

**Aportes al análisis de los resultados de
estudios de gasto y financiamiento en salud**

Lic. Mónica Levcovich

Con la colaboración de Lic. Mariana Blanco y Lic. Ezequiel Tacsir

**Trabajo realizado con el auspicio de la Oficina Panamericana Sanitaria
Presentado en las XI Jornadas Internacionales de la AES
Abril 2002**

Aportes al análisis de los resultados de estudios de gasto y financiamiento en salud

El presente trabajo intenta avanzar en la utilización de información sobre gasto y financiamiento de salud disponible a partir de estudios ya realizados. Con este fin se reconstruye una serie de gasto en salud haciendo referencia a diferencias metodológicas entre los diversos estudios y presentando los resultados con distintas perspectivas.

Por otra parte, se calculó el gasto per capita para distintos grupos poblacionales para el año 1997, como un aporte al análisis de equidad y eficiencia. También se calculó una serie de gasto per capita para el total del gasto y la población y para el gasto gubernamental.

Finalmente, los resultados obtenidos para el año 1997 a partir de la información de la Matriz de Insumo Producto nos permite presentar comparaciones de las estructuras de gasto de los financiadores intermedios entre sí y entre los establecimientos públicos y privados.

Evolución del gasto en salud

En Argentina se han llevado a cabo varios estudios sobre gasto en salud, unos pocos de carácter integral (abarcando el gasto en todos los subsectores) y otros que relevaron el gasto de las familias (en una o varias áreas geográficas) o el gasto público exclusivamente¹.

El poder adquisitivo de la moneda argentina –de las distintas monedas que tuvieran vigencia en el país- ha sufrido múltiples y profundos cambios a lo largo del periodo para el que se cuenta con este tipo de estudios. Por este motivo, a los fines del análisis de la evolución del gasto en salud, resulta más útil la comparación en términos de su relación con el PBI y de la composición del mismo; ya sea según el origen del financiamiento o su destino.

En este sentido cabe mencionar que este indicador relaciona agregados de distinta índole ya que mientras el numerador –gasto en salud- refleja el valor bruto de la producción de los distintos subsectores, el denominador representa el valor agregado de toda la economía. A pesar de ello, si ambos agregados son estimados con metodologías compatibles en los distintos periodos, la relación entre gasto y PBI –éste último como padrón de referencia uniforme-, permite medir la evolución de la participación sectorial a lo largo del tiempo.

El estudio realizado en el marco del Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud conjuntamente con la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales (INDEC) y la Dirección de Gastos Sociales Consolidados, dependientes del Ministerio de Economía, por su metodología de cálculo permite obtener el valor agregado sectorial para el que no existe una serie que admita el análisis de su evolución en tiempo.

¹ Cabe resaltar la continuidad que ha tenido en la última década el cálculo del gasto público en salud –entre otros sectores sociales- efectuado por la Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía.

El siguiente cuadro resume la información disponible sobre la estructura del financiamiento del gasto en salud según subsectores. Este tipo de información refleja la forma en que se estructura la cobertura de la población. Así, en 1970 el mayor peso del gasto recaía en los hogares mientras se consolidaba la seguridad social.

A lo largo del período se observa primero un incremento de la participación de la seguridad social, en la década del 80, que luego se estabiliza en alrededor del 33%. En cuanto al gasto gubernamental luego de un pico del 30.1% en 1980 se instala en valores que rondan entre el 20 y el 23%. El gasto del sector privado, en tanto, baja fuertemente entre 1970 y 1980 para ascender hasta 1991 y establecerse en torno al 46% a partir de la segunda mitad de los 90, como resultado de la expansión de los seguros voluntarios.

Cuadro N°1
Gasto en salud – Estructura según fuente de financiamiento

	1970	1980	1985	1986	1991	1995	1995 **	1997	1998	1999	2000
Sector Público	19.5%	30.1%	22.7%	22.1%	19.4%	23.2%	21.1%	21.5%	22.3%	23.0%	22.4%
Obras Sociales	22.8%	35.8%	39.2%	37.1%	32.6%	35.0%	32.1%	33.7%	33.0%	32.8%	32.5%
Familias*	57.7%	34.1%	38.1%	40.8%	48.0%	41.8%	46.8%	39.9%	39.6%	39.2%	39.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	95.1%	94.9%	95.0%	94.9%
Otros privados								4.9%	5.1%	5.0%	5.1%
								100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

* 1970 y 1980 no incluye seguros voluntarios. 1985 se refiere al gasto privado

Fuente: 1970, 1980 y 1985: G. González García (1987)
 1986: Diéguez
 1991: Flood (1994)
 1995: G. González García (1997)
 1995 **: Levovich (1997)
 1997- 2000: PDPyRSS (2001) 1998-2000 datos provisorios

En 1970 y 1980 el gasto de las familias no incluye el pago de cuotas para adquirir seguros voluntarios, dado que la actividad de estos financiadores intermedios aún era incipiente. Para estos años los datos se basan en el resultado de una Encuesta de Utilización y Gasto en Atención Médica realizada en el Area Metropolitana, Gran Rosario y Gran Mendoza², sobre bases homogéneas para ambos períodos de tiempo.

En 1985, el estudio realizado por G. González García y otros (1987), hace referencia al gasto privado que incluye el gasto de las familias y el pago a seguros voluntarios de empresas.³ El gasto de las familias se estimó a partir de la Encuesta de Gasto de los Hogares (ENGH)1985/86 correspondiente al Area Metropolitana utilizando para su expansión la hipótesis intermedia (de las tres aplicadas) consistente en considerar que el gasto directo de las familias se distribuye un 50% en el Area Metropolitana y un 50% en el resto del país y el pago de cuotas de seguros voluntarios se concentra en un 80% en el Area Metropolitana.

² La información publicada, referida en la bibliografía, corresponde sólo al Area Metropolitana

³ Reconoce la existencia de gasto de las empresas en medicina laboral pero no la estima.

El estudio de Dieguez y otros (1991) estimó el gasto directo en salud partiendo de la misma encuesta –aunque con otro nivel de procesamiento- que el trabajo de González García. Utilizando otra metodología para expandir los datos obtenidos para el conglomerado del Gran Buenos Aires⁴ ambos estudios llegaron a un resultado similar. Otro rasgo en común es que ninguno de ellos menciona el gasto de las empresas.

La estimación realizada conjuntamente por el Ministerio de Economía y el Ministerio de Salud para el año 1997 y proyecciones hasta el 2000, calculó el gasto de las empresas destinado a la adquisición de cobertura de seguros médicos (seguros voluntarios) para sus empleados (éste se engloba en el gasto de seguros voluntarios) y en medicina laboral, así como el gasto de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares. El gasto de ambos sectores (excepto el pago de cobertura adicional de seguros voluntarios de las empresas) se muestran englobados en el concepto Otros Privados del Cuadro N° 1. El gasto de las familias surgió de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH) 1996/97 que tuvo una amplia cobertura de los aglomerados más importantes del país y fue ajustada para alcanzar el 100% de la población.

Cabe aclarar que a los efectos de la comparación se utilizaron los datos que no incluyen los establecimientos con servicios de enfermería, en general geriátricos, incluidos en la metodología de la OCDE pero normalmente no considerados en otros estudios sectoriales.

La evolución de la relación gasto en salud/ PBI se expone en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 2
Gasto en salud como porcentaje del PBI

Año	% PBI
1970	7.7
1980	6.7
1985	8.2
1986	6.7
1991	7.3
1995	7.2
1995*	7.9
1997	8.1
1998	8.2
1999	9.0
2000	8.8

Fuente: 1970, 1980 y 1985: G. González García (1987)
1986: Flood (1994)
1991: Flood (1994)
1995: G. González García (1997)
1995 *: Levcovich (1997)
1997- 2000: PDPyRSS (2001) 1998-2000 datos provisorios

⁴ Se asimiló el esquema de consumo de cada jurisdicción al del quintil del GBA cuyo ingreso medio fuera similar. Para cada jurisdicción se aplicó al ingreso medio el cociente gasto/ ingreso de cada quintil original, realizando ajustes basados en pautas distintas de consumo.

El nivel más bajo de esta relación se verifica en 1980 y 1986, mientras que los altos valores de 1999 y 2000 se explican por la caída del PBI en esos años. El promedio en el período de 30 años es de 7.8% que se ubica en niveles cercanos a los de los países desarrollados⁵.

Cuadro N° 3

Gasto en Salud. Estructura según fuente de financiamiento. Gasto público por niveles jurisdiccionales. Gasto de las familias por tipo de gasto.

	1985	1995	1997	1998	1999	2000
Sector Público	22.7%	23.2%	21.5%	22.3%	23.0%	22.4%
Nacional	4.2%	3.2%	3.2%	3.3%	3.4%	3.2%
Provincial	15.4%	16.2%	15.1%	15.6%	16.3%	15.8%
Municipal	3.0%	3.7%	3.2%	3.4%	3.3%	3.4%
Obras Sociales	39.2%	35.0%	33.7%	33.0%	32.8%	32.5%
Nacionales	21.3%	16.8%	15.9%	15.5%	15.1%	15.2%
Provinciales	7.9%	6.3%	7.7%	7.9%	8.0%	8.3%
INSSJyP	10.0%	11.9%	10.1%	9.5%	9.6%	8.9%
Hogares	38.1%	41.8%	39.9%	39.6%	39.2%	39.9%
Bienes y servicios	34.4%	33.4%	28.3%	28.5%	28.1%	28.5%
Seguros voluntarios	3.7%	8.4%	11.6%	11.1%	11.1%	11.4%
Total	100.0%	100.0%	95.1%	94.9%	94.1%	94.9%
Otros privados			4.9%	5.1%	5.0%	5.1%
			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: 1985: G. González García (1987)
 1995: G. González García (1997)
 1997- 2000: PDPyRSS (2001) 1998-2000 datos provisorios

Entre los años extremos del período la participación del subsector público es relativamente estable, aunque cae la participación del nivel nacional frente a la de los niveles subnacionales. Sería necesario evaluar el comportamiento de las transferencias del gobierno nacional a las jurisdicciones provinciales y municipales, ya que el gasto de estos recursos es normalmente imputado al nivel gubernamental en que se ejecutan y no al que los financia.

Es más marcada la caída en la participación del gasto de las Obras Sociales (5.5 entre 1985 y 1997 y 6.7 puntos porcentuales cuando se compara con el año 2000), fundamentalmente en el caso de las nacionales. En este aspecto habría que confrontar estos valores con la evolución de la cantidad de beneficiarios del sistema, aunque cabe recordar la baja en la alícuota de contribuciones patronales.

La comparación de la participación del sector privado es menos lineal teniendo en cuenta las diferencias metodológicas de los estudios. Sin embargo, si se considera que la participación del resto de los sectores productivos (empresas de otros sectores distintos a salud) en el gasto de 1997 es del 4% (0.9% corresponde a las instituciones sin fines de lucro) y que para el año 1985 este gasto está incluido en el cuadro N° 3 como gasto de las familias (en el mencionado estudio se consignó como gasto privado el correspondiente a familias y empresas) se verificaría un incremento de 5.8 puntos porcentuales en la participación del gasto privado. Lo que resalta en este segmento del gasto

⁵ La relación en 1986 consignada en Dieguez y otros (1991) era de 8.95% pero fue recalculada por Flood (1994) a la luz de una nueva estimación del PBI.

es la modificación de su composición interna ya que a partir de la segunda parte de la década del 90 aumenta significativamente la participación de los seguros voluntarios como forma de financiar el gasto en salud.

Asimismo, crece la participación de los seguros voluntarios probablemente como consecuencia de la extensión de este tipo de cobertura frente al aumento del trabajo informal y la crisis relativa de las Obras Sociales.

Cuadro N°4

Gasto Directo de las familias según rubros

Años 1969, 1980, 1985, 1989 y 1995 Area Metropolitana

Año 1997 total país

	1969	1980	1985	1989	1995	1997
Consultorio médico	22.8%	17.2%	7.0%	8.8%	10.3%	7.9%
Consultorio odontológico	22.4%	15.0%	7.1%	16.4%	11.6%	
Consultas otros profesionales			3.8%	4.6%	7.1%	
Medicamentos	40.7%	29.2%	54.4%	26.6%	35.8%	47.7%
Laborat., radiolog. y otros est.	6.9%	7.1%	2.9%	4.0%	3.6%	4.1%
Internación	5.6%	11.1%	8.2%	2.5%	0.9%	4.2%
Otros Gastos	1.6%	5.1%	3.9%	14.5%	10.4%	7.7%
Seguros voluntarios		15.3%	12.7%	22.6%	20.3%	28.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: 1969-1980 Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982)

1985: Ministerio de Salud y Acción Social (1992)

1989: Ministerio de Salud y Acción Social (1992)

1995: Jorrat- DES

1997: PDPyRSS (2001)

El análisis de la composición del gasto directo de las familias amerita algunos comentarios preliminares.

- En la estructura de 1997 se realizaron ajustes a fin de hacer compatibles los resultados de la ENGH con la estructura de la Matriz de Gasto y Financiamiento que asigna el gasto según su destino institucional y no funcional. Así una parte del gasto en consultas al médico se imputaron como gasto en sanatorios y en el cuadro se incluye en el rubro internación, lo mismo que los pagos efectuados a los hospitales públicos. Asimismo, 2.3% del rubro *Otros gastos* corresponde a la compra de chequeras u órdenes de consulta de Obras Sociales y Seguros Voluntarios. Esto provoca una distorsión con las estimaciones de años anteriores.
- El incremento de la cobertura de seguros voluntarios en la población se manifiesta en el aumento de la participación del gasto para la adquisición de este tipo de seguros. Parece interesante calcular la estructura del gasto dejando de lado este rubro y analizar la nueva serie resultante. (Ver cuadro N° 5)
- La encuesta del año 1989 fue realizada en un momento de hiperinflación y crisis económica lo que supone alteración de los precios relativos y cambios en las pautas normales de consumo.
- En términos generales se verifican diferencias entre los distintos años que no pueden ser explicadas sin mayor información. Sólo cabe mencionar que

el aumento de la cobertura de las Obras Sociales impactó en la década de 1980 disminuyendo la incidencia del gasto de las familias en servicios profesionales.

Cuadro N° 5

**Gasto Directo de las familias según rubros excluyendo seguros voluntarios
Area Metropolitana**

	1969	1980	1985	1989	1995	1997
Consultorio médico	22.8%	20.3%	8.0%	11.4%	12.9%	11.0%
Consultorio odontológico	22.4%	17.7%	8.1%	21.2%	14.6%	
Consultas otros profesionales			4.4%	5.9%	8.9%	
Medicamentos	40.7%	34.5%	62.3%	34.4%	44.9%	66.6%
Laborat., radiolog. y otros est.	6.9%	8.4%	3.3%	5.2%	4.5%	5.8%
Internación	5.6%	13.1%	9.4%	3.2%	1.1%	5.9%
Otros Gastos	1.6%	6.0%	4.5%	18.7%	13.0%	10.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a:
 1969-1980 Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982)
 1985: G. González García (1987)
 1989: Ministerio de Salud y Acción Social (1992)
 1995: Jorrat- DES
 1997: PDPyRSS (2001) 1998-2000 datos provisorios

Cuando se recalcula el gasto de las familias sin el destinado a pago de seguros voluntarios, resulta impactante el porcentaje destinado a la adquisición de medicamentos, el que aumenta 20 puntos entre puntas.

Este hecho tiene consecuencias en términos de equidad ya que la estructura de gasto en salud difiere según el nivel de ingresos de las familias. En el siguiente cuadro se muestra la composición del gasto en salud según deciles de ingreso neto mensual per capita, donde puede observarse la incidencia relativa mayor del gasto en medicamentos en los deciles más bajos.

Cuadro N° 6

Gasto de consumo en salud de los hogares según deciles de ingreso neto mensual per capita. Total capítulo Atención Médica y Gastos para la Salud y composición porcentual interna. Total país, 1996/97.

Hogares ordenados por deciles de ingreso mensual per capita	At. Médica y Gastos para la Salud	Productos medicinales	Servicios para la salud
	% sobre consumo total	% sobre consumo de salud	
1 decil	4.23	76.12	23.88
2 decil	6.10	77.70	22.30
3 decil	7.09	64.17	35.83
4 decil	7.60	66.45	33.55
5 decil	7.56	65.74	34.26
6 decil	8.87	61.89	38.11
7 decil	8.71	54.99	45.01
8 decil	10.10	50.00	50.00
9 decil	9.90	47.47	52.53
10 decil	9.12	38.27	61.73
Total	8.58	52.68	47.32

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC – Encuesta nacional de Gasto de los Hogares 1996/97

El aumento de la participación de las familias en el gasto de medicamentos se reproduce en el siguiente cuadro que refleja la estructura del gasto en medicamentos según su financiamiento. Cabe aquí señalar una diferencia en el enfoque metodológico del cálculo del gasto en este rubro. Mientras en el estudio de 1985 se analizó el gasto desde el punto de vista de los financiadores, para 1997, dado que además de este aspecto se trabajó sobre la demanda intermedia, pudo estimarse el gasto de los prestadores que no es posible detectar desde la perspectiva pura del financiamiento.

Cuadro N° 7

Financiamiento del gasto en medicamentos. Estructura porcentual.

	1985	1997
Sector Público	6.3%	6.6%
Nacional	1.3%	
Provincial	4.0%	
Municipal	1.0%	
Obras Sociales	26.6%	15.2%
Nacionales	9.9%	6.6%
Provinciales	7.6%	3.4%
INSSJP	9.1%	5.2%
Sector Privado	67.2%	69.7%
Familias	66.5%	67.4%
Seguros Voluntarios	0.6%	2.3%
Otros (Prest. Priv. E ISFLH)		8.5%
		100.0%

Fuente: 1985: G. González García (1987)
1997: PDPyRSS (2001)

En el estudio de 1997 no es posible diferenciar el gasto público por nivel jurisdiccional ya que éste se concentra en los establecimientos asistenciales que fueron considerados en conjunto. Puede mencionarse que estos pertenecen fundamentalmente al nivel provincial.

El gasto de las familias surgió de la ENGH, para ambos años, mientras que para 1997 el gasto correspondiente a Obras Sociales y seguros voluntarios fue calculado por dos vías. En primer lugar, a través de la estructura general de gastos de estas instituciones y en segundo, aplicando la información de la ENGH respecto del porcentaje financiado por los seguros en relación con el gasto de las familias (ver metodología de ese estudio).

El gasto de los efectores propios de las Obras Sociales está imputado como gasto de Clínicas y sanatorios. El gasto de los prestadores privados se estimó a partir de la estructura de gastos de los mismos.

La estimación desde el lado de la demanda fue complementada con la efectuada desde la oferta, tanto en el estudio basado en la Matriz de Insumo Producto (del año 1997) como, de manera menos compleja, en la estimación para el año 1985.

Si se deja de lado el gasto de los prestadores y se considera sólo la participación relativa de los financiadores, entre el año 1985 y el 1997 se verifica un incremento de la participación del gasto de las familias del 66,5% a 73,7%.

Mientras que para el año 1985 el gasto en medicamentos representa el 29,6% del gasto total en salud, para el año 1997 esa relación alcanzaba el 28,8%.

Gasto per capita

Analizar el gasto en salud en relación al PBI de un país permite conocer el lugar que ocupa el sector salud en la economía de ese país. Sin embargo, no permite evaluar la importancia que la sociedad le otorga a la cuestión de la atención de la salud de su población ya que para ello es necesario conocer e incorporar en el análisis variables que den cuenta de la organización sectorial y la estructura del mercado.

La determinación del gasto per capita ofrece una base sobre la cual es posible iniciar un acercamiento al análisis de la equidad y la eficiencia, comparando la distribución de los recursos según coberturas basadas en distinto tipo de financiamiento (que reflejan la organización sectorial).

Este análisis se realiza exclusivamente para el año 1997 y parcialmente para el periodo 1997/2000 por contar con información de mayor nivel de desagregación.

En este trabajo utilizaremos la siguiente información sobre cobertura:

Población total: se calculó la población total del país considerando la tasa de incremento intercensal y aplicándola de manera uniforme en el periodo. De esta manera se obtuvo la siguiente evolución

Cuadro N°8
Población total

Año	Población
1997	34,621,523
1998	34,967,676
1999	35,317,291
2000	35,670,401

Población sin cobertura: el porcentaje de población sin cobertura surge de la Encuesta de Desarrollo Social llevada a cabo en el año 1997 por el Ministerio de Desarrollo Social. Se aplicó esta proporción a la población total calculada como se explicó más arriba.

Población atendida por el sector público: se consideró que la población sin cobertura representa el 70% de la población atendida en los establecimientos del sector público. En otras palabras que el 30% de la población atendida en los establecimientos público posee algún tipo de cobertura de seguro.

Beneficiarios de OSN: Se utiliza la información brindada por el SIJP para las Obras Sociales alcanzadas por el Sistema Nacional del Seguro de Salud reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud.

El número de beneficiarios de las Obras Sociales de las Fuerzas Armadas surge de un estudio realizado en el año 2000 por el Ministerio de Defensa.

El número de beneficiarios de las Obras Sociales de las Fuerzas de Seguridad, del Poder Legislativo y del Poder Judicial se obtuvo de información presupuestaria.

Para el número de beneficiarios de las Obras Sociales Provinciales se utilizó como fuente la COSSPRA.

Los beneficiarios del INSSJP atendidos directamente por el instituto o a través de otras Obras Sociales fue proporcionada por este organismo.

Población con cobertura de seguros voluntarios: La magnitud de esta población se calculó aplicando a la población total el porcentaje que para este tipo de beneficiarios determinó la EDS ya mencionada.

Cuadro N°9
Datos de población y beneficiarios . Año 1997

Población total	34.621.523
Población sin cobertura	13.017.693
Población atendida por sector público	18.596.704
Beneficiarios OSN	9.916.210
OSN SSS	8.375.032
del INSSJP en OSN	615.770
FFAA	648.000
Seguridad	180.000
PL y PJ	97.408
Universidades	270.000
Beneficiarios OSP	5.667.631
Beneficiarios INSSJP	3.446.308
Afiliados seguros voluntarios	4.316.299

Conviene señalar que la información sobre beneficiarios de los distintos seguros no es de fácil acceso ni de un alto nivel de confiabilidad, ya que los datos se encuentran fragmentados como la propia organización sectorial. Asimismo, se aclara que estos números incluyen las dobles coberturas (dentro del subsector de Obras Sociales y con el de seguros voluntarios) por lo que no es factible sumar los distintos conjuntos de beneficiarios.

El gasto en salud utilizado para calcular el per capita se muestra en los siguientes cuadros. El Cuadro N°10 presenta el gasto total de cada sector financiador y en el Cuadro N°11 se han volcado los datos del gasto en salud excluyendo los gastos de administración del gobierno y de las instituciones de seguros obligatorios y voluntarios.

Cuadro N°10
Gasto en salud según financiador
Año 1997 en millones de pesos corrientes

Origen del gasto	Monto
Gasto total	23.642
Gasto de las familias	6.699
Gasto Gobierno	5.078
Gasto OSN	3.758
Gasto OSP	1.809
Gasto INSSJP	2.399
Gasto seguros voluntarios (sin Emergencias)	3.419
Gasto del resto de los sectores productivos	146
Gasto de las ISFLH	216

Fuente: Proyecto Desarrollo de Políticas y Regulación - Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados - Ministerio de Economía

Se considera el gasto de los financiadores excluyendo los gastos de administración a efectos de aproximarnos a aquellos montos que reflejan el consumo real de atención de la salud de la población. Esto es particularmente necesario en el proceso de comparación del gasto per capita de cada tipo de financiador ya que permite conocer cuánto de los recursos monetarios llega en forma de atención médica a cada beneficiario y cuánto se destina a otros objetos distintos de salud.

Cuadro N°11

Gasto en salud según financiador sin gastos de administración
Año 1997 en millones de pesos corrientes

Origen del gasto	Monto
Gasto total	20.888,62
Gasto Gobierno	4.565,86
Gasto OSN	3.023,93
Gasto OSP	1.637,36
Gasto INSSJP	1.916,56
Gasto seguros voluntarios	2.648,82

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR - Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados - M. de Economía

En el cuadro N°12 se observa el resultado de distribuir el gasto total y excluyendo los gastos de administración de cada financiador entre su población beneficiaria. En la última columna se calcula el porcentaje de "pérdida" de recursos para los fines de la atención médica, por su asignación a administración, comercialización y ganancias (en el caso de los seguros voluntarios).

Es necesario aclarar que dentro de esta supuesta pérdida se incluye, en el caso del gobierno, el costo de la regulación y la gestión de programas de salud pública y en el caso de las Obras Sociales el gasto en supervisión del desempeño de los prestadores.

Cuadro N°12

Gasto per capita en salud según tipo de financiador. Total y sin gastos de administración.
Año 1997. En pesos corrientes

Origen del gasto	Total		Sin gastos de administración		Pérdida
	Anual	Mensual	Anual	Mensual	
Gasto total	682.87	56.91	603.34	50.28	-11,6%
Gasto gobierno					
Población sin cobertura	390.08	32.51	350.74	29.23	-10,1%
Población atendida	273.06	22.75	245.52	20.46	-10,1%
Gasto OSN	368,95	30.75	296.87	24.74	-19,5%
Gasto OSP	319,18	26,60	288,90	24,07	-9,5%
Gasto INSSJP	696,11	58,01	556,12	46,34	-20,1%
Gasto Seguros voluntarios	816,15	68,01	632,30	52,69	-22,5%
Gasto de las familias sin considerar seguros voluntarios	187,79	15,65			
Gasto privado (flias, empresas, isflh, seguros volunt.)	297,10	24,76			

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR - Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados - M. de Economía

El gasto per capita total en salud (todo el gasto dividido toda la población) se calcula para el año 1997 de \$ 682,87 lo que representa un gasto per capita mensual de \$56,91.

Del Cuadro N°12 se desprende que si el sector público atendiera exclusivamente a las personas sin cobertura su gasto per capita sería superior al de las OSN y OSP en un 5,7% y 22,2% respectivamente. Este porcentaje se amplía a 18,4% en la comparación con las OSN cuando se descuentan los gastos distintos a atención de la salud.

Sin embargo, estas relaciones se revierten al incluir entre la población beneficiaria de los establecimientos públicos un porcentaje de personas con cobertura de seguro. En este caso el gasto per capita del sector público resulta ser 26% menor al de las OSN y 14,5% al de las OSP (17,3% y 15% respectivamente al excluir los gastos administrativos).

El gasto per capita del INSSJP es casi un 89% más alto que el promedio de las OSN y 118% más alto que de las OSP.

Las relaciones entre el gasto per capita del INSSJP y el del subsector público y las OSP se modifican fuertemente si no se consideran los gastos administrativos, ya que el Instituto asigna a estos rubros un porcentaje que casi duplica al de esos otros subsectores.

Esta situación se repite al comparar el gasto per capita de los seguros voluntarios cuyo porcentaje de gasto destinado a rubros distintos a los de la atención de la salud es el más alto de los subsectores.

Cabe resaltar que el gasto per capita del INSSJP es sólo un 14,7% inferior al de los seguros voluntarios incluyendo gastos de administración y un 12% si se los excluye.

El gasto per capita de las familias sin considerar el pago de cuotas de seguros voluntarios (ya que éste no puede ser imputado al total de la población) representa el 27,5% del gasto per capita total.

Evolución temporal del gasto per capita

Para conocer la evolución del gasto per capita en un periodo dado es necesario contar con información del gasto y del número de beneficiarios a lo largo de dicho periodo, con la desagregación adecuada. Las proyecciones realizadas en el marco del Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud brindan el primer tipo de datos.

Lamentablemente, como ya se mencionara, los datos sobre cambios en la población cubierta por los distintos tipos de seguros son más difíciles de obtener. Existe información para las Obras Sociales Nacionales en la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud surgida del SIJP. En cambio hasta ahora no se ha obtenido la correspondiente a las Obras Sociales Provinciales.

Para la población sin cobertura y la afiliada a seguros voluntarios no se cuenta con estudios posteriores a la Encuesta de Desarrollo Social.

En consecuencia y hasta tanto se obtenga mejor información, se presenta la evolución del gasto per capita entre 1997 y 2000 para el total y el gasto del gobierno.

Cuadro N°13
Gasto en salud per capita total

Año	Anual	Mensual
1997	682,87	56,91
1998	703,37	58,61
1999	718,27	59,86
2000	705,22	58,77

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR – Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados – M. de Economía

Si se establece el gasto per capita de 1997 como 100, en 1998 este índice sube a 103, en 1999 a 105,2 y vuelve al nivel de 1998 en el año 2000. Cuando se deflactan estos números según el capítulo Atención Médica y Gastos para la Salud del Índice de Precios al Consumidor, el crecimiento entre 1997 y 1999 es algo menor y en el año 2000 se restablece prácticamente el nivel del año base.

Cuadro N°14
Gasto público gubernamental per capita, considerando la población sin cobertura. En pesos

Año	Anual	Mensual
1997	390.08	32.51
1998	416.65	34.72
1999	439.78	36.65
2000	420.89	35.07

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR – Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados – M. de Economía

Haciendo el mismo ejercicio con el gasto del subsector público (gubernamental) éste pasa en términos corrientes de 100 en 1997, a 106,8% en 1998, 112,6% en 1999 y 107,8 en 2000 con un incremento superior al del gasto per capita total.

Cuadro N°15
Gasto público gubernamental per capita deflactado, considerando la población sin cobertura. Índice 1997=100

Año	Deflactado según IPC	Deflactado según Índice de Salarios
1997	100.0	100.0
1998	106.5	98.5
1999	111.3	101.7
2000	105.0	96.3

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR – Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados – M. de Economía

Para obtener valores constantes utilizamos en primer lugar el IPC y en segundo el índice de variación de los salarios públicos provinciales del sector salud, ya que el gasto más significativo de este subsector es el salarial. Se observan significativas diferencias en la evolución del gasto en términos reales según el índice utilizado.

Estructura del gasto de prestadores y aseguradores

Las estructuras de gastos de prestadores públicos y privados (clínicas, sanatorios y hospitales privados) presentan dos grandes diferencias: entre los porcentajes de valor agregado de ambos grupos y la composición interna del mismo.

Mientras los establecimientos públicos destinan al pago de salarios el 70,6% de su gasto, los privados le asignan prácticamente la mitad de este porcentaje. En tanto se computa un 12,6% en “otros componentes del valor agregado” (o sea excedente bruto de explotación que incluye ganancias, ingresos mixtos, impuestos y amortizaciones) en el subsector privado.

Cabe mencionar que para hacer comparables ambas estructuras en términos de la representación de los factores de la producción, al 36% de gasto en salario habría que sumar un porcentaje no definido del gasto en servicios, que seguramente proviene del pago a personal contratado que no reviste relación de dependencia laboral.

De todas maneras, excluyendo el nivel del gasto en bienes, similar en ambos tipos de prestadores, el resto de la composición está revelando estructuras de gasto muy diversa.

Cuadro N°16

Estructura del gasto de establecimientos asistenciales

Tipo de gasto	Públicos		Privados	
	Monto	%	Monto	%
Bienes y servicios de salud	814,02	17,1%	1.776,23	33,1%
Bienes	514,19	10,8%	541,6	10,1%
Servicios	299,83	6,3%	1.234,63	23,0%
Consumos intermedios	585,24	12,3%	985,69	18,4%
Remuneración asalariados	3.353,84	70,6%	1.927,91	35,9%
Otros componentes del VA		0,0%	676,59	12,6%
Total	4.753,1	100,0%	5.366,42	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR - Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados - M. de Economía

Si el 12,6% del gasto de los establecimientos privados se sustrae a la atención médica, este porcentaje debería deducirse del gasto per capita de Obras Sociales y seguros voluntarios (que atienden a su población beneficiaria mayoritariamente en este tipo de establecimiento), acercando más entonces los gastos per cápita del subsector público y de los subsectores de la seguridad social y privado.

La diferencia en el porcentaje de gasto destinado a prestaciones de salud entre los administradores de seguros obligatorios y voluntarios es del 7,7% explicado:

- Por un 8,3% que en los seguros voluntarios se imputan a otros componentes del valor agregado distinto a salarios (excedente bruto de explotación) por encima de las OS y
- A la inversa, un 0,8% menos en consumos intermedios y remuneración a los asalariados (gastos de administración).

Cuadro N°17

Estructura del gasto de Financiadores intermedios

	OSN		OSP		INSSJP		OS		Seguros voluntarios	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Prestaciones de salud	3.024	80,5%	1.637	90,5%	1.917	79,9%	6.578	82,6%	2.649	74,9%
Consumos intermedios	214	5,7%	36	2,0%	83	3,5%	333	4,2%	281	7,9%
Remuneración a los asalariados	506	13,5%	136	7,5%	394	16,4%	1.036	13,0%	302	8,5%
Otros	14	0,4%		0,0%	6	0,3%	20	0,3%	305	8,6%
Total	3.758	100,0%	1.809	100,0%	2.400	100,0%	7.967	100,0%	3.537	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR - Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados - M. de Economía

Al interior del subsector de OS se percibe una clara diferencia entre las Nacionales (incluyendo el INSSJP) y las Provinciales, cuyo porcentaje de gasto destinado a prestaciones de salud excede en 10% al de las primeras.

Conclusiones

El presente trabajo aporta elementos para el análisis de los resultados de estudios sobre gasto y financiamiento del sector salud en Argentina. Teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas que se presentan para la comparación intertemporal y las limitaciones de la información sobre la población cubierta por los distintos tipos de seguro es posible avanzar en el conocimiento de

- la importancia relativa de los recursos destinados a la atención de la salud a lo largo del tiempo,
- la distribución de la cargas relativas de financiamiento entre los distintos actores,
- las diferencias entre el gasto per capita por subsector como una variable proxy de la cobertura brindada a cada tipo de población según su condición de afiliación a seguros voluntarios u obligatorios o la falta de la misma y
- la conformación de las estructuras de gastos de financiadores y productores de servicios de atención médica.

Este análisis debe completarse con la incorporación de variables ligadas a la producción de cada subsector y los resultados obtenidos en los distintos grupos poblacionales de modo de obtener información que permita concluir más acabadamente acerca de la equidad y eficiencia del uso de los recursos destinados a la atención de la salud.

Bibliografía

Encuesta de Utilización de Servicios y Gastos en Atención Médica. Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente – Subsecretaría Técnica y de Coordinación Administrativa – Recursos Financieros. Año 1982

G. González García y otros. El gasto en salud y en medicamentos. Argentina 1985. Estudio CEDES. Diciembre 1987.

H. Dieguez, J. J. Llach y D. Petrecola. El gasto público social. PRONATASS - ITDT. 1991

Encuesta sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud . Ministerio de Salud y Acción Social – Secretaría de Salud – INDEC – PRONATASS (Gob. Argentino/ BIRF/ PNUD). Volumen I, II y III. Febrero 1992.

Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud. Ministerio de Salud y Acción Social – Secretaría de Salud – PRONATASS (Gob. Argentino/ BIRF/ PNUD). Agosto 1994

M. C. Vargas de Flood y otros. El gasto público social y su impacto redistributivo. Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos – Secretaría de Programación Económica. Junio 1994.

G. González García y F. Tobar. Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina. Ed. ISALUD. Agosto 1997.

J. R. Jorrat. Utilización y gasto en servicios de salud, según educación y clase social. Ministerio de Salud y Acción Social - Dirección de Estadísticas de Salud.

Levcovich, Mónica. El financiamiento del Sector Salud. Informe elaborado para la OPS. 1997

Caracterización y Evolución del Gasto Público Social – 2000. Secretaría de Política Económica, Dirección de Gastos Sociales Consolidados. Serie Gasto Público. Documento de Trabajo: NGP/10

Estimaciones del Gasto en Salud. Argentina. Año 1997 y Proyecciones. Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación Sanitaria – Dirección Nacional de Cuentas Nacionales – Dirección de Gastos Sociales Consolidados. Noviembre 2001.

