

IMPACTO DEL GASTO EN SALUD EN EL STATUS DE SALUD POBLACIONAL: EL CASO ARGENTINO

THE IMPACT OF HEALTH EXPENDITURES ON THE POPULATION'S HEALTH STATUS: THE ARGENTINE CASE

NEBEL MOSCOSO, FERNANDO LAGO

Departamento de Economía. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo analizar el impacto de los recursos asignados al cuidado de la salud sobre el status de salud poblacional en Argentina. Para cumplir con el objetivo se analiza en primer lugar cuáles son las variables que determinan el status de salud de una población en términos generales y el peso relativo de cada una de ellas sobre la producción total de salud. En la segunda parte se muestran algunos indicadores sanitarios de Argentina en relación al resto del mundo, en un intento de especificar el nivel de salud de nuestra población. Dadas las diferencias encontradas en relación a los resultados de salud pese a no manifestarse grandes discrepancias en términos del gasto total asignado como

porcentaje de PIB, en la tercera parte se examinan las posibles causas de dicho fenómeno. Finalmente, y a modo de conclusión se exponen posibles estrategias para conducir el gasto en salud hacia políticas sanitarias que conlleven a mejores resultados.

Palabras claves: gasto en salud, status de salud, políticas sanitarias.

ABSTRACT

The objective of this work is to analyze the impact of the resources assigned to health care on the population's health status in Argentina. In order to reach this objective, in first place, we analyze which are the variables that determine the health status of a population in general and the relative weigh of

each of them on the whole health production. Secondly, we show some health indicators in Argentina in comparison with the rest of the world, in an attempt to specify the health level of our population. Given the differences found regarding the health results in spite of the fact that no great discrepancies were found regarding the total expense assigned as GDP percentage, in the third part we examine the possible causes of such phenomenon. Finally, as a conclusion, we present possible strategies to lead health expenditures towards health policies that imply better results.

Key words: health expenditure, health status, health policies.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se analiza el impacto de los recursos asignados al cuidado de la salud (a través del gasto total en salud GTS) sobre el status de salud poblacional en Argentina. Para el desarrollo del trabajo se ana-

Correspondencia:

Dra. Nebel Moscoso. Departamento de Economía. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.
E-mail: nmoscoso@criba.edu.ar

Recibido: 27 de Noviembre de 2006.

Aceptado: 23 de Diciembre de 2006.

liza en una primera parte cuáles son las variables que determinan el status de salud de una población según lo propuesto por la teoría microeconómica de la salud y el peso relativo de cada una de ellas sobre la producción total de salud (1,2). En la segunda parte, en un intento de especificar el nivel de salud de nuestra población, se muestran algunos indicadores de Argentina (esperanza de vida al nacer y tasa de mortalidad infantil) en relación a un grupo de países. Se utiliza la esperanza de vida al nacer debido a que para el Índice de Desarrollo Humano es un indicador del nivel de salud de una comunidad ya que constituye un indicador sintético de carácter medio y colectivo de una población, compuesto por las probabilidades de supervivencia de las distintas edades. Los resultados encontrados revelan notables diferencias en relación a los resultados de salud entre Argentina y los demás países pero no muestran grandes discrepancias en términos del gasto como porcentaje del PIB. En la tercera parte se examinan las posibles causas de este fenómeno. Finalmente, y a modo de conclusión, se exponen potenciales estrategias a seguir para hacer que el gasto se oriente a políticas sanitarias que produzcan mejores resultados de salud.

I. Función de producción de salud

En economía de la salud se abandona el concepto de salud (o enfermedad en el caso de ausencia de la misma) y se adopta el concepto de status de salud que se define en términos de un conjunto de factores que representan tanto las decisiones del

propio individuo como las decisiones que adopten las políticas gubernamentales con respecto a la atención y el cuidado de la salud. Diversos autores plantearon una función de producción de salud en la cual la variable dependiente (el output) es el status de salud y las variables independientes (los inputs) son los bienes y servicios destinados al cuidado de la salud, así como el estilo de vida, el medio ambiente y la biología humana (1,2). En este contexto ya no se trata de ser saludable o enfermo en sentido estricto sino de qué nivel de salud se puede alcanzar en función de los insumos consumidos o invertidos. Cada uno de los inputs afecta en diferente sentido (positivamente o negativamente) la función de producción y tiene su respectiva productividad marginal.

La función de producción de salud se puede expresar como $ss = f(sm, ev, ma, bh)$. Abusando levemente del lenguaje, ss representaría el status de salud que depende de las siguientes variables independientes: sm (los servicios médicos), ev (el estilo de vida), ma (el medio ambiente) y bh (la biología humana). A continuación se examinan cada una de éstas componentes a los efectos de inferir qué actores controlan el status de salud de un individuo y despejar dudas acerca de las responsabilidades que debe asumir el Estado cuando decide asignar recursos a través de sus políticas públicas con el objetivo de incrementar el stock de salud de su población.

i. sm , incluye los bienes y servicios médico-sanitarios que cada individuo utiliza para la atención y el cuidado de su salud.-

ii. ev , explica los hábitos y características de cada individuo con respecto al tipo de alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas, tipo de empleo, prácticas de actividades físicas, sedentarismo, contexto familiar, etc. La importancia de esta variable, es que la misma depende de la actitud que cada persona adquiera con respecto a su salud. La alimentación, el ejercicio físico y la actitud optimista ante la vida, son los ingredientes positivos de un estilo vital saludable. Los hábitos causantes de stress son ejemplos de conductas negativas que deberían ser evitadas.-

iii. ma , representa los aspectos del entorno físico por el que transita la vida de cada individuo, dónde no sólo cobra relevancia la contaminación química (gases de automóviles, plaguicidas), física (ruidos, radiaciones), biológica (bacterias, virus, parásitos) y psicosocioculturales (dependencias tóxicas, violencia, stress, etc.) sino también al hábitat en el que desarrolla su vida cotidiana, esto es, vivienda (tipo de construcción) y servicios a los que accede (agua potable, alcantarillado, recolección de residuos), etc.-

iv. bh , la biología humana tiene que ver con las características propias de cada individuo en cuanto a su formación biológica - genética dónde se pueden heredar caracteres saludables, pero también ciertas tendencias a enfermar, cuando no defectos genéticos causantes de graves dolencias.-

Algunos autores se ocuparon de estimar en qué porcentaje cada uno de los insumos de ésta función determinan el status de salud, para lo cual utilizaron

como variable dependiente la esperanza de vida al nacer y, los insumos, o variables independientes, los agruparon según las principales causas de muerte sean por estilos de vida, ambiente, biología humana o por causas del sistema de atención médica (3). Es relevante la consideración de la esperanza de vida al nacer (EVN) como variable dependiente ya que este indicador está íntimamente relacionado con las tasas de mortalidad de niños, jóvenes y adultos, la efectividad de los sistemas de salud en la atención materna, los niveles de pobreza, de ingreso *per cápita*, así como con otras dimensiones del desarrollo humano (educación, saneamiento, nutrición, contexto ambiental, etc) (4). Resulta sumamente ilustrativo evaluar el impacto de cada uno de los determinantes sobre el status de salud de un individuo. El estudio antes mencionado muestra que el medio ambiente contribuye alrededor del 20% a la producción global de la

salud, la biología humana un 25%, el sistema sanitario y la atención médica el 10% y el estilo de vida un 45%. De esto se deduce que la mayor parte del stock de salud individual es logrado a través de los propios hábitos de vida.-

II. Indicadores de salud

En el presente apartado nos proponemos examinar y establecer comparaciones acerca de la esperanza de vida al nacer (EVN) y la tasa de mortalidad (TMI) de Argentina y otros países de América Latina y Europa. Cuando se quieren cotejar los resultados obtenidos en salud entre diferentes países se suele considerar el tipo de organización de cada sistema de salud. Se puede decir que los países más desarrollados han implementado distintos sistemas de salud que van desde un modelo liberal puro o seguro de salud no gubernamental, como el de los Estados Unidos, a sistemas que tienden a consolidarse en sistemas nacionales de salud, como

son los sistemas del Reino Unido y Suecia. Para el caso de los países menos desarrollados, o en vías de desarrollo, los sistemas de salud son, generalmente, sistemas de asistencia pública o servicio nacional de salud, aunque no están ausentes los seguros de salud. Sin embargo un dato importante a la hora de comparar diferentes tipos de sistemas de salud es el análisis de cuánto gastan en bienes y servicios, cómo lo financian y qué resultados obtienen. La relevancia de este tipo de análisis amerita analizar el impacto de los recursos asignados en diferentes países vía GTS como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y confrontarlos con los resultados obtenidos a través de las variables EVN y TMI. En la Tabla 1 se expone el GTS como porcentaje del PIB para Argentina y un grupo de países, para el año 2001, y los indicadores sanitarios de la población: TMI y EVN, para el año 2003.

| Tabla 1. Gasto en salud (% del PIB) - Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer | | | |
|--|------------------------------|--------------|---------------|
| Países | Gasto Total en salud* | TMI** | EVN*** |
| Argentina | 9,50% | 1,70% | 65,3 |
| Bolivia | 5,30% | 5,30% | 63,2 |
| Ecuador | 4,80% | 2,40% | 61,9 |
| El salvador | 8,00% | 3,20% | 59,7 |
| Guatemala | 4,80% | 3,50% | 57,4 |
| México | 6,10% | 2,30% | 65,5 |
| Nicaragua | 7,80% | 3,00% | 70,1 |
| Perú | 4,70% | 2,60% | 67,7 |
| Rep. Dominicana | 6,10% | 2,90% | 68 |
| Canadá | 9,50% | 0,05% | 79,8 |
| Alemania | 10,80% | 0,04% | 78,7 |
| España | 7,50% | 0,05% | 79,6 |
| Holanda | 8,90% | 0,048% | 78,6 |
| La TMI corresponde a menores de 1 año - * Datos de 2001 ** Datos de 2003 *** Datos de 2003 | | | |
| Fuente: Elaboración propia en base a datos del <i>WHO Statistical Information System</i> de la Organización Mundial de la Salud | | | |

Es posible concluir que el porcentaje del PIB destinado a los cuidados de la salud en Argentina es comparable con los destinados en países desarrollados tanto americanos como europeos. Sin embargo, los resultados obtenidos en términos de los indicadores de status de salud no parecen ser acordes a los recursos gastados. A continuación se analizan posibles causas de este fenómeno.-

III. Causas de la ineficiencia

Con el objeto de dilucidar posibles causas de este fenómeno se examina el gasto total en salud en términos *per cápita*, el porcentaje público-privado y la composición por función del GTS (prevención-curación) para el mismo grupo de países.

III.1 Gasto total en salud *per cápita*

En los párrafos previos se planteó el GTS como porcentaje del PIB sin tener en cuenta que la magnitud del mismo en términos nominales puede ser sustancialmente diferente. La Tabla 2, en cambio, muestra el GTS en términos *per cápita* para el año 2001.-

El análisis de los gastos *per cápita* parece indicar que existe una gran disparidad entre países, aún entre aquellos con similar grado de desarrollo. Es importante resaltar que en el año en el cual fueron relevados los datos del gasto (2001) el peso argentino aún no había sufrido la fuerte devaluación de 2002. Si bien se podría redefinir el gasto *per cápita* como U\$S 226 seguiría siendo uno de los países en desarrollo con mayor gasto *per cápita* sin que esto implique una gran ventaja en años de vida ganados. Esto evidenciaría la

| Países | Gasto (U\$S) |
|-----------------|--------------|
| Argentina | 679 |
| Bolivia | 49 |
| Ecuador | 76 |
| El salvador | 174 |
| Guatemala | 86 |
| México | 370 |
| Nicaragua | 60 |
| Perú | 97 |
| Rep. Dominicana | 153 |
| Canadá | 2163 |
| Alemania | 2412 |
| España | 1088 |
| Holanda | 2138 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del WHO Statistical Information System de la OMS

| Países | Gasto Público | Gasto Privado |
|-----------------|---------------|---------------|
| Argentina | 53,40% | 46,60% |
| Bolivia | 66,30% | 33,70% |
| Ecuador | 38,30% | 61,70% |
| El salvador | 46,70% | 53,30% |
| Guatemala | 48,30% | 51,70% |
| México | 44,30% | 55,70% |
| Nicaragua | 48,50% | 51,50% |
| Perú | 55,00% | 45,00% |
| Rep. Dominicana | 36,10% | 63,90% |
| Canadá | 70,80% | 29,20% |
| Alemania | 74,90% | 25,10% |
| España | 71,40% | 28,60% |
| Holanda | 63,30% | 36,70% |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del WHO Statistical Information System de la Organización Mundial de la Salud

existencia de un componente organizacional que determina diferencias en los niveles de salud más allá de los recursos asignados. Una primera aproximación a este componente organizacional surge al analizar las fuentes de financiamiento.-

III.2 Porcentaje público-privado del financiamiento del GTS

En este apartado se analiza la composición público-privada del

gasto total en salud. La importancia de este análisis radica en que la proporción gastada por el Estado en el cuidado de la salud de su población refleja cuál es la modalidad organizativa del sistema elegido en cada país y el peso que el sector público otorga a la provisión de dichos bienes y servicios. En la Tabla 3 se muestra la composición público-privada del GTS para el grupo de países seleccionados.-

La Tabla 3 muestra una clara dicotomía entre países más desarrollados y aquellos en vías de desarrollo. Inversamente a lo que se esperaría, la participación gubernamental en el financiamiento de los bienes y servicios para el cuidado de la salud en países más desarrollados, y con más probabilidad de usufructuar un mayor poder adquisitivo, es sustancialmente mayor que los países en los que predominan altos porcentajes de familias viviendo bajo la línea de pobreza e indigencia, altas tasas de desempleo, de desnutrición y un alto porcentaje de población sin cobertura ni acceso a los servicios médico-hospitalarios. En el caso de nuestro país, aún cuando más del 50% del gasto en salud es realizado por el estado, tal cifra es diez puntos inferior al país desarrollado de la muestra con menor porcentaje del gasto público en salud (Holanda). ¿Cuál es la razón por la que los países desarrollados asumen una mayor participación estatal en el financiamiento de la atención de la salud? ¿Cuál puede ser el impacto de este accionar sobre el status de salud poblacional? Algunos autores han sugerido que la provisión de bienes relacionados con el sector salud presentan externalidades positivas en su consumo, tanto sanitarias (como es el caso de la vacunación, donde la inmunización de un individuo disminuye la probabilidad de contagio entre los no vacunados) como económicas (en el sentido que el status de salud de un individuo afecta al bienestar de terceras partes reduciendo las probabilidades de enfermar y sus respectivos costos). De aceptarse esta hipótesis

el alto porcentaje estatal del GTS que se observa en los países desarrollados podría ser justificado sobre la base de un criterio de pura eficiencia. También es posible mencionar una justificación basada en criterios distributivos: resulta lógico que si el gobierno toma a su cargo vía gasto público la responsabilidad sobre un alto porcentaje del GTS, y en presencia de un sistema impositivo progresivo, la provisión pública de este bien aumentaría el poder adquisitivo de la población con menores ingresos, lo cual permitiría a estos sectores una mayor posibilidad de acceso a condiciones de vida más favorables, y en vista del gran impacto de tales condiciones de vida sobre la función de producción de salud, a un mejor status de salud.-

III.3 Composición del GTS por Funciones

Como se mencionó anteriormente, el sistema sanitario sólo contribuye con un 10% a la producción global de salud, mientras que el estilo de vida individual y el medio ambiente contribuyen en conjunto con un 65%. Dado el alto porcentaje del GTS efectuado por el Estado en los países desarrollados y su mejor *performance* observada en los indicadores de status de salud, *a priori* se podría suponer que en los mismos el sector público invierte un gran porcentaje del gasto público en salud en políticas preventivas que afecten positivamente los determinantes *ev* (estilo de vida) y *ma* (medio ambiente). Para comprobar la veracidad de esta hipótesis en la Tabla 4 se evalúa la composición del GTS según que porcentajes se destinan a Curación, Prevención y otros.-

Tabla 4. Gasto Nacional en Salud por Función (como porcentaje del GTS)

| Países | Atención preventiva | Atención Curativa | Otros Rubros |
|------------------|---------------------|-------------------|--------------|
| Argentina *** | 3,93% | 94,37% | 1,70% |
| Bolivia * | 2,80% | 61,80% | 35,40% |
| Ecuador* | 2,30% | 83,40% | 14,30% |
| El salvador* | 7,80% | 71,40% | 20,80% |
| Guatemala* | 4,00% | 77,60% | 18,40% |
| México | 9,00% | 80,00% | 11,00% |
| Nicaragua* | 17,50% | 75,60% | 6,90% |
| Perú* | 5,60% | 64,60% | 29,80% |
| Rep. Dominicana* | 7,40% | 67,00% | 25,60% |
| Canadá** | 6,90% | 86,40% | 6,70% |
| Alemania** | 4,50% | 87,20% | 8,30% |
| España** | 1,40% | 93,10% | 5,50% |
| Holanda** | 5,10% | 88,20% | 6,70% |

* Datos de 1995 (6) ** Datos de 2001 (5) *** Datos de 1997 (7) (8)

Las diferentes estratificaciones del GTS según funciones no muestran divergencias sistemáticas en relación a como los países desarrollados y en desarrollo destinan los recursos a las actividades preventivas. Si bien esto parecería no corroborar la hipótesis sugerida, el análisis en tér-

minos de dólares *per cápita* nuevamente pone en evidencia las grandes diferencias en los recursos asignados (5-8). Tales diferencias podrían explicar los contrastes entre los desempeños de los sistemas de salud de este grupo de países.

| Tabla 5. Gasto Nacional en Salud por Función (en dólares <i>per cápita</i>) | | | |
|--|---------------------|-------------------|--------------|
| Países | Atención preventiva | Atención Curativa | Otros Rubros |
| Argentina | 26,70 | 640,77 | 11,53 |
| Bolivia | 1,37 | 30,28 | 17,35 |
| Ecuador | 1,75 | 63,38 | 10,87 |
| El salvador | 13,57 | 124,24 | 36,19 |
| Guatemala | 3,44 | 66,74 | 15,82 |
| México | 33,30 | 296,00 | 40,70 |
| Nicaragua | 10,50 | 45,36 | 4,14 |
| Perú | 5,43 | 62,66 | 28,91 |
| Rep. Dominicana | 11,32 | 102,51 | 39,17 |
| Canadá | 149,25 | 1.868,83 | 144,92 |
| Alemania | 108,54 | 2.103,26 | 200,20 |
| España | 15,23 | 1.012,93 | 59,84 |
| Holanda | 109,04 | 1.885,72 | 143,25 |

Fuente: Elaboración propia en base a (5) (6) (7) (8)

CONCLUSIONES

Es evidente que Argentina no produce el mejor status de salud posible dados los recursos asignados: aún cuando el GTS en términos de porcentaje de PIB es superior al de algunos países desarrollados y en términos nominales *per cápita* es medio-alto, el status de salud poblacional (reflejado en la EVN) es substancialmente menor que en países desarrollados y comparables al de otros países en desarrollo con un gasto *per cápita* muy inferior.

Si bien es posible imaginar varias razones por las cuales no se llega a un nivel óptimo de salud (ineficiente organización de las instituciones, falta de cobertura frente al riesgo, desigualdades geográficas en el acceso, condiciones de vida deficitarias para un gran porcentaje de la población, entre muchas otras) en este trabajo se analizaron dos hipótesis específicas: la baja participación pública en el GTS y el escaso peso de los fondos destinados a prevención, tanto en términos porcentuales como nominales *per cápita*. Bajo estas condiciones es posible afirmar

que las posibles estrategias a seguir para aumentar la efectividad del gasto en salud tendrían como punto en común la asunción por parte del estado de un rol crucial en la prevención, actividad que es capaz de afectar decisivamente los dos factores de mayor importancia en la función de producción de salud: el estilo de vida del individuo y su medio ambiente. -

Algunos hábitos del estilo de vida podrían ser revertidos gracias a un mayor acceso a información sobre las perturbaciones que los mismos generan en el stock de salud de un individuo. Pero los costos que dicha divulgación implica son altos y sus retornos no son privadamente apropiables. Esto es, la información necesaria para alertar a una sociedad en su conjunto acerca de los hábitos perjudiciales para la salud tendría las características de un bien público. En este sentido, una incumbencia del Estado sería ofrecer la información necesaria acerca de la relevancia de las actitudes, hábitos y costumbres individuales sobre el status de salud tanto individual como colectiva. El Estado debería proveer gratui-

tamente toda la información que los individuos necesiten saber para tomar decisiones eficientes en la asignación de sus recursos monetarios con respecto a su estilo de vida. El determinante que le sigue al estilo de vida, según el porcentaje que aporta en la producción de salud es el medio ambiente. En esta variable se incluyen determinantes que son exógenos y endógenos al accionar del individuo. En relación a los determinantes que tienen que ver con decisiones gubernamentales, es posible inferir que las políticas públicas que se propongan mejorar las condiciones del medio ambiente como prerrequisito para un aumento en el stock de salud deberán invertir en bienes y servicios que les procuren a los estratos de población de menores ingresos las condiciones mínimas de vivienda y saneamiento para evitar los efectos nocivos que sobre la salud generan las carencias en la provisión de servicios básicos como acceso al agua potable, recolección de residuos, alcantarillado, etc. En este caso, no se trataría solamente de bienes públicos sino que algunos de aquellos servicios revestirían las características de bienes privados suministrados públicamente. Además, y con relación al medio ambiente general surge la responsabilidad del Estado de llevar a cabo un más estricto control de la contaminación ambiental y un mayor esfuerzo en la preservación del medio ambiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Folland S, Goodman A, Stano M. The Economics of Health and Health Care. A Simon & Schuster Company, second edition,

- Prentice Hall. New Jersey, 1997.
2. Feldstein P. Health Care Economics. Delmar Publishers an International Thomson Publishing Company. Albany (NY), 1999.
 3. González García G, Tobar F. Más Salud por el Mismo Dinero: La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Fundación Isalud. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1997.
 4. Informe sobre Desarrollo Humano en la provincia de Buenos Aires: «Gasto en Salud y Resultados», Informes Sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires, 1999; capítulo VII.
 5. Orosz E, Morgan D. SHA Based National Health Accounts in thirteen OCDE Countries: A Comparative Analysis. OCDE Health Working 2004; Paper N° 16.
 6. Organización Panamericana de la Salud y Partnership for Health Reform «Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales de Latinoamérica y el Caribe». Informe sobre iniciativas especiales, 1988, N°7.
 7. Tobar F. El Gasto en Salud en Argentina y su Método. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario Isalud, 2000.
 8. Tobar F. El gasto en Salud en Argentina Según Funciones. Documento de Investigación, ISALUD, 2001.