.000 beneficiarios)	6 OS 1.645.409 beneficiarios w \$382 dis. a \$40: -\$10.47	9 OS 2.813.025 beneficiarios w \$593 dis. a \$40: \$4.91	3 OS 481.112 beneficiarios w \$1.472 dis. a \$40: \$63.81	2 OS 490.174 beneficiarios w \$2.715 dis. a \$40: \$127.10

Fuente: Maceira, D. y Cicconi, V. (2002).

Obras Sociales Provinciales

A diferencia de las Obras Sociales Nacionales, creadas a partir de la Ley Nacional N° 23.660, cada provincia dio nacimiento a su propia Obra Social Provincial (OSPr) por medio de una Ley o Decreto Provincial específico. Estas instituciones autárquicas⁴, otorgan cobertura aproximadamente al 14% del sistema de salud.

La Tabla 8 presenta la estructura de ingresos teóricos⁵ de las Obras Sociales Provinciales, para los años 1995 y 1999 como así también el salario promedio mensual. Se observa principalmente una gran dispersión en el número de afiliados. En la provincia de Buenos Aires, IOMA cuenta con 404.655 afiliados, en tanto que el IAPOS, la Obra Social de Santa Fe, una afiliación cuatro veces menor. En el extremo opuesto, DOSEP en San Luis e IPAUSS en Tierra del Fuego afilian a 16.652 y 7.777 personas respectivamente en sus sistemas provinciales de seguridad social.

⁴ Tal autarquía en ocasiones resulta relativa, debido a la imposibilidad de algunos gobiernos provinciales de cumplir oportunamente con sus aportes patronales.

⁵ Los ingresos totales teóricos de cada Obra Social fueron calculados a partir de la multiplicación de la cantidad de afiliados por los aportes del salario promedio mensual en pesos constantes de cada uno de ellos.

Tabla 8: Estructura de ingreso de las Obras Sociales Provinciales.

Provincia	Obras Social	Cantidad de Afiliados		Salario Promedio Mensual en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Beneficiario en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Afiliado en \$*	
		1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
		(1)		(1)		(2)		(2)	
Buenos Aires	IOMA	319,667	404,655	909	1,087	25	33	82	98
Santa Fe	IAPOS	94,959	101,363	1,028	1,134	22	26	103	113
Córdoba	IPAM	83,288	72,528	1,199	1,425	16	18	102	121
Mendoza	OSEP	47,748	60,347	1,137	992	24	25	136	119
Entre Ríos	IOSPER	43,745	50,283	1,134	1,046	14	16	79	73
Tucumán	IPSST	48,191	43,306	886	1,060	12	13	80	95
Chaco	INSSSEP	39,150	41,776	1,079	1,154	33	37	140	150
Corrientes	IOSCOR	41,051	41,401	801	954	21	26	88	105
Salta	IPS	41,721	36,238	1,005	1,053	15	10	90	95
Neuquén	ISSN	32,340	36,177	1,218	1,246	34	39	146	150
Misiones	IPSM	32,609	35,849	921	1,038	13	22	64	73
Santiago del Estero	IOSEP	31,961	34,454	996	973	13	28	100	97
Formosa	IASEP	32,415	33,440	878	963	22	22	79	87
San Juan	IPSA	29,569	29,161	1,195	1,129	24	21	108	102
Jujuy	ISJ	27,217	28,938	1,042	1,055	12	20	104	106
Río Negro	IPROSS	30,353	28,548	1,195	1,069	22	23	108	96
La Rioja	APOS	22,031	23,581	1,070	1,108	29	21	103	106
Catamarca	OSEP	23,237	22,963	999	1,044	12	14	85	89
Chubut	ISSS - SEROS	23,013	22,921	1,050	1,134	21	23	74	79
Santa Cruz	CSS	15,488	17,765	1,504	1,413	35	38	150	141
La Pampa	SEMPRE	15,552	17,177	1,104	1,104	29	32	121	121
San Luis	DOSEP	18,462	16,652	970	989	16	24	78	79
Tierra del Fuego**	IPAUSS	7,326	7,777	2,224	2,297	175	57	200	207

Fuente:

(1) Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

(2) Elaboración Propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias y C.O.S.S.P.R.A.

(3) Elaboración en base a encuesta propia realizada al total de la población en estudio.

Nota:

* Todos los valores se encuentran expresados en valores constantes a precios de 1999.

** Hasta el año 2001 se llamó Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego (ISST).

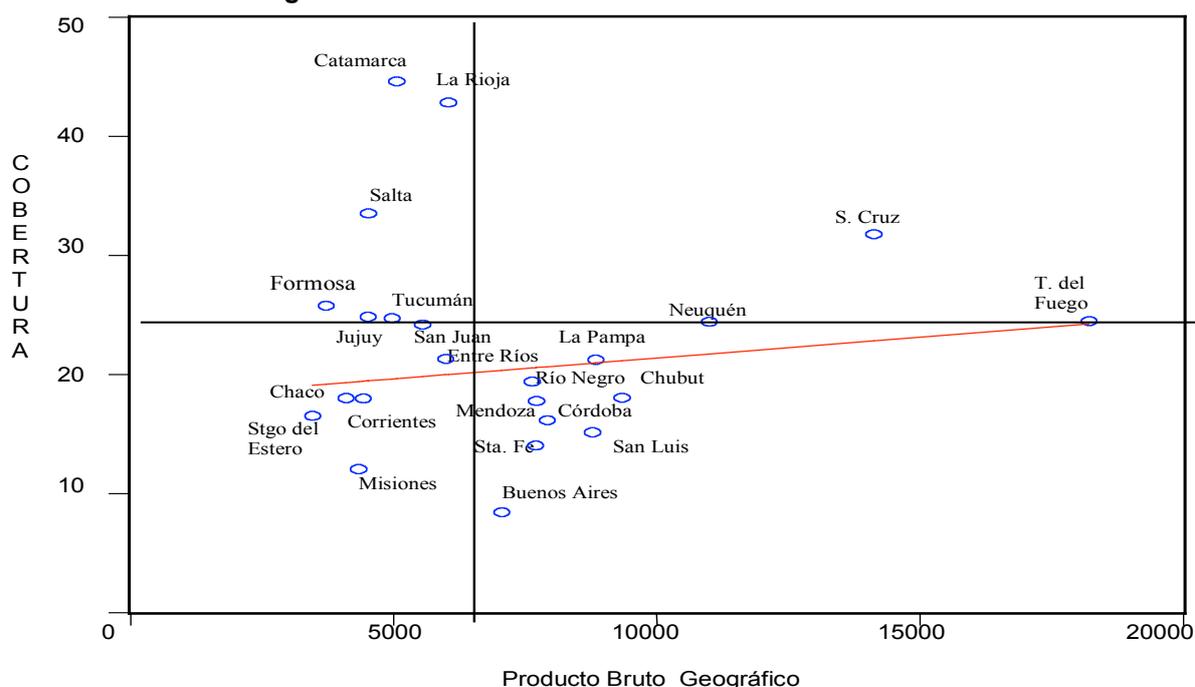
Entre 1995 y 1999 se produce un aumento en la cobertura total del subsistema del 9.6 por ciento. Se observa asimismo un crecimiento de aproximadamente 3 por ciento en el ingreso teórico mensual por afiliado, aunque con una dispersión del 140%. Desde la perspectiva de un seguro de salud, estas diferencias plantean limitaciones en los mecanismos de absorción de riesgos en aquellas provincias con población reducida.

A pesar de la heterogeneidad observada, es posible establecer una taxonomía relacionando factores propios de la provincia y de su Obra Social. La misma se construye en base a dos indicadores: la cobertura relativa de cada institución con respecto al total de la población de su jurisdicción y el producto bruto geográfico per cápita provincial.

Estableciéndose un promedio simple de 24,83% de cobertura para el conjunto de las Obras Sociales Provinciales, y un ingreso promedio, medido como producto bruto geográfico per cápita, de \$8.157 para el año 1999, se establecieron cuatro categorías. La primera de ellas, considera a aquellas Obras Sociales con cobertura mayor a la media y localizadas en provincias de ingreso per cápita mayor al promedio consolidado. En el extremo opuesto, se encuentran aquellas instituciones con cobertura menor al promedio en provincias relativamente más pobres (Figura 4).

El grupo de mayor cobertura y mayor ingreso geográfico con respecto al promedio, encuentra a tres provincias patagónicas: Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén. El segundo grupo, identificado con aquellas provincias con un producto bruto geográfico per cápita mayor al promedio pero con una cobertura de la Obra Social Provincial por debajo de la media, encuentra a las provincias del centro del país: Mendoza, Córdoba, Santa Fe, La Pampa, San Luis, Buenos Aires y Río Negro. A ella se une la provincia del Chubut, en la zona patagónica. El tercer grupo nuclea a aquellas provincias del Noroeste del país, con cobertura de la Obra Social mayor al promedio pero con un producto bruto geográfico por debajo de la media nacional: La Rioja, Catamarca, Salta, Tucumán, Formosa y Jujuy. Finalmente, el Noreste del país, con excepción de Formosa, se encuentra en el grupo más limitado, con baja cobertura y bajo ingreso: Chaco, Misiones, Corrientes, Entre Ríos y Santiago del Estero.

Figura 4: Taxonomía de Obras Sociales Provinciales



Fuente: Maceira, D. (2003)

La Tabla 9 analiza esta taxonomía de Instituciones a partir de los valores promedios de tres grupos de variables. El primero está asociado con el perfil socioeconómico de las provincias y los gastos en salud. El segundo bloque con características de financiamiento y cobertura. Finalmente, el tercer bloque de indicadores está asociado con la estructura organizativa de las instituciones.

El grupo de mayor ingreso y cobertura cuenta con un producto bruto geográfico que es superior a los bloques del noreste y noroeste, una tasa de mortalidad infantil de 16 por mil en comparación con el 25 por mil de los dos grupos más desprotegidos, y un perfil epidemiológico más evolucionado. Del mismo modo, el gasto público provincial en salud per cápita es aproximadamente el triple de los otros tres grupos y el porcentaje del gasto privado total en salud es el más bajo del país.

Tabla 9: Caracterización de los Grupos de Obras Sociales
- valores promedio de cada variable -

Variables	Alta Cobertura, Alto Ingreso	Baja Cobertura, Alto Ingreso	Alta Cobertura, Bajo Ingreso	Baja Cobertura, Bajo Ingreso
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
% de OS intervenida	33	25	57	0
% de OS con fondo conjunto	0	0	0	20
% de OS con cobertura de vacuna	100	75	67	80
% de OS con Paquete Básico de Servicios	67	63	67	40
% de OS con copago	100	86	83	60
% de OS con capita para servicios ambulatorios	50	50	0	67
% de OS con pago por prestación para servicios ambulatorios	50	50	100	33
% de OS con capita para internación	33	50	33	67
% de OS con pago por prestación para internación	67	38	50	33
% de OS con módulo para internación *	0	13	17	0
Existe deuda con proveedores (%casos)	67	50	83	100
Existe retraso en las contribuciones (%casos)	67	63	67	100

Fuente: elaboración en base a encuesta propia realizada al total de la población bajo estudio

Nota: * Mendoza y La Rioja mantienen este sistema

Alta Cobertura, Alto Ingreso: Tierra del Fuego, Santa Cruz, Neuquén

Baja Cobertura, Alto Ingreso: Córdoba, Chubut, Santa Fe, La Pampa, San Luis, río Negro, Mendoza, Buenos Aires

Alta Cobertura, Bajo Ingreso: San Juan, La Rioja, Jujuy, Salta, Formosa, Tucumán, Catamarca

Baja Cobertura, Bajo Ingreso: Chaco, Corrientes, Misiones, entre Ríos, Santiago del Estero.

Por otra parte, el ingreso teórico promedio de las instituciones de la zona centro del país, con baja cobertura y alto producto, es aproximadamente tres veces y medio superior al del noroeste argentino. Sin embargo, su nivel de gasto es aproximadamente un 50% del ingreso teórico recaudado. Paralelamente, la región patagónica duplica el nivel de gasto del bloque central.

La región del centro gasta aproximadamente la mitad de su recaudación teórica y brinda una cobertura de alrededor de 19 por ciento para el promedio del bloque, en tanto el noroeste argentino, con menor ingreso y menor gasto, cuenta con una cobertura superior, alcanzando el 32 por ciento. Estos indicadores podrían establecer una asociación entre pobreza, empleo público y responsabilidad mayor de las instituciones de seguridad social.

Finalmente, y a partir del tercer bloque de indicadores, se verifica que aquellas provincias de menores ingresos y mayor cobertura cuentan con más alta probabilidad de mantener instituciones administradas por un interventor provincial.

Asimismo, se presenta una relación positiva entre ingreso del grupo de referencia y existencia de co-pagos, en tanto que el pago por prestación era, al año 2002, la variable dominante en servicios ambulatorios. Sin embargo, en servicios de internación el pago capitado y los mecanismos de pago a través de prestaciones tenían similar alcance.

Conclusiones

El sistema de salud argentino se encuentra descentralizado en el financiamiento público. Al mismo tiempo, los mecanismos de aseguramiento social resultan altamente fragmentados, no solamente en cuanto a las fuentes de fondos sino también en cuanto a la estructura de prestación de servicios.

Desde el punto de vista privado, el comportamiento del gasto de bolsillo en salud se correlaciona con el nivel de ingresos de los hogares. Dicha erogación se encuentra condicionada por el gasto en medicamentos, aunque el uso en servicios, y fundamentalmente en seguros de salud, marca la tendencia creciente entre niveles de ingreso.

En términos provinciales, la estructura de gasto no se encuentra asociada con las necesidades de la demanda, sino con la oferta de servicios. Por su parte, el gasto público nacional en salud, si bien se ha mantenido relativamente constante a lo largo del período bajo estudio, mantuvo niveles muy inferiores al gasto consolidado realizado por las provincias. Las transferencias realizadas a estas últimas son poco significativas y no guardan relación con las características específicas de cada jurisdicción sino con la estructura poblacional. Los criterios de focalización encontrados se concentran en la atención de jubilados y pensionados a través del PAMI, que recibe aproximadamente dos tercios de las erogaciones en salud del gobierno central. Sin embargo, no se identificaron fuertes criterios de transferencia de recursos a otros grupos sociales minoritarios.

Los contribuyentes al sistema de Obras Sociales Nacionales se distribuyen de un modo extremadamente dispar al interior del subsistema. Los salarios percibidos por cada grupo presentan grandes diferencias entre sí, encontrándose un promedio de \$221 al 2001 en el grupo de instituciones de ingresos bajos, mientras que en aquel de ingresos altos la remuneración promedio alcanza los \$3.342. La gran heterogeneidad entre instituciones (en términos de tamaño y aporte promedio) constituye un desafío desde la perspectiva de la organización de un sistema de aseguramiento social sustentable y equitativo.

Por su parte, el subsistema de Obras Sociales Provinciales también muestra elevados niveles de heterogeneidad. Entre 1995 y 1999 se produce un aumento en la cobertura total del subsistema, al tiempo que se registra un crecimiento de aproximadamente 3 por ciento en el ingreso teórico mensual por afiliado. La dispersión del ingreso entre instituciones alcanza un 140%. El nivel de gasto per cápita de las mismas se encuentra asociado positivamente con su ingreso teórico y negativamente con los indicadores de perfil epidemiológico y mortalidad infantil.

Referencia Bibliográfica

- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997), "Descentralización de los Servicios de Salud en la Argentina", Serie Reformas de Política Pública N° 47, CEPAL.
- COSSPRA, Tablas mimeo.
- Flood, C. (1997), "Gasto y Financiamiento en Salud en Argentina", Serie Financiamiento del Desarrollo N° 57, CEPAL.
- INDEC, Página web: www.indec.mecon.gov.ar
- Katz, J. (1995), "Reformas del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos". Serie Políticas Sociales N° 12, CEPAL.
- Katz, J., Laspiur, J. y Arce, H. (1993), "Un Modelo de Organización y Comportamiento Sectorial", Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y el Uruguay, Organización Panamericana de la Salud, Cuad. Tec. N° 36
- Maceira, D. (2001), "Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe ", Iniciativa Reforma Sector Salud.
- Maceira, D. (2002), "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, Argentina.
- Maceira, D. (2003), "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto", Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, Argentina.
- Maceira, D. y Cicconi, V. (2003), "Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad", mimeo.
- 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, Volumen 43, N°171, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social (SIEMPRO), (2001). "La Utilización de Servicios de Atención de la Salud", Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida.
- Ministerio de Economía, Secretaría de Política Económica, (2000). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social", mimeo.
- Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Informes Varios, mimeo.
- Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, (1999). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social".
- Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, (1980-1997). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social".
- Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1999). "Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1998-2000", mimeo, Noviembre.
- Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaria de Política y Regulación de Salud, Subsecretaria de Política de Salud y Relaciones Institucionales, Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1995). "Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995", mimeo.
- Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (2000-2001). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud. Cuestionario de Establecimientos Asistenciales.", mimeo.
- Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (1996). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud", mimeo, Diciembre.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud, (2000). Indicadores Básicos.
- UNICEF - Programa Nacional de Estadísticas de Salud, mimeo.