

*INSTITUTO*  
***UNIVERSITARIO***

Programa de Investigación Aplicada

***El Gasto en Salud en Argentina y su Método***

**Coordinador:** Federico Tobar

**Equipo de Investigación:** Graciela Ventura  
Leticia Montiel  
Rodrigo Falbo  
Federico Tobar

***Buenos Aires***  
***Diciembre de 2000***

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPÍTULO 1. LECCIONES DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL PARA LA MEDICIÓN DEL GASTO EN SALUD EN ARGENTINA</b>	7
1. REFERENCIAL TEÓRICO Y METODOLÓGICO	8
1.1. PROBLEMAS METODOLÓGICOS PARA LA MEDICIÓN DEL GASTO EN SALUD	8
1.1.1. DEFINICIÓN DE GASTO EN SALUD Y SUS COMPONENTES	8
1.1.2. OPERACIONALIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD	9
1.1.2.1 ESTUDIOS DE CUENTAS NACIONALES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA	11
1.1.2.2 PRINCIPALES AGREGADOS MACROECONÓMICOS EN LA MEDICIÓN DEL GASTO EN SALUD	12
1.1.3. LIMITACIONES DERIVADAS DE LOS MODELOS DE FINANCIAMIENTO DE SALUD	12
1.1.4. EL PROBLEMA DE LOS DEFLACTORES Y LA PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO	14
1.1.5. PROVISIONALIDAD DE LOS RESULTADOS	14
1.2. GASTO NACIONAL Y GASTO PROVINCIAL	15
1.3. MODELO PROPUESTO PARA EL PRESENTE ESTUDIO	15
<b>CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DEL GASTO EN SALUD EN ARGENTINA</b>	17
2. EL CASO ARGENTINO: ANTECEDENTES	17
2.1. EL MODELO DE FINANCIAMIENTO DE SALUD ARGENTINO	17
2.2. AVANCES EN LA MEDICIÓN DEL GASTO EN SALUD EN ARGENTINA	17
3. EL CASO ARGENTINO: METODOLOGÍA	20
3.1. SUPUESTOS Y PRINCIPIOS	20
3.2. FUENTES DE INFORMACIÓN	21
3.2.1. GASTO PÚBLICO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL	21
3.2.1.1. GASTO PÚBLICO	21
3.2.1.2. GASTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	21
3.2.2. GASTO PRIVADO	22
3.2.2.1. SEGÚN EL MODELO UTILIZADO EN ESTUDIOS ANTERIORES PARA AMÉRICA LATINA	22
3.2.2.2. SEGÚN ENCUESTA DE GASTOS DE LOS HOGARES	23
3.3. PROCEDIMIENTO SELECCIONADO PARA LA ESTIMACIÓN DEL GASTO PRIVADO	24
3.3.1. GASTO PRIVADO EN SALUD, AJUSTES SOBRE LA ENCUESTA DE 1997	25
3.3.1.1. AJUSTE POR ÁREAS NO CUBIERTAS	25
3.3.1.2. AJUSTE POR HOGARES CON NO RESPUESTA	26
3.3.1.3. AJUSTE POR SUBDECLARACIÓN	26
3.3.1.4. CONSTRUCCIÓN DE UNA SERIE HISTÓRICA DEL GASTO PRIVADO EN SALUD	26
4. EL CASO ARGENTINO: RESULTADOS	26
4.1. EL GASTO CONSOLIDADO	26
4.2. LA EVOLUCIÓN DE GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD	30
4.2.1. GASTO PRIVADO 1995 – 1999	31
4.3. LA RELACIÓN PÚBLICO/PRIVADO DEL GASTO EN SALUD	31
4.4. EL GASTO EN SALUD SEGÚN FUENTES Y AGENTES	35
4.5. EL GASTO EN SALUD POR PROVINCIA	40
4.5.1. LA COMPOSICIÓN DEL GASTO POR PROVINCIA	43

4.6. LA RELACIÓN DEL GASTO PÚBLICO – PRIVADO POR PROVINCIA	48
4.7. EL GASTO PRIVADO SEGÚN PROVINCIAS	50
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	56

## INDICE DE DIAGRAMAS, TABLAS Y GRÁFICOS

DIAGRAMA I. CUESTIONES EN DEBATE EN LA MEDICIÓN DEL GASTO EN SALUD	8
DIAGRAMA II. PRINCIPALES CATEGORÍAS PARA EL ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD	10
CUADRO 1. COMPOSICIÓN DEL FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD SEGÚN TIPO DE SISTEMA	13
CUADRO 2. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO	17
DIAGRAMA III. AJUSTES APLICADOS A LOS DATOS DE LA EGH PARA ESTIMACIÓN DEL GASTO PRIVADO EN SALUD	25
CUADRO 3. ARGENTINA. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD. 1995 – 1999	27
GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DEL PBI Y DEL GASTO EN SALUD. 1995-1999	28
CUADRO 4. PAÍSES SELECCIONADOS. GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI	29
CUADRO 5. PAÍSES SELECCIONADOS. GASTO EN SALUD PER CÁPITA. 1997	29
GRÁFICO 2. COMPOSICIÓN GASTO PÚBLICO Y GASTO PRIVADO. TOTAL DEL PAÍS. 1995-1999	30
GRÁFICO 3. ARGENTINA. EVOLUCIÓN DEL GASTO PRIVADO EN SALUD. 1995 – 1999. EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES	31
GRÁFICO 4. ARGENTINA. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD. 1997	32
GRÁFICO 5. ARGENTINA. GASTO PÚBLICO. 1997	32
GRÁFICO 6. PAÍSES AMERICANOS. RELACIÓN GASTO PÚBLICO/PRIVADO EN SALUD. 1997	33
GRÁFICO 7. PAÍSES EUROPEOS. RELACIÓN GASTO PÚBLICO/PRIVADO EN SALUD. 1997	34
GRÁFICO 8. PAÍSES AMERICANOS. COMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD. 1997	35
GRÁFICO 9. PAÍSES EUROPEOS. COMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD. 1997	35
CUADRO 6. ARGENTINA. GASTO EN SALUD – 1995 – MATRIZ DE FUENTES Y AGENTES. EN MILES DE PESOS	36
CUADRO 7. ARGENTINA. GASTO EN SALUD – 1996 – MATRIZ DE FUENTES Y AGENTES. EN MILES DE PESOS	36
CUADRO 8. ARGENTINA. GASTO EN SALUD – 1997 – MATRIZ DE FUENTES Y AGENTES. EN MILES DE PESOS	37
CUADRO 9. ARGENTINA. GASTO EN SALUD – 1998 – MATRIZ DE FUENTES Y AGENTES. EN MILES DE PESOS	37
CUADRO 10. ARGENTINA. GASTO EN SALUD – 1999 – MATRIZ DE FUENTES Y AGENTES. EN MILES DE PESOS	38
GRÁFICO 10. ARGENTINA. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 1995 – 1999. EN MILES DE PESOS	39
GRÁFICO 11. ARGENTINA. COMPOSICIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO. 1995 – 1999. EN MILES DE PESOS	40
CUADRO 11. ARGENTINA. EVOLUCION DEL GASTO TOTAL EN SALUD POR PROVINCIAS. 1995 - 1999	41
GRÁFICO 12. ARGENTINA. GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA SEGÚN PROVINCIA. 1997.	42
CUADRO 12. PROVINCIAS ARGENTINAS. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN AGENTES. 1995.	44

---

CUADRO 13. PROVINCIAS ARGENTINAS. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN AGENTES. 1996.	45
CUADRO 14. PROVINCIAS ARGENTINAS. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN AGENTES. 1997.	46
CUADRO 15. PROVINCIAS ARGENTINAS. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN AGENTES. 1998.	47
CUADRO 16. PROVINCIAS ARGENTINAS. COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN AGENTES. 1999.	48
GRÁFICO 13. PROVINCIAS ARGENTINAS. COMPOSICIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD. 1997	49
GRÁFICO 14. ARGENTINA. GASTO PRIVADO EN SALUD MENSUAL PER CÁPITA POR PROVINCIA . 1997	51

# Introducción

---

¿Sabemos cuanto se gasta en salud en Argentina? ó mejor aún ¿conocemos como medir el gasto en salud en nuestro país?. Jorge Luis Borges nos hablaba de aquel anciano militar cuyo mayor regocijo consistía en narrar las aventuras de sus batallas. Lo particular de la historia consistía en que, lo único que el relator recordaba de las batallas era la forma en que las narraba. Podría postularse que algo similar está ocurriendo con nuestras estimaciones del gasto en salud. Ya no lo medimos, solo lo citamos. La construcción de las estimaciones parece una inmensa torre de Babel. Cada técnico, cada investigador utiliza cifras diferentes y es poco lo que hemos conseguido avanzar en la construcción de estudios centrados en principios de consenso metodológico.

Sin embargo la medición y análisis del Gasto en Salud son imprescindibles tanto para la investigación y capacitación como para la formulación, gestión y evaluación de políticas sanitarias. En Argentina se han desarrollado diversos estudios y estimaciones del Gasto en salud utilizando diferentes criterios y métodos, por ello a menudo surgen confusiones y dificultades en la interpretación y análisis del mismo.

Es por ello que este trabajo se propone no solo construir una serie histórica consistente del Gasto en Salud, con un nivel de desagregación que permita realizar análisis complementarios, sino y muy especialmente, analizar y convalidar métodos de construcción del gasto en salud para Argentina que sean además compatibles con el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud.

Por lo tanto el objetivo principal de este trabajo se concentrará en

- Determinar procedimientos metodológicos adecuados para medir el gasto en Salud en Argentina.
- Construir una Serie de Gasto en Salud discriminada por provincias

Como resultados del mismo se arribará a la sección de una metodología que permita hacer el gasto en Argentina comparable con el de otros países del mundo y que permita replicarse en el tiempo; y luego con la aplicación de esta metodología se constituirán series históricas del Gasto con apertura a nivel provincial y con desagregación de las fuentes y agentes que participan en la financiación y ejecución del mismo. Finalmente se efectuarán comparaciones a nivel regional y mundial respecto del gasto en relación al PBI, al gasto per cápita para Argentina a valores absolutos y en relación con la estructura de financiamiento.

# Capítulo 1. Lecciones de la experiencia internacional para la medición del gasto en salud en Argentina

## ¿Para qué sirve conocer el gasto en salud?

**Desde mediados de la década del setenta los presupuestos de salud de los países ingresaron una espiral inflacionaria superior a la registrada en los demás**

Se trataba de la Peste Verde una nueva epidemia que no infectaba los órganos de las personas sino sus bolsillos. (González García & Tobar, 1999)

La Peste Verde motivó un amplio y vasto conjunto de experimentos contencionistas por parte de los gobiernos. La economía de la salud en tanto disciplina adquirió un impulso notable al aparecer como la solución a nivel macro para establecer cuales deberían ser los niveles de gasto adecuados al país y a nivel micro sobre qué modelos de asignación de recursos resultarían más racionales<sup>1</sup>.

Esta problemática planteó una discusión importante a nivel de los gobiernos y la comunidad académica. A medida que la misma avanzaba adquiría importancia la posibilidad de aprovechar los “experimentos naturales” de otros países que hubieran puesto en práctica una determinada medida de contención de costos o de mejora de la eficiencia. Por otro lado, no se podía desdeñar la importancia de realizar “experimentos artificiales” que permitieran evaluar *ex ante* el posible impacto de diferentes políticas de financiamiento y control del gasto en un mismo país o región.

Por este motivo en la mayoría de los países desarrollados se concentraron esfuerzos en modelizar el gasto en salud para arribar a agregados comparables a través de análisis transversales (entre países) o longitudinales (en el tiempo).

**Pero la medición del gasto en salud es una tarea controvertida que involucra un conjunto de definiciones.** Durante las últimas tres décadas, los países ensayaron mediciones de sus gastos sanitarios con resultados muy dispares. Los resultados obtenidos demuestran una alta sensibilidad a los procedimientos aplicados. En el diseño de las políticas para reforma del sistema de salud se utilizan las estimaciones del gasto como insumo esencial, por ello se puede afirmar que el destino de los sistemas de salud es altamente sensible a estas mediciones.

Los avances metodológicos recientes en la medición del gasto sanitario han alterado radicalmente la percepción de los formuladores de políticas sobre la estructura del sistema de salud y los roles que corresponde al Estado desempeñar (Berman, 1997:18).

---

<sup>1</sup> Tal vez en la corta historia de la economía de la salud ningún hecho sea tan significativo como la publicación por, el Banco Mundial, del informe del Desarrollo Mundial 1993 -*Invertir en salud*. Se trata de la publicación que ha registrado mayor impacto sobre el *policymaking* sin embargo representa un avance precario sobre la metodología de cálculo del gasto, punto este que puede minar las bases de toda la propuesta del libro.

# 1. REFERENCIAL TEÓRICO Y METODOLÓGICO

## La Medición del gasto en salud involucra una serie de particularidades y

Algunos de ellos son comunes a otros sectores sociales y están relacionados con la insuficiencia de sistemas adecuados de información en los países en desarrollo (Tobar, 2000a). Otros factores son específicos del sector salud y están relacionados con el propio proceso de producción de los servicios de salud. Es decir, con la forma en que se produce la salud dentro de la sociedad.

## 1.1. Problemas metodológicos en la medición del gasto en salud

Las discusiones metodológicas sobre en la estimación del gasto en salud se han concentrado sobre dos grandes controversias (Berman, 1997: 16). La primera gira en torno al alcance del gasto nacional de salud, las categorías y las definiciones para ser usadas y el marco teórico con que se opera. La segunda se refiere a los métodos usados para discriminar las estimaciones según ítems o categorías particulares de gasto.

Es decir, el debate académico respecto a las formas adecuadas para medir el gasto en salud gira en torno a las siguientes cuestiones:

### Diagrama 1. Cuestiones en debate en la medición del gasto en salud

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limitaciones en la definición del gasto</li></ul>
II ¿Cuál es la forma correcta de medirlo?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limitaciones en la clasificación del gasto</li><li>• Limitaciones derivadas de los modelos de financiamiento</li><li>• Problema de los deflatores</li><li>• Provisionalidad de los resultados:<ul style="list-style-type: none"><li>a) Espacialidad y jurisdicción del gasto</li><li>b) Dificultades en la construcción de proyecciones</li></ul></li></ul>

Fuente: Elaboración propia

A continuación son examinados cada uno de los tópicos que integran este debate.

### 1.1.1. Definición de gasto en salud y sus componentes

El principal problema de medición estriba en la comparabilidad (**homogeneidad**) que deben reunir los diferentes datos de gasto. Es decir si se quiere comparar, para un mismo año (corte transversal) el gasto de diferentes países, o si se quiere construir series de tiempo dentro de un mismo país (corte longitudinal), ó si la comparación se hará por funciones, por subsectores, por fuentes de financiación, por grupos de población, zonas geográficas, etc.. Esto plantea el requisito de una definición conceptual precisa del gasto en salud antes de su operacionalización (Tobar, 2000a).

¿Qué se entiende por gasto en salud? **El denominado *gasto en salud* involucra todos aquellos gastos comprometidos de forma directa o indirecta con la**

—

**consecución de objetivos genéricos del bienestar o la calidad de vida relacionada con la salud.** Sin embargo, gasto en salud es algo más que dinero, involucra el desafío de querer traducir a una unidad común y a una variable continua toda inámica y la morfología del sistema de salud.

Un estudio pionero de Maxwell (1981) avanza sobre la definición de qué se debe incluir o qué no dentro de la categoría "gasto en salud". Este autor plantea que antes de operacionalizar el concepto es útil plantearse cuatro interrogantes:

1. ¿Cuál es la distribución de los servicios ofrecidos por los distintos sistemas de salud?
2. ¿Qué recursos físicos y de equipamientos utilizan?
3. ¿Cuáles son las fuentes de financiación del gasto que se deriva de la provisión de los servicios?
4. ¿Qué agente económico y político controla y administra el funcionamiento de las instituciones que efectúan dicha provisión?

A partir de estas cuestiones se puede discriminar entre las cifras globales del gasto en salud en el país y los flujos de su financiación<sup>2</sup>. Tal vez la mayor contribución en la definición del gasto en salud haya sido aportada por Rodríguez (1986: 40 *apud* López-Valcárcel & Fort, 1993: 75) quien establece un triple criterio para dilucidar qué debe ser

- a) Se considera gasto en salud el que corresponde a los bienes y servicios prestados por el personal de salud acreditado;
- b) el que se financia o administra por parte de las instituciones sanitarias así declaradas, o bien por entes con algún tipo de responsabilidad en materia sanitaria;
- c) aquel gasto que genéricamente suponga una contribución a la consecución de

En síntesis, los estudios preocupados con la comparabilidad de los resultados obtenidos plantearon que el gasto en salud incluye el consumo privado de cuidado médico: hospitalario, ambulatorio, medicamentos, recursos terapéuticos, otros beneficios asegurables (excepto contraprestaciones monetarias por la enfermedad) y prestaciones públicas, incluyendo servicios preventivos y de salud pública, administración y regulación. No obstante, existen algunos límites imprecisos como por ejemplo, si se debe considerar los gastos operativos de las instituciones geriátricas o estas deben ser imputadas a los servicios sociales no sanitarios y si se debe o no considerar el financiamiento de la investigación universitaria en el área biomédica.

### **1.1.2.1. Operacionalización del gasto en salud**

**El segundo problema es el de cómo medir el gasto.** Una vez identificado qué debe ser incluido y qué no el mayor riesgo es el de incurrir en el doble conteo, es decir duplicar la valoración de ciertas actividades. El criterio que ha sido más utilizado para la cuantificación del gasto sanitario consiste en medirlo a través de su financiación. Existen otros criterios alternativos como por ejemplo, la provisión, la especificación de los recursos empleados o el tipo de servicios prestados (López-Valcárcel & Fort, 1993: 72)

---

<sup>2</sup> Tal vez la mayor novedad de los estudios desarrollados en la década de los noventa con el objetivo de aprovechar los "experimentos naturales" de otros países radica en el enfoque de análisis centrado en los flujos de servicios y financiero. La mayor parte de ellos siguen el modelo de Evans. Ver por ejemplo: OCDE, 1993; González García & Tobar, 1997, Miranda Radic, 1996, Hoffmeyer & Mc Carthy (Editores), 1994.

**financiadoras.** Es decir, aquellas que recaudan los flujos monetarios de las empresas y las familias para destinarlos a la compra de los servicios sanitarios prestados por los distintos proveedores. Esta óptica registra las fuentes de financiamiento institucionales - que en Argentina serían los ministerios y secretarías, las obras sociales, las prepagas y mutuales- pero no debe excluir el gasto de los individuos o las familias mejor denominado como desembolso directo. En realidad es preciso responder a las siguientes preguntas:

- ¿Quién paga?
- ¿Cómo paga?
- ¿Quién decide?
- ¿En qué se gasta?

El siguiente diagrama presenta, a grandes rasgos, las opciones dentro de cada ítem:

**Diagrama II. Principales categorías para el análisis del gasto en salud**

PAGA?	¿CÓMO PAGA?	¿QUIÉN DECIDE?	¿EN QUE SE GASTA?
FAMILIAS	Desembolsos directos	Individuos >> G. Privado	Bienes Servicios Primarios
EMPRESAS	Impuestos y tasas	Gobierno >> G. Público	Secundarios Terciarios
ONGs	Contribuciones		Salud Colectiva

Fuente: Elaboración propia

**Los mayores avances a nivel mundial en la medición del gasto en salud se obtuvieron en la década del noventa a partir de la confección de protocolos**

Los países miembros de la OCDE han realizado un gran avance al establecer el WDR-93, un conjunto de procedimientos estandarizados para la medición del gasto sanitario que posibilitaron la construcción de estudios comparativos entre 25 países. La organización provee a los miembros un cuestionario junto a un protocolo que incluye instrucciones y definiciones de las categorías de gasto. En relación a las fuentes de financiamiento se discrimina cuando el origen es público, privado o de la seguridad social. Estas categorías son combinadas con los tipos de servicios (hospitalario o ambulatorios), tipos de proveedores (generales o psiquiátricos) y tipos de insumos.

En los Estados Unidos de Norteamérica se realizó más recientemente un avance sobre la base de la OCDE a través de la implementación de sistemas de Cuentas Nacionales (Berman, 1997: 18). Las versiones más recientes de los sistemas de cuentas nacionales apuntan al desarrollo de cuentas satélites dentro de las cuales se podría incluir y discriminar todas las modalidades de gastos sectoriales como los sanitarios.

**Hay importantes diferencias en el tratamiento de ciertas categorías de gasto entre las estimaciones previas de los gastos nacionales y las que se desarrollan a partir de las metodologías de cuentas nacionales.** Hasta el presente estas cuestiones no han sido suficientemente analizadas en los países en desarrollo (Berman, 1997:16).

En relación a los métodos, las definiciones y categorías deben ser rigurosas tanto para las fuentes de financiamiento como para los ítem o finalidades del gasto. Berman distingue cinco tipos principales de clasificaciones del gasto:

- 1) según proveedores e instituciones.
- 2) según funciones,
- 3) según categorías de gasto,
- 4) según regiones o localidades,
- 5) según categorías socio-económicas.

Generalmente no hay un criterio homogéneo para la definición de estas categorías en los diferentes países; un ejemplo lo constituye el gasto hospitalario. En la India se denomina hospital a toda unidad que cuente con 10 o más camas. En Tailandia deben tener más de 25 para ser consideradas dentro de esa categoría. En los Estados Unidos de Norteamérica los servicios profesionales brindados a los pacientes internados son contabilizados a parte de los servicios de internación mientras que en los países de la OCDE no hay cuentas separadas.

**Los sistemas de cuentas nacionales involucran el desarrollo de matrices de fuentes y finalidades.** Se presentan en la forma de "T" (fuentes en la izquierda y usos o finalidades en la derecha). Este método requiere identificar los flujos lo cual significa contestar a las siguientes preguntas: ¿Quién paga? ¿Cuál es el origen de los fondos? ¿cuánto paga? ¿qué paga?. Esta capacidad de vincular fuentes con usos es fundamental.

#### ***1.1.2.1. Estudios de Cuentas Nacionales de Salud en América Latina***

En nuestra región, el mayor antecedente en la búsqueda de medir el gasto en salud fue la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS), cuya misión fue y sigue siendo apoyar los procesos de reforma nacionales para promover servicios de salud básicos más eficaces. El lanzamiento de la misma estuvo a cargo de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los países que ya han elaborado sus cuentas nacionales de salud bajo la órbita de este plan, o están en vías de hacerlo, son Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México,

En líneas generales, el primer criterio para la estimación de las cuentas nacionales de salud consistió en identificar para cada país las instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas, las cuales constituirán las fuentes de información básica. El paso siguiente era la recopilación de información sobre fuentes, fondos, prestadores de servicios de salud y destinos del financiamiento en instituciones gubernamentales y privadas. Por último la información recolectada se procesó a través de matrices.

**El resultado de este emprendimiento fue la confección de cuatro matrices las cuales cruzaban distintas informaciones.** La Matriz N° 1 identifica los agentes financieristas y la canalización de sus recursos hacia los diferentes fondos o instituciones administradoras del sector salud, y responde al interrogante de la cantidad de recursos financieros que las fuentes colocan en los mismos (Tobar, 2000b).

La Matriz N° 2 identifica el destino de los recursos que los fondos/instituciones (agentes financieristas) transfieren a los diferentes prestadores de servicios del sector salud,

esto responde a la cuantificación de la magnitud de los recursos colocados en los prestadores de servicios de salud, detallando la asignación de recursos por establecimientos según, institución y complejidad.

La Matriz N° 3 identifica y describe el gasto en salud de acuerdo con los tipos de servicios/función que se ejecutan en los diferentes prestadores de servicios. Los tipos de servicios se clasifican de acuerdo con los principales componentes que se desarrollan en el sector subdividiéndose de la siguiente manera: administrativos, promoción y prevención de la salud, curación rehabilitación y docencia e investigación.

La Matriz N°4 analiza la distribución de los fondos/instituciones por objeto del gasto (rubro económico o programa) considera cuatro grandes grupos presupuestarios: servicios personales, servicios no personales, materiales y suministros, y bienes de uso.

En resumen la línea directriz del proyecto fue tener acceso a información sobre Cuentas Nacionales de Salud, es decir información sobre la provisión del financiamiento, administración de los fondos y distribución del gasto por programa, objeto del gasto, etc. Para con esto permitir la obtención de mayores y mejores elementos técnicos para el análisis, la toma de decisiones en la gestión del sistema y la formulación de políticas, así como la comparación de los gastos sectoriales entre diferentes países.

**La principal limitación de estos estudios de Cuentas Nacionales de Salud desarrollados en América Latina durante los noventa consiste en su carácter puntual.** Es decir, su aplicación a un solo año, sin construcción de series históricas y en la falta de continuidad de las iniciativas (Tobar, 2000b).

### **1.1.2.2. Principales agregados macroeconómicos en la medición del Gasto en Salud**

Desde un enfoque también centrado en las cuentas nacionales Barea (*apud.* Rubio Cebrian, 1995: 136) ha planteado una metodología que considera al gasto en salud a través de tres agregados macroeconómicos:

1. *Consumo final* en el interior del país, de bienes y servicios médicos y sanitarios (que incluye el consumo final de las familias en bienes y servicios médicos y sanitarios).
2. *Gasto Público* en sanidad, es la suma de cinco rúbricas:
  - a) consumo final de las administraciones públicas de servicios de sanidad;
  - b) prestaciones sociales en dinero y en especie suministradas a las familias por las administraciones públicas para atender necesidades médicas y sanitarias;
  - c) transferencias corrientes a otros sectores institucionales, para gastos de funcionamiento de instituciones sanitarias;
  - d) Formación bruta de capital fijo en sanidad (inversiones); y
  - e) las transferencias de capital de las administraciones públicas a otros sectores institucionales para financiar inversiones sanitarias.
3. *Gasto total en sanidad* en el interior del país que se calculará por la suma del consumo final en el interior, de servicios médicos y sanitarios, formación bruta de capital fijo en sanidad de las administraciones públicas y formación bruta de capital fijo en sanidad del sector privado.

### **1.1.3. Limitaciones derivadas de los modelos de financiamiento de salud**

Cada país desarrolló un modelo particular de respuesta social organizada para los problemas de salud de su población. Probablemente no existan en el mundo dos sistemas de salud que puedan ser considerados idénticos. Sin embargo, la bibliografía especializada

expresa una tendencia de los analistas a trabajar con tipos ideales de sistemas (González García, 1995; González García & Tobar, 1997; Freylejer, 1995, Fleury, 1995; Médici, 1994; Tobar, Vargas Velázquez & Zerdá, 2000)

Aunque en la construcción de las diferentes tipologías se pueden privilegiar diferentes variables, en la mayoría de ellas se destacan los aspectos relacionados con el financiamiento y gasto de los sistemas. Una de las clasificaciones más utilizada es la que distingue tres modelos puros de sistemas de salud: el universalista, el del seguro social, y el de seguros privados. Se pueden seleccionar muchas variables para distinguir a cada modelo, tales como equidad, solidaridad, resultados sanitarios, cobertura, ciudadanía, etc. En este trabajo se consideran solamente los modelos de financiamiento para arribar luego a la problemática de la medición del gasto en cada uno de ellos.

En el modelo del seguro social, de inspiración bismarckiana, se registra una mayor participación relativa de la fuente "contribuciones sociales" dentro del gasto total en salud del país. En el modelo universalista o de sistemas nacionales adquiere mayor peso relativo el gasto financiado con recursos fiscales; mientras que en el modelo de seguros privados - que es el más orientado al mercado- predomina el financiamiento privado, sea por pago de primas y mensualidades o por el desembolso directo de las familias. El cuadro siguiente presenta una estimación de la composición de las fuentes de financiamiento en cada modelo ideal de sistemas de salud.

**Cuadro 1. Composición del financiamiento del gasto en salud según tipo de sistema.**

Modelo	Gasto Público		Gasto Privado	
	Recursos fiscales	Contribuciones	Primas	Desembolso directo
Seguro social		70%		30%
Universalista	40%	50%		10%
Seguros privados			80%	20%

Fuente: Tobar, 2000a.

**La exactitud de la medición del gasto en salud en cada país estará condicionada por la organización del sistema de salud.** Donde predomine un modelo universalista los esfuerzos deberán concentrarse en la exactitud del registro del gasto público. Donde predomine un sistema de seguros sociales el foco de la atención recaerá sobre el gasto de las instituciones prestatarias o aseguradoras, el cual en su mayoría es financiado a través de contribuciones y aportes sociales. Por último, en donde predomine el mercado de aseguradoras privadas la atención recaerá sobre el componente privado del gasto, el cual está integrado por el gasto en primas y mensualidades y por el denominado desembolso directo de las familias (en medicamentos, pago directo por los servicios, copagos y tickets moderadores, etc.).

**Los sistemas mixtos, es decir aquellos donde no hay hegemonía de ningún subsector, son los que plantean mayores dificultades tanto para la medición como para el uso posterior de los resultados obtenidos: la formulación de políticas de reordenamiento del gasto.** Una de las dificultades de medición que surgen en este tipo de sistemas radica en el registro de los subsidios indirectos que se plantean entre un subsector y el otro. En este sentido es oportuno incorporar las formulaciones que modelizan el gasto partiendo de las fuentes de financiamiento pero detallando los flujos de recursos al interior del sistema. De esta manera se puede arribar a

¿Qué paridad de cambio se debe utilizar en salud para hacer comparable sus cifras en el espacio? Para desarrollar comparaciones internacionales se suele establecer primero un año base para referir la serie de datos presentados. Una vez actualizados los valores históricos a la fecha referida se calcula el equivalente del gasto nacional en dólares norteamericanos según el valor de cambio en el momento establecido, es lo que se denomina Paridad del Poder Adquisitivo (PPA).

¿Qué metodología de ajuste se debe utilizar en salud para hacer comparable sus cifras en el tiempo y en el espacio? Para desarrollar comparaciones internacionales y hacer seguimiento en el tiempo se deben utilizar las dos modalidades de ajuste combinadas, primero dentro de cada país vía deflatores y luego llevadas a una unidad comparable internacionalmente (PPA).

### ***1.1.5. Provisionalidad de los resultados***

Otro de los problemas característicos de las mediciones en contextos donde no existen bases de datos consolidadas, es el de disponer de datos provisorios y, consecuentemente, el de proveer resultados provisorios. En los países en desarrollo, los datos oficiales sobre el Producto Bruto Interno de un determinado año pueden cambiar más de cinco veces en los dos años siguientes. Las metodologías de cálculo pueden llegar a cambiar, así como los deflatores oficiales.

El problema de la provisionalidad solo puede ser paliado a través de revisiones metodológicas y de la incorporación en las publicaciones de memorias descriptivas del cálculo que faciliten su revisión y corrección por parte de otros investigadores.

—

Por otro lado, algunas fuentes de datos se refieren a un año determinado, como por ejemplo las encuestas de gasto de los hogares y la matriz insumo producto, que en general se implementan cada diez años. Ello requiere la estimación de proyecciones en base a variables macroeconómicas, físicas u otras variables sectoriales que mantengan niveles de correlación significativa al gasto que se proyecta. La principal limitación consiste en la vulnerabilidad del procedimiento que extrapola la estructura del gasto registrada en el año para el cual se dispone de los datos base.

## **1.2. Gasto Nacional y Gasto Provincial**

En general, los estudios internacionales existentes en la región a excepción de México, donde se desarrollaron estudios desagregados por las unidades federativas, miden el gasto a nivel nacional (González Block). *et al* 1997). En el caso de Argentina, por sus características políticas cada provincia es un estado independiente el cual es el responsable por la salud de su población. En realidad existen normas y Entidades que se encuentran superpuestas jurisdiccionalmente; por un lado el Estado Nacional en materia de salud tiene la responsabilidad del dictado de normas, el control sanitario de todo el país, así como también algunas instituciones prestadoras a su cargo y algunos programas de alcance nacional. Por otro lado, coexisten entidades financiadoras tanto de la seguridad social como privadas, que tienen la característica jurídica de cobertura nacional. Todo esto genera una serie de superposiciones que complica la medición del gasto cuando se extiende a nivel provincial.

## **1.3. Modelo Propuesto para el presente estudio**

El Gasto en Salud de Argentina, involucra como gasto a toda erogación que tenga como finalidad la cobertura de salud, esto incluye:

- a) los **gastos consolidados de los gobiernos** nacional, provincial, municipal tanto sea de características preventivas, curativas, programas específicos, administración e infraestructura;
- b) el **gasto de la Seguridad Social** tanto sea nacional como provincial y de otras jurisdicciones (del ejercito, gendarmería, etc.) en prestaciones médico asistenciales y,
- c) el **gasto privado** o desembolso directo de las personas, tanto sea en bienes o servicios para la salud.

Para conciliar la presentación de resultados con otros estudios se incluye dentro de la a los dos primeros (gastos de los gobiernos y gastos de la seguridad social).

Para realizar el cálculo, se toma como año base 1997, debido a que para este año se cuenta con la Encuesta de Gasto de los Hogares implementada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INDEC). Partiendo entonces del consolidado de las cuentas de Gasto efectuado por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social del Ministerio de Economía, para el gasto Público y de la Encuesta de Gasto de los Hogares para el Gasto Privado; se conforma primero el Gasto Consolidado a Nivel Nacional para el año 1997, para luego llegar a un desagregado provincial del mismo. Sobre este año base, se calcula el gasto per cápita y el gasto en relación al P.B.I. para comparar el gasto de Argentina con el de otros países seleccionados.

Una vez efectuado el análisis del año 1997, se procede a armar una serie temporal que abarque el quinquenio 1995-1999, utilizando los valores corrientes de las cuentas Públicas y realizando una proyección temporal del gasto privado en función de varios indicadores representativos del mismo.

# Capítulo 2. Metodología para el cálculo del gasto en salud en Argentina

## 2. EL CASO ARGENTINO: ANTECEDENTES

---

### 2.1. El Modelo de Financiamiento de Salud Argentino

El sistema de Salud Argentino involucra, al menos tres subsistemas claramente diferenciados con sus propios esquemas de financiamiento.

**Cuadro 2. Estructura del sistema de salud argentino**

Subsistema	Cobertura	Financiamiento
Público	Universal. Aunque atiende en su mayor parte a los sectores de baja renta.	Ingresos provenientes de impuestos o recursos fiscales  Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (Nación, provincias y municipios).
Subsistema del seguro social.	Sectores medios, integrados al mercado formal de trabajo.	Los ingresos provenientes de aportes y contribuciones con base en salarios son transferidos a las Obras Sociales; tanto sean ellas Nacionales, Provinciales, Municipales u otras pertenecientes a Universidades o Cuerpos Legislativos, por ejemplo.
Subsector privado	Los grupos de mayores ingresos, se proveen de servicios a través de la compra directa y voluntaria de los mismos en el mercado o de la contratación de seguros privados.	Gasto privado o gasto de las familias, que está constituido en pagos directos y en cuotas de seguros voluntarios.

Fuente: Elaboración Propia

### 2.2. Avances en la medición del gasto en Salud en Argentina

¿Qué se sabe sobre el gasto en salud en Argentina?. Existe en el país una copiosa y heterogénea literatura sobre el tema entre las cuales se pueden distinguir las siguientes modalidades.

1. Por un lado, existen estudios previos que buscaron directamente medir el gasto total en salud.
  - a) González García, Abadie, Llovet y Ramos publicaron en 1989 un estudio sobre el gasto en salud y medicamentos referido a 1985.

- 
- b) Dieguez, Llach y Petrecolla publicaron en 1992 un estudio sobre el gasto publico social desarrollado en el Instituto Torcuato Di Tella para el Programa de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la Argentina -Pronatass. Este estudio desarrolló matrices de fuentes y usos de fondos en las tres esferas del sector público (Nación, provincias y municipios) por finalidad y función. De esta manera se construyó la serie 1970-1988. Posteriormente las matrices de erogaciones públicas sectoriales fueron complementadas con estimaciones del gasto directo de las familias para 1986.
  - c) La Organización Panamericana de la Salud publicó en su "Condiciones de Salud en las Américas de 1994" estimados del Gasto Nacional de Salud para 1990 en las cuales no se contempló el gasto en Empresas de medicina prepaga. En la edición de 1998 se incluyeron estimados para 1995 y 1996 considerando también el gasto en seguros privados y medicina prepaga.
2. Por otro lado, se han realizado una serie de trabajos complementarios que sin medir el gasto total permiten avanzar en la rigurosidad y precisión de las estimaciones:
    - a) Flood, Harriague, Velez. Publicaron en 1994 un estudio que calcula el impacto redistributivo del gasto público social consolidando series históricas del gasto público social según finalidad y jurisdicción desde 1980 hasta 1994.
    - b) Katz y Muñoz desarrollaron un exhaustivo estudio sobre la dinámica y morfología del sector. En el mismo se consideran cuatro mercados esenciales: medicamentos, servicios profesionales, servicios de internación y aseguradoras. El trabajo permitió estimar el peso relativo de cada uno de los mercados dentro del total.
  3. Una tercera categoría de estudios del gasto en salud parece más cercana a los espejismos que a la realidad. Se trata de un conjunto de estudios de consultoría de los cuales, en la mejor de las hipótesis, conocemos los resultados; pero nunca tenemos acceso a la metodología empleada.
    - a) En reuniones de cámaras y seminarios sectoriales se suelen citar trabajos de los estudios de Mora y Araujo, Tower Perrins, Marcú y asociados, Gallup, Boston Counselling Group, etc..
    - b) La prensa utiliza a menudo fuentes de información sobre el gasto sectorial o alguno de sus componentes. La fuente más citada en ese sentido son estudios de la consultora Claves.
  4. En cuarto lugar hay un conjunto de estudios que asumen entre sus objetivos la medición del gasto de alguno de los subsectores que integran al sistema de salud en Argentina.
    - a) Gasto del subsector público. Podría argumentarse que uno de los mayores impactos del estudio sobre el gasto público social financiado por el PRONATASS fue la implantación de un sistema de monitoreo del gasto público social dentro de la estructura del Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos de la Nación -MEyOSP. La Dirección Nacional del Gasto Público Consolidado dentro de la Secretaría de Programación Económica, se convirtió en fuente básica de informaciones sectoriales. Sus técnicos no solo

- producen estudios sino que sus datos se han convertido en insumo y referencia permanente.
- b) Gasto del subsector obras sociales. FIEL ha financiado un conjunto de estudios (Panadeiros 1992 y 1996), La OPS también apoyó este tipo de trabajos (Pulizzi, *et al*, 1985). ANSES y ANSSAL disponen de información relativa a ingresos de recursos a las instituciones pero se carece de estudios relativos al gasto de las mismas. Por otro lado, la gran heterogeneidad de las mismas dificulta la extrapolación de datos, ya que el gasto asistencial de una obra social está determinado por el tamaño de la población cubierta, su composición según sexo y edad, su concentración o dispersión geográfica, la oferta de prestadores incluida en la cartilla, la integralidad en los niveles de cobertura brindada, etc.
  - c) Gasto del subsector privado. El gasto de bolsillo es el talón de Aquiles de nuestras estimaciones. El INDEC incluyó un módulo de gasto en salud en la EPH (Encuesta Permanente de Hogares) aplicada en Rosario a fines de 1993. Hasta hace poco esos datos se utilizaban para todo el país actualizándolos y expandiéndolos linealmente. En 1996 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación -MSAS publicó los resultados de una encuesta de utilización y gasto realizada en el área metropolitana. Tal vez el mayor avance a nivel de las fuentes de información sobre el gasto privado lo constituya la realización en 1997 de la Encuesta de Gasto de los Hogares (EGH) desarrollada sobre una muestra representativa de la Argentina en su conjunto<sup>3</sup> con más de 30 mil casos por el INDEC.
5. En quinto lugar, se encuentran aquellos estudios que permiten avanzar en el estudio de la composición del gasto.
- a) La investigación de Katz y Muñoz permite ver el peso proporcional de cada mercado.
  - b) Una serie de estudios avanzan sobre el monitoreo del gasto en medicamentos
  - c) En el marco del Programa de Inversiones en Salud y Ambiente -PIAS, que por iniciativa de la OPS propone alcanzar un nivel de inversión del orden del 1% del PBI en los países de América Latina, se desarrolló un estudio para medir las inversiones sectoriales (Tobar & González García, 1995).
  - d) En relación con la finalidad del gasto se ha buscado desagregarlo en sus componentes preventivo y curativo. Es decir, distinguir el componente atención médica del gasto en salud como bien público, esto es en prevención, promoción, fiscalización sanitaria y regulación.

---

<sup>3</sup> Esta es una ventaja adicional sobre la EPH que sólo se realiza en 21 conglomerados urbanos. Sin embargo, se pueden señalar aún debilidades de la EGH en cuanto a su representatividad que radican en la subrepresentación de las localidades de menos de 5000 habitantes y en el sesgo en los resultados consolidados que introduce la tendencia a subdeclarar ingresos del último quintil de la población.

En general se puede decir que, salvo en el primer caso, todos los estudios han avanzado sobre la medición de una parte del gasto y la mayoría de ellos han avanzado en la medición e impacto redistributivo del componente público del gasto en salud.

No existe por tanto un estudio que haya seguido en el tiempo la evolución del gasto de salud consolidado y manteniendo una metodología uniforme.

### 3. EL CASO ARGENTINO: METODOLOGÍA

---

#### 3.1. Supuestos y principios

El método aquí empleado se basa en la distinción de fuentes y flujos, además parte de los siguientes supuestos:

- ***Las características de heterogeneidad y fragmentación del sistema de salud en Argentina configuran un cuadro muy variado de niveles de cobertura y accesibilidad a los servicios de salud.***
- ***Existen subsidios indirectos del subsector público al privado y de la seguridad social.***
- ***Los beneficiarios del subsector público no son solo los pertenecientes al segmento de la población que no tiene cobertura de obras sociales ni prepagas.***

***A nivel de las fuentes se pueden distinguir las siguientes categorías:***

- a) ***Impuestos:*** Recursos que ingresan al tesoro público (nacional, provincial o municipal) cuya asignación es determinada según prioridades políticas de la jurisdicción correspondiente.
- b) ***Contribuciones sobre el salario:***
  - Aportes:*** Contribución de los empleados proporcional al salario que tiene como finalidad específica co-financiar las coberturas de salud a través de una obra social.
  - Contribuciones:*** Desembolsos de las empresas (empleadores) proporcional al salario de sus empleados que tiene como finalidad específica co-financiar las coberturas de salud a
- c) ***Recursos externos:*** Transferencias del extranjero u organismos internacionales de recursos a fondo perdido o como préstamo reembolsable con la finalidad de co-financiar programas específicos. Ingresan al tesoro nacional y a través de la coordinación de la jurisdicción correspondiente (en este caso MSAS) son ejecutados en unidades nacionales, provinciales o municipales.
- d) ***Gasto de las familias:*** Desembolsos privados de las personas que tiene dos grandes componentes:
  - I. Gasto en mensualidades o primas de empresas de medicina privada (prepagas, mutuales, seguros de enfermedad).
  - II. Desembolso directo, o gasto de bolsillo en pagos de consultas, internaciones, medicamentos, copagos por servicios parcialmente financiados por agentes intermediarios, etc.

**Subsector público Provincial y Municipal:** Se utilizan informaciones provistas por la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía, Obras y Servicios  
ación.

#### ***3.2.1.2. Gasto de la Seguridad Social***

- ◆ **Obras Sociales Nacionales<sup>4</sup>:** Se utilizan informaciones provistas por la Secretaría de Programación Económica, las cuales se cruzan con datos obtenidos de la Superintendencia de Servicios de Salud. Para considerar la recaudación se incluyeron aportes y contribuciones, compensaciones del fondo solidario y recursos

---

<sup>4</sup> Para determinar el gasto de la seguridad social con cobertura jurisdicción dividido por provincias y ante la falta de un registro por parte de las Obras Sociales Nacionales y PAMI, respecto de su asignación, la misma se llevará a cabo procediéndose a capitar el mismo y reasignarlo a las provincias según la población beneficiaria de cada jurisdicción.

copagos. La información consolidada provista por la Superintendencia de Servicios de Salud permite distinguir otros gastos no imputables a salud como los de turismo y asistencia social no sanitaria.

- ◆ **PAMI (INSSJP):** Se utilizan informaciones provistas por la Secretaría de Programación Económica y se utilizó para su validación el presupuesto ejecutado de la institución con el mismo criterio antes expuesto.
- ◆ **Otras obras sociales:** Se utilizan informaciones provistas por la Secretaría de Programación Económica y además se cruzan con datos obtenidos de fuentes primarias en estas Instituciones.
- ◆ **Obras Sociales Provinciales:** Se utilizan informaciones provistas por la Secretaría de Programación Económica y además se cruzan con datos de la institución que las nuclea: Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina - COSSPRA-..

### 3.2.2. Gasto privado

El gasto privado comprende las erogaciones de todo el conjunto de bienes y servicios en materia sanitaria realizadas por el sector de las familias. Por lo tanto comprende todos los gastos de bolsillo de los agentes privados de la economía que tengan como objeto la obtención de algún bien o servicio que tenga relación con la salud, y todas aquellas erogaciones que tengan como fin el pago de una prima a un ente asegurador que en el futuro pueda ser financiador para la obtención de algún bien o servicio relacionado con la salud.

Para la República Argentina no existe una única metodología que arroje el valor del gasto privado en salud, se han hecho diferentes intentos que tienen por finalidad estimar dicho gasto, pero ninguno es reconocido unánimemente. Los métodos que a continuación se analizan son los provenientes del Banco Mundial y la Encuesta de Gasto de los Hogares.

#### ***3.2.2.1. Según el modelo utilizado en estudios anteriores para América Latina***

En un documento sobre el gasto en salud y financiamiento para América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud propone un esquema mixto (Suarez, Henderson, Barillas y Viera, 1995). Para lograr obtener un valor del gasto privado en salud que sea comparable internacionalmente y a la vez relativamente sencillo de obtener, la metodología a utilizar debería valerse de dos datos básicos:

- a) El porcentaje de gasto en salud de los hogares con relación a total de gastos que realizan las familias, este dato surge de las encuestas que llevan a cabo generalmente los países con el fin de obtener la estructura de gasto de las familias. En el caso de la Argentina es la Encuesta de Gasto de los Hogares de 1996/97 del INDEC.
- b) Consumo de las familias que se obtiene de las cuentas nacionales de los países. Para la Argentina surge del estudio de cuentas nacionales de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos.

Por lo tanto el gasto privado en salud se obtiene como la multiplicación de la proporción de gasto de salud en los hogares por el consumo de las familias.

#### *Limitaciones de la metodología de cálculo:*

Se pueden identificar dos tipos de limitaciones en este procedimiento.

*Por el lado del consumo:* Según el manual del Sistema de Cuentas Nacionales (MEyOSP, 1993) con base en el año 1993 el consumo privado mide el valor de los bienes y servicios de producción nacional y las importaciones del periodo de productos terminados destinados al consumo de las familias.

A partir de la imposibilidad de relevar este componente en forma total y de no contar con una correcta estructura de consumo que permitiría la estimación en base a una muestra, se decide calcularlo como la diferencia entre la oferta (producto del país) y la demanda restante, es decir la suma de los componentes diferentes al consumo<sup>5</sup>. La consecuencia de esta forma de cálculo, es que el consumo carga con un conjunto de partidas que no se le deberían imputar, incluyendo el arrastre de errores en el cálculo de los componentes que sí se estiman directamente.

*Por el lado de gasto:* En realidad las encuestas de gasto no establecen una estructura de consumo de las familias sino la de gasto, la diferencia está en que cuando se le pregunta a las familias de la muestra seleccionada, no se cuestiona sobre los ítems que corresponden a la definición de consumo, sino que se cuestiona sobre el total de gastos que realizó la familia. Esto origina contar con una estructura correspondiente a un universo mas amplio con respecto al que correspondería al universo de consumo.

#### **3.2.2.2. Según Encuesta de gastos de los Hogares**

Otra fuente utilizada para el calculo del gasto privado son las encuestas de gastos de los hogares. Son necesarias las siguientes consideraciones al considerarla para la estimación del gasto:

---

<sup>5</sup> Para una mayor explicación se detalla la ecuación macroeconómica básica, que es la suma de Consumo, Inversión, Sector Gobierno, Exportaciones menos Importaciones, como a continuación se detalla:

$$Y = C + I + G + X - M$$

Los anteriores componentes mencionados del lado de la demanda - excepto el consumo de las familias - son calculados mediante fuentes y estimaciones directas. En el caso del consumo de las familias, se aprovecha la identidad contable entre oferta y demanda, y el mismo queda calculado de la siguiente manera:

$$C = Y - I - G - X + M$$

### *Deficiencias generales de las encuestas de gasto*

1. La información relevada no cubre la totalidad de la población, corresponde a las familias que habitan en zonas urbanas, con determinada cantidad de habitantes de todo el país, esto origina la necesidad de un ajuste con miras a obtener una estructura de consumo que sea representativa de todas las familias del país, es decir se debe contemplar las familias que habitan en zonas rurales y aquella población no cubierta por la muestra.
2. La existencia de una subdeclaración de las familias en relación a sus gastos y a partir de que esta no es proporcional en cada estrato, se permite sugerir la corrección de estos por coeficientes que estimen la subdeclaración relativa.
3. Las encuestas que usan como método visitas sucesivas con un intervalo entre ellas mayor a las 2 semanas tenderán a obtener resultados que subestimen el gasto, esto a partir de que empieza a jugar en los encuestados el efecto memoria. Cuanto mayor es la extensión entre visita y visita menor será la eficacia del relevamiento.

### *Deficiencias particulares de las encuestas de gasto para el sector salud*

1. Las encuestas de gasto que se realizan con el fin de captar el gasto general de los consumidores, es decir que no se elaboran con el fin particular de estimar el gasto solo en salud, tenderán a subestimar este último gasto, si comparamos con los resultados que proveería una encuesta especialmente designada para medir el gasto en salud.
2. Encuestas las cuales contienen preguntas acerca de gasto en el área de salud, captarán gastos realizados en momentos de enfermedad y omitirán un componente significativo del gasto el cual no está relacionado con el gasto en dicho momento, entre estos se puede contar: inmunizaciones, chequeos médicos y otros. Esto tenderá a introducir un elemento de subestimación.
3. El gasto en drogas y medicinas tenderá a ser mejor captado que el gasto en servicios y consultas. Esto puede llevar a un sesgo al sobrestimar la proporción del gasto en drogas en relación a otros componentes del gasto de en el área de salud.
4. Muchas encuestas no contienen en su muestra la población residente en hospitales u otros centros médicos, y así se subestimara el gasto de este grupo.

### **3.3. Procedimiento seleccionado para la estimación del Gasto Privado**

La problemática del cálculo del consumo dentro de la metodología de las cuentas nacionales, como antes se mencionó, es su forma de cálculo, debido a que sería la "bolsa" en la cual van a parar todos los errores de estimación que se producen al valorar los restantes componentes. La solución a este problema conlleva a un arduo trabajo que implica llegar con alguna aproximación al valor del error de subestimación de los mismos. Esto se puede conseguir mediante el cálculo de coeficientes que permitan corregir los datos que surgen de la contabilidad pública, para de esta forma obtener una mejor aproximación. Otra solución posible, es aplicar una metodología para estimación del consumo privado, con el fin de obtener una estructura real del consumo de las familias. Ambas maneras de corrección exceden debido a su magnitud y complejidad, los alcances de este estudio. Por estos motivos se decidió utilizar como fuente de datos principal para el cálculo del gasto privado en salud la Encuesta de Gasto de los Hogares. A continuación se detalla la metodología y forma de cálculo utilizada.

### 3.3.1. Gasto Privado en Salud, Ajustes sobre la Encuesta de 1997

Para la estimación del gasto privado en salud de los hogares, desagregado por provincia se utilizaron las siguientes fuentes:

- Base de datos de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997. Total del País - Resultados definitivos.
- Estimación de población total urbana y rural por provincia del INDEC.

Con el fin de obtener un gasto en salud para los hogares del total del país, se realizaron los siguientes ajustes, que a continuación se enumeran:

#### Diagrama III. Ajustes aplicados a los datos de la EGH para estimación del gasto privado en salud

<b>Por áreas no cubiertas</b>	Incorpora la población urbana y rural por provincia no considerada dentro de la muestra de la EGH.
<b>Por hogares con no respuesta</b>	Se incorpora los hogares que no respondieron a la encuesta por rechazo de campo, o sea aquellos que se negaron a responder.
<b>Por subdeclaración</b>	Se incorpora una corrección debido al subregistro de montos y fuentes de ingreso que perciben los hogares

Fuente: Elaboración propia

#### 3.3.1.1. Ajuste por áreas no cubiertas

Los pasos llevados a cabo se enumeran a continuación:

1. Se excluyeron de la base los hogares con gasto cero o con gasto negativo.
2. Se realizó una agrupación del gasto por rubros de salud en base a la apertura de la encuesta:
  - a) Medicamentos y primeros auxilios,
  - b) Sistema Prepago de Asistencia Médica,
  - c) Servicios Profesionales para la Salud,
  - d) Otros gastos en salud.
3. Se determinó la cantidad de los hogares y la cantidad de miembros del hogar por provincia.
4. Se estimó los hogares urbanos no cubiertos y rurales por provincia, considerando
5. Se estimó el gasto de la población rural utilizando la estructura y el gasto de poblaciones de más de 5.000 y menos de 10.000 habitantes.
6. Se estimó el gasto de los hogares no cubiertos teniendo en cuenta la estructura y el gasto promedio del Noreste, debido a que posee 30 % de la población no cubierta.
7. Se calculó – teniendo en cuenta los pasos anteriores - el gasto de salud por rubros de los hogares no cubiertos por provincia.

### **3.3.1.2. Ajuste por hogares con no respuesta**

Los pasos llevados a cabo se enumeran a continuación:

1. Se realizó un ordenamiento por quintil de los hogares en las doce subregiones: 1. Capital Federal, 2. Conurbano, 3. Córdoba - La Pampa, 4. Santa Fe - Entre Ríos, 5. Buenos Aires, 6. Jujuy - Salta - Tucumán, 7. La Rioja - Catamarca - Santiago del Estero, 8. Misiones - Corrientes, 9. Chaco - Formosa, 10. San Juan, Mendoza - San Luis, 11. Neuquén - Río Negro, 12. Chubut - Santa Cruz - Tierra del Fuego.
2. Se estimó la cantidad de hogares que rechazaron el campo por provincia.
3. Se estimó la estructura y el gasto promedio del último quintil de cada provincia.
4. Se calculó en base a los ítems anteriores el gasto de los hogares que no respondieron a la encuesta.

### **3.3.1.3. Ajuste por subdeclaración**

1. Se utilizó el gasto por rubros, por subregión y por quintil de ingreso mencionado en el punto "Ajuste por áreas no cubiertas".
2. Se estimó el gasto por rubro y por subregión, suponiendo un gasto promedio por quintil de ingreso mayor y la estructura de gasto del quintil próximo superior.
3. Se calculó en base a los ítems anteriores el gasto de salud de subdeclaración

### **3.3.1.4. Construcción de una serie histórica del gasto privado en salud**

El presente estudio asumió como objetivo el cálculo del gasto en salud para el período 1995-1999. Considerando como punto de partida el cálculo del gasto en salud en el año 1997, se estimó para la proyección de los restantes años un índice promedio de las siguientes variables:

- Facturación de los Laboratorios productores de medicamentos.
- Consumo Privado de la Oferta y Demanda Global a precio del comprador para el período 1995 -1997. Para 1998 y 1999 se utilizaron las estimaciones provisionales del PIB y sus componentes. Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos

## **4. EL CASO ARGENTINO: RESULTADOS**

---

### **4.1. El gasto Consolidado**

En base a las fuentes y metodologías expuestas, se arribó a una serie de gasto en salud para los años 1995-1999 como se expone en el cuadro siguiente.

**Cuadro 3. Argentina. Evolución del gasto en Salud. 1995-1999.**

	<b>Gasto en Miles de \$</b>	<b>Indice 1995 =100</b>	<b>Gasto per Cápita</b>	<b>Indice 1995=100</b>	<b>Gasto como % del P.B. I<sup>6</sup>.</b>	<b>Indice 1995=100</b>
1995	22.226	100.00	639.25	100	9.13	100
1996	22.377	100.60	635.25	99.37	8.71	95.4
1997	23.428	105.40	656.76	102.73	8.44	92.4
1998	24.073	108.31	672.05	105.13	8.35	91.5
1999	23.894	107.50	659.45	103.15	8.45	92.5

Fuente: Elaboración propia

**En el lustro considerado el Gasto en Salud en Argentina tuvo un incremento acumulado del 7.5%**, lo que representa un promedio para dicho período del 2.1 % anual. Sin embargo, el ritmo evolutivo sufrió altibajos dado que para el período 96/97 se verifica un incremento del 4.7% y para el período 98/99 hubo un decrecimiento del 1%. No obstante el crecimiento promedio en el gasto para el período considerado es sustancialmente superior al crecimiento vegetativo de la población como ocurre en todo el mundo.

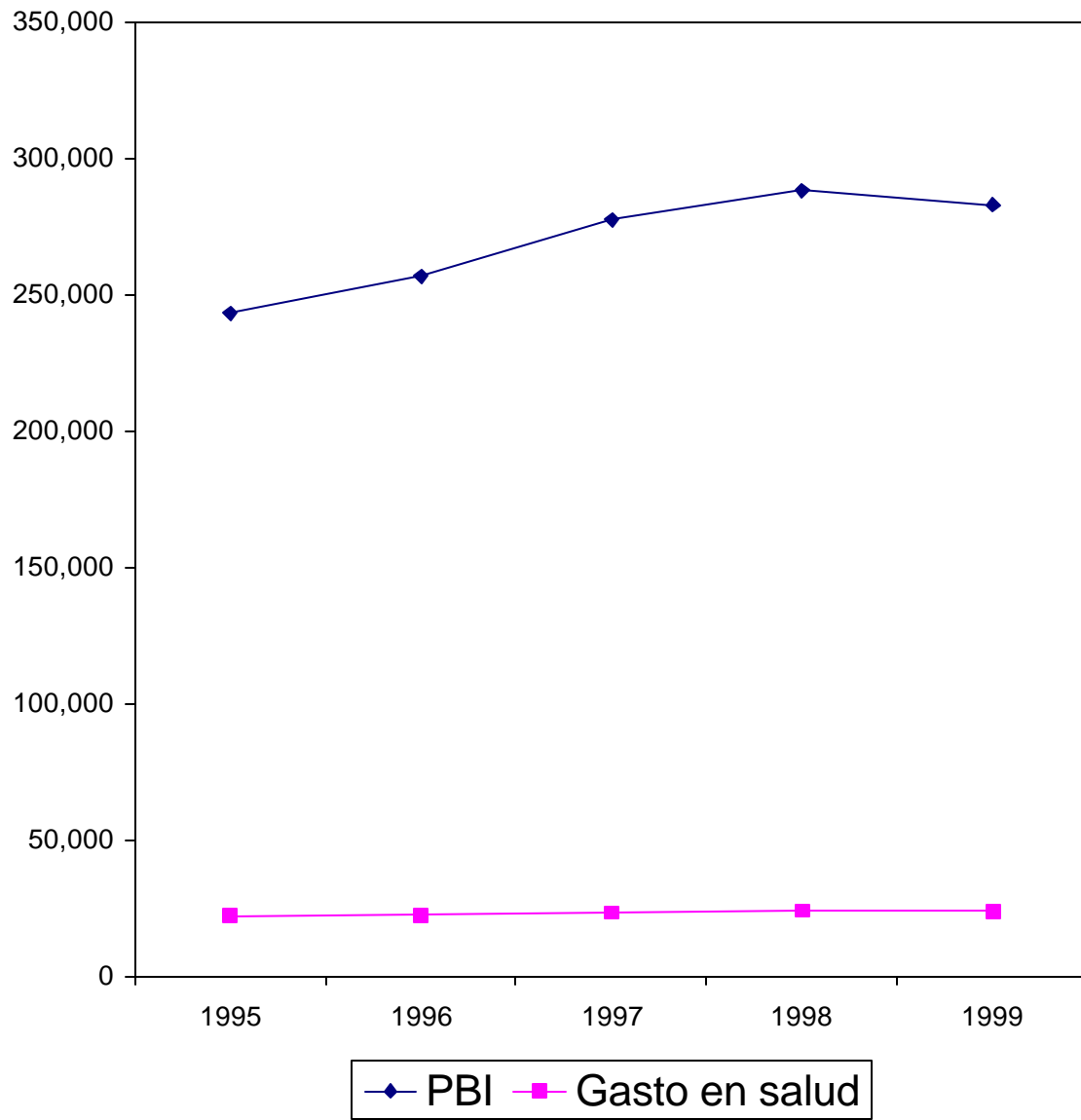
**Cuando el análisis del gasto se realiza en función de su participación en el producto bruto interno se observa como a partir de 1995, la participación ha ido cayendo año tras año, en el quinquenio la caída fue de 7.44%.**

gasto en salud y Producto Interno Bruto o Productividad de un país sirve para comparar cuanto de su riqueza un país invierte en salud. En conclusión, el financiamiento sectorial deben considerar las restricciones presupuestarias públicas, que están directamente relacionadas con la capacidad de ingresos de cada país.

A efectos de comparar el gasto Argentino en Salud, y el de otros países se han seleccionado países de América y Europa.

---

<sup>6</sup> P.B.I. considerado a precios de mercado año 1995 \$ 243.186 mil, 1996 \$ 256.626 mil, 1997 \$ 277.441mil, 1998 \$ 288.195 mil, 1999 \$ 282.869



**Cuadro 4. Países seleccionados. Gasto en Salud como porcentaje del P.B.I. 1997.**

Países de América		Países Europeos	
País	Gasto	País	Gasto
Canadá	8.6%	R. U.	5.8%
Chile	6.1%	Alemania	10.5%
Colombia	9.3%	Italia	9.3%
Brasil	6.5%	Holanda	8.8%
Uruguay	10.0%	Suecia	9.2%
México	5.6%	España	8.0%

Fuente: The World Health Report 2000. W.H.O.

Quando se considera al Gasto en Salud como porcentaje del P.B.I. no hay grandes diferencias entre los países analizados de América y de Europa. El gasto en salud en los países seleccionados de América se ubican en un rango que va del 5.6 % al 10.0% del producto. En la muestra seleccionada de países europeos, se registra con un rango que va desde el 5.8 % para Reino Unido, que tiene un sistema eminentemente público de organización hasta el 10.5 % como es el caso de Alemania con gran participación de la Seguridad Social. No obstante el gasto en relación con el producto parecería tener una media que ronda el 8.5 % en estos países más cercano al gasto de Argentina.

Quando se analiza el gasto per cápita, se verifica la tendencia general del mundo hacia un incremento sostenido. En los cuadros siguientes, se presenta el gasto per cápita para

**Cuadro 5. Países seleccionados. Gasto en Salud per cápita. 1997**

	1.783	R. U.	1.303
Chile	315	Alemania	2.713
Colombia	247	Italia	1.855
Brasil	319	Holanda	2.041
Uruguay	660	Suecia	2.456
México	240	España	1.071

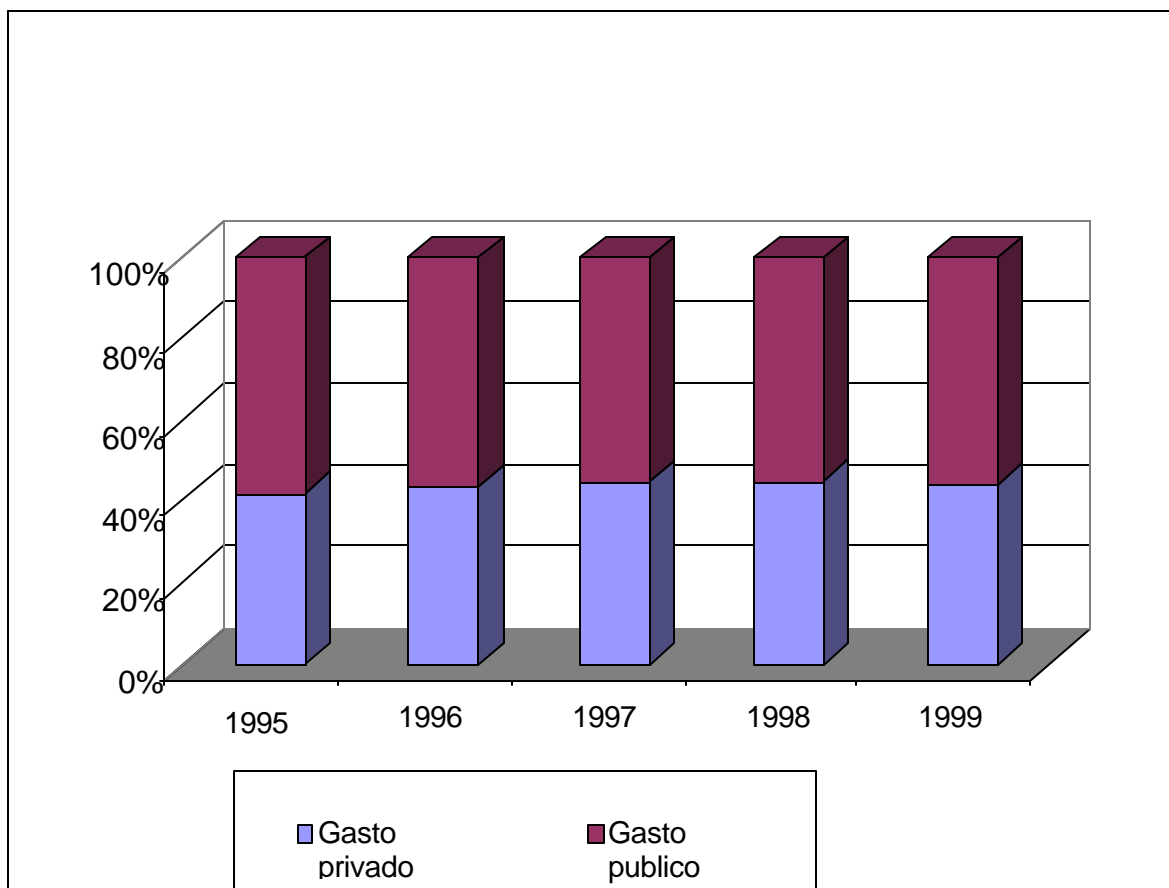
Fuente: The World Health Report 2000. W.H.O.

En el análisis comparativo del gasto per cápita un dato que se debe tener en cuenta es el producto bruto de cada país, Obviamente los países con alto producto per cápita tendrán en valores absolutos un gasto per cápita más alto en salud. No obstante se puede observar como **el gasto en salud de Argentina, para 1997 se sitúa por encima de la mayoría de los países Latinoamericanos a excepción de Uruguay y muy por debajo del gasto de los países europeos o Canadá.**

El gasto público perdió participación en el total, dentro del período considerado. El incremento en el gasto total – que comprende el gasto público y privado – es del 7,5 % entre 1995 y 1999, habiendo aumentado un 13 % el gasto privado y un 3 % el público.

En el período analizado la participación del gasto público y privado sobre el total es en promedio de 56 % y 44 % respectivamente. Entre 1995 y 1999, el gasto público descendió pasando de 58 % a 55 %, tal como se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico No. 2. Composición gasto público y gasto privado. Total del país. 1995-1999**



Fuente: Elaboración propia

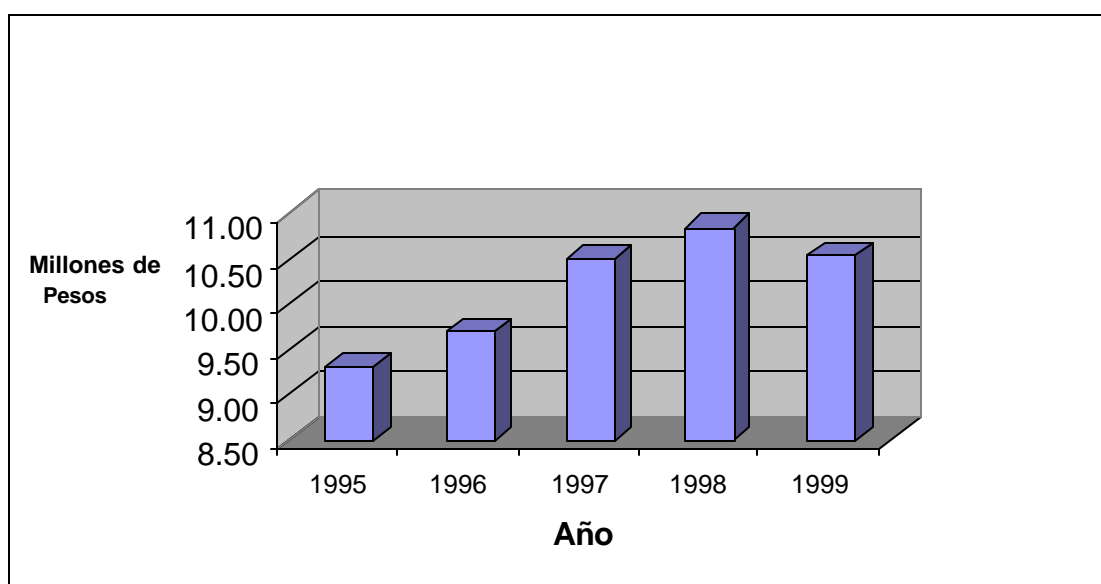
**Ambos componentes (público y privado) perdieron participación en el PBI.** En 1995 el gasto público alcanzó el 5.31 % del PBI y el gasto privado representó un 3,83% del PBI, mientras que en 1999 ambos bajan el gasto publico llegó a 4.72 % y el privado a 3.72 % del PBI.

#### 4.2.1. Gasto privado 1995 -1999<sup>7</sup>

El gasto privado total del país ascendió en 1999 a 10.533 millones de pesos, aumentando un 13 % entre 1995 y 1999, siendo mayor que el incremento en el gasto público que, fue del orden del 3.5% para dicho período. El promedio de gasto privado representó un 3.78 % del PBI. Los medicamentos representaron el 47% del monto total mientras que los servicios de salud equivalían al 53%<sup>8</sup>.

En el año 1995 se registró el mayor gasto del período como porcentaje del PBI, siendo del 3.83% representando \$ 9.300 millones de pesos. Para el último año, tal como se observa en el siguiente gráfico, el monto cae cerca de un 3 % en relación a 1998.

**Gráfico No. 3. Argentina. Evolución del Gasto Privado en Salud. 1995-1999. En millones de pesos corrientes**



Fuente: Elaboración propia

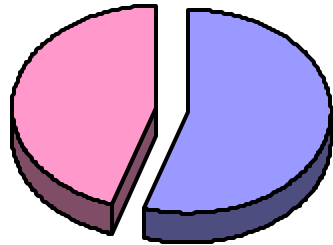
#### 4.3. La Relación Público/Privado del Gasto en Salud

El análisis de la relación gasto Público versus Gasto Privado en salud es también muy importante a la hora de realizar comparaciones entre países. Esta relación se basa fundamentalmente en la modalidad organizativa del Sistema de Salud de cada país, en el caso de Argentina, la Seguridad Social tiene un peso muy importante en la financiación de la salud. Como se observa en el cuadro siguiente, el modelo de financiamiento argentino para 1997 tenía una participación pública, en el total, del orden del 55% dentro de la cual la participación de la seguridad social representa el 60.1%

<sup>7</sup> La metodología del cálculo del gasto privado se presenta en Resultados-Metodología.

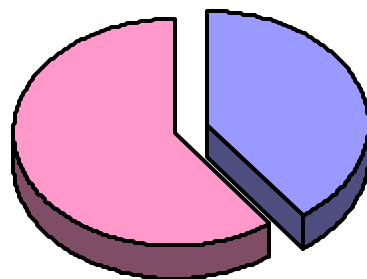
<sup>8</sup> Este ítem incluye mensualidades de prepagos, servicios profesionales de la salud y otros gastos.

Gasto  
privado  
45%



Gasto  
público 55%

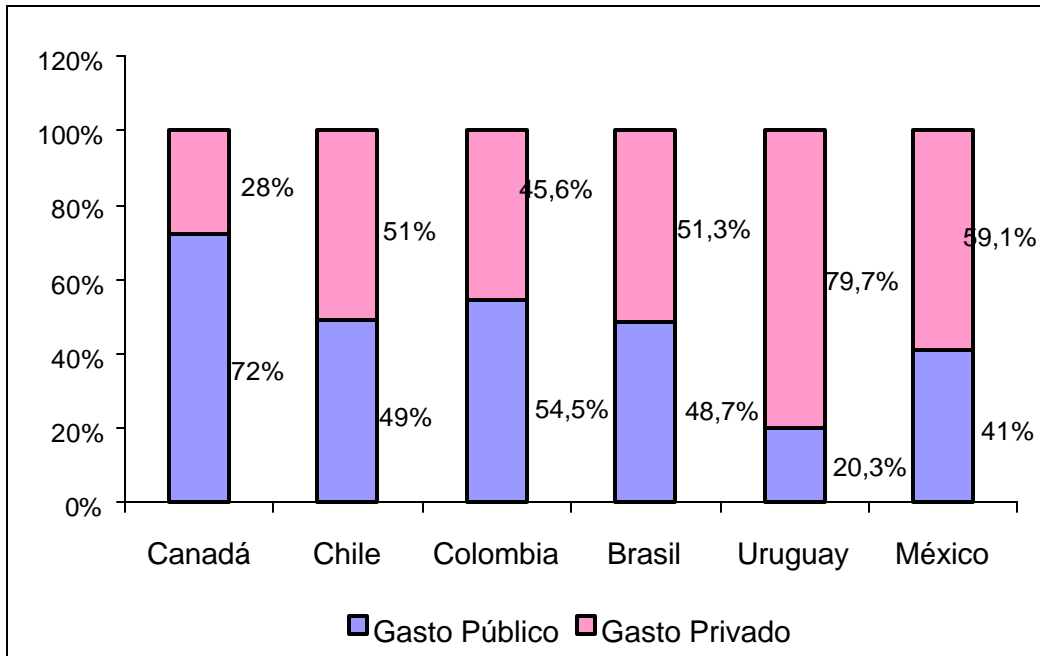
% financiado  
Seguridad social  
60%



% financiado  
con impuestos  
40%

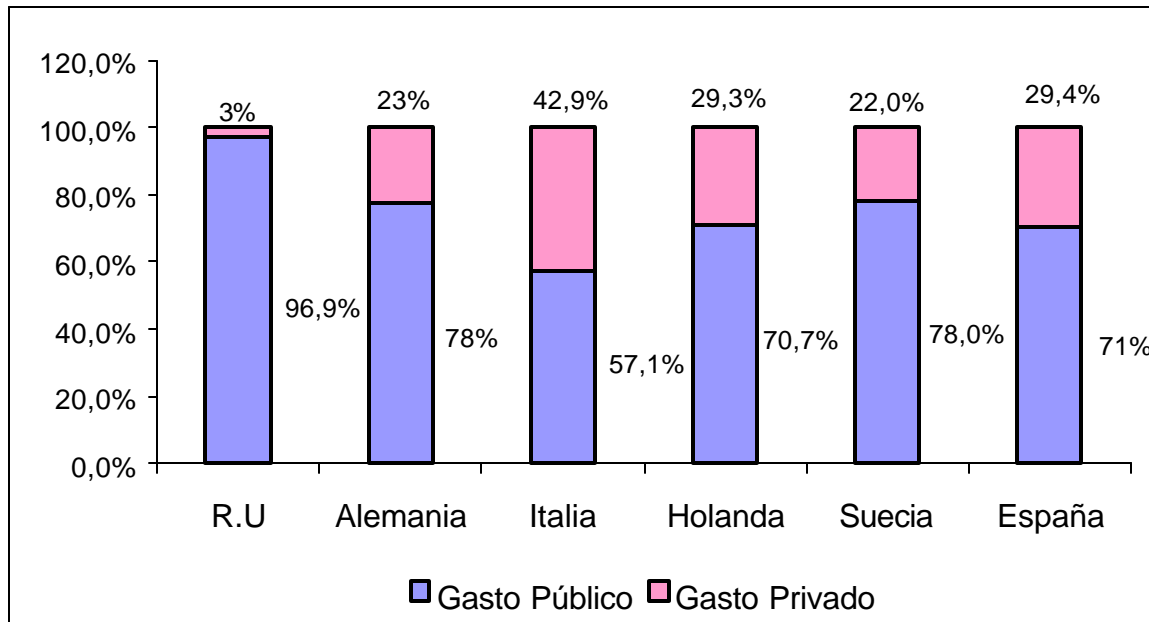
Fuente Elaboración propia

La relación público-privado para los países seleccionados es presentada en los gráficos siguientes.



Fuente: The World Health Report 2000. W.H.O.

**Gráfico No. 7 Países Europeos. Relación Gasto Público/Privado en Salud. 1997**

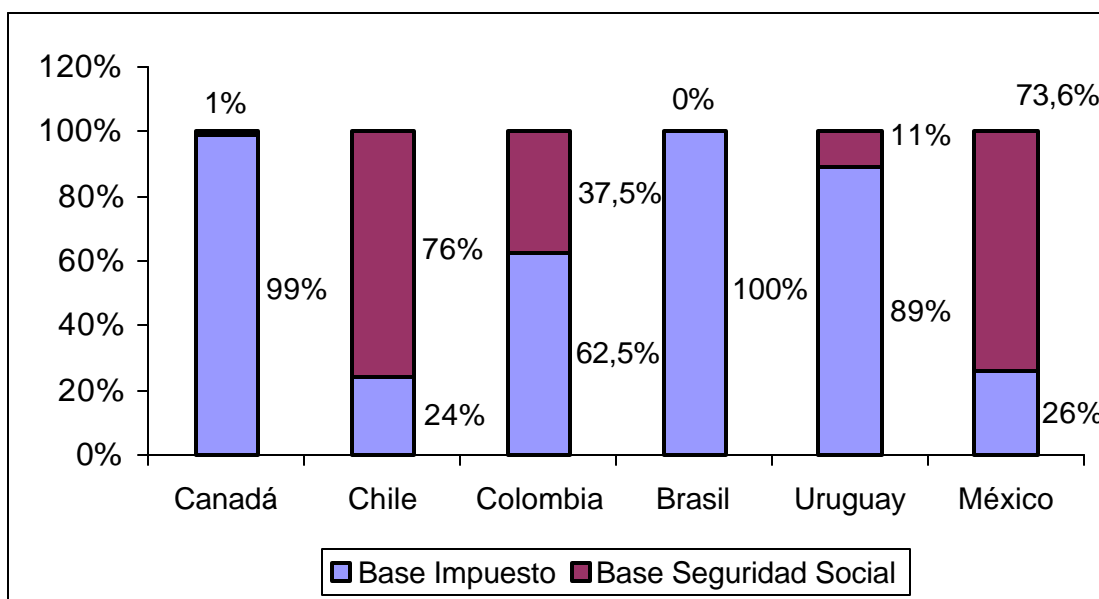


Fuente: The World Health Report 2000. W.H.O.

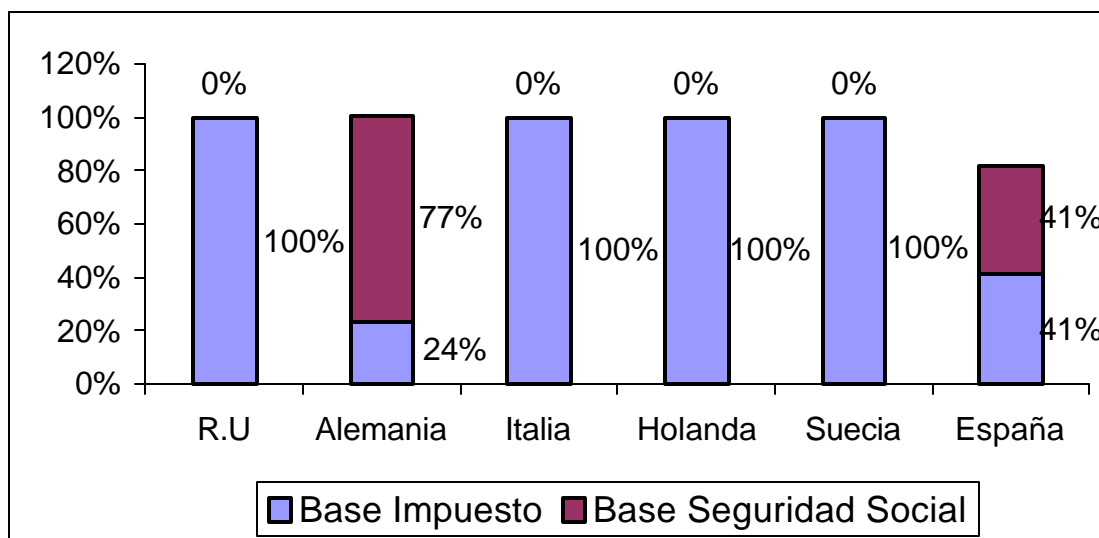
En los países Latinoamericanos la participación del Gasto Privado tiene un peso mucho más importante que en los países Europeos, e incluso, Canadá dado que se encuentran gastos públicos que van desde 55% como es el caso de Argentina y muy próxima Colombia, hasta un 20.3% como lo es en Uruguay mientras que en los países seleccionados de Europa el rango del Gasto Público va desde un 57.1 % para Italia hasta un 96.9 % para Reino Unido.

Estos números son el reflejo de la forma organizativa del sistema de Salud. En países con un Modelo con características más universalistas la forma de financiación del gasto público es en base a impuestos, donde el sistema tiene un componente de Seguridad Social como el aporte real del Estado al Sistema de Salud es menor y la financiación de este recae indirectamente con una financiación específica para ese fin.

**Gráfico No.8. Países Americanos. Composición del Gasto Público en Salud. 1997**



Fuente: The World Health Report 2000. W.H.O.



Fuente: The World Health Report 2000. W.H.O.

#### 4.4. El Gasto en salud según fuentes y agentes

Una forma más clara de ver de donde provienen los flujos de fondos y quién es el encargado de ejecutar los mismos surge a partir de las matrices que a continuación se exponen. En las columnas se observa cuales son las fuentes de recursos, o dicho de otro modo, muestran de donde provienen los recursos para la cobertura de salud. Las filas se corresponden con los agentes que ejecutan esos recursos o bien el tipo de gasto al que se aplican esos fondos.

**Cuadro 6. Argentina. Gasto en Salud -1995- Matriz de Fuentes y Agentes. En miles de \$**

1995 AGENTES	FUENTES					TOTALES
	NACION	PROVINCIAS	MUNICIPIOS	EMPRESAS	HOGARES	
MINISTERIO DE SALUD NACIONAL	616					616
MINISTERIOS DE SALUD PROVINCIALES		3.515				3.515
SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES.			772			772
OTROS MINISTERIOS						0
<b>SECTOR PUBLICO</b>	<b>616</b>	<b>3.515</b>	<b>772</b>			<b>4.903</b>
OOSS NACIONALES	138			2.193	1.166	3.497
OOSS PROVINCIALES		993			833	1.825
I.N.S.S.J.P.				630	2.059	2.689
<b>SEG. SOCIAL</b>	<b>138</b>	<b>993</b>		<b>2.823</b>	<b>4.058</b>	<b>8.011</b>
FONDO DE HOGARES					9.313	9.313
<b>SECTOR PRIVADO</b>					<b>9.313</b>	<b>9.313</b>
<b>TOTAL</b>	<b>754</b>	<b>4.508</b>	<b>772</b>	<b>2.823</b>	<b>13.371</b>	<b>22.227</b>

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 7. Argentina. Gasto en Salud -1996- Matriz de Fuentes y Agentes**

1996 AGENTES	FUENTES					TOTALES
	NACIÓN	PROVINCIAS	MUNICIPIOS	EMPRESAS	HOGARES	
MINISTERIO DE SALUD NACIONAL	647					647
MINISTERIOS DE SALUD PROVINCIALES		3.544				3.544
SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES			687			687
OTROS MINISTERIOS						0
<b>SECTOR PUBLICO</b>	<b>647</b>	<b>3.544</b>	<b>687</b>			<b>4.878</b>
OOSS NACIONALES	141			2.024	1.299	3.464
OOSS PROVINCIALES		1.005			844	1.849
I.N.S.S.J.P.				472	1.993	2.455
<b>SEG. SOCIAL</b>	<b>141</b>	<b>1.005</b>		<b>2.496</b>	<b>4.136</b>	<b>7.768</b>
FONDO DE HOGARES					9.698	9.698
<b>SECTOR PRIVADO</b>					<b>9.698</b>	<b>9.698</b>
<b>TOTAL</b>	<b>788</b>	<b>4.549</b>	<b>687</b>	<b>2.496</b>	<b>13.834</b>	<b>22.344</b>

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 8. Argentina. Gasto en Salud -1997- Matriz de Fuentes y Agentes**

<b>1997</b>	<b>FUENTES</b>					<b>TOTALES</b>
<b>AGENTES</b>	<b>NACION</b>	<b>PROVINCIAS</b>	<b>MUNICIPIOS</b>	<b>EMPRESAS</b>	<b>HOGARES</b>	
MINISTERIO. DE SALUD NACIONAL	720					720
MINISTERIOS DE SALUD PROVINCIALES		3.686				3.686
SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES.			743			743
OTROS MINISTERIOS						0
<b>SECTOR PUBLICO</b>	<b>720</b>	<b>3.686</b>	<b>743</b>			<b>5.149</b>
OOSS NACIONALES	132			2.180	1.388	3.700
OOSS PROVINCIALES		1.038			874	1.912
I.N.S.S.J.P.				501	1.666	2167
<b>SEG. SOCIAL</b>	<b>132</b>	<b>1.038</b>		<b>2.681</b>	<b>3.928</b>	<b>7.779</b>
SEGUROS PRIVADOS					2.599	2.599
FONDO DE HOGARES					7.901	7.901
<b>SECTOR PRIVADO</b>					<b>10.500</b>	<b>10.500</b>
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>4.724</b>	<b>743</b>	<b>2.681</b>	<b>14.428</b>	<b>23.428</b>

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 9. Gasto en Salud -1998- Matriz de Fuentes y Agentes**

<b>1998</b>	<b>FUENTES</b>					<b>TOTALES</b>
<b>AGENTES</b>	<b>NACION</b>	<b>PROVINCIAS</b>	<b>MUNICIPIOS</b>	<b>EMPRESAS</b>	<b>HOGARES</b>	
MINISTERIO DE SALUD NACIONAL	823					823
MINISTERIOS DE SALUD PROVINCIALES		3.752				3.752
SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES			789			789
OTROS MINISTERIOS						
<b>SECTOR PUBLICO</b>	<b>823</b>	<b>3.752</b>	<b>789</b>			<b>5.364</b>
OOSS NACIONALES	135			2.253	1.434	3.822
OOSS PROVINCIALES		1.076			908	1.984
I.N.S.S.J.P.				232	1.827	2.059
<b>SEG. SOCIAL</b>	<b>135</b>	<b>1.076</b>		<b>2.485</b>	<b>4.169</b>	<b>7.865</b>
FONDO DE HOGARES					10.843	10.843
<b>SECTOR PRIVADO</b>					<b>10.843</b>	<b>10.843</b>
<b>TOTAL</b>	<b>958</b>	<b>4.828</b>	<b>789</b>	<b>2.485</b>	<b>15.012</b>	<b>24.073</b>

Fuente: Elaboración propia

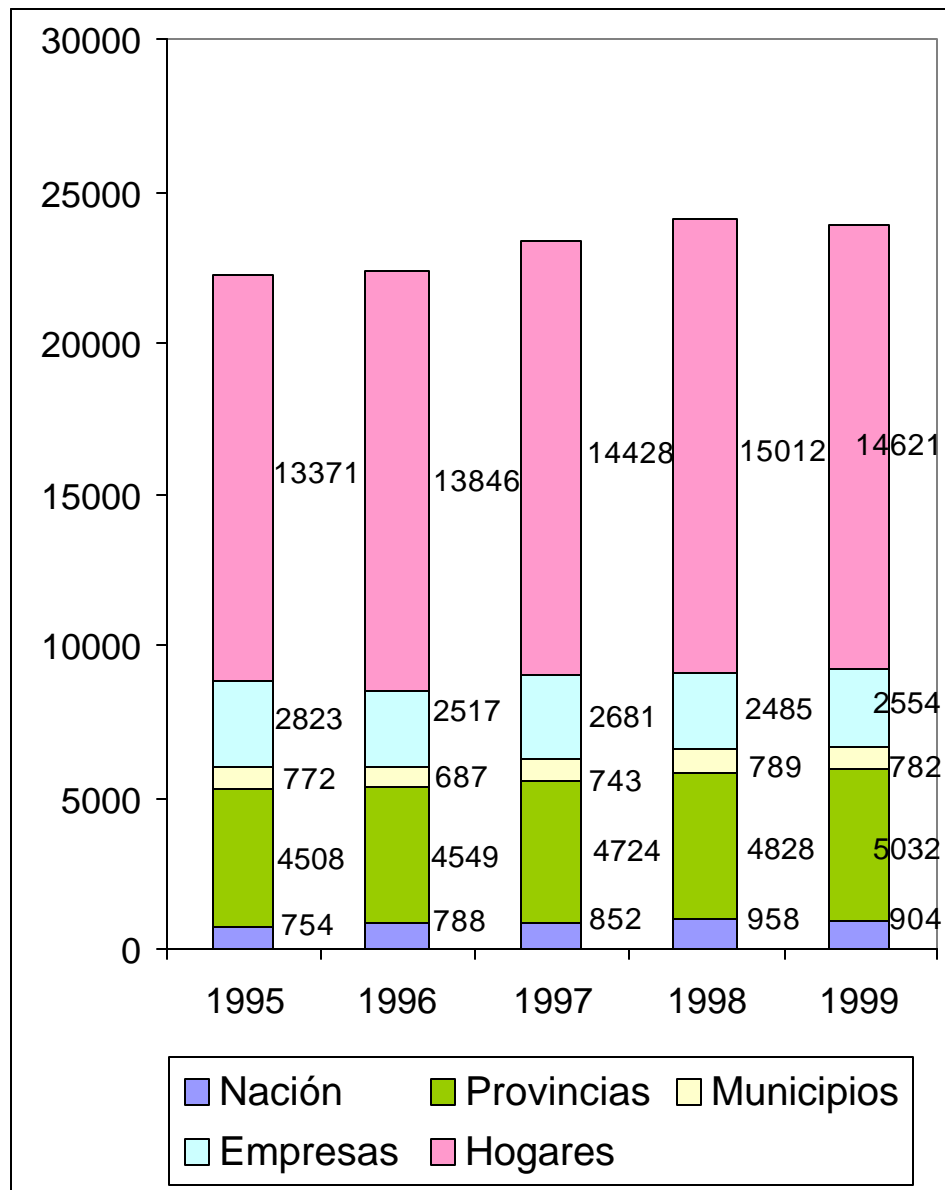
**Cuadro 10. Argentina. Gasto en Salud -1999- Matriz de Fuentes y Agentes**

1999 AGENTES	FUENTES					TOTALES
	NACION	PROVINCIAS	MUNICIPIOS	EMPRESAS	HOGARES	
MINISTERIO. DE SALUD NACIONAL	791					791
MINISTERIOS DE SALUD PROVINCIALES		3.957				3.957
SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES			782			782
OTROS MINISTERIOS						
<b>SECTOR PUBLICO</b>	<b>791</b>	<b>3.957</b>	<b>782</b>			<b>5.530</b>
OOSS NACIONALES	113			2.317	1.458	3.888
OOSS PROVINCIALES		1.075			907	1.982
I.N.S.S.J.P.				237	1723	1.960
<b>SEG. SOCIAL</b>	<b>113</b>	<b>1.075</b>		<b>2.554</b>	<b>4.088</b>	<b>7.830</b>
FONDO DE HOGARES					10.533	10.533
<b>SECTOR PRIVADO</b>					<b>10.533</b>	<b>10.533</b>
<b>TOTAL</b>	<b>904</b>	<b>5.032</b>	<b>782</b>	<b>2.554</b>	<b>14.621</b>	<b>23.894</b>

Fuente: Elaboración propia

Los hogares constituyen la mas importante de las fuentes de financiamiento en Salud en Argentina. Registran una participación promedio equivalente al 60% del total dentro del periodo considerado y una tendencia hacia un leve incremento relativo. El gasto en salud y su evolución, teniendo en cuenta la fuente de financiamiento, para los años 1995 – 1999 son presentados en el siguiente gráfico.

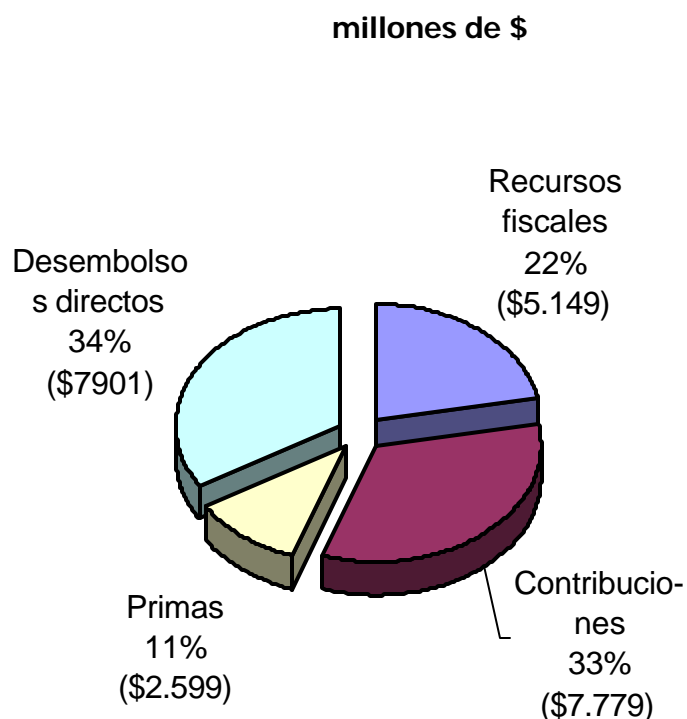
**Gráfico No. 10 Argentina. Evolución del Gasto en Salud según fuentes de financiamiento. 1995-1999. En miles de \$**



Fuente: Elaboración propia

Estas matrices permiten analizar el gasto desde otra óptica, dado que entre las Fuentes, se distinguen claramente los agentes que intervienen en la financiación en forma directa. Dicho de otro modo, cuando se analiza el gasto haciendo la comparación público-privado, se incluye dentro del componente público a todos los fondos que en forma compulsiva o por ley participan en la financiación de la salud, por lo tanto se considera público no sólo las contribuciones del tesoro Nacional cuya principal fuente son los impuestos sino también el aporte que proviene de los salarios aplicados directamente

bolsillo, no sólo proveniente de financiación directa sino también obligatoria y que en definitiva se suma al aporte compulsivo con fin específico, como otra carga de bolsillo dado que su base es el salario, para la financiación de la salud. Estos datos permiten



Fuente: Elaboración propia en base a gráficos anteriores

#### **4.5. El gasto en salud por provincia**

Por otro lado, y también utilizando la metodología descrita pudimos arribar a algunas cifras preeliminares respecto del gasto por jurisdicción, las que se muestran en el cuadro nro. 2. En el podemos observar, por un lado la participación de cada provincia en el gasto total en salud en valores absolutos, sin embargo lo más rico es el análisis comparativo del gasto per cápita provincial. Encontramos aquí una gran dispersión en el gasto en que incurre cada jurisdicción para la cobertura de salud. Mientras que tenemos jurisdicciones ricas que gastan en salud cifras parecidas a la de los países de la OCDE, caso de Ciudad de Buenos Aires o Tierra del Fuego, encontramos otras cuyo gasto se asemeja mucho a países con escaso desarrollo.

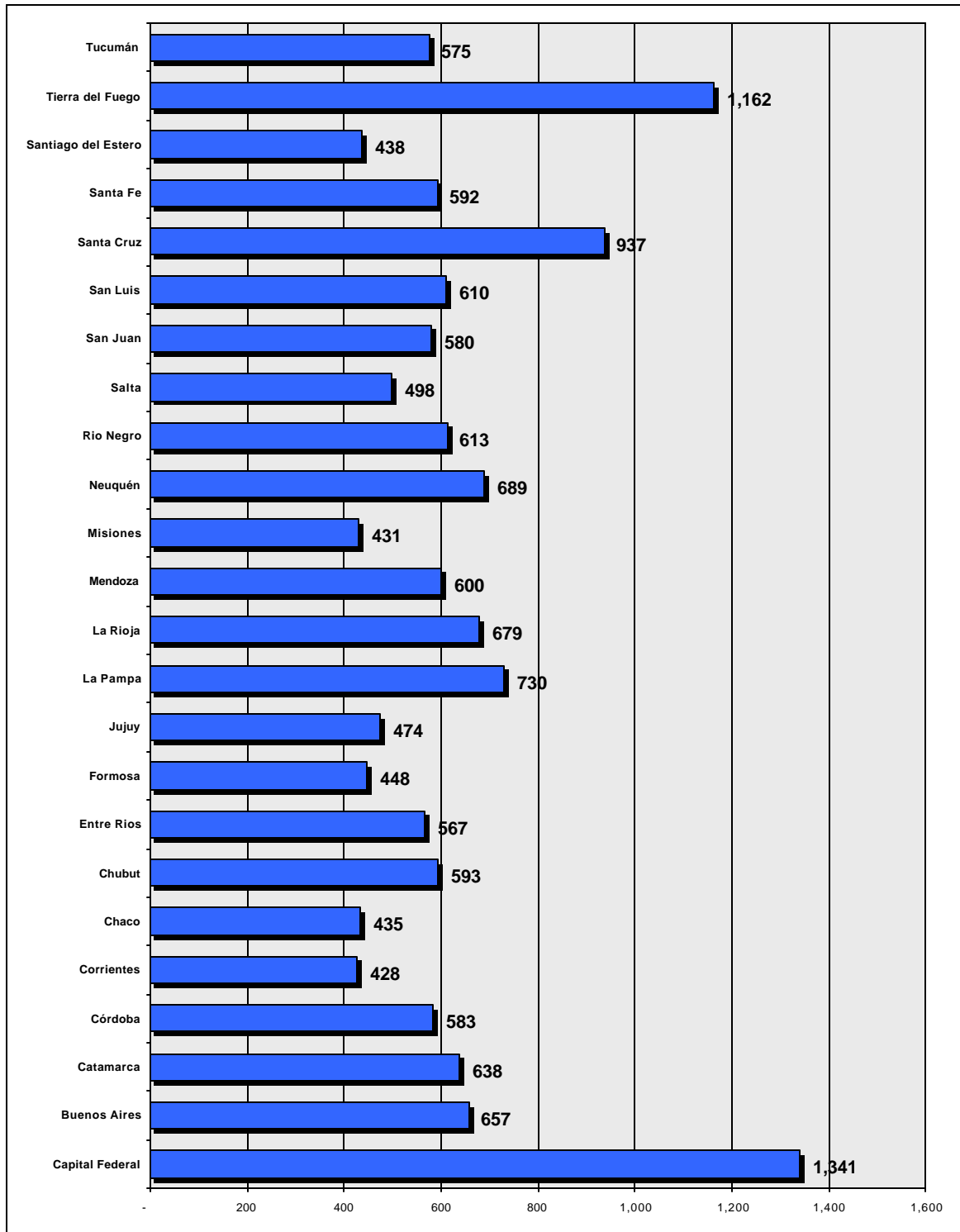
**Cuadro 11. Argentina. Evolución del Gasto total en salud por Provincias. 1995-1999**

(En miles de \$)

	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
<b>Capital Federal</b>	3,796	3,879	4,066	4,098	4,064
<b>Buenos Aires</b>	8,315	8,501	8,900	9,252	9,156
<b>Catamarca</b>	166	170	188	169	168
<b>Córdoba</b>	1,721	1,660	1,726	1,713	1,694
<b>Corrientes</b>	356	351	373	390	389
<b>Chaco</b>	374	371	395	402	402
<b>Chubut</b>	220	233	243	253	254
<b>Entre Ríos</b>	609	597	612	649	647
<b>Formosa</b>	175	190	205	225	227
<b>Jujuy</b>	269	259	268	281	281
<b>La Pampa</b>	197	197	210	212	213
<b>La Rioja</b>	160	165	172	183	184
<b>Mendoza</b>	879	877	917	948	942
<b>Misiones</b>	366	364	390	407	406
<b>Neuquén</b>	323	315	332	357	361
<b>Río Negro</b>	343	342	350	356	355
<b>Salta</b>	449	454	488	506	506
<b>San Juan</b>	349	303	325	342	341
<b>San Luis</b>	193	191	201	197	197
<b>Santa Cruz</b>	161	156	174	172	174
<b>Santa Fe</b>	1,713	1,717	1,765	1,797	1,775
<b>Stgo.del Estero</b>	303	295	309	323	323
<b>Tierra del Fuego</b>	107	102	110	120	121
<b>Tucumán</b>	681	687	709	722	714
<b>Total</b>	<b>22,226</b>	<b>22,344</b>	<b>23,428</b>	<b>24,073</b>	<b>23,894</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección de Programación Económica

Gráfico No.12. Argentina. Gasto total Salud per cápita según provincia. 1997



Como se visualiza en el cuadro anterior, dentro de Argentina se encuentran con realidades muy diferentes teniendo en cuenta la localización geográfica del gasto.

#### 4.5.1. La composición del gasto por provincia

La composición del gasto varía sensiblemente según la provincia. Los cuadros siguientes presentan con la composición del gasto discriminada según fuentes en cada provincia.

**Cuadro 12. Provincias Argentinas. Composición del gasto en salud según**

Localidad	Nación	O.S. Nac.	INSSJyP	Provincias	O.S. Prov.	Municipios	Privado	Total
Capital Federal	54	375	324	789	165	-	2.090	3.796
Buenos Aires	237	1.591	1.074	806	478	325	3.804	8.315
Catamarca	5	21	18	37	26	7	52	166
Córdoba	52	266	247	271	185	71	630	1.721
Corrientes	15	55	46	57	42	21	120	356
Chaco	16	55	56	87	55	22	84	374
Chubut	7	29	22	55	38	10	60	220
Entre Ríos	19	88	89	123	68	26	196	609
Formosa	8	20	16	37	29	11	54	175
Jujuy	10	40	32	70	38	13	66	269
La Pampa	5	25	23	55	26	7	56	197
La Rioja	4	19	16	43	34	6	37	160
Mendoza	27	149	100	135	75	37	358	879
Misiones	16	74	45	67	31	21	112	366
Neuquén	8	41	18	97	84	11	64	323
Río Negro	10	66	27	77	43	14	107	343
Salta	17	61	54	107	44	23	142	449
San Juan	10	37	40	100	42	13	107	349
San Luis	6	37	19	51	15	8	58	193
Santa Cruz	3	16	9	58	39	4	31	161
Santa Fe	52	292	269	188	148	72	692	1.713
Stgo del Estero	12	36	62	68	47	17	61	303
T. del Fuego	2	11	2	41	21	2	28	107
Tucumán	22	94	80	97	54	30	304	681
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>3.487</b>	<b>2.488</b>	<b>2.515</b>	<b>1.825</b>	<b>772</b>	<b>8.312</b>	<b>22.226</b>

agentes. 1995

Fuente: Elaboración propia

### agentes. 1996

	Nación	O.S. Nac.	INSSJyP	Provincias	O.S. Prov.	Municipios	Privado	Total
Capital Federal	56	375	295	816	161	-	2.177	3.879
Buenos Aires	249	1.591	981	912	518	289	3.961	8.501
Catamarca	5	21	16	38	28	6	54	170
Córdoba	54	266	225	234	162	63	656	1.660
Corrientes	16	55	42	57	37	19	125	351
Chaco	17	55	51	89	53	19	88	371
Chubut	8	29	20	68	38	9	62	233
Entre Ríos	20	88	81	107	72	23	204	597
Formosa	8	20	15	52	29	10	56	190
Jujuy	10	40	29	61	38	12	69	259
La Pampa	5	25	21	53	28	6	58	197
La Rioja	5	19	15	50	33	5	38	165
Mendoza	28	149	91	128	76	33	373	877
Misiones	17	74	41	63	33	19	117	364
Neuquén	9	41	17	88	84	10	67	315
Río Negro	10	66	25	69	48	12	111	342
Salta	18	61	50	103	54	21	148	454
San Juan	10	37	37	64	31	12	111	303
San Luis	6	37	17	46	17	7	60	191
Santa Cruz	3	16	8	56	36	4	33	156
Santa Fe	55	292	246	185	154	64	721	1.717
Santiago del Estero	13	36	57	64	47	15	63	295
Tierra del Fuego	2	11	2	38	18	2	29	102
Tucumán	23	94	73	101	54	26	317	687
<b>Total</b>	<b>647</b>	<b>3.497</b>	<b>2.455</b>	<b>3.544</b>	<b>1.849</b>	<b>687</b>	<b>9.698</b>	<b>22.377</b>

Fuente: Elaboración propia

**agentes. 1997**

	Nación	O.S. Nac.	INSSJyP	Provincias	O.S. Prov.	Municipios	Privado	Total
Capital Federal	61	396	261	833	158	-	2,357	<b>4,066</b>
Buenos Aires	277	1,678	865	946	534	312	4,289	<b>8,900</b>
Catamarca	6	22	15	51	29	7	59	<b>188</b>
Córdoba	60	280	199	227	182	68	710	<b>1,726</b>
Corrientes	18	58	37	68	36	20	135	<b>373</b>
Chaco	19	58	45	103	55	21	95	<b>395</b>
Chubut	8	31	17	69	40	10	67	<b>243</b>
Entre Ríos	22	93	72	112	67	25	221	<b>612</b>
Formosa	9	21	13	60	30	11	61	<b>205</b>
Jujuy	12	42	26	63	38	13	74	<b>268</b>
La Pampa	6	26	19	59	29	7	63	<b>210</b>
La Rioja	5	20	13	51	36	6	42	<b>172</b>
Mendoza	31	157	81	133	77	35	404	<b>917</b>
Misiones	19	78	36	72	37	21	127	<b>390</b>
Neuquén	10	43	15	96	85	11	72	<b>332</b>
Río Negro	12	69	22	68	46	13	120	<b>350</b>
Salta	20	65	44	112	65	23	160	<b>488</b>
San Juan	11	39	32	75	34	13	120	<b>325</b>
San Luis	7	39	15	49	19	8	65	<b>201</b>
Santa Cruz	4	17	7	64	43	4	35	<b>174</b>
Santa Fe	61	307	217	185	145	68	781	<b>1,765</b>
Santiago del Estero	14	38	50	70	52	16	69	<b>309</b>
Tierra de Fuego	2	12	1	42	20	2	31	<b>110</b>
Tucumán	25	99	65	92	57	28	343	<b>709</b>
<b>Total</b>	<b>720</b>	<b>3,686</b>	<b>2,167</b>	<b>3,700</b>	<b>1,912</b>	<b>742</b>	<b>10,500</b>	<b>23,428</b>

Fuente: Elaboración propia

## agentes. 1998

	Nación	O.S.Nac.	INSSJYP	Provincias	O.S.Prov.	Municipios	Privado	Total
Capital Federal	69	410	248	802	135	-	2,434	<b>4,098</b>
Buenos Aires	316	1,740	822	1,042	571	331	4,429	<b>9,252</b>
Catamarca	7	23	14	28	28	7	60	<b>169</b>
Córdoba	69	290	189	173	187	72	733	<b>1,713</b>
Corrientes	20	60	35	75	39	21	140	<b>390</b>
Chaco	21	60	43	101	58	22	98	<b>402</b>
Chubut	10	32	16	72	43	10	70	<b>253</b>
Entre Ríos	25	97	68	140	65	26	228	<b>649</b>
Formosa	11	22	12	74	31	11	63	<b>225</b>
Jujuy	13	44	24	66	43	14	77	<b>281</b>
La Pampa	7	27	18	61	27	7	65	<b>212</b>
La Rioja	6	20	13	58	36	6	43	<b>183</b>
Mendoza	36	162	77	146	73	37	417	<b>948</b>
Misiones	22	81	34	73	44	23	131	<b>407</b>
Neuquén	12	45	14	103	97	12	75	<b>357</b>
Río Negro	14	72	21	67	44	14	124	<b>356</b>
Salta	23	67	42	115	70	24	165	<b>506</b>
San Juan	13	41	31	82	38	14	124	<b>342</b>
San Luis	8	41	15	37	21	8	67	<b>197</b>
Santa Cruz	4	17	7	52	50	5	36	<b>172</b>
Santa Fe	69	319	206	176	148	72	806	<b>1,797</b>
Santiago de Estero	16	39	48	74	59	17	71	<b>323</b>
Tierra de Fuego	2	12	1	47	22	2	32	<b>120</b>
Tucumán	29	102	62	90	55	30	354	<b>722</b>
Total	823	3,822	2,059	3,752	1,984	789	10,843	24,073

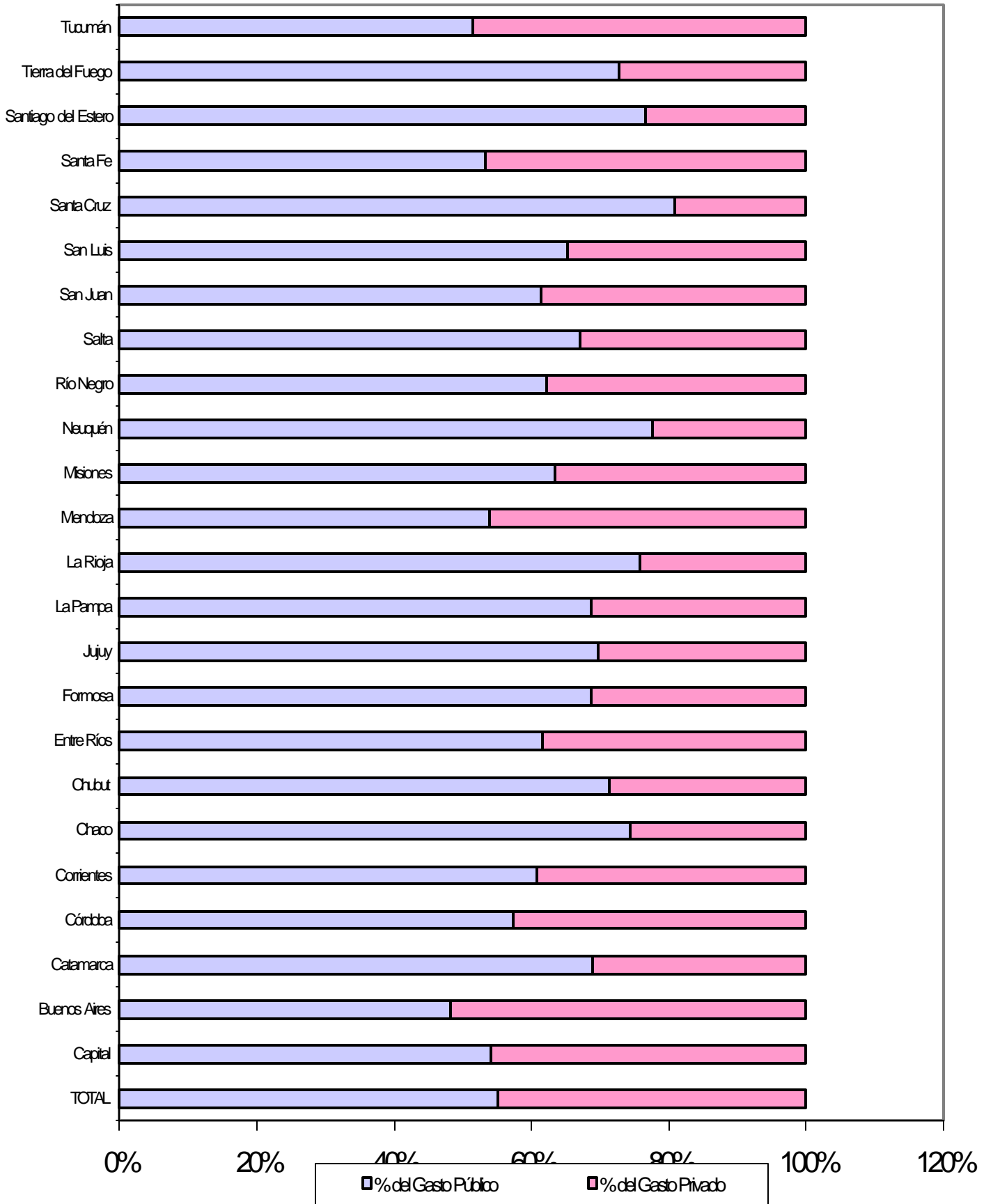
Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 16. Provincias Argentinas. Composición del gasto en salud según agentes. 1999**

	Nación	O.S. Nac.	INSSJyP	Provincias	O.S. Prov.	Municipios	Privado	Total
Capital Federal	66	417	236	845	135	-	2,364	<b>4,064</b>
Buenos Aires	304	1,769	783	1,099	571	328	4,303	<b>9,156</b>
Catamarca	7	24	13	30	28	7	59	<b>168</b>
Córdoba	66	295	180	182	187	71	712	<b>1,694</b>
Corrientes	20	61	33	79	39	21	136	<b>389</b>
Chaco	20	61	41	106	57	22	95	<b>402</b>
Chubut	9	32	16	76	43	10	68	<b>254</b>
Entre Ríos	24	98	65	148	65	26	222	<b>647</b>
Formosa	11	22	12	78	31	11	61	<b>227</b>
Jujuy	13	44	23	69	43	14	75	<b>281</b>
La Pampa	7	28	17	64	27	7	64	<b>213</b>
La Rioja	6	21	12	62	36	6	42	<b>184</b>
Mendoza	34	165	73	154	73	37	405	<b>942</b>
Misiones	21	82	33	77	44	23	127	<b>406</b>
Neuquén	12	45	13	109	97	13	72	<b>361</b>
Río Negro	13	73	20	71	44	14	121	<b>355</b>
Salta	23	68	40	121	70	24	161	<b>506</b>
San Juan	12	41	29	86	38	13	121	<b>341</b>
San Luis	8	41	14	39	21	8	65	<b>197</b>
Santa Cruz	4	18	7	55	50	5	35	<b>174</b>
Santa Fe	66	324	196	185	148	72	783	<b>1,775</b>
Santiago del Estero	16	40	45	78	59	17	69	<b>323</b>
Tierra del Fuego	2	13	1	49	22	3	31	<b>121</b>
Tucumán	28	104	59	95	55	30	344	<b>714</b>
<b>Total</b>	<b>791</b>	<b>3,888</b>	<b>1,960</b>	<b>3,957</b>	<b>1,982</b>	<b>782</b>	<b>10,533</b>	<b>23,894</b>

#### **4.6. La Relación del Gasto Público-Privado Según Provincia**

La participación del gasto público sobre el gasto total varía sensiblemente entre las provincias.



Al nivel del total del país el gasto público en 1997 es de 12.927 millones de pesos representando el 55 %, siendo el resto gasto privado. Sin embargo, el resultado por provincia difiere ampliamente, pudiéndose distinguir diferentes tramos según la composición del gasto privado dentro del total de las erogaciones:

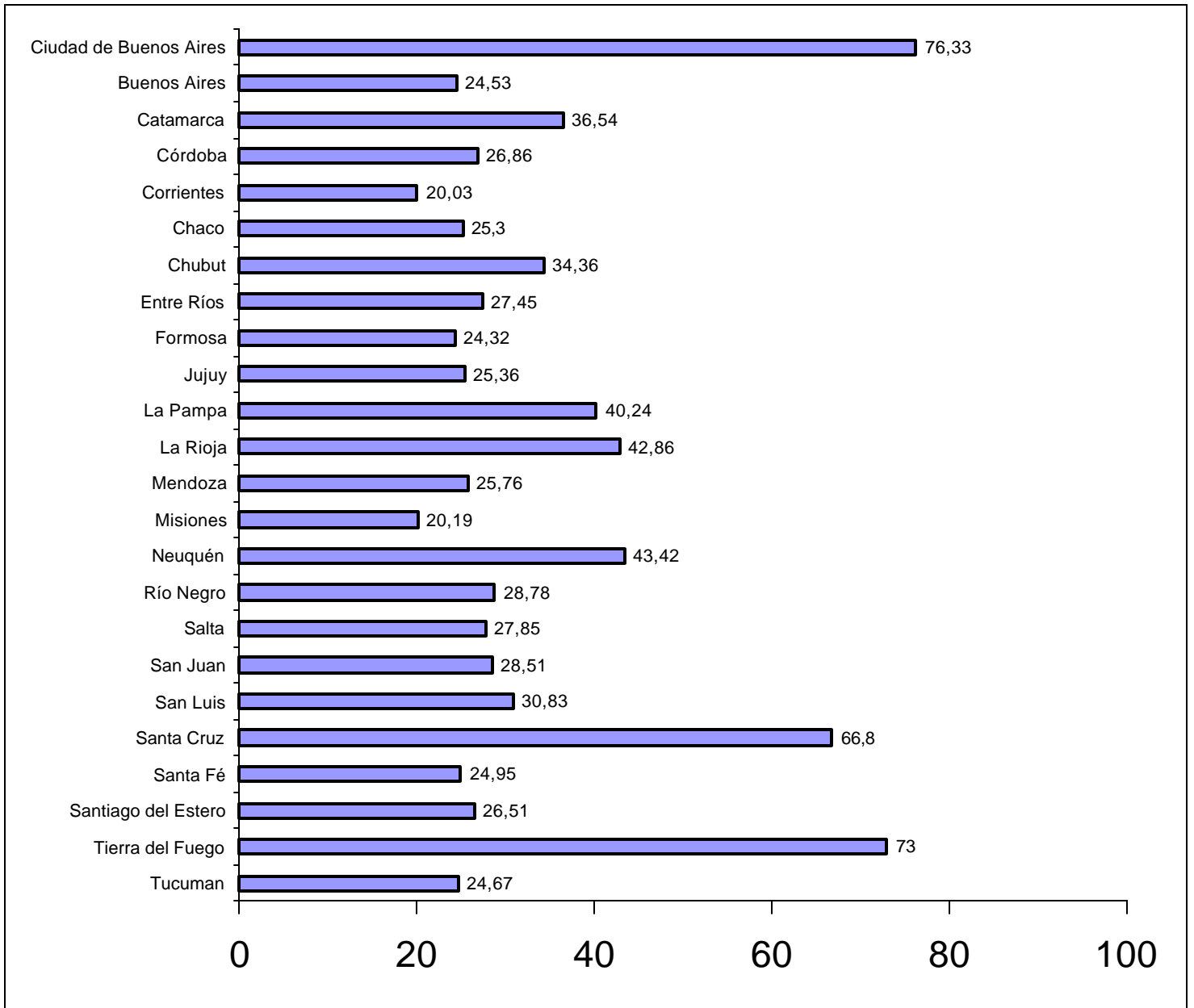
- ◆ Las jurisdicciones que *gastan entre un 20 % y un 30 %* en salud privada son Santa Cruz, Neuquén con un 20 %, le siguen en orden de importancia Chaco, La Rioja, Santiago del Estero, Chubut, Jujuy, Formosa, La Pampa, Tierra del Fuego.
- ◆ Las provincia que *gastan entre un 31 % y un 50 %* en el sector privado son Catamarca, Misiones Corrientes, Entre Ríos, San Luis, San Juan Salta.
- ◆ Con porcentajes que rondan *el 50 %* del total de erogaciones se ubican la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Santa Fe y Tucumán.

#### **4.7. El Gasto Privado Según Provincias**

Cuando se analiza el gasto entre las diferentes provincias se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a la provincia de Buenos Aires con 2356 y 2433 millones de pesos para 1997 y 1998 respectivamente, representando el 41% del total del gasto. Le sigue en orden de importancia Capital Federal con un 22% del total de erogaciones, mientras que Santa Fe y Córdoba el gasto ronda en el 7%. A continuación se puede observar en el siguiente gráfico la distribución porcentual del gasto de las 24 jurisdicciones del país, donde Mendoza participa con un 4 % y la provincia de Tierra del Fuego se ubica 0.3 % siendo el menor valor. Tal como surge Buenos Aires y Capital participan del 63 %, mientras que Córdoba, Mendoza y Santa Fe gastan un 18 %, el resto de las 19 jurisdicciones gastan solo el 19 % del total.

Para efectuar el análisis es útil introducir la población, esto permite observar el gasto privado de salud per capita de las provincias. El promedio del gasto per capita privado es de 31 pesos a nivel de total país, partiendo de \$ 76 en Capital Federal y \$ 20 en Misiones y Corrientes, existiendo una variación entre ambas provincias del orden del 281 %. Entre las jurisdicciones con mayores gastos per capita se ubican en Santa Cruz, Neuquén, mientras que las que menor gasto registran son Corrientes y Misiones con aproximadamente \$ 24. A continuación se presenta un gráfico que muestra la variación del gasto por provincia.

**Gráfico No. 14. Argentina. Gasto privado en salud mensual per cápita por**



# Conclusiones

Construir una serie adecuada del gasto en salud exige satisfacer condiciones de: a) compatibilidad, b) comparabilidad, c) consistencia y d) precisión. Alcanzar todos estos requisitos involucra un gran desafío. El presente estudio constituye un avance en ese sentido, dado que presenta la primer serie del gasto en salud en Argentina construida sobre una misma base metodológica.

Los sistemas de información disponibles en el país, sobre todo a nivel nacional, han avanzado substancialmente permitiendo dar mayor consistencia, compatibilidad y precisión a los resultados analizados. Sin embargo, el gran desafío pendiente lo constituye el gasto privado. Aunque en otros países, se trata de un componente de menor peso relativo en el financiamiento sectorial, en el caso argentino es la principal fuente del gasto en salud con una participación promedio del 60% en la serie considerada. A esto se agrega el hecho de que es el que mayores variaciones ha registrado en los últimos años.

Otra de las limitaciones de la información disponible en Argentina consistía en su baja desagregación regional y a nivel de jurisdicciones, de fuentes de financiamiento y destinos. El presente trabajo desagrega el gasto total en salud del país a nivel de sus provincias y presenta los resultados del gasto total según agentes y fuentes de financiamiento. En este sentido se alcanza un mayor nivel de compatibilidad con los estudios desarrollados recientemente en la región centrados en la metodología de cuentas nacionales de salud.

El gasto privado constituye un verdadero talón de Aquiles a la hora de medir el gasto en salud. En la construcción de las estimaciones se identificaron un conjunto de restricciones tales como las limitaciones en la definición y clasificación del gasto, así como las derivadas de los modelos de financiamiento y la provisionalidad de los resultados. En el presente trabajo se consideró como año base a aquel para el cual se disponía de información más precisa, como resultado de la Encuesta de Gasto de los Hogares. Luego se procedió a construir las proyecciones en función de variables macroeconómicas representativas.

Con respecto a la consideración y análisis de los resultados obtenidos también se identifican procedimientos más apropiados. En primer lugar, para el análisis del gasto es importante ubicar a la Argentina tanto dentro del contexto externo como interno.

El análisis del gasto en salud en función del contexto externo involucra el estudio comparativo del gasto en salud con otros países. Para ello se utilizan dos indicadores:

- a) el gasto en salud en relación a los habitantes del país (gasto en salud per capita),
- b) el gasto en salud en relación a la riqueza del país (gasto en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno).

Argentina es el país de América Latina que más gasta en salud cuando de valores per capita se trata y uno de los que más gasta en relación a su riqueza. Cuando la comparación se efectúa con los países de la OCDE los resultados cambian substancialmente, especialmente en valores per capita. Por ejemplo, los argentinos destinan a salud una porción de su riqueza equivalente a la que destinan los canadienses.

*versus* 20% y otras donde la relación es del 50% y 50%. Cuando esta participación público-privado es llevada a valores capitados, se encuentra que la media de Argentina es de \$31 para el gasto privado pero existen jurisdicciones como Ciudad de Buenos Aires que tiene un gasto de \$76 per cápita y en el otro extremo el caso de Misiones o Corrientes con un gasto per cápita de \$20.

En relación a las fuentes del financiamiento sectorial la mayor parte - el 62 % - proviene de las familias, el 20 % lo aportan las provincias y el 11 % las empresas, mientras que el resto son aportes de Nación y municipios.

La composición entre público y privado varía ampliamente si se observan las provincias, existen jurisdicciones donde el peso del privado llega a rondar el 50 % como el caso de Buenos Aires y Capital, en el otro extremo se ubican Santa Cruz donde el público alcanza a casi el 80 %.

La distribución del gasto entre público y privado tanto a nivel del total del país como entre las provincias, el gasto per capita comparando entre países en primer lugar y entre provincias, así como también las diferentes fuentes de financiamiento son útiles y necesarias para la toma de decisiones debido a que permiten establecer lineamientos de políticas a fin de mejorar la cobertura y el alcance de los servicios de salud en el país.

Es importante observar el gasto per capita entre las provincias considerando como una excepción Capital Federal y Tierra del Fuego que llegan a \$ 1.341 y \$ 1.162 respectivamente, Corrientes, Chaco, Misiones y Santiago del Estero su gasto ronda en aproximadamente \$ 433 en promedio. Podría afirmarse que en el análisis hacia el interior

de Argentina se encuentran relaciones interprovinciales similares a las que se dan entre países de latinoamérica y de la OCDE al menos en lo referente a gasto per cápita.

210. 1991.

- BERMAN, Peter (1997). "National Health Accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications". *Health Economics* 6: 11-30.1997.
- BERMAN, Peter A., COOPER, David, GLASSMAN, Amanda and RANNAN ELIYA, Ravindra. (19996) *User's Manual: National Health Accounts*. Junio 1996.
- BOYER, Mario; JOUVAL, Henry; TAFANI, Roberto; VIDAL, Carlos (1988). "Taller ALESP/ASPH/OPS Sobre Economía y Financiamiento de la Salud". OPS
- DIÉGUEZ, Héctor; LLACH, Juan J.; Petrecolla, Alberto (1990). Instituto Torcuato Di Tella; Argentina. Ministerio de Economía. *El gasto público social: sector salud*. Buenos Aires:. Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales; Proyecto sobre Gasto Público Social, ARG.88/005 patrocinado por Argentina. Gobierno; Banco Mundial; PNUD. 1990
- EVANS, Robert (1992). "Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-care Industry", in: VAN DER GAAG, J / PERLMAN (ed.). *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam. 1981. *Apud*. OECD (1992)
- EVANS, R.G; STODDARD, G.L(1990). "Producing health, consuming health care". *Social Science and Medicine*, N° 31,1990, págs. 1347-63.
- FLOOD, M.C. V. de y otros (1994): *El gasto público social y su impacto redistributivo*, Secretaría de Programación Económica, junio de 1994.
- FREYLEJER, Valeria (1995). "Sistemas de salud: síntesis global de un problema local". *Buenos Aires Pensamiento Económico* 1.1995
- GERDTHAM, U.G & JÖNSSON, B.(1991) "Conversion factor instability in internacional comparisons of health care expenditure". *Journal of Health Economics* n° 10. pp 227 - 234. 1991.
- CONZÁLEZ BLOCK, Miguel A; GUIERREZ CALDERON, Emilio & GUTIERREZ BARDALES, Lorenzo (1997). "Las cuentas estadales de salud: el gasto de las entidades

*IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud.* Ediciones Isalud. Buenos Aires. 1995. Págs.3-14.

PANADEIROS, Mónica (1996). Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. Organización del Seguro de Salud en Argentina. Análisis y Propuesta de Reforma. Desarrollo Económico. N1 especial vol. 36. verano de 1996. 33p

PANADEIROS, Mónica (1988). Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. Sistema de atención médica en la Argentina: propuesta para su reforma. Buenos Aires, Documento de Trabajo n° 17. 1988 (56 págs.)

PANADEIROS, Mónica (1992). Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. Gasto Público Social: el Sistema de salud. Buenos Aires, Documento de Trabajo n° 34. 1992 (32 págs.)

- PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM PROJECT (1998). *Cuentas Nacionales de Salud: México*. Informe sobre Iniciativas especiales 11. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. Septiembre.
- PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM PROJECT (1998). *Cuentas Nacionales de Salud: Perú*. Informe sobre Iniciativas especiales 15. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. Septiembre.
- PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM PROJECT (1998). *Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador*. Informe sobre Iniciativas especiales 9. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. Septiembre.
- PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM PROJECT (1998). *Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala*. Informe sobre Iniciativas especiales 10. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. Septiembre.
- PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM PROJECT (1998). *Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia*. Informe sobre Iniciativas especiales 8. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. Septiembre.
- PULIZZI, María del Carmen; ROMERO LAGO, Pilar; MÜLLER, Mario Rodolfo (1985). Análisis financiero del sistema nacional de obras sociales Buenos Aires: OPS; diciembre. v. 1,
- RUBIO CEBRIAN, Santiago (1995). *Glosario de Economía de la Salud*. Madrid. Díaz de Santos. 332 páginas.
- SCHIEBER G. MAEDA, A. (1999); *Health Care Financing and Delivery in Developing Countries*. Health Affairs; 18(3): 193-205.
- SIEMPRO-INDEC (1999). *Encuesta de Desarrollo Social SIEMPRO*. Buenos Aires.
- SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (1999). Informe sobre Obras Sociales. Buenos Aires.
- TOBAR, Federico; GONZÁLEZ GARCÍA Ginés (1995).. "Inversiones en salud en la *Equidad, eficiencia y calidad, el desafío de los modelos de salud*. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones Isalud. Pp 259-276.
- TOBAR, Federico. "Metodología para la medición del gasto en salud en Argentina", documento presentado en el *Taller de Cuentas Nacionales de Salud*. AES. IX Jornadas internacionales de Economía de la salud. Iguazú. Abril de 2000-12-06
- TOBAR, Federico; VARGAS, Jorge Enrique; VELAZQUEZ, Germán & ZERDA, Alvaro (2000). *Financiación de los medicamentos en la seguridad social*. Buenos Aires, OMS-OPS. 2000
- TOBAR, Federico (2000b). "Metodología para el calculo del gasto en medicamentos en la Argentina". Documento elaborado por encargo de OPS. Septiembre de 2000.

—

WALDO, Daniel (1997).. "Creación de Cuentas de Salud para los Países Desarrollados y en Desarrollo". Primer taller regional de la iniciativa de Cuentas Nacionales de Salud. Cuernavaca.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999).. *World Health Report 1999. Making a Difference*. Ginebra: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000).. *World Health Report 2000. Making a Difference*. Ginebra: WHO.