

Estimaciones del gasto en Salud

ARGENTINA

Año 1997
y proyecciones

■ NOVIEMBRE 2001

■ MINISTERIO DE ECONOMÍA

Secretaría de Política Económica

Dirección Nacional de Cuentas
Nacionales – INDEC

Dirección de Gastos Sociales
Consolidados

■ MINISTERIO DE SALUD

**Secretaría de Políticas
y Regulación Sanitaria**

Proyecto de Desarrollo de Políticas
y Regulación de los Seguros de Salud

*(Proyecto PNUD ARG 96/008 financiado
por el préstamo BIRF 4004/AR)*



EQUIPO DE TRABAJO

Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud

Lic. Mónica Levcovich, Coordinadora Técnica

Lic. Carolina Quijada Guembe, Lic. Mariana Blanco, Lic. Verónica Alaimo

Lic. Florencia Devoto, Lic. Rodrigo Falbo, Lic. Valeria Garay

Dirección Nacional de Cuentas Nacionales – INDEC

Lic. Federico Dorin, Subdirector Nacional de Cuentas Nacionales

Sr. Ezequiel Tacsir, Lic. Susana Kydiba, Lic. Mirta Gallo

Dirección de Gastos Sociales Consolidados

Lic. Damián Bonari, a/c Dirección de Gastos Sociales Consolidados

Lic. María Eugenia del Mazo, Lic. Facundo Crosta

Revisión de resultados preliminares

Dr. Rubén Suarez, OPS/OMS, Lic. María Cristina V. de Flood

Índice

Estimaciones de Gasto y Financiamiento del Sector Salud en Argentina

Año 1997 y Proyecciones 1997-2000

INTRODUCCIÓN	11
DETERMINACIÓN DEL SECTOR SALUD	13
Breve descripción del Sistema de Salud.	13
Actores y Regulación	16
Flujo de Financiamiento	17
ASPECTOS CONCEPTUALES DEL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES.	20
Qué es el sistema de Cuentas Nacionales	20
Qué es la Cuenta Satélite	21
Qué es el Modelo Insumo Producto	21
Qué es la Matriz de Utilización a precios de comprador	22
Qué es la Matriz de Gasto y Financiamiento	23
ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LAS MATRICES DE UTILIZACIÓN Y DE GASTO Y FINANCIAMIENTO	25
Matriz de Utilización	26
Matriz de Gasto y Financiamiento.	27
RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES	29
Matriz de Utilización del Sector Salud Año 1997	29
Matriz de Gasto y Financiamiento del Sector Salud Año 1997	33
Quién Gasta	38
En qué se gasta	39
Cómo se financian los Prestadores	41
En qué gastan los Prestadores	42
El gasto en medicamentos.	42
UTILIDAD DE LAS ESTIMACIONES	44
Cómo se aplica la información que surge de la Matriz de Utilización al proceso de toma de decisiones en el Sector Salud	44
Como se aplica la información que surge de la Matriz de Gasto y financiamiento al proceso de toma de decisiones en el Sector Salud	44
Qué información adicional es necesaria para contribuir al proceso de toma de decisiones en el Sector Salud.	45
Qué utilidad tienen las estimaciones para comparaciones internacionales	45
CONCLUSIONES	46
EVOLUCIÓN DEL SECTOR SALUD Y PROYECCIONES DEL GASTO 1997-2000	49
Reformas del Sector Salud 1997-2000	51
Factores relacionados con el financiamiento de la atención de la Salud	55
Resultados de las proyecciones del Gasto en Salud 1997-2000	58
METODOLOGÍA DE LA ESTIMACIÓN DE LAS MATRICES DE UTILIZACIÓN Y DE GASTO Y FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD AÑO 1997 Y PROYECCIONES	61
Introducción	63
Definiciones generales.	64
Matriz de Utilización	68
Matriz de Gasto y Financiamiento.	72
Aspectos metodológicos de las proyecciones 1997-2000	82
MAPA DE ACTORES Y REGULACIÓN DEL SECTOR SALUD. GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS	85

Estimaciones de gasto
y financiamiento
del Sector Salud
en Argentina

AÑO 1997

Y PROYECCIONES

1997 - 2000

La política sanitaria está orientada a mejorar la equidad en la provisión y el financiamiento del Sistema de Salud y los indicadores de resultado e impacto. Las prioridades antes mencionadas, imponen la necesidad de contar con información apropiada para el proceso de toma de decisiones y la gestión sectorial.

El reconocimiento de esta necesidad impulsó la generación de un proyecto tendiente a establecer las bases que permitan disponer de sistemas de información en salud que logren cruzar variables económicas y de producción de los servicios de atención de la salud, que relevén y procesen datos en forma sistemática, periódica, homogénea y con una estructura de desagregación adecuada para su utilización en distintos niveles de gestión.

En este sentido, la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria reformuló el Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud -financiado por el Préstamo BIRF 4004/AR-, ejecutado en su ámbito.

Los nuevos objetivos del proyecto incluyeron asimismo, el inicio de un proceso destinado a alcanzar consensos con las provincias para la construcción de un Sistema de Información Gerencial de Salud, uno de cuyos ejes es la reforma del Subsistema de Estadísticas de Producción, Rendimiento y Morbilidad Hospitalaria.

Estudio sobre el gasto y financiamiento del Sector Salud

Inicialmente se planteó la posibilidad de utilizar la metodología propuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico para un Sistema de Cuentas de Salud.¹ Esta metodología presenta la ventaja de considerar un sistema triaxial para el registro de los gastos en salud según el cual se clasifican la atención de la salud por funciones, las industrias proveedoras de servicios de salud y las fuentes de financiamiento de la atención de la salud. Además propone establecer los límites del sector de manera explícita, definiendo los contenidos de cada categoría, de manera de facilitar el seguimiento en el tiempo del comportamiento de los indicadores y la comparabilidad entre países.

Sin perjuicio de ello, el manual que expone la metodología reconoce la conveniencia de realizar un esfuerzo coordinado que reúna a los especialistas en estadísticas de salud con expertos en cuentas nacionales como una forma eficiente de evitar la duplicación de esfuerzos.

Propone, entonces, la compatibilidad metodológica con las reglas contables SCN-93 como un prerrequisito para que las cuentas de salud cumplan con los criterios básicos de comparabilidad en el tiempo, entre países y con estadísticas económicas globales.²

A partir de estas recomendaciones y considerando las ventajas de utilizar sistemas de información existentes y consolidados en el país, se realizó la estimación de las Matrices de Utilización (MU) y de Gasto y Financiamiento del Sector Salud (MGF) para el año 1997 aplicando la metodología del SCN-93, cuyos resultados se presentan en este documento.

Mediante este estudio, se buscó cumplir el doble propósito de fijar un año base como punto de partida para comparaciones en el tiempo y efectuar un ejercicio que permitiera identificar instrumentos y metodologías para implementar sistemas permanentes de información económica financiera ajustados a las necesidades sectoriales.

Para llevar a cabo el trabajo se realizaron acuerdos interinstitucionales con la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales (Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC) y la Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía mediante los cuales se desarrollaron actividades conjuntas entre consultores del Proyecto Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud y funcionarios de las mismas.

Estos acuerdos permitieron utilizar y fortalecer las capacidades instaladas, reconociendo la experiencia y desarrollos del Sistema de Cuentas Nacionales y de la construcción de series de gasto público social iniciadas en la década pasada.

Así, la elección del año 1997 como punto de partida se asienta en la oportunidad de utilizar las bases de datos existentes en el Ministerio de Economía para la elaboración de la Matriz Insumo Producto, la Encuesta de Gasto de los Hogares realizada en 1996/97 por el INDEC y la información sobre el gasto público de la Dirección de Gastos Sociales Consolidados.

Se complementó dicha información con datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y la Oficina Nacional de Presupuesto del Ministerio de Economía, el Instituto Nacional de Seguros Sociales para Jubilados y Pensionados y los gobiernos provinciales, así como con otros existentes en el Programa de Reversión de Obras Sociales (PROS) y en el Programa de Reversión del Sistema de Seguros de Salud (PRESSS), ambos desarrollados en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

Simultáneamente el Gobierno Argentino instaló en mayo de 2000 el tema en el Grupo de Trabajo de Salud del MERCOSUR y Países Asociados (SGT 11); conformándose un Grupo de Trabajo de Cuentas Nacionales de Salud, en cuyo marco se acordó que la metodología del SCN-93 era apropiada para iniciar el proceso que permitiera contar con estimaciones periódicas útiles para cada país y con bases adecuadas para la comparación.

1. *OECD A System of Health Accounts. 2000*
2. *Ibidem*

Determinación del Sector Salud

Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud.³ Es el conjunto de personas, recursos y acciones cuyo propósito primario es mejorar la salud, así como las normas que regulan las actividades orientadas a tal fin.

Desde otro punto de vista es un subconjunto del sistema económico que incluye todas las unidades económicas involucradas en la producción, consumo y distribución de bienes y servicios de atención de la salud.⁴ Se entiende como atención de la salud a aquellas acciones destinadas a mejorar las condiciones de vida de la población a través de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

A los efectos de comprender el alcance de la MU y la MGF del Sector Salud en Argentina resulta necesario delimitar el conjunto de actores y acciones que se han considerado al momento de realizar las estimaciones. Para ello, en primer lugar, se hará una breve descripción de las características del sistema de salud en el país y posteriormente se presentarán esquemas que grafican las interrelaciones al interior del mismo.

Breve descripción del sistema de salud

Dado que el estudio de gasto y financiamiento fue realizado para el año 1997, esta somera descripción del sector se refiere a la situación vigente en dicho año.

El financiamiento y la provisión de servicios de salud en Argentina se organizan a través de tres subsectores: público, seguridad social y privado.

El **subsector público** asume los roles de conducción, regulación y control del sistema, la provisión de bienes públicos (información, inmunizaciones, acciones sobre el medio ambiente) y de atención médica y el financiamiento de la mayor parte de estos servicios públicos.

Este subsector está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional y los 24 Ministerios de Salud Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes centralizados o descentralizados. También forman parte del subsector otros organismos públicos que realizan acciones vinculadas a la atención de la salud, aunque dependan jerárquicamente de otras áreas de gobierno como el programa de atención de la salud para beneficiarios de pensiones no contributivas y los programas de sanidad de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

3. OMS *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*

4. *Key Data on Health 2000, European Commission / Eurostat*

Sin embargo, dadas las características del sistema federal del país y la delegación parcial de potestades de las provincias al gobierno nacional, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud.

A su vez, los municipios tienen a su cargo la ejecución de programas y administración de servicios en su órbita, difiriendo entre jurisdicciones la magnitud de su intervención.

A lo largo del tiempo y en distintas etapas, se dio un proceso de transferencia a las provincias y municipios de las responsabilidades financieras, técnicas y administrativas de los establecimientos públicos que estaban en manos del gobierno nacional.

Como resultado de este proceso, en 1997 el nivel nacional tenía a su cargo un número reducido de efectores, muchos de los cuales dependían de áreas de gobierno distintas al Ministerio de Salud y Acción Social.⁵ En contraposición las provincias y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ejercían un papel central como prestadores de servicios de atención médica.⁶

Otro elemento característico del subsector público es que no existe una marcada diferenciación entre las funciones de financiamiento y de provisión de servicios, ya que mediante el financiamiento de la oferta, el sector público realiza una transferencia en especie a la población.

Sin perjuicio de lo expuesto, a partir del año 1993 se instauró el Sistema de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) que faculta a los

establecimientos a facturar y cobrar a las instituciones aseguradoras de todo tipo. Este sistema permitió el desarrollo de un flujo adicional para el financiamiento de los hospitales públicos mediante un proceso de recupero de los costos de las prestaciones brindadas a beneficiarios de seguros de salud. A pesar de la vigencia del sistema de HPA, las dificultades para identificar la cobertura de los pacientes y deficiencias en la gestión administrativa dieron como resultado un escaso poder de recaudación y la permanencia de subsidios del subsector público a los otros subsectores.

El subsector de la seguridad social está conformado por Obras Sociales Nacionales, Provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

El sistema de Obras Sociales Nacionales (Ley 23.660) que establece la obligatoriedad de la afiliación, reunía en 1997 alrededor de 260 instituciones organizadas siguiendo la estructura sindical. Este sistema brinda cobertura de atención médica a todos los trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares directos. Además, pueden destinar fondos para otorgar otras prestaciones sociales.⁷

Las Obras Sociales administran los fondos de seguro que provienen de la recaudación de aportes y contribuciones de empleados y empleadores, que se fijan como porcentajes sobre la nómina salarial (3 y 5% respectivamente).⁸

El sistema contempla un Fondo Solidario de Redistribución⁹, destinado a compensar la distinta capacidad financiera de las Obras Socia-

5. Esto sucede con los hospitales de los programas sanitarios de las Fuerzas Armadas y de Seguridad dependientes de los Ministerios de Defensa y de Interior y los hospitales universitarios, en jurisdicción del Ministerio de Educación.

6. En 1995 de las 155.749 camas disponibles en el sistema el 54% correspondía al subsector público (sólo 2.341 camas tenían dependencia del nivel nacional)

7. En el presente trabajo no se contemplaron los gastos relacionados con estas prestaciones.

8. Asimismo, algunas Obras Sociales cuentan con otras fuentes de ingreso como recursos extraordinarios provenientes de impuestos específicos (como en el caso de las obras sociales de personal bancario y de seguros) y el cobro de copagos a los beneficiarios por la utilización de servicios.

9. Conformado con el 10% de los recursos ordinarios de las obras sociales (que aumenta al 15% en el caso de las de personal de dirección) y el 50% de los extraordinarios.

les, y por lo tanto se constituye en un mecanismo para mejorar las condiciones de equidad del subsector. El Fondo garantiza un ingreso mínimo por beneficiario titular y distribuye subsidios tanto para cubrir prestaciones de alta complejidad como para paliar déficits financieros.

También se consideran Obras Sociales Nacionales algunas no comprendidas en la Ley 23.660, como las que brindan cobertura a empleados de los Poderes Legislativo y Judicial, de Universidades Nacionales y de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) se creó en 1971 con el objetivo de brindar servicios médico asistenciales a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión pero a lo largo del tiempo amplió la cobertura a otros grupos poblacionales. El financiamiento establecido en la ley de creación proviene de aportes de los trabajadores en actividad y de los haberes de los pasivos así como de contribuciones de los empleadores.

También son parte del subsector las Obras Sociales que se han constituido a nivel de cada provincia y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estas nuclean a los empleados estatales de las respectivas jurisdicciones y su financiamiento también proviene de aportes y contribuciones sobre la masa salarial de los mismos.

Además de ejercer su carácter de administradores de fondos de seguro obligatorio, algunas Obras Sociales cumplen funciones como prestadores ya que poseen establecimientos propios donde se brinda asistencia médica a sus beneficiarios.

Por otra parte, en algunos casos han extendido su oferta de cobertura a personas que desean

afiliarse a las mismas mediante el pago de aportes voluntarios.

El **subsector privado**, desde el punto de vista del financiamiento está constituido por las familias, las empresas y las instituciones sin fines de lucro como financiadores directos; y por las administradoras de fondos de seguro voluntario, comúnmente denominadas empresas de medicina prepaga, como financiadores intermedios.

Las familias se hacen cargo en forma directa de un importante porcentaje del gasto en bienes y servicios de atención médica, incluyendo el pago de cuotas para adquirir en forma voluntaria cobertura de seguro médico. Las empresas intervienen a través de la financiación de servicios de medicina laboral y de seguros voluntarios para sus empleados. Esta última es considerada un salario en especie. Por otro lado, las instituciones sin fines de lucro que asisten a los hogares transfieren a éstos bienes y servicios de atención médica.

Los oferentes de seguros voluntarios son las Empresas de Medicina Prepaga, Mutuales u Obras Sociales -que actúan en estos casos como administradoras de fondos de seguro voluntario. Estos agentes se financian mediante las cuotas que pagan sus afiliados y los copagos de servicios prestados. Asimismo, existen empresas que ofrecen seguros parciales exclusivamente (por ejemplo para atención odontológica o servicios de emergencia).

Finalmente, existe una amplia oferta de servicios de prestadores privados, conformada por profesionales de la salud en sus consultorios particulares, establecimientos como hospitales, clínicas y sanatorios con o sin fines de lucro e instituciones que prestan servicios de diagnóstico y tratamiento y de emergencia. En 1995 el 57.3% de los establecimientos sin internación y

10. El INSSJyP es generalmente mencionado como PAMI por su Programa de Atención Médica Integral.

11. En 1995 los establecimientos con internación de las Obras Sociales representaban el 1.7% del total y el 2.8% de las camas y los establecimientos sin internación el 1.3% del total de efectores de este tipo.

el 61.0% de aquellos que ofrecían servicios de internación (43.1% de las camas disponibles) pertenecían al sector privado.

Como se ha descripto, el financiamiento del sistema de salud presenta un alto grado de fragmentación. Este fenómeno se traduce en una estructura de cobertura de salud de la población que según la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida relevada en agosto de 1997, se caracterizaba de la siguiente manera:

TIPO DE COBERTURA	POBLACIÓN	COBERTURA
SÓLO OBRA SOCIAL	15.065.047	50,2
SÓLO MUTUAL O PREPAGO	2.378.924	7,9
OBRA SOCIAL Y MUTUAL O PREPAGO	1.254.529	4,2
SÓLO SEGURO PARA EMERGENCIAS	394.255	1,3
SÓLO SECTOR PÚBLICO	10.873.424	36,3
TOTAL	29.966.179	100,0

Fuente: SIEMPRO, Encuesta de Desarrollo Social, 1997

Actores y regulación

En el gráfico N°1 se ha procurado identificar la totalidad de los actores del Sistema de Salud.¹²

El recuadro gris constituye el límite del sector. En el proceso de construcción del gráfico se ha focalizado el análisis en las necesidades de información para el desarrollo de un Sistema Permanente de Cuentas de Salud. El objetivo de este análisis es identificar las vías y normas por las cuales sería posible establecer flujos permanentes o periódicos de información que alimenten el sistema que se diseñe; brindando instrumentos sólidos para el proceso de toma de decisiones y la gestión del Sector Salud.

El gráfico se estructura a partir de una primera división en tres niveles jurisdiccionales: nacional, provincial y municipal; considerando como órgano rector en cada nivel al organismo público que asume la función salud. A su vez, los tres niveles se vinculan entre sí, en general, a partir de la suscripción de convenios.

En cada uno de los niveles se han identificado los actores que componen el Sector Salud y se ha realizado el análisis de la normativa que los vincula. Se identificaron con un color más claro a los actores para los cuales la regulación es débil o inexistente. Asimismo, la intensidad de las líneas que vinculan a los diferentes actores en el gráfico representa el grado de regulación que tienen dichos actores respecto del sector público.

Para establecer en qué nivel sería incluido cada actor se consideró como criterio el ámbito jurisdiccional de influencia. De esta forma hay actores que se reiteran en los diferentes niveles.

Los distintos actores identificados en el gráfico cumplen funciones de diversa índole como la regulación, la prestación de servicios, el aseguramiento, la capacitación y la investigación.

La estimación de las Matrices de Utilización y de Gasto y Financiamiento no coincide con estos límites ya que no se contó con información que permitiera reflejar las transacciones de las instituciones dedicadas a la capacitación e investigación (a excepción de los hospitales escuela de las universidades nacionales) y las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo, cuya actividad era incipiente en el año 1997.

12. En el Glosario final del documento se brinda una explicación sintética de cada actor identificado.

Flujo de financiamiento

El gráfico 2 intenta reflejar el origen de los fondos destinados al sistema de salud y las distintas aplicaciones de los mismos. En el mismo se graficaron todos los actores que intervienen en el proceso de financiamiento del sector. Los códigos asociados a cada uno de los actores corresponden a las clasificaciones de financiadores y proveedores propuestas por la OCDE.¹³

El gráfico expone tres niveles:

1. Las Personas (FFAS 2.3 según la clasificación de la OCDE) y los Empleadores participan en el financiamiento del sistema mediante diversos mecanismos: pago de impuestos, aportes obligatorios o voluntarios o gastos directos (gasto de bolsillo). El concepto de Empleadores comprende a todas las personas físicas o jurídicas con personal a cargo; siendo por lo tanto este concepto más amplio que el contemplado en la clasificación de financiadores de la OCDE bajo el código (FFAS 2.5).

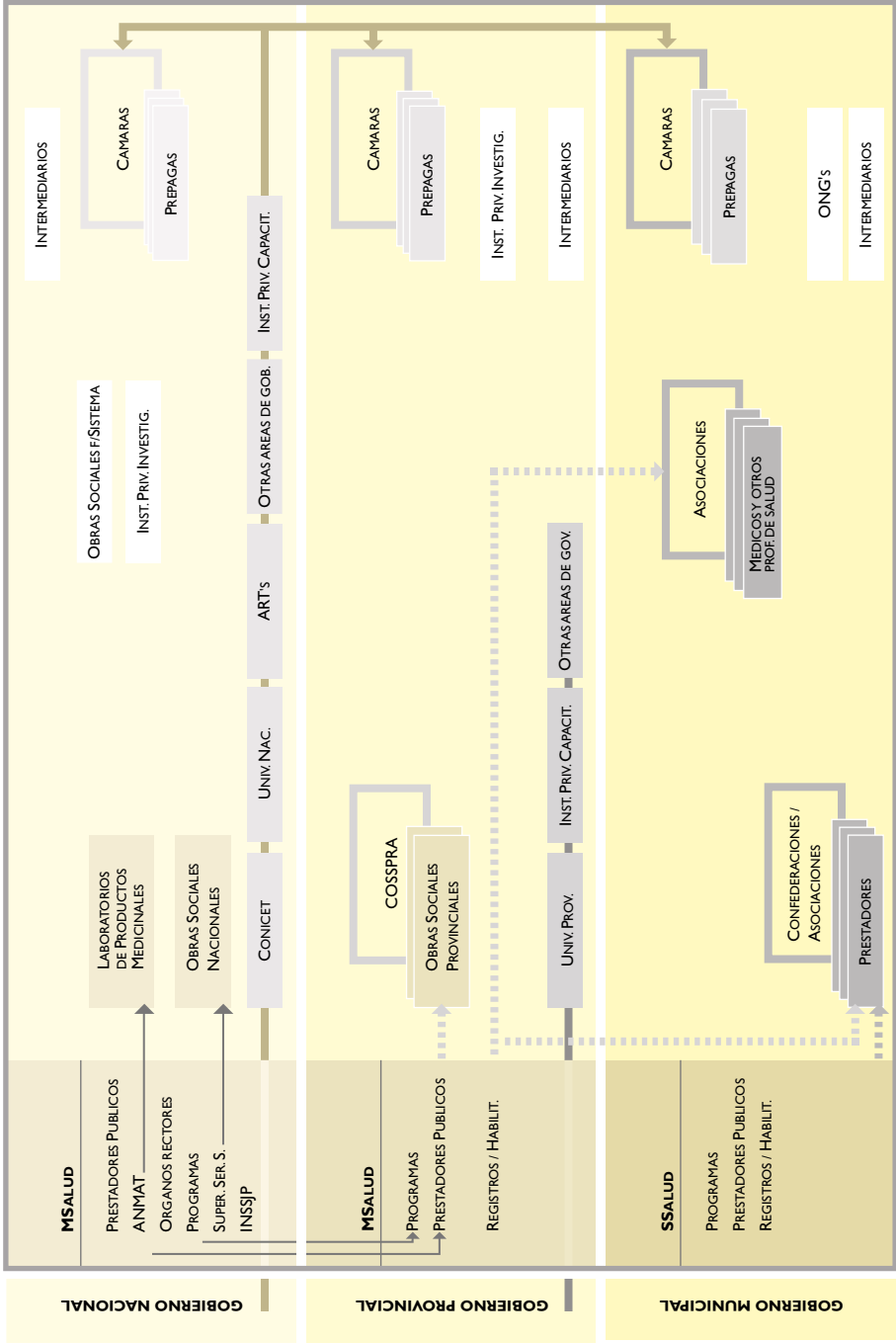
2. El segundo nivel refleja los entes que garantizan cobertura de salud y corresponden al agrupamiento de financiadores que propone la metodología de la OCDE: el gobierno (FFAS 1.1), los seguros sociales de salud (FFAS 1.2) y seguros sociales privados (seguros voluntarios) (FFAS 2.2).

3. En el tercer nivel se graficaron los proveedores de atención a la salud (PAS), excepto en el caso de Capacitación e Investigación que la metodología de la OCDE considera solo en la clasificación funcional y no establece contrapartida en la de proveedores.

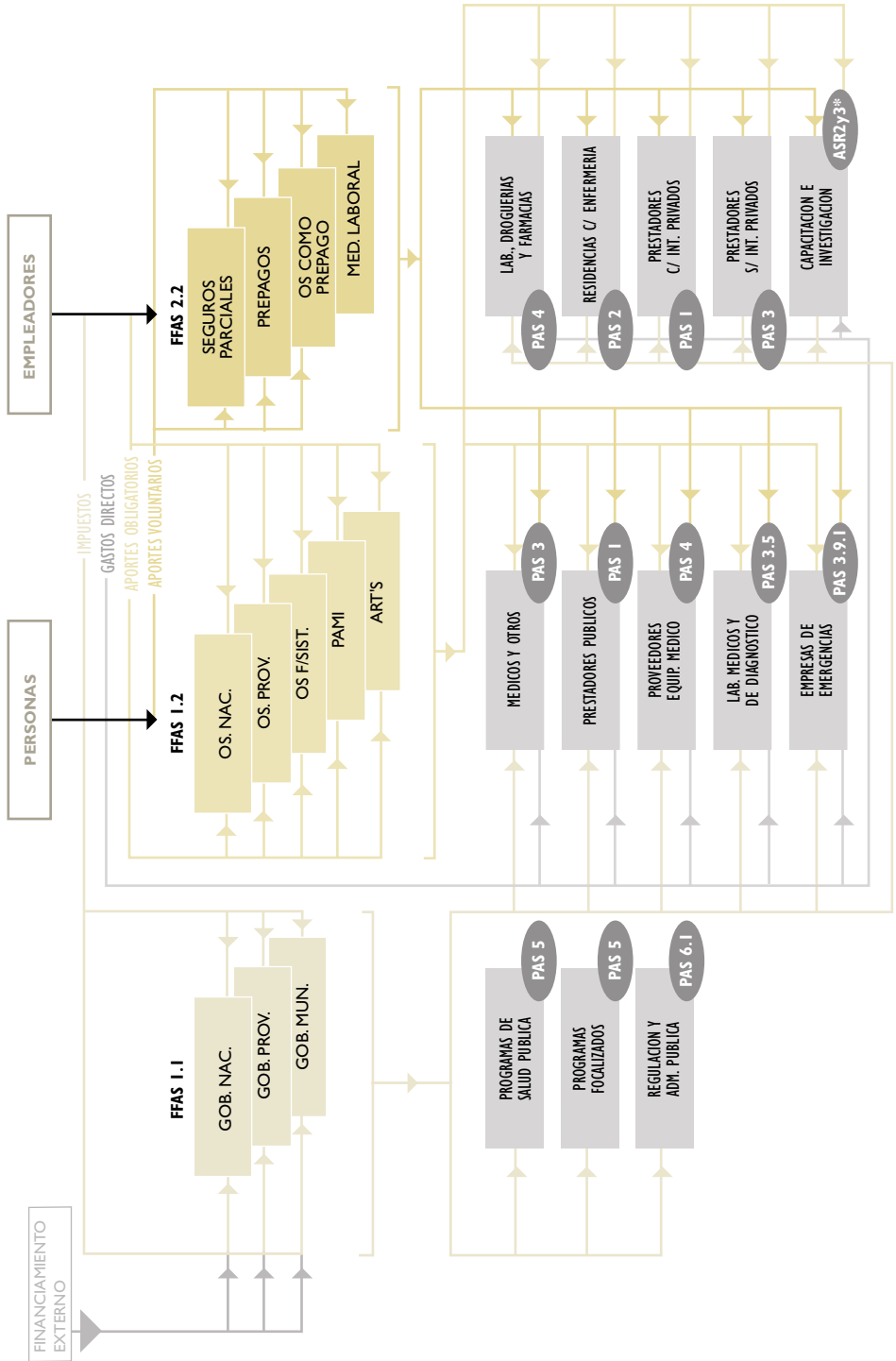
Se graficaron por la izquierda los flujos de financiamiento correspondientes a las personas y por la derecha los de los empleadores. Lo antedicho no se verifica para los gastos directos, en cuyo caso se unificaron los flujos de las personas y de los empleadores en una sola flecha.

13. *A System of Health Accounts, Version 1.0, OECD, 2000.*

Mapa de Actores y Regulación del Sector Salud



Mapa de Flujo Financiero del Sector Salud



Previo al análisis focalizado de la estimación de la Matriz de Utilización y la Matriz de Gasto y Financiamiento del Sector Salud se propone hacer un breve recorrido conceptual que permita contextualizar dichas matrices en el sistema de estadísticas económicas. Para esto se intentará dar respuesta a los siguientes interrogantes:

1. **Qué es el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN)**
2. **Qué es la Cuenta Satélite**
3. **Qué es el Modelo Insumo Producto**
4. **Qué es la Matriz de Utilización a Precios de Comprador**
5. **Qué es la Matriz de Gasto y Financiamiento**

1. **Qué es el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN)**

El Sistema de Cuentas Nacionales representa el registro sistemático de todos los flujos y stocks de la economía en un esquema integrado, coherente e interrelacionado de cuentas, transacciones y unidades institucionales.¹⁴

El SCN provee el marco conceptual que sustenta la coordinación de las estadísticas econó-

micas y sociales, garantizando no sólo la coherencia de las definiciones y clasificaciones, utilizadas en diferentes esferas, sino también la congruencia numérica de las estimaciones realizadas a partir de información de base proveniente de distintas fuentes.¹⁵

El SCN está estructurado de la siguiente forma:¹⁶

- Cuentas de balance
 - La riqueza nacional en la apertura
 - La riqueza nacional al cierre
 - Cuentas corrientes
 - Cuenta de producción
 - Cuenta de bienes y servicios
 - Cuenta de generación, distribución y redistribución del ingreso
 - Cuenta de uso del ingreso
 - Cuentas de acumulación
 - Cuenta de capital
 - Cuenta financiera
 - Otros flujos
 - Cuenta de variaciones de activos
 - Cuenta de revalorización
- El desarrollo de las cuentas de balance, las cuentas corrientes y las cuentas de acumulación representa el SCN. Con desagregaciones ade-

14. *Sistema de Cuentas Nacionales 1993. EUROSTAT, FMI, OCDE, ONU y WB, Bruselas/Luxemburgo, New York, Paris, Washington DC, 1993.*

15. *MIP ARG 1997. Versión preliminar*

16. *Para más detalle ver Sistema de Cuentas Nacionales 1993. EUROSTAT, FMI, OCDE, ONU y WB, Bruselas/Luxemburgo, New York, Paris, Washington DC, 1993.*

cuadas de cada cuenta se puede elaborar un sistema de contabilidad social que puede ser representado en matrices de contabilidad social.

- La cuenta de bienes y servicios registra la totalidad de los bienes y servicios disponibles (oferta) y su utilización intermedia o final (demanda). A nivel consolidado permite determinar el gasto de la economía.

Nuestro análisis se centra en la cuenta de producción que permite un análisis y un registro pormenorizado de las relaciones económicas entre las unidades productivas. Estas relaciones se representan mediante las tablas de usos y aplicación, o bien, las analíticas de insumo producto.

El objetivo de las cuentas de producción es determinar el valor agregado (VA) generado por cada sector económico, como diferencia entre el valor bruto de la producción (VBP) y el consumo intermedio (CI); determinando a nivel consolidado para la economía total el producto bruto interno (PBI).

2. Qué es la Cuenta Satélite

En el marco del SCN las cuentas o sistemas satélite subrayan generalmente la necesidad de ampliar las capacidades analíticas de la contabilidad nacional a determinadas áreas de interés social de una manera flexible y sin sobrecargar o distorsionar el sistema central. En otras palabras, la cuenta satélite es un marco auto-consistente en un campo parcial.

Normalmente, las cuentas satélite permiten:

- Proporcionar información adicional, de carácter funcional o de entrecruzamientos sectoriales, sobre determinados aspectos sociales.
- Utilizar conceptos complementarios o alternativos, incluida la utilización de clasificaciones y marcos contables complementarios y alternativos, cuando se necesita introducir dimensiones adicionales en el marco conceptual

de las cuentas nacionales.

- Ampliar la cobertura de los costos y beneficios de las actividades humanas.
- Ampliar el análisis de los datos mediante indicadores y agregados pertinentes.
- Vincular las fuentes y el análisis de datos físicos con el sistema contable monetario.

Estas características, aun en forma resumida, ponen de manifiesto funciones importantes de las cuentas satélite. Por una parte, las cuentas satélite están relacionadas con el marco central de las cuentas nacionales y a través de ellas con el cuerpo principal de las estadísticas económicas integradas. Por otra, al referirse más específicamente a un campo o tema dados, también están relacionadas con el sistema de información específico de ese campo o tema (en este caso, el sector salud). Asimismo, exigen una mejor integración de los datos monetarios y físicos y, dado que preservan una estrecha conexión con las cuentas centrales, facilitan el análisis de campos específicos en el contexto de las cuentas y el análisis macroeconómicos.¹⁷

Por último cabe preguntarse si las estimaciones de la Matriz de Utilización y la Matriz de Gasto y Financiamiento del Sector Salud forman parte de la cuenta satélite del Sector Salud. La respuesta es positiva en la medida en que dichas estimaciones cumplen con las características antes descritas.

No obstante, es importante señalar que la cuenta satélite sectorial es abarcativa de dichas estimaciones pero no se limita a ellas, ya que por ejemplo las estimaciones no contemplaron la formación de capital ni la dimensión física de la contabilidad por haberse hallado limitaciones en la disponibilidad de dicha información.

3. Qué es el Modelo Insumo Producto (MIP)

El Modelo Insumo Producto incluye una serie de cuadros que describen las diversas transac-

17. Lo hasta aquí citado surge del Capítulo 21 SNA93' - ONU

ciones de la economía y que conforman el proceso productivo, la función del consumo, la función de la acumulación del capital físico, las ventas y las compras del exterior y la generación del ingreso. Estas transacciones se enmarcan en el equilibrio general dado por la igualdad de la oferta y la demanda y la consistencia de los precios pagados por los compradores y los precios recibidos por los productores (descontando impuestos sobre los productos y márgenes de comercio y transporte de carga).

Los flujos de producto, particularmente los realizados interindustrialmente, así como la interrelación de la demanda y oferta intermedia y final es el aspecto analítico central de este conjunto de cuadros o Modelo Insumo Producto.

La Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación conformó un equipo de trabajo integrado por funcionarios, profesionales y técnicos pertenecientes a la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales (DNCN) y del Instituto Nacional de Estadística

y Censos (INDEC) con el propósito de elaborar la Matriz de Insumo-Producto Argentina 1997 (MIPAr97). Como se ha señalado, esta Matriz y sus fuentes de datos fueron el punto de partida para las estimaciones realizadas para el sector salud.

La Matriz de Insumo-Producto Argentina 1997 (MIPAr97) está compuesta por ocho cuadros básicos:

1. Cuadro de oferta a precios básicos.
2. Cuadro de utilización a precios de comprador.
3. Cuadro de utilización a precios básicos.
4. Cuadro de generación del ingreso y de puestos de trabajo.
5. Matriz simétrica de insumo producto.
6. Cuadro de coeficientes de requerimientos directos (o de coeficientes técnicos).
7. Cuadro de coeficientes de requerimientos directos e indirectos.
8. Cuadro de coeficientes directos, indirectos y multiplicadores de empleo.

4. Qué es la Matriz de Utilización a Precios del Comprador

El cuadro de utilización a precios de comprador¹⁸ describe la demanda de productos por cada tipo de usuario, ya sea intermedio o final.

CLASIFICACION CENTRAL DE PRODUCTOS	ESTAB. PUBLICOS	PRESTADORES PRIVADOS (1)	RESIDENCIAS CON SS DE ENFERMERIA	GOBIERNO (MIN. DE SALUD)	FONDOS DE LA SEG. SOCIAL	SEGUROS VOLUNTARIOS DE SALUD (2)	RESTOS DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS	GASTOS DE CONSUMO DE HOGARES	TRANSFERENCIAS A HOGARES	ISFLH	CONSUMO COLECTIVO GOBIERNO	EXPORTACIONES
PRODUCTO 1	(C1)							(C3)				
PRODUCTO 2												
PRODUCTO 3												
PRODUCTO 4												
PRODUCTO ...												
VAB	(C2)											
VBP												

(1) Incluye: Clínicas, médicos y odontólogos, servicios de diagnóstico y tratamiento, servicios de emergencias.

(2) Incluye: prepagos y obras sociales en lo que corresponde a afiliados voluntarios.

Se puede realizar la lectura por filas y por columnas. La lectura por fila muestra el destino de los productos, ya sea hacia la demanda intermedia (productos utilizados como insumos) o hacia la demanda final. La lectura por columna muestra la demanda de productos por parte de las actividades económicas o por parte de los demandantes finales.

Si se establece un corte horizontal en la línea divisoria de los cuadrantes 1 y 2 (C1 y C2), las filas de la parte superior reflejan la oferta de productos¹⁹; y las de la parte inferior la oferta de factores productivos utilizados por cada agente económico, oferta que puede ser de origen nacional o extranjero (importaciones).²⁰

Las columnas detallan las compras o la demanda por parte de los agentes. Si se establece un corte vertical en la línea divisoria de los cuadrantes 1 y 3 (C1 y C3), en el primer grupo de columnas, cuyo título es uso intermedio, se registra la utilización de los bienes y servicios por parte de un agente económico como insumo para su proceso productivo. El segundo grupo de columnas, cuyo título es uso final, muestra las compras por parte de los usuarios finales clasificadas por destino: consumo de los hogares (compras de bienes de consumo), consumo del gobierno (compra bienes de consumo colectivo en nombre de toda la sociedad), formación bruta de capital fijo (compras de activos no financieros producidos por parte de sociedades, gobierno u hogares productores), variación de existencias (bienes acumulados en stocks) y exportaciones.

Respecto de la lectura por cuadrantes, el cuadrante 1 (C1) refleja las compraventas con destino intermedio (para producir otros bienes y servicios). El cuadrante 2 (C2) muestra las compraventas de usos de factores productivos necesarios para producir bienes y servicios: remuneraciones a los asalariados, excedente bruto de explotación e ingreso bruto mixto. El cuadrante 3 (C3) indica las compraventas con destino final (consumo, inversión y exportación).

La suma del cuadrante 1 (C1) y del cuadrante 2 (C2), en sentido vertical, detalla el costo de la producción de la industria correspondiente. No obstante es importante señalar que las actividades económicas generan productos principales (bienes característicos del sector) y productos secundarios (bienes típicos de otros sectores). En otras palabras, cada columna refleja los costos necesarios para producir tanto los bienes principales de la actividad como también los productos secundarios.

5. Qué es la Matriz de Gasto y Financiamiento

El Sector Salud presenta determinadas características que lo diferencian del resto de las actividades productivas. Estas características están asociadas al particular modo de financiamiento de su producción. Los sistemas de financiamiento del sector tienden a ser muy complejos, e incluyen diversas instituciones y fuentes.

18. El precio de comprador es el precio pagado por el demandante, incluyendo márgenes de comercio y transporte e impuestos netos de subsidios sobre los productos (incluye el IVA no deducible). El precio básico es el precio recibido por el productor; no incluye márgenes ni impuestos netos de subsidios sobre los productos.

19. Clasificados según la Clasificación Central de Productos (CPC).

20. En las estimaciones realizadas para el Sector Salud se pudieron identificar únicamente las importaciones correspondientes a bienes, no así las de servicios de atención médica.

La matriz de Gasto y Financiamiento apunta a describir el origen y destino de los flujos financieros del sector. Asimismo, refleja los principales actores del Sector Salud.

BIENES Y SERVICIOS OFRECIDOS	HOGARES	RESTO DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS	GOBIERNO (MIN. DE SALUD)	ISFLH	SEGUROS VOLUNTARIOS DE SALUD (2)	FONDOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	ESTABLECIM. PUBLICOS	PRESTADORES PRIVADOS (1)	RESIDENCIAS CON SERVICIOS DE ENFERMERIA	DEMANDA TOTAL
PRODUCTO 1										
PRODUCTO 2										
PRODUCTO 3										
PRODUCTO 4										
PRODUCTO ...										
OTROS CONSUMOS										
REMUN. AL TRABAJO										
OTROS COMP. DEL VA										
TOTAL										

(1) Incluye: Clínicas, médicos y odontólogos, servicios de diagnóstico y tratamiento, servicios de emergencias.

(2) Incluye: prepagas y obras sociales en lo que corresponde a afiliados voluntarios.

Si se hace una lectura por filas y columnas es posible decir que las filas corresponden a los bienes y servicios ofrecidos (los rubros del gasto)²¹ y las columnas describen los agentes financiadores (compradores) de los bienes y servicios. En este sentido, la agrupación de las columnas permite diferenciar claramente los financiadores directos o primarios, los administradores de fondos o financiadores intermedios y los prestadores de servicios de salud.

Los datos para la construcción de esta Matriz surgen de la Matriz de Utilización. Para ejemplificar la conexión entre ambas matrices se expone el tratamiento dado a la información sobre la demanda de los Seguros Voluntarios de Salud.

El total de ingresos de los Seguros Voluntarios de Salud (código MGF5) descrito en la Matriz de Gasto y Financiamiento tiene dos destinos básicos: financiar la actividad productiva de los Seguros Voluntarios de Salud (servicio de seguro de salud) y financiar el gasto de consumo de los hogares usuarios del servicio (por ejemplo, el gasto en medicamentos). En la Matriz de Utilización estas dos funciones se exponen en forma separada. En la columna Seguros Voluntarios de Salud (código MUD9) se refleja la actividad productiva y el financiamiento al gasto de consumo de los hogares se expone en la columna Transferencias en Especie de los Seguros Voluntarios (código MUD12.3).

21. Excepto en el caso de las Obras Sociales y de los Seguros Voluntarios de Salud (prepagas) en donde el valor que aparece no es valor de la producción del servicio ofrecido sino el de los ingresos totales, que sirve para financiar la producción y las transferencias a los hogares; entendiéndose por transferencias a los bienes y servicios que compran en representación de los hogares y son consumidos por éstos.

Aspectos metodológicos de la construcción de las matrices

Si bien la metodología con que se realizaron las estimaciones de la Matriz de Utilización (MU) y de Gasto y Financiamiento (MGF) del sector salud para el año 1997 constituye un capítulo separado a continuación se plantean algunos aspectos que facilitan la comprensión de los cuadros que se presentan en el capítulo siguiente.

Las fuentes de información utilizadas para las estimaciones fueron:

- Las encuestas a sociedades de diferentes sectores de actividad económica²² (fuente INDEC).
- La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (fuente INDEC).
- La ejecución presupuestaria del gobierno nacional y de los gobiernos provinciales (fuente Dirección de Gastos Sociales Consolidados y Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía).
- Un estudio de la ejecución presupuestaria de los principales municipios del país (fuente Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias del Ministerio de Economía).
- Los datos de comercio exterior (fuente INDEC).
- Las remuneraciones de todos los asalariados registrados del país (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, SIJP).

Se complementó la información disponible con datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y la Oficina Nacional de Presupuesto del Ministerio de Economía de la Nación, el Instituto Nacional de Seguros Sociales para Jubilados y Pensionados y los gobiernos provinciales, así como con otros existentes en el Programa de Reversión de Obras Sociales y en el Programa de Reversión del Sistema de Seguros de Salud, ambos desarrollados en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

En las matrices se representan los principales actores del sector salud y los rubros del gasto. La agrupación de las columnas permite diferenciar claramente los financiadores primarios o directos, los administradores de fondos o financiadores intermedios y los prestadores de servicios de salud. En las filas se exponen los rubros del gasto.

Para el gasto en bienes destinados a la atención de la salud, el grado de apertura de los rubros responde a la Clasificación Central de Productos (CPC) a tres dígitos²³. Por otro lado, la apertura de los servicios de salud (que en la mencionada clasificación corresponden a un solo código) pudo desagregarse a los niveles expuestos gracias a la información que surge de las encuestas sectoriales realizadas para la MIP Ar97.

22. Para toda la economía se realizaron 19.550 encuestas.

23. Para el caso de aparatos y equipos médicos se agregaron 3 CPC

Matriz de utilización

En la MU las columnas correspondientes a la demanda intermedia describen el valor bruto de la producción de cada grupo institucional. A continuación se plantean aspectos específicos de algunos de estos vectores.

En las columnas que representan a los distintos niveles jurisdiccionales de **Gobierno** (códigos MUD7.1, 7.2 y 7.3) se expone el valor bruto de la producción del Ministerio de Salud de la Nación, los organismos dependientes de esta jurisdicción no considerados como asistenciales y los Programas Atención de Pensiones no Contributivas y Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico; de los Ministerios de Salud provinciales y de las áreas administrativas de salud de los municipios. Excluye el gasto de funcionamiento de los establecimientos públicos de la salud que se considera Gasto de consumo final individual de Gobierno.

Las columnas de las **Obras Sociales** (códigos MUD8.1, 8.2 y 8.3) describen el valor bruto de la producción. Se excluyen las transferencias en especie que financian el consumo efectivo de los hogares que poseen este tipo de cobertura de salud. Es conveniente destacar que en el SCN estas instituciones forman parte del sector gobierno por estar financiadas con aportes y contribuciones de carácter obligatorio.

En la columna de **Seguros Voluntarios** (código MUD9) se expone el valor bruto de la producción de las Empresas de Medicina Prepaga, Mutuales y Obras Sociales cuando brindan cobertura de seguro voluntario y se obtuvo como diferencia entre el total de ingresos y las transferencias a los hogares para financiar su gasto de consumo en medicamentos y servicios de la salud.

En el caso del **Resto de Sectores Productivos** (código MUD10) se considera el gasto en servicios de la salud de los sectores productivos distintos

del sector salud con el objeto de atender la salud de sus empleados. Estos gastos se consideran consumo intermedio.²⁴

En los párrafos que siguen se definen sintéticamente las columnas correspondientes a la demanda final.

El Gasto de Consumo Final de Hogares (código MUD11) es el valor del gasto en aparatos terapéuticos, medicamentos de uso humano, primeros auxilios, servicios de salud, servicio de seguros voluntarios y residencias con servicios de enfermería. En el caso de los seguros voluntarios se incluye sólo el valor bruto de la producción de las mismas y no el valor total del gasto en cuotas de afiliación.

Excluye los pagos a las Obras Sociales dado que los mismos se consideran consumo final individual del gobierno (por ser consideradas las Obras Sociales instituciones de este ámbito) y también las transferencias recibidas por los hogares, dado que si bien forman parte de su consumo efectivo, el gasto corre por cuenta de las unidades que lo realizan.

Las **Transferencias en Especie a los Hogares** (código MUD12) que realizan el **Gobierno**, las **Obras Sociales**, los **Seguros Voluntarios** y las **ISFLH** corresponden a la parte del gasto en bienes y servicios de atención de la salud que estas instituciones transfieren en especie a los hogares.

Por último, el **Gasto en Consumo Final Individual del Gobierno** (código MUD13) es el valor del gasto de servicios de los establecimientos públicos de salud, el valor de producción de las obras sociales y el valor de producción de los servicios administrativos del gobierno. Como la matriz de utilización está construida desde la perspectiva del gasto, éstos servicios se incluyeron dentro del concepto de gasto de consumo final individual del gobierno y no dentro del gasto de consumo final de los hogares. Se subraya el carácter individual y no

24. Incluye los "servicios de primeros auxilios, exámenes médicos y otros chequeos sanitarios exigidos por la naturaleza del trabajo" Página 155 SCN93-ONU

colectivo de los mismos, dado que forman parte del consumo efectivo de los hogares.

Matriz de Gasto y Financiamiento

En la MGF se identifica el origen de los fondos y la aplicación de los mismos. En las columnas de la matriz se ordenan los compradores (demandantes) y en las filas se representan los bienes ofrecidos y los proveedores de servicios (oferentes).

Los demandantes se diferencian entre financiadores primarios (hogares, empresas, gobierno, instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares) e intermedios o administradores de fondos de seguro (obras sociales y seguros voluntarios) y los prestadores, cuyos ingresos provienen de los financiadores.

En la oferta se identificaron los bienes y servicios destinados a la atención de la salud con la desagregación mencionada anteriormente.

El vector de demanda de los **Hogares** (código MGF1) se construyó a partir de la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de la cual se obtuvieron los datos de gasto en bienes y servicios de atención médica así como en cuotas de seguros voluntarios. Se incluyeron la totalidad de los fondos de seguro de salud, obligatorios y voluntarios, aun cuando en parte provengan de erogaciones de las empresas. Esto se debe a que tanto las contribuciones patronales en el sistema de Obras Sociales como la compra de seguros de salud de las empresas por fuera de este sistema para sus empleados son "salario en especie", y por lo tanto ingresos y gastos de las familias.

El vector del **Resto de los Sectores Productivos** (código MGF2) se construyó como representación de los sectores productivos distintos del sector salud. El gasto consignado corresponde a las contrataciones que realizan estas unidades económicas para atender la salud de sus empleados (exceptuando las contribuciones a Obras Sociales y la contratación de seguros de salud volun-

tarios). Según la definición de la metodología de Cuentas de Salud de la OCDE se trata de salud ocupacional y en el Sistema de Cuentas Nacionales es considerado consumo intermedio.

El vector de demanda del sector **Gobierno** (código MGF3) incluye al gobierno nacional y a los gobiernos provinciales y municipales, que también se muestran por separado. Expone las erogaciones presupuestarias como pertenecientes a la función salud y algunas no clasificados dentro de ella pero cuyo objeto son bienes y servicios relacionados con la atención médica. La fuente principal para el total de los gastos fue la Dirección de Gastos Sociales Consolidados, mientras que la estructura surgió de estudios especiales efectuados para la construcción de la MIP Ar'97. Las transferencias del nivel nacional a provincias y municipios, y de provincias a municipios se consideraron en el nivel en que son aplicadas.

En el vector de demanda de las Instituciones sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (código MGF4) se consideraron aquellas que no tienen como actividad principal la atención de la salud sino que realizan transferencias en especie a los hogares para atender necesidades relacionadas con esta función.

La composición de la demanda de bienes y servicios por parte de las instituciones que administran fondos de seguros voluntarios se refleja en el vector **Seguros Voluntarios** (código MGF5). Esto incluye tanto a empresas de medicina prepaga como a mutuales y a Obras Sociales en su carácter de oferentes de este tipo de cobertura así como también, a los seguros parciales para cubrir emergencias médicas.

El vector de demanda de **Obras Sociales** (código MGF6) considera gastos de las Obras Sociales Nacionales, Provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en su carácter de administradores de fondos de seguro obligatorio. Aquellos gastos correspondientes a las afiliaciones voluntarias fueron expuestos en el vector de Seguros Voluntarios. El gasto en prestadores propios se imputó como gas-

to en clínicas junto con el de los establecimientos privados. El gasto total para cada tipo de Obra Social se obtuvo de las estimaciones de la Dirección de Gastos Sociales Consolidados y los estados contables del INSSJyP. Para conformar la estructura del gasto se complementó la información de las encuestas realizadas para la construcción de la MIP AR'97 con datos disponibles en el Programa de Reconversión de Obras Sociales y el Programa de Reconversión del Sistema de Seguros de Salud.

El vector de **Establecimientos Públicos** (código MGF7.1) expone la demanda de establecimientos de atención médica del sector público de todas las jurisdicciones. En este vector se están considerando los programas de promoción y protección de la salud, dado que se asume que los mismos se ejecutan en su mayor medida en los efectores públicos de distinto nivel. Además de los fondos provenientes de los respectivos gobiernos se consideraron los originados en la facturación a beneficiarios de Obras Sociales y en los pagos directos de los hogares.

El vector de **Prestadores Privados** (código MGF7.2) de atención médica incluye la demanda realizada por los hospitales, clínicas y sanatorios (con y sin fines de lucro) incluyendo los establecimientos de las Obras Sociales, médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud, empresas de servicios de diagnóstico y tratamiento y de emergencia.

Resultados de las estimaciones

Las estimaciones realizadas permitieron obtener como resultado las Matrices de Utilización y de Gasto y Financiamiento del Sector Salud para el año 1997, así como la construcción del cuadro Industria Provedora y Fuente de Financiamiento según la metodología de la OCDE y de cuadros que muestran parcialmente aspectos del origen y aplicación de los fondos destinados a financiar gastos en atención de la salud.

Matriz de Utilización del Sector Salud Año 1997

Como se explicara en el capítulo 3 la MU a precios de comprador muestra la demanda de productos según el destino sea para su transformación en el proceso productivo (demanda intermedia) o para los usos finales. Asimismo permite identificar las funciones de producción de los agentes proveedores de servicios de atención médica y de seguros de salud, el gasto en consumo final de los hogares, las transferencias que éstos reciben de los financiadores intermedios y que forman parte de su consumo y el consumo final individual del gobierno en sus distintos niveles jurisdiccionales (incluye el gasto en administración de los niveles centrales y de las Obras Sociales y el gasto en establecimientos públicos).

En el siguiente cuadro se presenta completa la Matriz de Utilización del Sector Salud para el año 1997.

Matriz de Utilización del Sector Salud

Año 1997. En millones de pesos corrientes

		MUD 1	MUD 2	MUD 3	MUD 4	MUD 5		MUD 6	MUD 7.1	MUD 7.2	MUD 7.3	MUD 7	MUD 8.1	MUD 8.2	
		SALUD Y SERVICIOS SOCIALES (EXCLUYE VETERINARIOS)							GOBIERNO Y OBRAS SOCIALES						
		ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS	CLINICAS	MEDICOS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	SERVICIOS DE EMERGENCIAS	TOTAL SERVICIOS SALUD PRIVADA	TOTAL SERVICIOS DE SALUD	RESIDENCIAS CON SERVICIOS DE ENFERMERIA	GOBIERNO NACIONAL	GOBIERNO PROVINCIALES	GOBIERNO MUNICIPALES	TOTAL ADMINISTRACION PUBLICA	OBRAS SOCIALES NACIONALES	OBRAS SOCIALES PROVINCIALES
MUO 1	Total Aparatos terapéuticos y otros durables	21.04	45.54	61.18	13.19	1.57	121.48	142.52	11.20						
MUO 2	Compuestos químicos	56.85	66.03	4.66	9.21	0.39	80.29	137.14	2.99						
MUO 3	Medicamentos de uso humano	436.30	430.04	12.79	69.65	1.79	514.27	950.57	0.30	8.64	3.82	2.52	14.98		
MUO 4	Primeros Auxilios														
	Total medicamentos	436.30	430.04	12.79	69.65	1.79	514.27	950.57	0.30	8.64	3.82	2.52	14.98		
MUO 5	Servicios de salud	299.83	1,234.63		202.18	25.34	1,462.14	1,761.97	11.29	15.10	15.96	6.72	37.77		
MUO 5.1	Establecimientos públicos														
MUO 5.2	Salud privada	299.83	1,234.63		202.18	25.34	1,462.14	1,761.97	11.29	15.10	15.96	6.72	37.77		
MUO 5.2.1	Clinicas														
MUO 5.2.2	Médicos y otros profesionales de la salud	299.83	741.84		128.13	23.71	893.68	1,193.51	11.29	15.10	15.96	6.72	37.77		
MUO 5.2.3	Servicios auxiliares de diagnóstico		453.78		72.81	0.19	526.79	526.79							
MUO 5.2.4	Emergencias		39.01		1.23	1.44	41.67	41.67							
MUO 6	Seguros voluntarios														
MUO 7	Seguros de afiliación obligatoria (Obras Sociales)														
MUO 8	Servicios Administrativos del Gobierno														
	Total prestaciones de Salud	814.02	1,776.23	78.63	294.24	29.08	2,178.18	2,992.20	25.77	23.74	19.78	9.23	52.76		
MUO 9	Consumos intermedios varios	585.24	985.69	1,184.13	495.32	35.62	2,700.76	3,286.00	237.42	98.79	17.10	9.00	124.89	214.41	35.97
MUO 10	Residencias con Servicios de Enfermería														
	Total Usos	1,399.26	2,761.92	1,262.75	789.56	64.70	4,878.94	6,278.20	263.20	122.54	36.88	18.23	177.65	214.41	35.97
MUO 11	Remuneración a los asalariados	3,353.84	1,927.91	273.13	617.07	111.23	2,929.34	6,283.18	349.46	80.59	301.86	5.18	387.63	506.24	135.68
MUO 12	Otros comp del VA		676.59	2,296.61	510.06	70.47	3,553.73	3,553.73	110.24					13.63	
MUO 13	VAB	3,353.84	2,604.49	2,569.75	1,127.13	181.70	6,483.07	9,836.91	459.70	80.59	301.86	5.18	387.63	519.86	135.68
MUO 14	VBP	4,753.10	5,366.41	3,832.50	1,916.70	246.40	11,362.01	16,115.11	722.90	203.12	338.74	23.41	565.28	734.27	171.64

USOS INTERMEDIOS

USO FINAL

USOS TOTALES

VALOR AGREGADO BRUTO

LOS GASTOS SON CONSIGNADOS COMO TRANSFERENCIAS A LOS HOGARES

EL GASTO EN SALUD ES GASTO CORRIENTE POR LO QUE NO CORRESPONDE APLICAR EL CONCEPTO DE FORMACION BRUTA DE CAPITAL

SE SUPUSO QUE LA VARIACION DE EXISTENCIAS DE LOS BIENES CORRESPONDIA A SECTORES DISTINTOS A SALUD

MUD 8.3	MUD 8	MUD 9	MUD 10		MUD 11	MUD 12.1	MUD 12.2	MUD 12.3	MUD 12.4	MUD 12		MUD 13		MUD 14	MUD 15	MUD 16					
CONSUMO FINAL														FORMACION BRUTA DE CAPITAL							
INSSJP	TOTAL OBRAS SOCIALES	SEGUROS VOLUNTARIOS	RESTO DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS	CONSUMO INTERMEDIO	GASTO DE CONSUMO FINAL HOGARES	TRANSFERENCIAS EN ESPECIE DEL GOBIERNO A LOS HOGARES	TRANSFERENCIAS EN ESPECIE OOS A LOS HOGARES	TRANSFERENCIAS EN ESPECIE SEGUROS VOLUNTARIOS A LOS HOGARES	TRANSFERENCIAS EN ESPECIE ISFLH A LOS HOGARES	TOTAL TRANSFERENCIAS	SUBTOTAL HOGARES	ISFLH	GOBIERNO CONSUMO FINAL INDIVIDUAL	TOTAL	FBC FIJO	VARIACION DE EXISTENCIAS	TOTAL	EXPORTACIONES FOB	DEMANDA FINAL	DEMANDA TOTAL	
				153.72	399.51	11.66	93.63	0.75		106.04	505.55			505.55				25.20	530.76	684.47	
				140.13				0.29	0.88	1.17	1.17			1.17				17.11	18.27	158.40	
				965.85	4,604.00		1,035.02	156.86	66.86	1,258.74	5,862.74			5,862.74				272.00	6,134.74	7,100.59	
				126.34	126.34						126.34			126.34					126.34	126.34	
				965.85	4,730.34		1,035.02	156.86	66.86	1,258.74	5,989.07			5,989.07				272.00	6,261.07	7,226.92	
				145.62	1,956.66		1,569.07	5,449.20	2,490.93	147.81	8,104.96			9,674.03					14,158.45	16,115.11	
				126.18	142.50					142.50	268.68		4,484.42	4,753.10					4,753.10	4,753.10	
				145.62	1,956.66		1,442.89	5,306.70	2,490.93	147.81	7,962.46			9,405.35					9,405.35	11,362.01	
				143.20	143.20		282.14	17.02	3,410.17	1,513.87	4,941.07			5,223.21					5,223.21	5,366.41	
				2.42	1,245.00		762.69		1,133.27	543.74	147.81			1,824.81					2,587.50	3,832.50	
				526.79	398.05		634.26	357.60		991.86	1,389.91			1,389.91					1,389.91	1,916.70	
				41.67				129.00	75.73	204.73	204.73			204.73					204.73	246.40	
					888.18						888.18			888.18					888.18	888.18	
													1,388.35	1,388.35					1,388.35	1,388.35	
													565.28	565.28					565.28	565.28	
				145.62	3,216.35		7,587.10	28.68	6,577.85	2,648.82	215.55	9,470.91	17,058.01	6,438.06	23,496.06				314.31	23,810.37	27,026.73
82.82	333.19	280.66		4,262.17			350.76		168.02		204.11	372.14	722.90						722.90	722.90	
82.82	333.19	280.66	145.62	6,967.68	7,937.86	28.68	6,745.88	2,648.82	419.66	9,843.05	17,780.91		6,438.06	24,218.96					24,533.27	27,749.63	
393.71	1,035.62	302.26		8,358.16																	
5.91	19.54	305.27		3,988.77																	
399.62	1,055.16	607.52		12,346.93																	
482.44	1,388.35	888.18	145.62	19,825.45																	

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Complementa la MU el cuadro donde se contrasta la demanda total con la oferta total, constituida por oferta interna e importaciones.

Demanda y oferta de bienes y servicios de salud

Año 1997. En millones de pesos

	BIENES Y SERVICIOS DE SALUD	DEMANDA TOTAL	OFERTA INTERNA	IMPORTACIONES	OFERTA TOTAL
MUO 1	APARATOS TERAPÉUTICOS Y OTROS DURABLES	684,5	545,8	138,7	684,5
MUO 2	COMPUESTOS QUÍMICOS	158,4	158,4		158,5
MUO 3	MEDICAMENTOS DE USO HUMANO	7.100,6	6.462,9	637,7	7.100,6
MUO 4	PRIMEROS AUXILIOS	126,3	126,3		126,3
	TOTAL MEDICAMENTOS	7.226,9	6.589,2	637,7	7.226,9
MUO 5	SERVICIOS DE SALUD	16.115,1	16.115,1		16.115,1
MUO 5.1	ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	4.753,1	4.753,1		4.753,1
MUO 5.2	SALUD PRIVADA	11.362,0	11.362,0		11.362,0
MUO 5.2.1	CLÍNICAS	5.366,4	5.366,4		5.366,4
MUO 5.2.2	MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	3.832,5	3.832,5		3.832,5
MUO 5.2.3	SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	1.916,7	1.916,7		1.916,7
MUO 5.2.4	EMERGENCIAS	246,4	246,4		246,4
MUO 6	SEGUROS VOLUNTARIOS	888,2	888,2		888,2
MUO 7	SEGUROS DE AFILIACIÓN OBLIGATORIA (OBRAS SOCIALES)	1.388,4	1.388,4		1.388,4
MUO 8	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL GOBIERNO	565,3	565,3		565,3
	TOTAL PRESTACIONES DE SALUD	27.026,8	26.250,4	776,4	27.026,8
MUO 10	RESIDENCIAS CON SERVICIOS DE ENFERMERÍA	722,9	722,9		722,9
	TOTAL USOS	27.749,7	26.973,3	776,4	27.749,7

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Según los conceptos en que se basa la construcción de la Matriz de Utilización del Sector Salud para el año 1997 el gasto en salud presenta la siguiente estructura:

Gasto en salud según la Matriz de Utilización.

Año 1997. En millones de pesos.

CONCEPTO	MONTO
GASTO DE CONSUMO FINAL DE LOS HOGARES	7.938
TRANSFERENCIAS DEL GOBIERNO	29
TRANSFERENCIAS DE LAS OBRAS SOCIALES	6.746
TRANSFERENCIAS DE LOS SEGUROS VOLUNTARIOS	2.648
TRANSFERENCIAS DE LAS ISFLH	420
SUBTOTAL CONSUMO DE LOS HOGARES	17.781
CONSUMO INDIVIDUAL DEL GOBIERNO	6.438
SUBTOTAL CONSUMO FINAL	24.219
CONSUMO INTERMEDIO RESTO DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS	146
TOTAL	24.365

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

El gasto de consumo final de los hogares consigna los pagos efectuados a los seguros voluntarios que no regresan a los hogares como transferencias en especie sino que cubren el gasto del aseguramiento propiamente dicho. Mientras que el consumo individual del Gobierno incluye el gasto de los tres niveles jurisdiccionales estatales (excepto las transferencias a los hogares en concepto de pago de servicios en prestadores privados) y los gastos en administración de las Obras Sociales.

Dado que el gasto en salud ocupacional es considerado consumo intermedio en el SCN pero el SCS de la OCDE lo incluye como uno de los componentes del gasto total, en este cuadro se suma al valor del consumo final total.

Matriz de Gasto y Financiamiento del Sector Salud Año 1997

La complejidad del Sector Salud en el que intervienen numerosos agentes económicos, privados y públicos, prestadores de servicios de atención médica y de cobertura de seguros médicos y las consecuentes características del financiamiento se exponen con mayor claridad en la matriz de gasto y financiamiento.

Gasto corriente en Salud por industria proveedora y fuente de financiamiento

La metodología de Cuentas de Salud de la OCDE propone la confección de diversas matrices que combinan información sobre financiadores, proveedores y según funciones de salud. Lamentablemente la información disponible actualmente en la Argentina no permite construir la totalidad de ellas por lo que se presenta el cuadro que se corresponde al de Gasto corriente en salud, por industria proveedora y fuente de financiamiento de la OCDE.

Matriz de Gasto y Financiamiento del Sector Salud

Año 1997. En millones de pesos corrientes

PBI 97=292.858.877

La contratación de seguros voluntarios que realizan los hogares consideran

118 millones de contratación de servicios de emergencias, que se incluyen en esta línea por ser seguros parciales.

El vector demanda de Seguros Voluntarios también contempla este monto, por estar las empresas de servicios de emergencia actuando como una aseguradora.

	MGFO 1	MGFO 2	MGFO 3.1	MGFO 3.2	MGFO 3.3	MGFO 3	MGFO 4	MGFO 5	MGFO 6.1	MGFO 6.2	
	HOGARES	RESTO DE SECTORES PRODUCTIVOS	GOBIERNO NACIONAL	GOBIERNO PROVINCIALES	GOBIERNO MUNICIPALES	TOTAL GOBIERNO	ISF/LH	SEGUROS VOLUNTARIOS	OBRAS SOCIALES NACIONALES	OBRAS SOCIALES PROVINCIALES	
MGFO 1	Primeros Auxilios	126.34									
MGFO 2	Total Aparatos terapéuticos y otros durables	399.51	0.21	11.32	0.13	11.66		0.75	6.39	66.86	
MGFO 3	Medicamentos de uso humano	4,604.00	8.64	3.82	2.52	14.98	66.86	156.86	450.52	231.48	
MGFO 4	Compuestos químicos						0.88	0.29			
MGFO 5	Servicios de salud humana	1,569.07	145.62	557.95	3,247.06	734.22	4,539.22	147.81	2,490.93	2,567.02	1,339.02
MGFO 5.1	Establecimientos públicos	126.18	525.82	3,231.10	727.50	4,484.42		S/D	103.53	27.67	
MGFO 5.2	Salud privada	1,442.89	145.62	32.12	15.96	6.72	54.80	147.81	2,490.93	2,463.49	1,311.34
MGFO 5.2.1	Clínicas	282.14	143.20	17.02		17.02			1,513.87	1,661.72	878.68
MGFO 5.2.2	Médicos y otros profesionales de la salud	762.69	2.42	15.10	15.96	6.72	37.77	147.81	543.74	493.89	261.16
MGFO 5.2.3	Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	398.05							357.60	283.34	162.34
MGFO 5.2.4	Servicios de Emergencias								75.73	24.54	9.17
MGFO 6	Seguros voluntarios	3,537.00									
MGFO 7	Seguros de Afiliación Obligatoria (Obras Sociales)	8,134.23									
	Total prestaciones de Salud	18,370.15	145.62	566.80	3,262.20	736.86	4,565.86	251.55	2,648.82	3,023.93	1,637.36
MGFO 8	Consumos intermedios varios		98.79	17.10	9.00	124.89		280.66	214.41	35.97	
MGFO 9	Residencias con Servicios de Enfermería	350.76					204.11				
MGFO 10	Remuneración a los asalariados		80.59	301.86	5.18	387.63		302.26	506.24	135.68	
MGFO 11	Otros comp del VA							305.27	13.63		
	Total	18,720.91	145.62	746.18	3,581.16	751.04	5,078.39	419.66	3,537.00	3,758.20	1,809.00

FINANCIADORES PRIMARIOS O DIRECTOS

FINANCIADORES INTERMEDIOS

PRESTADORES

MGFD 6.3	MGFD 6	MGFD 7.1	MGFD 7.2.1	MGFD 7.2.2	MGFD 7.2.3	MGFD 7.2.4	MGFD 7.2	MGFD 7	MGFD 8
INSSP	TOTAL OBRAS SOCIALES	ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS	CLINICAS	MEDICOS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	SERVICIOS DE EMERGENCIAS	TOTAL PRESTADORES PRIVADOS	TOTAL PRESTADORES	RESIDENCIAS CON SERVICIOS DE ENFERMERIA
20.38	93.63	21.04	45.54	61.18	13.19	1.57	121.48	142.52	11.20
353.02	1,035.02	436.30	430.04	12.79	69.65	1.79	514.27	950.57	0.30
		56.85	66.03	4.66	9.21	0.39	80.29	137.14	2.99
1,543.17	5,449.20	299.83	1,234.63		202.18	25.34	1,462.14	1,761.97	11.29
11.30	142.50								
1,531.87	5,306.70	299.83	1,234.63		202.18	25.34	1,462.14	1,761.97	11.29
869.77	3,410.17								
378.22	1,133.27	299.83	741.84		128.13	23.71	893.68	1,193.51	11.29
188.59	634.26		453.78		72.81	0.19	526.79	526.79	
95.30	129.00		39.01		1.23	1.44	41.67	41.67	
1,916.56	6,577.85	814.02	1,776.23	78.63	294.24	29.08	2,178.18	2,992.20	25.77
82.82	333.19	585.24	985.69	1,184.13	495.32	35.62	2,700.76	3,286.00	237.42
168.02	168.02								
393.71	1,035.62	3,353.84	1,927.91	273.13	617.07	111.23	2,929.34	6,336.42	349.46
5.91	19.54		676.59	2,296.61	510.06	70.47	3,553.73	3,553.73	110.24
2,567.02	8,134.23	4,753.10	5,366.41	3,832.50	1,916.70	246.40	11,362.01	16,168.35	722.90

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Gasto corriente en salud, por industria proveedora y fuente de financiamiento
 Año 1997. En millones de pesos corrientes

		FFAS. I						
		FFAS. I.1				FFAS. I.2		
		GOBIERNO NACIONAL	GOBIERNOS PROVINCIALES	GOBIERNOS MUNICIPALES	TOTAL GOBIERNO	OBRAS SOCIALES NACIONALES	OBRAS SOCIALES PROVINCIALES	INSSJP
PAS. 1	Establecimientos públicos (1)	526	3.231	728	4.484	104	28	11
	Clinicas privadas (2)	17			17	1.662	879	870
PAS. 3	Proveedores de atención ambulatoria							
	Médicos y otros profesionales de la salud	15	16	7	38	494	261	378
	Servicios de diagnóstico y tratamiento					283	162	189
	Servicios de emergencias					25	9	95
PAS. 2	Residencias con servicios de enfermería							168
	Medicamentos (3) (4)	9	4	3	15	451	231	353
	Otros bienes							
	Equipamiento	0.2	11	0.1	12	6	67	20
PAS. 6	Administración general de salud y seguridad social							
	Gastos generales (5)	99	17	9	125	228	36	89
	Gastos en personal							
	Gobierno (excepto Seguridad Social)	81	302	5	388			
	Fondos de Seguridad Social					506	136	394
	Seguros privados							
PAS. 7	Resto de la economía							
PAS 7.1	Salud ocupacional							
Total		746	3.581	751	5.078	3.758	1.809	2.567

(1) No incluye atención ambulatoria y Programas de Atención Pública.

(2) Incluye atención ambulatoria.

(3) En caso de hogares se incluyen 126 millones de pesos de gasto en artículos de primeros auxilios.

(4) Excluye el gasto en medicamentos adquiridos por los prestadores.

(5) Incluye otros componentes del valor agregado distintos a gastos en personal.

		FFAS. 2						
	FFAS. 1	FFAS. 2.1	FFAS. 2.3	FFAS. 2.4	FFAS. 2.5	FFAS. 2		
TOTAL OBRAS SOCIALES	GOBIERNO EN GENERAL	SEGUROS VOLUNTARIOS	HOGARES	ISFLH	EMPRESAS	TOTAL SECTOR PRIVADO	TOTAL GASTO CORRIENTE EN SALUD	
142	4.627	S/D	126			126	4.753	
3.410	3.427	1.514	282		143	1.939	5.366	
1.133	1.171	544	763	148	2	1.457	2.628	
634	634	358	398			756	1.390	
129	129	76				76	205	
168	168		351	204		555	723	
1.035	1.050	157	4.730	67		4.954	6.004	
		0.3		1		1	1	
94	105	1	400			400	506	
353	478	586				586	1.064	
	388						388	
1.036	1.036						1.036	
		302				302	302	
8.134	13.213	3.537	7.050	420	146	11.152	24.365	

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Quién gasta

La MGF permite determinar el gasto en salud a partir de las fuentes de financiamiento. Para definir los cuadros que siguen se consideran como fuentes las identificadas por la metodología del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (ver Mapa de Financiamiento en el Capítulo 2 y Cuadro N°5). Estas fuentes pueden caracterizarse como provenientes del sector gobierno (gasto estatal y de los seguros obligatorios) y del sector privado. También pueden agruparse en directas en el caso de los hogares (FFAS 2.3), el gobierno (FFAS 1.1), las empresas del resto de los sectores productivos (FFAS 2.5) y las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (FFAS 2.4) e intermedias cuando los que efectúan el gasto son los administradores de fondos de seguro como las Obras Sociales (FFAS 1.2) y los Seguros Voluntarios (FFAS 2.1).

En el siguiente cuadro se observa la composición del gasto según estas fuentes.

Gasto en Salud por Fuente de Financiamiento

Año 1997. En millones de pesos, estructura porcentual y como porcentaje del PBI

	MONTO	% s/GTO. TOTAL	% s/PBI
HOGARES ⁽¹⁾	7.050	28,9 %	2,4 %
GOBIERNO	5.078	20,8 %	1,7 %
OBRA S SOCIALES	8.134	33,4 %	2,8 %
SEGUROS VOLUNTARIOS	3.537	14,5 %	1,2 %
EMPRESAS (RESTO DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS)	146	0,6 %	0,0 %
ISFLH	420	1,7 %	0,1 %
TOTAL	24.365	100 %	8,3 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

(1) No incluye gastos asociados a los seguros obligatorios ni voluntarios

Dado que del gasto en Residencias con Servicios de Enfermería no se ha podido discriminar el destinado específicamente a la atención de la salud y que estimaciones anteriores no han incorporado este rubro.

Gasto en Salud por Fuente de Financiamiento excluyendo Residencias con Servicios de Enfermería

Año 1997. En millones de pesos, estructura porcentual y como porcentaje del PBI

	MONTO	% s/GTO. TOTAL	% s/PBI
HOGARES ⁽¹⁾	6.699	28,3 %	2,3 %
GOBIERNO	5.078	21,5 %	1,7 %
OBRA S SOCIALES	7.966	33,7 %	2,7 %
SEGUROS VOLUNTARIOS	3.537	15,0 %	1,2 %
EMPRESAS (RESTO DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS)	146	0,6 %	0,1 %
ISFLH	216	0,9 %	0,1 %
TOTAL	23.642	100,0 %	8,1 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

(1) No incluye gastos en seguros obligatorios ni voluntarios, ni los copagos asociados a este tipo de cobertura.

En cuanto a los seguros voluntarios \$3.537 millones corresponden a los ingresos totales de los cuales \$2.625 millones provienen de pagos de los hogares por seguros de atención médica y \$118 millones corresponden a cuotas pagadas a los seguros parciales de emergencia médica. El resto responde a la adquisición de seguros voluntarios efectuados por las empresas para sus empleados. Por otra parte, cabe reiterar que en esta categoría se considera la cobertura brindada por las Obras Sociales a afiliados voluntarios por un monto total de \$730 millones.

En qué se gasta

Las fuentes de financiamiento identificadas anteriormente asignan los recursos para la adquisición de bienes y servicios de atención médica y para la administración de las actividades centrales del gobierno y los fondos de seguros.

Destino del gasto en salud

Año 1997. En millones de pesos y estructura porcentual

	MONTO	%
ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	4.753	19,5 %
CLÍNICAS	5.366	22,0 %
MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	2.628	10,8 %
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	1.390	5,7 %
EMERGENCIAS	205	0,8 %
MEDICAMENTOS ⁽¹⁾	6.004	24,6 %
APARATOS TERAPÉUTICOS Y OTROS DURABLES	506	2,1 %
COMPUESTOS QUÍMICOS	1	0,0 %
RESIDENCIAS CON SERVICIO DE ENFERMERÍA	723	3,0 %
ADMINIST. DE SALUD PÚBLICA Y DE SEGUROS OBLIGATORIOS Y VOLUNTARIOS	2.789	11,4 %
TOTAL	24.365	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

(1) Incluye 126 millones de gasto en artículos de primeros auxilios

El gasto en medicamentos, aparatos terapéuticos y compuestos químicos corresponde a las erogaciones realizadas por los financiadores primarios e intermedios y no contempla, por lo tanto, las compras efectuadas por los prestadores de servicios de salud.

Gasto de los Hogares en Atención Médica y Seguros Voluntarios

Año 1997. En millones de pesos y estructura porcentual

RUBROS	MONTO	%
PRIMEROS AUXILIOS	126	1,3 %
APARATOS TERAPÉUTICOS Y OTROS DURABLES	400	4,0 %
MEDICAMENTOS	4.604	46,0 %
SUBTOTAL BIENES	5.130	51,3 %
ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	126	1,3 %
CLÍNICAS	282	2,8 %
MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	763	7,6 %
SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	398	4,0 %
RESIDENCIAS CON SERV.DE ENFERM.	351	3,5 %
SUBTOTAL SERVICIOS EXCL.GASTOS ASOCIADOS A SEGUROS	1.920	19,2 %
SUBTOTAL BIENES Y SERVICIOS (EXCL. SEGUROS)	7.050	70,4 %
SEGUROS VOLUNTARIOS ⁽¹⁾	2.743	27,4 %
ORDENES DE CONSULTA (PAGADO A LAS OBRAS SOCIALES)	218	2,2 %
TOTAL	10.011	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

(1) Incluye \$118 millones de Cuotas de Seguros de Emergencia

El Cuadro anterior reproduce parcialmente la columna MGF D1 de la MGF. Aquí se imputa como gastos en seguros voluntarios sólo lo que pagan en forma directa los hogares (se excluye por lo tanto la cobertura que reciben a través de los empleadores). El concepto órdenes de consulta pagadas a las Obras Sociales en la MGF D1 está incorporado en el gasto en seguros de afiliación obligatoria.

Gasto del Gobierno

Año 1997. Según nivel jurisdiccional y rubro de gasto.
En millones de pesos y estructura porcentual.

	Nac.	Prov.	Mun.	TOTAL	%
ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	526	3.231	727	4.484	88,3 %
PRESTADORES PRIVADOS	32	16	7	55	1,1 %
NIVEL CENTRAL	188	334	17	539	10,6 %
REMUNERACIÓN A LOS ASALARIADOS	81	302	5	388	7,6 %
OTROS COSTOS	107	32	12	151	3,0 %
TOTAL	746	3.581	751	5.078	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

En el financiamiento destinado a los establecimientos públicos se incluye el correspondiente a los programas de atención de la salud de los niveles centrales que se ejecutan a través de estos efectores. En los gastos del nivel central se imputan aquellos correspondientes a la administración propiamente dicha y la compra de algunos insumos médicos no destinados a establecimientos públicos. En remuneración a los asalariados no se incluye el gasto de los establecimientos por este concepto.

Gasto en atención de la salud de las Obras Sociales

Año 1997. Por tipo de Obra Social y rubro de gasto.
En millones de pesos y estructura porcentual.

	Nac.	Prov.	INSSJP	TOTAL	%
PRESTACIONES DE SALUD (TRANSFERENCIAS EN ESPECIE)	3.024	1.637	1.917	6.578	80,1 %
CONSUMOS INTERMEDIOS	214	36	83	333	4,2 %
REMUNERACIÓN A LOS ASALARIADOS	506	136	394	1.036	12,7 %
OTROS	14		6	20	0,2 %
TOTAL ATENCIÓN MÉDICA	3.758	1.809	2.399	7.966	97,9 %
RESIDENCIAS CON SERVICIOS DE ENFERMERÍA (TRANSFERENCIAS EN ESPECIE)			168	168	2,1 %
TOTAL	3.758	1.809	2.567	8.134	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Las Obras Sociales distribuyen sus ingresos entre prestaciones de salud (82,3% incluyendo el gasto en Residencias con Servicios de Enfermería) y gastos de administración de acuerdo a los porcentajes que se observan en el cuadro anterior, aunque con estructuras que difieren según el tipo de Obra Social. El gasto en prestadores propios incluyendo la remuneración a los asalariados se imputa en prestaciones de salud.

Los consumos intermedios corresponden a gastos que no están relacionados en forma directa con la atención de la salud, como alquileres, servicios básicos, publicidad y seguros.

Gasto de los Seguros Voluntarios

Año 1997. Por rubro de gasto. En millones de pesos y estructura porcentual.

RUBROS	MONTO	%
PRESTACIONES DE SALUD (TRANSFERENCIAS A LOS HOGARES)	2.649	74,9 %
CONSUMOS INTERMEDIOS	281	7,9 %
REMUNERACIÓN A LOS ASALARIADOS	302	8,5 %
OTROS	305	8,6 %
TOTAL	3.537	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

De manera similar se muestra la estructura del gasto de los seguros voluntarios, en donde los \$2.649 millones corresponden a transferencias de bienes y servicios de salud a los hogares, mientras que el resto representa gastos de administración y excedente bruto de explotación.

Cómo se financian los prestadores

En los siguientes cuadros se muestra el origen del financiamiento de los prestadores privados considerados en conjunto y de los establecimientos públicos.

Financiamiento de prestadores de atención médica privados según fuente excluyendo a las Residencias con Servicio de Enfermería

Año 1997. En millones de pesos y estructura porcentual.

	MONTO	%
HOGARES	1.443	15,1 %
GOBIERNO	55	0,6 %
OBRAS SOCIALES	5.307	55,3 %
SEGUROS VOLUNTARIOS	2.491	26,0 %
EMPRESAS (RESTO DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS)	146	1,5 %
ISFLH	148	1,5 %
TOTAL	9.590	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Financiamiento de los establecimientos públicos según fuente

Año 1997. En millones de pesos y estructura porcentual

	MONTO	%
HOGARES	126	2,7 %
GOBIERNO	4.484	94,3 %
OBRAS SOCIALES	143	3,0 %
TOTAL	4.753	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

En qué gastan los prestadores

La MU y la MGF brindan información sobre las estructuras del gasto de los prestadores privados y públicos, por las cuales puede conocerse cuáles son los bienes y servicios incluidos en la función de producción y cuál es la incidencia de los gastos en personal y del resto de los componentes del valor agregado (excedente de explotación e ingreso mixto). En los \$3.554 millones de este último rubro está incluido el ingreso de los médicos y otros profesionales de la salud por los servicios prestados en sus consultorios privados.

Gasto de los prestadores privados según rubro.

Año 1997. En millones de pesos y estructura porcentual.

RUBRO	MONTO	%
APARATOS TERAPÉUTICOS Y OTROS DURABLES	121	1,1 %
MEDICAMENTOS	514	4,5 %
COMPUESTOS QUÍMICOS	80	0,7 %
MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES	894	7,9 %
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	527	4,6 %
SERVICIOS DE EMERGENCIA	42	0,4 %
CONSUMOS INTERMEDIOS VARIOS	2.701	23,7 %
REMUNERACIÓN A LOS ASALARIADOS	2.929	25,8 %
OTROS COMPONENTES DEL VALOR AGREGADO	3.554	31,3 %
TOTAL	11.362	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Las clínicas, en particular, destinan el 8% a la compra de medicamentos, el 13,8% a la contratación de profesionales y el 36% al pago de salarios para sus empleados en relación de dependencia.

Gasto de los establecimientos públicos por rubro

Año 1997. En millones de pesos y estructura porcentual

RUBRO	MONTO	%
APARATOS TERAPÉUTICOS Y OTROS DURABLES	21	0,4 %
MEDICAMENTOS	436	9,2 %
COMPUESTOS QUÍMICOS	57	1,2 %
MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES	300	6,3 %
CONSUMOS INTERMEDIOS VARIOS	585	12,3 %
REMUNERACIÓN A LOS ASALARIADOS	3.354	70,6 %
TOTAL	4.753	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

El concepto médicos y otros profesionales se refiere a contrataciones efectuadas a este tipo de profesionales que no mantiene una relación de dependencia laboral con los establecimientos.

El gasto en medicamentos

El gasto en medicamentos²⁵ representa el 28% del gasto total en salud. Del total de la demanda el mayor porcentaje –67,4%– corresponde a los hogares, mientras que las Obras Sociales y los Seguros Voluntarios financian el 15% y 2% respectivamente, en concepto de cofinanciación de medicamentos ambulatorios que consumen sus beneficiarios.

El resto de la demanda está compuesto por los prestadores que utilizan los medicamentos en el proceso de prestar servicios de atención médica a las personas, las transferencias de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y las compras del gobierno no destinadas a los establecimientos públicos. Los valores surgen de la fila MGFO3 de la MGF.

25. Representa la demanda interna y excluye las exportaciones.

Gasto en medicamentos

Año 1997. En millones de pesos y estructura porcentual.

	MONTO	%
HOGARES	4.604	67,4 %
OBRAS SOCIALES	1.035	15,2 %
SEGUROS VOLUNTARIOS	157	2,3 %
ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	436	6,4 %
PRESTADORES PRIVADOS	514	7,5 %
ISFLH	67	1,0 %
GOBIERNO	15	0,2 %
TOTAL	6.828	100,0 %

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

El propósito de este acápite es identificar cuál es el aporte que hacen a la definición de políticas sanitarias las estimaciones de la Matriz de Utilización y de la Matriz de Gasto y Financiamiento del Sector Salud. En otras palabras, en qué medida contribuyen las estadísticas económicas a la gestión del Sector Salud.

Otro de los tópicos que interesa abordar es cómo la información que surge de esas estimaciones se puede potenciar a partir de la disponibilidad de otro tipo de información estadística.

Cómo se aplica la información que surge de la Matriz de Utilización al proceso de toma de decisiones en el Sector Salud

La información que surge de la Matriz de Utilización permite:

- Conocer las funciones de producción y la estructura de costos de los distintos oferentes lo que hace posible establecer comparaciones respecto de la eficiencia de cada uno de los agentes económicos entre sí y con parámetros internacionales.
- Realizar simulaciones y analizar el comportamiento de determinadas variables y así proveer información de gran utilidad para evaluar el impacto de las medidas regulatorias
- El análisis detallado de los flujos de bienes y servicios (intermedios y finales; origen nacional e importado, principales y secundarios) y por consi-

guiente identificar qué bienes y servicios tienen mayor impacto en el gasto de los diferentes agentes (por ejemplo, los hogares).

Cómo se aplica la información que surge de la Matriz de Gasto y Financiamiento al proceso de toma de decisiones en el Sector Salud

La información que surge de la Matriz de Gasto y Financiamiento permite:

- Conocer la estructura del financiamiento de todos los prestadores de atención médica, en particular identificar cuánto aportan las obras sociales y los hogares (gasto de bolsillo) al financiamiento de los hospitales públicos.
- El análisis de la estructura de financiamiento, en particular la composición público /privado.
- Conocer la fuente de financiamiento de productos e insumos críticos por su peso relativo, como por ejemplo los medicamentos.
- Al conocer la estructura del gasto de cada uno de los agentes posibilita la medición del impacto de los cambios en los precios de los productos o servicios.
- Conocer qué porcentaje del gasto en salud se destina a usos específicos de atención de la salud respecto de los gastos administrativos y otros gastos.

Ahora bien, en términos generales la información que surge tanto de la Matriz de Utilización

como de la Matriz de Gasto y Financiamiento no es suficiente para tomar decisiones de política sanitaria o gerenciar el sector.

Qué información adicional es necesaria para contribuir al proceso de toma de decisiones en el Sector Salud

La utilidad de la información que surge de las estimaciones de las matrices mencionadas para un año determinado puede potenciarse mediante la disponibilidad de otros datos, tales como:

- Series homogéneas que expongan la evolución de los datos en el tiempo, esto permitiría monitorear cambios en la estructura de financiamiento asociados a tendencias tecnológicas, demográficas y de política sanitaria.
- Información de cobertura, incluyendo cobertura múltiple por tipo de financiador. Al cruzar esta información con la de gasto se podría comparar el gasto per cápita de los diferentes financiadores y también identificar y dimensionar los subsidios cruzados.
- Estadísticas de producción. Si se relaciona esta información con el gasto sería posible obtener otro indicador de productividad.
- Distribución de la carga financiera y la distribución de productos y resultados (estadísticas de producción con base poblacional) según características socioeconómicas de la población. Constituiría un indicador de equidad del sistema de salud.
- Destino funcional del gasto. Asociando esta información con estadísticas de producción y morbi-mortalidad se podría evaluar el impacto de las diferentes modalidades de atención en términos de mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este indicador podría ser un instrumento sustantivo para priorizar una determinada modalidad de atención por sobre otras.
- Estadísticas de recursos (capacidad instalada); vinculando esta información con las estadísticas de producción y con el gasto se pueden establecer niveles de utilización y diseñar medidas que tiendan a mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos.

La disponibilidad de este conjunto de indicadores o conjuntos parciales, podría contribuir a:

- Mejorar la asignación de los recursos públicos.
- Limitar subsidios indeseados y focalizar aquellos considerados de mayor impacto para mejorar las condiciones de equidad del sistema.
- Definir el terreno de las regulaciones de manera de mejorar las condiciones de equidad y eficiencia de los prestadores y aseguradores del sector.

Qué utilidad tienen las estimaciones para comparaciones internacionales

Por último es importante analizar la utilidad a los fines de comparaciones internacionales de los datos provistos por la estimación de la Matriz de Utilización y la Matriz de Gasto y Financiamiento del Sector Salud.

La disponibilidad de datos de gasto y financiamiento en salud internacionalmente comparables permite conocer y comparar:

- El gasto en relación con el PBI. La cantidad que un país decide gastar en salud en relación con su capacidad de producción representa una elección en la distribución de recursos que excluye otras opciones sociales de asignación.
- Señales sintéticas sobre el nivel de eficiencia de los sistemas de salud a partir de la comparación de los indicadores de morbi-mortalidad de países con una relación similar de capacidades de producción (PBI) y gasto en salud.
- El peso relativo de los principales financiadores primarios del gasto en salud (hogares, público, privado) entre países con diversos niveles de desarrollo y organización sectorial.
- El peso relativo del gasto en determinados productos críticos (por ejemplo medicamentos).

Conclusiones

El presente estudio es el resultado de una valiosa experiencia de colaboración entre el Ministerio de Economía y el Ministerio de Salud de la Nación que permitió potenciar las capacidades de ambos y sentar las bases para futuros desarrollos.

La iniciativa puso énfasis en aplicar una determinada metodología y analizar sus fortalezas, limitaciones y potenciales modificaciones; no así a efectuar un exhaustivo análisis de los resultados de las estimaciones. Por este motivo las conclusiones que se vierten a continuación se refieren precisamente a los aspectos metodológicos del trabajo considerando que el análisis de lo que expresan los valores obtenidos requiere otro tipo de abordaje que podrá ser encarado en un estudio futuro.

La modalidad con que se desarrollaron las tareas posee la virtud de enmarcar institucionalmente la iniciativa e insertarla en líneas de trabajo de larga tradición y cuya cobertura excede lo sectorial; posibilitando la relación de los niveles de gasto del sector salud con el producto bruto de toda la economía sobre bases homogéneas.

Lo realizado hasta aquí permitió obtener por primera vez datos sobre la demanda intermedia –como el gasto de los prestadores y su función de producción– desagregado por grandes grupos institucionales y sobre la demanda final, según su asignación a un conjunto de bienes y servicios. Asimismo, fue posible poner en evidencia de manera más transparente los flujos de financiamiento y las relaciones público-privado en materia de financiamiento y prestación de servicios.

Simultáneamente con la construcción de las matrices se fueron explorando los beneficios de la aplicación de la información obtenida para mejorar los procesos de toma de decisión y gestión del sector. Estos usos se verán potenciados si se complementan estos datos con variables de población, cobertura, producción y resultados sanitarios.

Como se explicitara, el estudio perseguía fundamentalmente dos objetivos: el cálculo de las matrices para un año base y la concreción de un ejercicio que sirviera como prueba piloto para futuros desarrollos metodológicos. Ambos objetivos fueron alcanzados. En relación con el primero, esta publicación muestra el resultado del cálculo del gasto y financiamiento para el año 1997. Respecto del segundo, la experiencia resultó útil para reconocer los factores positivos asociados a la modalidad de trabajo y la metodología elegida, así como también para identificar aquellos aspectos que requieren una modificación para mejorar los resultados.

A continuación se mencionan algunos de los factores que se constituyeron en limitantes en el proceso de elaboración de las presentes estimaciones:

En primer lugar, se han utilizado bases de datos organizadas para objetivos más amplios, como es el cálculo de la Matriz de Insumo Producto de toda la economía. Así, los instrumentos de recolección de la información de base no habían sido diseñados específicamente para relevar datos de acuerdo a las características particulares de los

actores sectoriales ni con el objetivo de obtener información específica de algunas variables que resultan importantes para el análisis del comportamiento del Sector Salud.

Otro elemento que condicionó las estimaciones realizadas se refiere a que para el año 1997 pocas jurisdicciones disponían de estructuras presupuestarias que facilitarían la asignación del gasto público de acuerdo a su destino funcional.

Del mismo modo, la organización de la información económico financiera de Obras Sociales para ese año impide el conocimiento exhaustivo del destino del gasto. Por este motivo se debieron realizar estimaciones acerca de la estructura de las prestaciones en términos de atención ambulatoria, tanto de consultas médicas como de uso de servicios de apoyo, y de internación. Aun así, resultó necesario adoptar algunas hipótesis que permitirían asignar el destino del gasto según tipo de prestadores ya que no todas las prestaciones ambulatorias son satisfechas en consultorios individuales de profesionales o en prestadores exclusivos de servicios de apoyo.

Por otra parte, ciertos actores del mercado de la atención médica no fueron identificados en la conformación de la matriz. Entre ellos se encuentran las instituciones que asumen un rol intermediario y de gerenciamiento y que por esta actividad se apropian de parte de los recursos y las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo, siendo que en 1997 alrededor del 50% del mercado laboral se hallaba cubierto por esta modalidad laboral.

Otro aspecto que no fue posible desagregar en las estimaciones fue el gasto en formación y capacitación de recursos humanos ni en investigación y desarrollo del Sector Salud.

Algunas de las limitaciones planteadas y otros aspectos que tuvieron un incipiente desarrollo durante la realización del estudio se rigen en desafíos a asumir en el futuro.

En este punto es importante retomar lo que fue la idea fuerza de esta experiencia: disponer de un

Sistema de Información en Salud que logre cruzar variables económicas y de producción de los servicios de atención de la salud, que releve y procese datos en forma sistemática, periódica, homogénea y con una estructura de desagregación adecuada para su utilización en distintos niveles de gestión del Sector Salud.

Del párrafo anterior se desprende que los esfuerzos futuros debieran estar puestos en generar un proceso continuo que garantice la obtención periódica de la información requerida para la formulación de políticas sanitarias.

A continuación se mencionan algunos elementos que, no debieran dejar de contemplarse en el caso en que se quisiera dar continuidad a esta iniciativa.

Desde el punto de vista de los *desarrollos metodológicos* es posible mejorar los resultados de la aplicación de la metodología del Sistema de Cuentas Nacionales mejorando los instrumentos de recolección de información al orientarlos a la obtención de los datos que resulten relevantes conocer desde el punto de vista sectorial.

Respecto de la *adecuación de los sistemas de información* disponibles, sería de vital importancia dar continuidad al trabajo iniciado con las provincias respecto a la adecuación y articulación del Sistema Nacional de Estadísticas de Salud y el sistema de información económico financiera.

En este sentido, un aspecto susceptible de mejoras en el mediano plazo es el diseño de las estructuras de los presupuestos de salud de las provincias. Esta reforma debiera estar orientada a que el presupuesto se convierta en un instrumento útil para la asignación de los recursos en cada jurisdicción y que, a partir de contar con una estructura mínimamente normalizada, se pueda agregar a nivel nacional información sobre asignación y gasto público. La clasificación funcional que propone la metodología de la OC-DE adecuada a las características del sector en el país y a las necesidades de información per-

cibidas para la toma de decisiones por la conducción política sectorial es un posible punto de partida.

Otro aspecto a contemplar es la cobertura o *inclusión de todos los actores* del Sector Salud. Como se ha mencionado a lo largo de la publicación se distinguen tres grandes grupos de actores: la seguridad social, el sector privado y el sector público, incluyendo las áreas de gobierno que tienen a su cargo instituciones que pertenecen al sector salud como aquellas que no siendo así, igualmente pueden contribuir a la obtención de información relevante. Al respecto, con el propósito de ampliar los canales por los que es posible sistematizar el flujo de información sería necesario establecer contactos con estos actores tendientes a relevar la información disponible, sensibilizar respecto a la necesidad de generar información con mayor apertura y acordar información a ser suministrada.

Desarrollar *capacidades institucionales* para el análisis y uso de la información debiera ser, así mismo, una prioridad. En este sentido, se considera necesario sensibilizar a los distintos niveles de tomadores de decisiones acerca de la aplicabilidad de la información disponible al proceso de formulación de políticas y de gestión de las instituciones y programas.

Por último, con el objetivo de perfeccionar la calidad de la información disponible todas estas iniciativas podrían complementarse con estudios especiales orientados a conocer la distribución de la carga financiera y la distribución de productos y resultados según características socioeconómicas de la población como forma de evaluar las condiciones de equidad o niveles de inequidad del gasto.



Evolución del Sector Salud y proyecciones del gasto 1997-2000



Evolución del Sector Salud y proyecciones del gasto 1997-2000

Las estimaciones de gasto y financiamiento del sector salud para el año 1997 se realizaron en base a la amplia información estadística existente para ese año. Con el propósito de ampliar los usos de los resultados obtenidos, mediante la aplicación de parámetros que surgen de la evolución de variables relacionadas con los diferentes subsectores y de información disponible sobre el gasto público fue posible realizar proyecciones de esas estimaciones hasta el año 2000.

Los niveles de gasto y los flujos de financiamiento del sector se ven condicionados por variables macroeconómicas que se reflejan en el nivel de actividad, el mercado laboral y el nivel de ingresos de las familias, por las restricciones fiscales que impactan sobre el gasto público estatal y por las decisiones que se toman en materia de política tributaria y sanitaria.

Para analizar la evolución del gasto en salud que surge de las proyecciones realizadas a partir de las estimaciones expuestas en los capítulos anteriores, se describen los cambios en el marco normativo del sector que tuvieron lugar en el mismo periodo y facilitan la comprensión de las nuevas condiciones en que se desenvuelve el sistema. Este análisis se orientó a aquellas reformas que modificaron el diseño del financiamiento y gasto del sistema de salud y a los aspectos relacionados que impactaron indirectamente en estos patrones.

Se expone también el comportamiento entre 1997 y 2000 de un conjunto de variables macroeconómicas con fuerte impacto en el financiamien-

to de seguros voluntarios y obligatorios y en la demanda pública y privada de servicios de atención de la salud.

REFORMAS DEL SECTOR SALUD 1997-2000

Durante la década de los noventa, los diferentes subsistemas que conforman el sistema de salud argentino fueron objeto de importantes reformas. En el subsector público, a comienzos de la década el gobierno nacional retomó la política descentralizadora de la provisión pública de servicios de salud con la transferencia al ámbito provincial de los últimos hospitales e institutos aún en la esfera del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Asimismo, desde principios de la década se comenzó a instrumentar un nuevo modelo de gestión –el de Hospital Público de Autogestión– al que han ido adhiriendo los principales hospitales provinciales. En el sistema de obras sociales e INSSJyP, se aprobó la normativa general para la desregulación del subsector, mediante la introducción de la libre elección de obra social por parte de los beneficiarios.

Por último, en relación con el subsector privado, se comenzaron a discutir diferentes proyectos de regulación, al tiempo que éste recibió el impacto de las reformas introducidas en el resto de subsectores.

Las propuestas de reforma se impulsaron desde principios de la década, sin embargo, la implementación de la mayor parte de ellas, especial-

mente las dirigidas a la desregulación de la seguridad social, se inició a fines de la misma. En consecuencia, diversos aspectos del diseño del esquema de financiamiento y provisión del sistema se modificaron en éste último período.

A continuación se presentan los principales cambios normativos introducidos entre 1997 y 2000 en el sistema de salud. Se ha puesto especial énfasis en los cambios que afectan el flujo financiero y la estructura del gasto del sistema, si bien en algunos casos se hace referencia a otros aspectos por la importancia que tienen en la organización del sector.

Reformas 1997 - diciembre de 1999

A fines de los noventa se introdujo la posibilidad de que los trabajadores elijan libremente la obra social en la cual asegurar el cuidado de su salud. Esta reforma implicó el fin de un rasgo que había caracterizado fuertemente al sistema de obras sociales desde su creación: la obligatoriedad de adhesión a la obra social de la rama de actividad en la que se desempeñara el trabajador. Con la introducción de este mecanismo a comienzos de 1997 se fueron definiendo diversos aspectos que terminaron de delinear los rasgos principales del sistema en relación con el financiamiento y la cobertura.

Obras Sociales

• Durante el proceso de reforma se había señalado la intención de crear un organismo que regule el funcionamiento del sector en su conjunto. En 1996, se creó la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social de la

Nación. Esta institución es el ente de regulación y control de los diferentes actores del sector que surgió de la fusión de la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) (Decreto 1615/96).

• En marzo de 1997 comenzó el primer período de libre elección de obras sociales. Esto permitió a los trabajadores asalariados elegir la obra social en la cual asegurar la atención de su salud y de su grupo familiar. Con anterioridad se había definido que el traspaso se realizaría con los aportes y contribuciones del titular, descontados los recursos destinados al financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución (FSR).²⁶ Después del primer período de libre elección, esta opción quedó restringida a las obras sociales sindicales, mixtas, de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados y de personal de dirección, sin limitar que los beneficiarios de las obras sociales de empresas o por convenio puedan optar entre el universo incluido en el derecho de opción. Además, se estableció que las obras sociales de personal de dirección y de asociaciones profesionales de empresas sólo son elegibles para los beneficiarios provenientes del mismo tipo de obra social (Decreto 504/98).

• En este nuevo esquema el Sistema Nacional del Seguro de Salud asegura un conjunto de prestaciones de salud conocidas como Programa Médico Obligatorio (PMO). De este modo, las obras sociales receptoras están obligadas a brindar como mínimo una cobertura equivalente a las prestaciones comprendidas en el PMO para los afiliados que se traspasen de obra social (Decreto 504/98). El valor del PMO se fijó en \$40 por grupo familiar para los activos.²⁷ (Decreto 492/95).

26. La ley 23.660 establece que el sistema de obras sociales se financia con una contribución a cargo del empleador equivalente al 6% de la remuneración y un aporte a cargo de los trabajadores equivalente al 3% de su remuneración. El 90% de estos recursos es destinado a la obra social que el trabajador elija y el 10% restante al financiamiento del FSR, excepto para las obras sociales del personal de dirección y asociaciones profesionales de empresarios en las cuales se distribuyen 85% para la obra social y 15% para el FSR. Además, los recursos especiales para el financiamiento de las obras sociales se distribuyen en partes iguales entre ambos destinos. En 1995, las contribuciones patronales destinadas al financiamiento del sistema de obras sociales se redujeron al 5%.

27. En 1998 se intentó ajustar el valor de las prestaciones aseguradas por el tamaño del grupo familiar pero no se llegó a implementar (Decretos 1359/1998 y 60/1999).

- Se creó un mecanismo automático de redistribución del FSR con el objetivo de cubrir las diferencias entre los aportes y contribuciones del titular y la cobertura mensual mínima asegurada.²⁸ El resto de recursos del FSR está destinado a cubrir los gastos de administración y funcionamiento de la Superintendencia de Seguros de Salud, a apoyar financieramente a los agentes del seguro de salud, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios y a financiar planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del seguro.²⁹

- Se creó la Administración de Programas Especiales (APE), ente autárquico dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, con el propósito de administrar los recursos del FSR destinados a subsidios y programas especiales. Para ello se le asignó la misión de elaborar y diseñar normas de otorgamiento explícitas (Decreto 53/98). Este aspecto es fundamental para la transparencia en el manejo de recursos del sistema ya que este organismo tiene a su cargo el manejo de los fondos del FSR que no son distribuidos automáticamente. La creación de este organismo tuvo como fin la separación de las funciones de administración y control de los recursos destinados a programas especiales y subsidios.

- Con la creación del Régimen Simplificado de Pequeños Contribuyentes (conocido como "monotributo"), los trabajadores asalariados de empresas adheridas al régimen están también comprendidos en el sistema de obras sociales. Por cada trabajador en relación de dependencia, la empresa adherida debe ingresar al sistema de obras sociales, incorporando el 10% para el FSR, \$5 en con-

cepto de contribuciones patronales y \$30 de aportes personales retenidos.³⁰ Las personas físicas deben aportar obligatoriamente \$20 para la cobertura de su salud, mientras que puede optar por ingresar \$20 adicionales para incorporar a su grupo familiar.

- Se ha avanzado en los requerimientos de información a las obras sociales sobre beneficiarios, prestaciones médicas, recursos humanos y recursos físicos y equipamiento (Resolución ANSSAL 650/97).

INSSJyP

- En el caso de INSSJyP, junto con el fin de su intervención en 1997, se introdujeron importantes modificaciones en su financiamiento. Este se redujo de manera significativa como combinación de una doble reducción la que totalizó una baja de 2 puntos porcentuales de contribuciones patronales. En un primer momento la que estableció diferentes quitas en las contribuciones dependiendo de la localización de cada firma³¹, y, a partir de enero de 1998, la que transfiere 1,15 puntos de alícuota (brutos de reducciones) desde el INSSJyP al sistema previsional.³² Para amortiguar el efecto de estas medidas sobre la situación financiera del instituto, el Gobierno Nacional aseguró, en el Presupuesto de la Administración Nacional para el año 1998 un ingreso mínimo de \$2.400 millones. Esa garantía fue omitida en el Presupuesto de 1999 pero el parlamento sancionó la Ley 25.102 que facultó al Jefe de Gabinete a modificar el presupuesto para garantizar un ingreso mensual de 200 millones de pesos neto de descuentos durante 1999.

28. Los fondos distribuidos automáticamente no pueden ser menores al 70% del total de recursos del FSR, mientras que aquellos destinados a los gastos administrativos y de funcionamiento del organismo regulador del sistema no pueden exceder el 5% (Ley 23.661).

29. Si quedaran recursos sin ejecutar del FSR durante un ejercicio éstos deben ser distribuidos entre los agentes del seguro de salud en proporción a lo que éstos aportaron al mismo y deberán ser destinados exclusivamente a brindar prestaciones de salud.

30. De acuerdo a las modificaciones introducidas por la Ley 25.239 del año 1999. Originalmente, estos montos eran de \$15 y \$9 respectivamente (Decreto 885/98, reglamentario y "modificatorio" de la Ley 24977).

31. De acuerdo con los mismos decretos citados anteriormente.

32. Decreto 197/97.

- Los beneficiarios del INSSJyP también pueden ejercer la libre elección entre el Instituto y aquellos agentes del seguro que se hayan inscrito en el Registro Nacional de Agentes del Sistema Nacional de Agentes del Seguro de Salud para atención médica de jubilados y pensionados (Decreto 504/98). El valor del PMO para esta población del seguro es equivalente a \$36 por afiliado (Decreto 197/97).

Sector privado

- A principios de 1997 se dictó la primera norma que regula la actividad de las empresas de medicina prepaga. Por la misma, las empresas de seguros de salud deben cubrir como mínimo las mismas prestaciones obligatorias que las Obras Sociales, es decir, aquellas definidas en el PMO (Ley 24.754).
- Se comenzó a gravar con el IVA a las empresas de medicina prepaga aplicando una alícuota de 10,5% (Ley N° 25.063 de diciembre de 1998).
- Se establecieron nuevas normas para la inscripción de profesionales, instituciones y servicios médico-asistenciales en el Registro Nacional de Prestadores de Obras Sociales (Resolución 119/99 SSS).
- En el año 1999, la SSS incluyó a las gerencadoras y concesionarias dentro de su órbita de control. Para ello se reconocieron y autorizaron los contratos entre los agentes del seguro de salud y estas empresas, se estableció la obligatoriedad de inscripción en el Registro de Gerenciadores y Concesionarios de Obras Sociales y ciertos requisitos como la posesión de un seguro de caución para los concesionarios. (Resolución 235/99 SSS).

Reformas diciembre 1999 - 2000 y situación actual

El gobierno que asumió en diciembre de 1999, sobre la base de las reformas iniciadas a comienzos de la década definió nuevas políticas. Principalmente estas políticas se orientaron a desarrollar un modelo de atención basado en la prevención de la salud y el modelo de atención primaria, a redefinir la desregulación del sistema de obras sociales y a atender las necesidades del INSSJyP.

Sector público

- En junio de 2000 el gobierno nacional hizo explícitos los lineamientos que seguiría la política de salud a través del "Marco estratégico político para la salud de los argentinos" (Decreto 455/2000). En dicho marco político el gobierno apunta principalmente a desarrollar y fortalecer el sistema federal de salud y a afianzar la atención primaria y el sistema de médicos de cabecera a nivel nacional como una estrategia fundamental para mejorar la efectividad del sistema de salud y la eficiencia de la asignación del gasto.
- Se redefinió el marco normativo de los hospitales de autogestión implementado en 1993, mediante la creación del régimen de hospitales públicos de gestión descentralizada (Decreto 939/2000).
- En junio de 2000 se creó un programa nacional de médicos de cabecera destinado a la población cubierta exclusivamente por el sector público, con el objetivo de brindar servicios de prevención y cuidado de la salud (Resolución Ministerio de Salud 436/2000 - Programa Nacional Médico de Cabecera).

Obras Sociales

- Se incluyeron en las prestaciones aseguradas por el PMO aquellas destinadas a la prevención y promoción de la salud (Resolución 939/2000).

- Durante el año 2000 se estableció la obligatoriedad para las Obras Sociales de presentar información sobre la situación financiera y el origen y aplicación de fondos mensualmente, así como otra información de este tipo con periodicidad anual (Resolución Ministerio de Salud 109/2000).

- Durante el año 2000 se intentaron introducir reformas significativas al Sistema Nacional de Seguro de Salud mediante el decreto 446, derogado al año siguiente. Este proponía la ampliación de la libre elección a las empresas de medicina privada que ingresaran al Sistema Nacional de Seguro de Salud como Agentes del Seguro, reguladas por la SSS. Esta reforma permitiría a los trabajadores optar también por las obras sociales de dirección o empresariales que habían quedado fuera de la libre elección en 1998. Por otra parte se incrementaban los fondos destinados al FSR y se fijaba el valor asegurado de prestaciones en \$20 por persona, eliminando el problema de los diferentes tamaños de grupo familiar. El incremento de recursos del FSR se lograría con una mayor porción de aportes y contribuciones dirigidos al FSR y con la incorporación de la recaudación del IVA de las empresas de medicina prepaga. A su vez, los aportes al FSR ganarían progresividad (antes dada por la diferente porción de aportes entre trabajadores de obras sociales de dirección y el resto) ya que la tasa de aporte al fondo aumentaría por tramo de ingresos (Decreto 446/2000 y suspensión por decreto 377/2001).

INSSJyP

- En diciembre de 1999 se decretó la intervención del INSSJyP, declarando la emergencia sanitaria y social de sus servicios médicos y sociales. Se puso en marcha un plan de saneamiento financiero y un nuevo modelo prestacional orientado a sanear el déficit operativo, actualizar los pagos a proveedores, restaurar la prestación de servicios interrumpidos por las anomalías en los pagos, reverter las contrataciones y restablecer los controles de la calidad de prestaciones. Para ello se rescindieron todos los contratos y se llamó a licitación para la recontractación de todos los servicios bajo un esquema transparente y competitivo, se diseñó un modelo prestacional que permitiera reemplazar

a las grandes gerenciadoras por prestadores de mediana escala, se propició la competencia entre prestadores mediante la posibilidad de elección por parte de los beneficiarios de los centros de atención y se incorporaron diversos mecanismos de control tanto internos como de la calidad de servicios brindados por los prestadores. En el segundo semestre de 2000 se logró alcanzar un gasto de 200 millones de pesos mensuales.

- En el año 2000, nuevamente no se incluyó la garantía de 200 millones de pesos mensuales en la ley de presupuesto pero se transfirieron recursos del tesoro nacional mediante una serie de decisiones administrativas. En el año 2001 la Ley de Presupuesto hace referencia expresa a la transferencia de recursos destinados a la cancelación de pasivos, negando la posibilidad de financiar gastos corrientes. Por lo tanto, durante el presente año el INSSJyP tendrá que adecuarse a los ingresos propios para financiar las prestaciones de salud y sociales.

- Se prevé la ampliación del Sistema Integrado de Atención, conformado por redes prestacionales, mediante la inclusión gradual de los servicios de los diferentes niveles de atención.

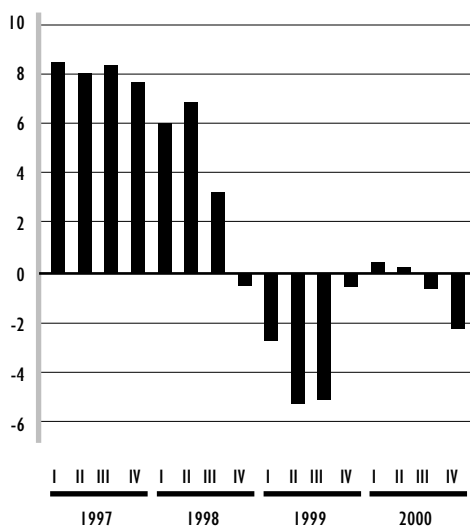
FACTORES RELACIONADOS CON EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

El monto de recursos que una sociedad destina al financiamiento de la atención de la salud depende de numerosos factores entre los cuales se encuentran el nivel de ingresos de la población y su distribución, la organización del sistema de salud, la organización microeconómica de los diferentes sectores involucrados y otros factores de tipo subjetivo como la percepción individual sobre el estado de salud y sobre el riesgo de enfermedad.

Entre los factores macroeconómicos, variables como nivel de actividad, ingreso y ocupación tienen fuerte impacto en el financiamiento de seguros voluntarios y obligatorios y en la demanda pública y privada de servicios de atención de la salud.

Durante el período 1997-2000, el comportamiento del nivel de actividad económica presentó dos momentos muy diferenciados. Los años 1997 y 1998 fueron años de importante crecimiento, seguidos de una prolongada caída del nivel de actividad. El año 1997 fue el punto cúlmine de la recuperación de la crisis del Tequila. Luego, el nivel de actividad fue desacelerándose hasta tornarse negativo en el cuarto trimestre de 1998.

Variación del PBI a precios de mercado en valores constantes



Fuente: Dirección Nacional de Cuentas Nacionales - Indec.

El comportamiento del producto bruto interno estuvo asociado a cambios en los principales indicadores de actividad. Los resultados de la encuesta permanente de hogares (EPH) muestran que la tasa de desocupación urbana se redujo entre 1997 y 1998 y aumentó a partir de 1999 sin llegar a alcanzar el nivel inicial de 1997. Esta pasó de 13,7% en 1997 a 12,4% en 1998 y luego a 13,8% en 1999 y 14,7% en 2000. La tasa de actividad se mantuvo relativamente estable mientras que la tasa de empleo se redujo a partir de 1997, ubicándose en 36,9% en 1998 a 36,5% en 2000.

Mercado laboral. Tasa de actividad, empleo y desempleo 1997-2000

En porcentajes - Total aglomerados urbanos.

	1997		1998		1999		2000	
	MAYO	OCT	MAYO	OCT	MAYO	OCT	MAYO	OCT
TASA DE ACTIVIDAD	42,1	42,3	42,4	42,1	42,8	42,7	42,4	42,7
TASA DE EMPLEO	35,3	36,5	36,9	36,9	36,6	36,8	35,9	36,5
TASA DE DESOCUPACIÓN	16,1	13,7	13,2	12,4	14,5	13,8	15,4	14,7

Fuente: EPH - Indec.

La creación de empleo fue positiva en todo el período aunque se mantuvo estancada entre 1999 y 2000. La cantidad de ocupados pasó de 11.352 a 12.056 miles de personas entre 1997 y 2000. Sin embargo, ya que este crecimiento fue menor al de la población activa, los desocupados urbanos comenzaron a incrementarse a partir de 1999. Las ondas de la EPH de mayo y octubre de 1999 muestran un crecimiento anual de los desocupados de 11,7% y 14,8%.

Población económicamente activa, ocupados y desocupados 1997-2000*

En miles de personas

		PEA	OCUPADOS	DESOCUPADOS
1997	MAYO	12.863	10.861	2.002
	OCTUBRE	13.081	11.352	1.729
1998	MAYO	13.267	11.592	1.675
	OCTUBRE	13.268	11.670	1.598
1999	MAYO	13.602	11.731	1.871
	OCTUBRE	13.705	11.871	1.834
2000	MAYO	13.820	11.743	2.077
	OCTUBRE	14.083	12.056	2.027

Fuente: Secretaría de Política Económica - Ministerio de Economía.

* Estimación para el total de aglomerados urbanos en base a EPH.

El ingreso medio, incluyendo todas las fuentes de ingreso del hogar, tuvo un comportamiento relativamente estable en el período. Este disminuyó levemente entre 1997 y 2000 cuando pasó de 305 a 295 pesos mensuales. A partir de las estimaciones realizadas sobre la base de la EPH, se observa una mayor diferencia entre el ingreso medio del primer y quinto decil.

Ingresos familiares por quintil de ingreso per cápita familiar 1997-2000*

	PERSONAS (EN MILES DE PERSONAS)				INGRESO MEDIO (EN PESOS)			
	10/97	10/98	10/99	10/00	10/97	10/98	10/99	10/00
TOTAL URBANO	31.936	32.577	33.230	33.897	304,7	323,4	295,7	295,0
QUINTIL 1	7.958	6.812	8.391	8.553	71,3	72,7	69,3	61,7
QUINTIL 2	6.121	7.249	6.250	6.534	146,4	148,9	143,6	135,9
QUINTIL 3	5.571	6.010	5.621	5.680	227,4	236,4	226,7	219,3
QUINTIL 4	4.889	5.333	4.921	5.007	361,2	381,1	361,3	357,2
QUINTIL 5	4.099	2.811	4.169	4.184	892,3	954,5	871,9	890,8
SIN INGRESO	395	2.366	432	424				
Ns / NR	2.903	1.995	3.447	3.516				

* Estimación para el total de aglomerados urbanos en base a EPH.
Fuente: Secretaría de Política Económica - Ministerio de Economía.

Al analizar el ingreso medio de los ocupados, considerando sólo los ingresos percibidos por su actividad principal, éste mostró una tendencia creciente hasta 1998 que luego se revirtió. Al comparar el año 2000 con 1997, se observa una disminución en el nivel medio de ingresos para el total de ocupados aunque esto difiere según la condición del trabajador. Mientras los trabajadores registrados, del sector público y privado, parecieran haber incrementado su nivel medio de ingresos, los asalariados no registrados, no asalariados y domésticos mostraron el comportamiento contrario. Por otra parte, en todas las condiciones de ocupación se registró un incremento en la cantidad de ocupados. De todos modos, los asalariados registrados son los que más contribuyeron en términos absolutos en la creación de nuevos puestos de trabajo.

Ocupados por condición de actividad e ingreso medio 1997-2000*

	OCUPADOS (EN MILES DE PERSONAS)				INGRESO MEDIO MENSUAL (EN PESOS)			
	10/97	10/98	10/99	10/00	10/97	10/98	10/99	10/00
TOTAL OCUPADOS	11.352	11.671	11.872	12.056	600	632	592	573
TOTAL ASAL. REGISTRADOS	5.258	5.392	5.467	5.525	671	713	688	681
ASAL. PÚBLICOS	1.984	2.002	2.022	2.083	657	699	679	673
ASAL. PRIVADOS REGISTRADOS	3.274	3.390	3.445	3.442	679	721	694	686
ASAL. PRIVADOS NO REGISTRADOS	2.155	2.341	2.390	2.349	398	408	394	384
NO ASALARIADOS	3.018	3.042	3.093	3.220	733	777	679	628
TRABAJADORES DOMÉSTICOS	921	896	922	962	238	234	240	234

* Estimación para el total de aglomerados urbanos en base a EPH.

Fuente: Secretaría de Política Económica - Ministerio de Economía.

El ingreso es uno de los factores más significativos al estudiar la evolución de la demanda de seguros voluntarios de salud y de bienes y servicios de atención de la salud. En este período, como se ha afirmado con anterioridad, al considerar el total de ingresos de los hogares se observa una leve mejora en el ingreso per capita. Por otra parte, el financiamiento de las obras sociales depende directamente de la evolución del salario medio y de la cantidad de ocupados registrados. Los resultados de la EPH darían cuenta de un incremento de la masa salarial entre 1997-2000 de aproximadamente un 6%.

Al analizar la evolución de los gastos de las obras sociales sobre la base de las estimaciones de la Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía y de los ingresos a partir de información del SIJP se llega a resultados similares. Los gastos totales crecieron durante el período 1997-2000, desacelerándose marcadamente en el último año. La cantidad de beneficiarios cubiertos por el sistema de obras sociales mostró también un cierto crecimiento durante el período.

Variación anual de gastos de Obras Sociales (excepto INSSJyP)

En porcentajes

AÑO	TOTAL
1998	4,5
1999	2,5
2000	0,6

Fuente: Dirección de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía.

Evolución de beneficiarios de las Obras Sociales (excepto INSSJyP)

Índice: Base 1997=100

AÑO	BENEFICIARIOS
1997	100
1998	104
1999	105
2000	105

Fuente: Dirección Nacional de Cuentas Nacionales en base a SJJyP.

Resultados de las proyecciones del gasto en salud 1997-2000

A partir de la estimación de la MU y MGF para el año 1997 se realizaron proyecciones del gasto en atención de la salud para los años 1998 a 2000 cuyos resultados se muestran en el siguiente cuadro. Los aspectos metodológicos se encuentran detallados en el Anexo I.

Gasto en salud por Fuente de Financiamiento

Años 1997-2000. En millones de pesos.

	1997	1998	1999	2000
HOGARES	7.050	7.416	7.585	7.602
GOBIERNO	5.078	5.478	5.840	5.645
OBRAS SOCIALES	8.134	8.280	8.483	8.333
SEGUROS VOLUNTARIOS	3.537	3.519	3.572	3.700
EMPRESAS (RESTO DE LOS SECTORES PRODUCTIVOS)	146	147	144	143
ISFLH	420	612	615	625
TOTAL	24.365	25.452	26.238	26.048

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Se desprende de estos valores que el gasto en salud aumentó un 4,5% entre 1997 y 1998 y un 3,1% entre 1998 y 1999 mientras que se verificó una disminución entre este último año y el año 2000. Para todo el período el incremento resultó de un 6,9%.

Gasto en salud en relación al PBI

Años 1997-2000

AÑO	PBI A PRECIOS DE MERCADO EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES	GASTO EN SALUD EN RELACIÓN AL PBI EN %
1997	292.859	8,3
1998	298.948	8,5
1999	283.260	9,3
2000	284.960	9,1

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía

Dada la evolución del PBI en el mismo periodo se alteró la relación entre gasto en salud y este agregado macroeconómico, aumentando un 9,6% entre 1997 y 2000.

Tanto el gobierno nacional como los provinciales tomaron medidas para reducir los desequilibrios existentes a partir de 2000. En el nivel nacional la reducción del gasto total (neto de transferencias a los gobiernos nacionales y provinciales) fue del orden del 0,6%. Las provincias mostraban una gran heterogeneidad a fines de 1999, con un grupo de provincias que atravesaban una crítica situación fiscal y financiera. La firma del Compromiso Federal entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales en diciembre de 1999 y la implementación del Programa de Asistencia Financiera y Fiscal a comienzos de 2000 se tradujeron en medidas de contención del gasto. Las provincias se comprometieron a impulsar leyes de responsabilidad fiscal provinciales similares a la adoptada por el gobierno nacional y aquellas provincias que ingresaron al programa acordaron un cronograma de reducción del déficit que tendía al equilibrio en el año 2003.³³

Este contexto de fuerte restricción fiscal tuvo su impacto en el nivel de gasto en salud del año 2000. De este modo, tanto el período de expansión como de reducción del gasto en salud estuvieron más relacionados con la evolución del gasto público que con definiciones introducidas desde la política de salud. Las variaciones de los recursos destinados a la atención de la salud fueron más pronunciadas que las del gasto total. Si bien con diferentes intensidades, este comportamiento fue característico de los tres niveles de gobierno.

Evolución del gasto público en atención de la salud y del gasto total por nivel de gobierno

En porcentajes.

	VARIACIÓN 97-99	VARIACIÓN 99-00
GOBIERNO NACIONAL		
GASTO EN ATENCIÓN DE LA SALUD	17,3	-7,9
GASTO TOTAL	6,2	-0,6
GOBIERNO PROVINCIALES		
GASTO EN ATENCIÓN DE LA SALUD	14,8	-2,8
GASTO TOTAL	12,0	-1,6
GOBIERNO MUNICIPALES		
GASTO EN ATENCIÓN DE LA SALUD	13,5	-1,2
GASTO TOTAL	8,1	-1,0

Fuente: Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Ministerio de Economía.

Por último, se puede verificar que la participación del gasto en salud en el gasto total se mantuvo relativamente estable durante el período analizado.

Relación del gasto público en atención de la salud y el gasto total por nivel de gobierno

En porcentajes.

	1997	1998	1999	2000
GOBIERNO NACIONAL	1,6	1,7	1,8	1,6
GOBIERNO PROVINCIALES	10,4	10,3	10,7	10,5
GOBIERNO MUNICIPALES	10,0	10,6	10,5	10,5

Fuente: Dirección de Gastos Sociales Consolidados - Ministerio de Economía.

33. A fines de 2000 se modificó el sendero establecido en la Ley de Responsabilidad Fiscal de la Administración Nacional para alcanzar el equilibrio fiscal al año 2005.

Por otra parte el gasto de las Obras Sociales muestra una evolución ascendente hasta 1999 y en disminución entre ese año y 2000.

Evolución del gasto en salud de las Obras Sociales

En millones de pesos

TIPO DE OBRA SOCIAL	AÑO			
	1997	1998	1999	2000
OBRAS SOCIALES NACIONALES	3.758	3.883	3.903	3.894
OBRAS SOCIALES PROVINCIALES	1.809	1.947	2.072	2.119
INSSjyP	2.567	2.450	2.508	2.320
TOTAL	8.134	8.280	8.483	8.333

Fuente: Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud – Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y D de Gastos Sociales Consolidados – Ministerio de Economía.

Metodología de estimación de las matrices de utilización y de gasto y financiamiento del Sector Salud

AÑO 1997

Y PROYECCIONES

Introducción

Las características generales de la MU y la MGF para el sector salud que se presentan en este trabajo son las siguientes:

- El trabajo fue desarrollado en forma conjunta por el Ministerio de Economía (Dirección Nacional de Cuentas Nacionales - INDEC y Dirección de Gastos Sociales Consolidados) y el Ministerio de Salud (Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud en el ámbito de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria).

- Se tomó como año de referencia 1997 porque es el año en que se construyó la Matriz Insumo Producto de la economía Argentina y por lo tanto se dispuso de las bases de datos utilizadas para esa estimación y de la información proporcionada por la matriz en sí misma.

- Se construyeron siguiendo los lineamientos internacionales en la materia: "Un sistema de cuentas nacionales" (SCN93)³⁴ y "Manual sobre la compilación y el análisis de los cuadros insumo producto".³⁵ Para el sector salud se tomó en cuenta las sugerencias de "Un sistema de cuentas de la salud".³⁶

- Para clasificar las actividades se siguió la Clasificación Central de Productos (CPC).

- Otras fuentes de información utilizadas fueron: encuestas a sociedades de diferentes sectores de actividad económica³⁷ (fuente INDEC), la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (fuente INDEC), la ejecución presupuestaria del gobierno nacional y de los gobiernos provinciales (fuente Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía), un estudio de la ejecución presupuestaria de los principales municipios del país (fuente Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias del Ministerio de Economía), los datos de comercio exterior (fuente INDEC) y las remuneraciones de todos los asalariados registrados del país (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, SIJP).

- Se complementó esta información con datos disponibles en el Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS) y en el Programa de Reconversión del Sistema del Seguro de Salud (PRESSS), así como con datos recabados en las provincias, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y la Oficina Nacional de Presupuesto del Ministerio de Economía de la Nación.

34. ONU - FMI - BM - EUROSTAT y OECD, *Washington 1993*.

35. ONU, *Washington 2000*.

36. OECD, *París 2000*.

37. Para toda la economía se realizaron 19.550 encuestas.

Definiciones generales

A partir de los resultados obtenidos para la MIP Ar97 se construyó una primera matriz de gasto y financiamiento sectorial. Los niveles de financiamiento de cada sector se obtuvieron mediante la elaboración de índices de valor de los ingresos y los componentes de las funciones de producción se construyeron con las estructuras de costos, utilizando en ambos casos los resultados de las encuestas realizadas para la elaboración de la MIP Ar97.

Para el diseño de las muestras de las encuestas se trabajó con el Censo Económico del año 94 (CNE-94). Se clasificaron los sectores en grupos que dieran cuenta de la heterogeneidad presente en cada uno de ellos, buscando obtener una adecuada representatividad de los mismos. Una vez relevados las instituciones se construyeron índices de valor 1993-1997 por grupo, que fueron ponderados según su participación en el CNE-94. Aplicados al nivel de base 1993 se obtuvo el nivel de 1997 para cada sector. A su vez, se utilizaron las estructuras de costos resultantes de las muestras relevadas, desagregadas por grupo, para obtener las estructuras de cada sector.

Las matrices que se exponen en este trabajo se construyeron en base a esta primera versión, introduciendo cambios relacionados con actualizaciones de la MIP Ar97, un mayor nivel de desagregación de algunos sectores e incorporación de datos de nuevas fuentes de información.

En las matrices se representan los principales actores del sector salud y los rubros del gasto. La agrupación de las columnas permite diferenciar claramente los financiadores primarios o directos, los administradores de fondos o financiadores intermedios y los prestadores de servicios de salud. En las filas se exponen los rubros del gasto.

Para el gasto en bienes destinados a la atención de la salud, el grado de apertura de los rubros responde a la Clasificación Central de Productos (CPC) a tres dígitos³⁸. Por otro lado, la apertura de los servicios de salud (que en la mencionada clasificación corresponden a un solo código) pudo desagregarse a los niveles expuestos gracias a la información que surge de las encuestas sectoriales realizadas para la MIP Ar97 que responden a la clasificación institucional.

38. Para el caso de *aparatos terapéuticos y otros durables* se agregaron 3 CPC

De este modo en las filas de las matrices se representan los proveedores (oferentes) de bienes y servicios de salud y en las columnas se ordenan los compradores (demandantes) de los mismos. Por ejemplo, en la MGF el casillero de intersección de la columna de Hogares con la fila de Medicamentos representa el gasto de los hogares en fármacos. En esta matriz las transacciones se describen desde la óptica del gasto, que no necesariamente es igual al consumo efectivo. Por ejemplo, en el caso de Hogares el gas-

to en medicamentos es menor al consumo efectivo ya que estas unidades económicas reciben transferencias, en especie o en dinero del gobierno, obras sociales, empresas de medicina prepaga y de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLH).

La matriz de utilización, en cambio, se estructura de forma tal de identificar el consumo intermedio y la estructura de costos, el consumo final, el gasto directo y las transferencias en especie.

A continuación se define sucintamente cada fila de las matrices:

MUO1/MGFO1 *Primeros auxilios:* se expone la oferta de bienes incluidos en la ENGH bajo el código 512 como alcohol, gasas, etc.

MUO2/MGFO2 *Aparatos terapéuticos y otros durables:* corresponde a las CPC 481 Aparatos médicos y quirúrgicos y aparatos ortopédicos, CPC 482 Instrumentos y aparatos de medición, verificación y análisis y CPC 483 instrumentos de óptica. Si bien esta clasificación considera artículos que no están relacionados con la prestación de salud la información disponible permitió extraer sólo los pertinentes.

MUO3/MGFO3 *Medicamentos de uso humano:* corresponde a la CPC 352.

MUO4/MGFO4 *Compuestos químicos:* productos incluidos en las CPC 341/2/4/5/54.

MUO5/MGFO5 *Servicios de Salud Humana:* representa la suma de la oferta de servicios en atención médica públicos y privados, responde la CPC 931.

MUO5.1/MGFO5.1 *Establecimientos públicos:* expone la oferta de servicios de atención médica realizada por efectores públicos (Salud Pública de la MIP Ar'97).

MUO5.2/MGFO5.2 *Salud privada:* representa la oferta de servicios de atención médica realizada por efectores privados (Salud Privada de la MIP Ar'97).

MUO5.2.1/MGFO5.2.1 *Clínicas:* corresponde a los servicios de instituciones privadas, con y sin fines de lucro, con internación como clínicas, sanatorios y hospitales

MUO5.2.2/MGFO5.2.2 Médicos y otros profesionales de la salud: corresponde a los servicios brindados por profesionales en sus consultorios privados.

MUO5.2.3/MGFO5.2.3 Servicios de diagnóstico y tratamiento: expone la oferta de servicios de instituciones que brindan servicios auxiliares de atención médica.

MUO5.2.4/MGFO5.2.4 Servicios de emergencia: corresponde a la oferta de instituciones que brindan servicios de emergencia. Para el vector hogares la contratación de este tipo de prestación se consideró como la de un seguro parcial, por esta razón el monto correspondiente a estas contrataciones se consideró en el código siguiente. Para el resto de los demandantes se utilizó el supuesto de que la modalidad de contratación y pago para estos servicios no adquiere la forma de seguro.

MUO6/MGFO6 Seguros voluntarios: representa los seguros que se adquieren en forma voluntaria ofrecidos por empresas de medicina prepaga, mutuales, obras sociales y seguros parciales como los de servicios de emergencia.

MUO7/MGFO7 Seguros de afiliación obligatoria: corresponde a las Obras Sociales en su carácter de administradoras de fondos de seguro (aportes y contribuciones de pago obligatorio).

MUO8 Servicios administrativos del gobierno: refiere a los gastos administrativos de los niveles centrales de salud de las distintas jurisdicciones.

Total de prestaciones de salud: expone la suma de erogaciones realizadas en bienes y servicios de salud. Abarca desde el código MGFO1 al MGFO7.

MUO9/MGFO8 Consumos intermedios varios: se contemplan los gastos que no están relacionados en forma directa con la atención de la salud³⁹. Se consideran, entre otros conceptos, alquileres, servicios (luz, agua, teléfono), publicidad y seguros.

MUO10/MGFO9 Residencias con Servicios de Enfermería: representa la oferta de instituciones que brindan asistencia con o sin alojamiento a personas que requieren cuidados de enfermería de largo plazo, especialmente geriátricos.

MUO11/MGFO10 Remuneración a los asalariados: corresponde al gasto en sueldos, salarios e indemnizaciones de personal en relación de dependencia.

39. En algunos casos no ha podido diferenciarse gastos relacionados con la atención de la salud para ser expuestos en las otras líneas.

MUO12/MGFO11 *Otros componentes del valor agregado*: incluye los excedentes de explotación, ingresos mixtos, impuestos y amortizaciones

MUO13 *Valor agregado bruto*: comprende la remuneración a los asalariados, las amortizaciones, los impuestos netos de subsidios sobre la producción, el excedente neto de explotación y el ingreso neto mixto. Incluye el consumo de capital fijo.

MUO14 *Valor Bruto de la Producción*: es el valor total de los bienes y servicios producidos por la actividad económica sectorial.

Total en la MGF: es la sumatoria de Total de prestaciones de salud, Consumos intermedios varios, Residencias con Servicios de Enfermería, Remuneración al trabajo y Otros componentes del valor agregado.

Matriz de Utilización

La descripción de la matriz de utilización se realiza desde el punto de vista de las columnas, y en cada caso se detalla su correspondencia con la MGF.

MUD1 *Establecimientos públicos:* Es el vector MGF7.1 de la MGF y representa el valor bruto de la producción de los establecimientos públicos de la salud.

MUD2 *Clínicas:* Es el vector MGF7.2.1 de la MGF y representa el valor bruto de la producción de las clínicas.

MUD3 *Médicos y otros profesionales de la salud:* Es el vector MGF7.2.2 de la MGF y representa el valor bruto de la producción de los servicios médicos y odontológicos, entre otros.

MUD4 *Servicios de diagnóstico y tratamiento:* Es el vector MGF7.2.3 de la MGF y representa el valor bruto de la producción de los servicios de diagnóstico y tratamiento.

MUD5 *Servicios de emergencia:* Es el vector MGF7.2.4 de la MGF y representa el valor bruto de la producción de los servicios de emergencia.

MUD6 *Residencias con servicios de enfermería:* Es el vector MGF12 de la MGF y representa el valor bruto de la producción de los servicios de residencias con servicios de emergencia.

MUD7.1 *Gobierno nacional:*

Es el valor bruto de la producción del Ministerio de Salud de la Nación, los organismos dependientes de esta jurisdicción no considerados como asistenciales y los Programas Atención de Pensiones no Contributivas y Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico. Excluye el gasto de funcionamiento de los establecimientos públicos de la salud, que se considera gasto en consumo final individual del gobierno (MUD13).

La suma del valor bruto de la producción y el gasto en consumo final individual del gobierno constituye el equivalente al vector MGF3.1 de la MGF.

MUD7.2 *Gobiernos provinciales:* Es el valor bruto de la producción de los Ministerios de Salud provinciales.

Excluye el gasto de funcionamiento de los establecimientos públicos de la salud, que se consideran gasto en consumo final individual del gobierno (MUD13).

La suma del valor bruto de la producción y el gasto en consumo final individual constituye el equivalente al vector MGF3.2 de la MGF.

MUD7.3 *Gobiernos municipales:* Es el valor bruto de la producción de las áreas administrativas de la salud de los municipios.

Excluye el gasto de funcionamiento de los establecimientos públicos de la salud, que se consideran gasto en consumo final individual del gobierno (MUD13).

La suma del valor bruto de la producción y el gasto en consumo final individual constituye el equivalente al vector MGF3.3 de la MGF.

MUD8.1 *Obras sociales nacionales:*

Es el valor bruto de la producción de las obras sociales nacionales. Excluye las transferencias en especie que financian el consumo efectivo de los hogares (MUD12.2).

La suma del valor bruto de la producción de las obras sociales nacionales y las transferencias en especie de las Obras Sociales a los hogares constituye el vector MGF6.1 de la MGF.

MUD8.2 *Obras sociales provinciales:* Es el valor bruto de la producción de las obras sociales provinciales. Excluye las transferencias en especie que financian el consumo efectivo de los hogares (MUD12.2).

La suma del valor bruto de la producción de las obras sociales provinciales y las transferencias en especie de las Obras Sociales a los hogares constituye el vector MGF6.2 de la MGF.

MUD8.3 *INSSJP:*

Es el valor bruto de la producción del INSSJP. Excluye las transferencias sociales en especie que financian el consumo efectivo de los hogares (MUD12.2).

La suma del valor bruto de la producción del INSSJP y las transferencias en especie a los hogares constituye el vector MGF6.3 de la MGF.

MUD9 *Seguros voluntarios:* Es el valor bruto de la producción de las empresas de medicina prepaga y el resto de los administradores de fondos de seguro voluntarios. Se obtuvo como diferencia entre el total de ingresos (MGF5) y las transferencias (MUD12.3) que realizan a los hogares para financiar su gasto de consumo en medicamentos y servicios de la salud.

MUD10 *Resto de sectores productivos:* Es equivalente al vector MGF2 de la MGF y representa el gasto en servicios de la salud (MU05) de los sectores productivos distintos del sector salud con el objeto de atender la salud de sus empleados. Se consideran consumo intermedio.

MUD11 *Gasto de consumo final de hogares:* Es el valor del gasto en consumo de los hogares en aparatos terapéuticos y otros durables (MU01), medicamentos de uso humano (MU03), primeros auxilios (MU04), servicios de la salud (MU05), servicio de prepagas (MU06) y residencias con servicios de enfermería (MU010).

En todos los casos, excepto para el servicio de seguros voluntarios, los conceptos coinciden con las definiciones dadas para hogares en la MGF (MGFD1). En el caso del servicio de seguros voluntarios se incluye sólo el valor bruto de la producción de las mismas (MUD9) y no el valor total del gasto en cuotas de afiliación (MGFD5).

Excluye los pagos a las obras sociales (MU07), dado que se consideran consumo final individual del gobierno.

Excluye también las transferencias recibidas por los hogares, dado que si bien forman parte de su consumo efectivo, el gasto corre por cuenta de las unidades que lo realizan. Es el caso de las transferencias del gobierno (MUD12.1), de las obras sociales (MUD12.2), de los seguros voluntarios (MUD12.3) y de las ISFLSH (MUD12.4).

Si al gasto de los hogares MUD11 se le suma las transferencias de los seguros voluntarios (MUD12.3), las transferencias sociales en especie de las obras sociales (MUD12.2) y el valor bruto de la producción de las obras sociales (MUD8) se obtiene el vector MGF1 de la MGF.

MUD12.1 *Transferencias en especie del gobierno a los hogares:* Son las transferencias de aparatos terapéuticos y otros durables (MU01) y de servicios clínicos (MU05.2.1) que el gobierno realiza a los hogares. Forman parte del gasto del gobierno (MGFD3), pero que se transfiere en especie bajo la forma de bienes o servicios a los hogares.

MUD12.2 *Transferencias sociales en especie de las Obras Sociales a los hogares:* Son las transferencias de aparatos terapéuticos y otros durables (MU01), medicamentos de uso humano (MU03), servicios de la salud (MU05) y servicios de residencias con servicios de enfermería (MU010) que las obras sociales realizan a los hogares. Forman parte del gasto de las obras sociales (MGFD6) pero que se transfiere en especie bajo la forma de bienes o servicios a los hogares.

MUD12.3 *Transferencias en especie de los seguros voluntarios a los hogares:* Son las transferencias de compuestos químicos (MUO2), medicamentos de uso humano (MUO3) y servicios de la salud (MUO5) que los seguros voluntarios realizan a los hogares. Desde el punto de vista de la actividad productiva las empresas de medicina prepaga, mutuales y Obras Sociales que brindan cobertura de seguros de salud voluntarios se consideran dentro de la actividad aseguradora de riesgos, en este caso el riesgo vinculado a la salud humana. Estas transferencias son las indemnizaciones que estas instituciones pagan ante la ocurrencia del suceso que da lugar a la indemnización (el cuidado de la salud o la enfermedad).

Forman parte del gasto de los seguros voluntarios (MGFD5) pero que se transfiere bajo la forma de bienes o servicios a los hogares.

MUD12.4 *Transferencias en especie de las ISFLSH a los hogares:* Son las transferencias de compuestos químicos (MUO2), medicamentos de uso humano (MUO3), servicios de la salud (MUO5) y servicios de residencias con servicios de enfermería (MUO10) que las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) otorgan a los hogares. Es el vector MGFD4 de la MGFS.

MUD13 *Gasto en consumo final individual del gobierno:* Es el valor del gasto de servicios de los establecimientos públicos de la salud (MUO5.1), el valor de producción de las obras sociales (MUO7 equivalente a MUD8) y el valor de producción de los servicios administrativos del gobierno (MUO8 equivalente a MUD7). Como la matriz de utilización está construida desde la perspectiva del gasto, estos servicios se incluyeron dentro del concepto de gasto de consumo final individual del gobierno y no dentro del gasto de consumo final de los hogares: son gastos efectuados por el gobierno. Se subraya el carácter individual y no colectivo de los mismos, dado que forman parte del consumo efectivo de los hogares ya que éstos se apropian del mismo.

Formación Bruta de Capital: Conceptualmente el gasto en salud es gasto corriente por lo que no corresponde su tratamiento en la MU sectorial. En cuanto a la variación de existencias de los bienes se utilizó la hipótesis de asignarlas a otros sectores productivos distintos de salud humana.

MUD14 *Exportaciones FOB:* Sólo se consideraron las exportaciones de bienes relacionados con la atención de la salud, no se estimaron las exportaciones de servicios. Los datos se obtuvieron de la Matriz de Oferta- Utilización para toda la economía.

MUD15 *Demanda final:* Es la suma del total del consumo final y las exportaciones FOB.

MUD16 *Demanda total:* Corresponde a la suma del consumo intermedio de prestaciones de salud y del consumo final.

Se describen seguidamente los vectores de demanda de la matriz.

Financiadores Primarios

Se consideran financiadores primarios o directos a los Hogares, Empresas, Gobierno e Instituciones sin Fines de Lucro que asisten a los Hogares.

MGFDI - Vector de Demanda de los Hogares

Para la construcción del vector de demanda de los hogares la fuente utilizada fue la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 96/97 (ENGH) realizada por el INDEC, la que constituye la primera encuesta de gastos de los hogares con cobertura nacional.⁴⁰ El nivel de representatividad es del 85% de la población total.

Se debe señalar que se efectuaron correcciones a los datos brutos que surgen de la encuesta, con el objetivo de realizar ajustes para extender el alcance a toda la población, según el siguiente detalle:⁴¹

1) Incorporación de la población rural, dado que la encuesta cubrió a las poblaciones urbanas solamente.

2) Estimación del año 1997, dado que la encuesta tomó como período de referencia 1996.

3) Estimación de la subdeclaración de los hogares, dado que existe un nivel variable por tipo de bien de subdeclaración del gasto.

4) Estimación de la no declaración de los hogares ricos (los que tienen como ingreso más de \$4.000 por mes), dado que la cobertura de la encuesta pierde representatividad en este segmento de la población.

Las variables consideradas en la encuesta fueron el gasto (de consumo y de no consumo) y el ingreso de los hogares, además de variables de clasificación ocupacionales, demográficas y educacionales de los miembros del hogar.

En cuanto a los gastos de consumo la encuesta recogió información sobre la adquisición para consumo del hogar de bienes y servicios clasificados en distintos rubros. La información para la construcción del vector de demanda de los hogares se extrajo del rubro denominado **Atención médica y gastos para la salud**.

40. La misma relevó una muestra representativa del 96% de la población urbana de la República Argentina, estuvo dirigida a hogares particulares residentes en el área urbana de las localidades de 5.000 habitantes y más, de todo el territorio nacional, según el Censo de Población y Vivienda del año 1991.

41. Las bases de las correcciones se tomaron de la publicación MIP Ar'97, Versión Preliminar, Diciembre 1999.

Se clasificaron los datos relevados de forma que coincidan con la apertura de los rubros del gasto expuesta en la MGF. En el caso de la demanda de **Medicamentos** se consideró el importe relevado correspondiente a la CPC 352 (código de ENGH 511), mientras que no se imputó gasto en Compuestos químicos ya que lo relevado corresponde a productos destinados a fines distintos de salud.

En **Primeros auxilios** se expone el gasto en bienes incluidos en la ENGH bajo el código 512.⁴²

El gasto realizado por los hogares en **Establecimientos Públicos** corresponde al pago realizado como contraparte de la atención recibida en un efector público.

En la demanda a las **Clínicas** se consideraron las siguientes categorías de la ENGH:

Código de ENGH	Concepto
52301	Parto
52302	Cirugía sin internación
52303	Cirugía con internación
52304	Internación
52222	Diálisis

Para el rubro **Médicos y otros profesionales de la Salud** se tomó en cuenta:

Código de ENGH	Concepto
52209	Consulta psiquiátrica
52202	Consulta pediátrica
52203	Consulta ginecológica, obstétrica
52204	Consulta nariz, garganta y oído
52205	Consulta gastroenterológica
52206	Consulta cardiológica
52207	Consulta traumatológica, reumatológica
52208	Consulta oftalmológica
52212	Consulta odontológica: obturación
52213	Consulta odontológica: extracción
52214	Consulta odontológica: otros
52201	Consulta clínica gral.
52211	Consulta psicológica
52210	Otras consultas médicas
52226	Ortodoncia

42. Se excluyó el importe declarado de gasto en algodón por considerar que la utilización de este producto en la atención de la salud no es significativa respecto al uso total.

En Servicios de diagnóstico y tratamiento se considera:

Código de ENGH	Concepto
52221	Oncológicos: quimioterapia y/o rayos
52223	Fisioterapéutico, kinesiológico
52224	Fonoaudiológico
52225	Psicopedagógico
52401	Análisis de laboratorio comunes
52402	Análisis de laboratorio complejos
52403	Estudios radiológicos comunes
52404	Estudios radiológicos complejos
52406	Aplicaciones de inyecciones, medición de la presión arterial
52405	Enfermería
52407	Otros servicios auxiliares para la salud
52227	Otros tratamientos profesionales para la salud

Como resultado de esta clasificación, el código 52105 de la ENGH, correspondiente a **Otros Gastos**, queda sin un grupo de pertenencia por lo que este importe se distribuyó entre los grupos definidos anteriormente de acuerdo su participación en el total del gasto en salud.

En **Seguros Voluntarios** se consideró el gasto que las familias declararon abonar en concepto de "cuota mensual de afiliación voluntaria a un sistema de salud" (código ENGH 52103), el gasto por compra de chequeras y ordenes de consulta (código ENGH 52101)⁴³ y el importe correspondiente al pago de cuotas de cobertura de emergencia médica (código ENGH 52102). A esta cifra se le adicionaron 286 millones de pesos correspondientes al financiamiento de **Seguros Voluntarios** que las empresas del resto de los sectores productivos contratan para sus asalariados. Este monto se considera salario en especie y por lo tanto ingreso y gasto de los hogares.

Con el mismo criterio se imputó en este vector la totalidad de los ingresos estimados para las **Obras Sociales** en su carácter de administradoras de fondos de seguro obligatorio (incluyendo la compra de chequeras y ordenes de consulta), destinadas a cubrir prestaciones de atención médica.

43. Dadas las características del relevamiento de la ENGH 96/97, no es posible diferenciar el gasto en adquisición de chequeras y ordenes de consulta según corresponda a Obras Sociales o a Seguros Voluntarios. Por esta razón, la distribución de este rubro se realizó en base a los porcentajes de tipo cobertura de la población que surgen de la Encuesta de Desarrollo Social para el año 1997 (14% Seguros Voluntarios y 86% Obras Sociales).

Como demanda de Residencias con Servicios de Enfermería⁴⁴ se consideró:

Código de ENGH	Concepto
52501	Residencia y Asilos de Ancianos sin Alojamiento
52502	Residencia y Asilos de Ancianos con Alojamiento
52503	Geriátrico sin Alojamiento
52504	Geriátrico con Alojamiento

MGFD2-Vector de Demanda del Resto de los Sectores Productivos

En este vector se ha volcado la información sobre el gasto en bienes y servicios de atención de la salud del resto de los sectores productivos distintos del sector salud.

Se asume que este sector no demanda Medicamentos y Compuestos químicos destinados a salud sino a otros fines no relacionados con la atención médica.

El gasto en Clínicas y en Médicos y otros profesionales de la salud responde a las contrataciones que realizan estas unidades económicas para atender la salud de sus empleados. Según la definición de la metodología de Cuentas de Salud de la OCDE se trata de salud ocupacional y en el Sistema de Cuentas Nacionales es considerado consumo intermedio.

Las erogaciones en Seguros Voluntarios se registraron en el vector demanda de los hogares de acuerdo a lo explicado en ese apartado.

MGFD3-Vector de Demanda del Sector Gobierno

El vector de demanda del sector gobierno incluye al gobierno nacional y a los gobiernos provinciales y municipales, que se exponen por separado.

La construcción de los vectores que conforman el gasto del gobierno se realizó básicamente a partir de la información proporcionada por la Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía basada en la consideración de la función salud⁴⁵ de las ejecuciones presupuestarias respectivas.

La apertura de la información dentro de cada vector se realizó sobre la base de

44. Dado que la metodología de la OCDE para la estimación de Cuentas Nacionales de Salud considera a las Residencias con Servicios de Enfermería como un servicio de salud, en este caso, al hacer referencia a prestaciones de atención médica también estamos considerando los servicios que prestan estas instituciones.

45. En el caso de las jurisdicciones provinciales al monto calculado por la DGSC se le restó la facturación de los hospitales públicos a las Obras Sociales, ya que este financiamiento se expone como demanda de estas últimas a los primeros.

datos de ejecución del presupuesto nacional para esa jurisdicción y a los resultados de un relevamiento de información realizado para una muestra de jurisdicciones provinciales y municipales que llevó a cabo la Dirección de Coordinación Fiscal con las Provincias⁴⁶ del Ministerio de Economía.

Las transferencias del nivel nacional a provincias y municipios, y de provincias a municipios se incluyeron en el nivel en que son aplicadas.

Para los tres niveles jurisdiccionales la demanda de **Medicamentos, Compuestos químicos**⁴⁷ y **Médicos y otros profesionales de la salud**⁴⁸ corresponden a las adquisiciones de estos bienes y servicios que realizaron organismos gubernamentales no incluidos en la función salud, ya que los correspondientes a esta función fueron imputados en el vector de demanda de hospitales públicos.

Para la demanda a **Establecimientos Públicos** se utilizaron criterios distintos para el nivel nacional (se expone en párrafos posteriores) y para los otros dos niveles de gobierno. En estos últimos se incluyó la ejecución presupuestaria correspondiente a los efectores públicos y a los programas de promoción y prevención (ver explicación en el apartado 3.3.1).

Para el caso de **Consumos intermedios varios** se consideraron los consumos asociados a la actividad desarrollada por el nivel central de cada jurisdicción y que no se exponen en las líneas anteriores.

En **Remuneración a los asalariados** se consideran los sueldos y salarios de cada jurisdicción. Para el nivel nacional sólo se contempla el Ministerio de Salud de la Nación, los organismos dependientes de esta jurisdicción no considerados como asistenciales y los Programas de Atención de Pensiones no Contributivas y de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico. En los vectores demanda de los gobiernos provinciales (MGFD3.2) y municipales (MGFD3.3) se consideraron las remuneraciones de los agentes públicos dependientes de los ministerios de salud o equivalentes, dedicados a la tarea de regulación. Estas cifras se obtuvieron de forma desagregada para cada nivel jurisdiccional.

El vector de Gobierno Nacional (MGFD3.1) se construyó a partir del Presupuesto Nacional ejecutado en el año 1997 según registros del Sistema Integrado de Información Financiera. Se imputaron como consumos intermedios los gastos en bienes de consumo, servicios no personales y bienes de uso de las actividades centra-

46. La muestra para el nivel provincial considera a 10 provincias que representan el 73% del valor de producción de la administración pública de dicho nivel jurisdiccional. En el caso de los municipios se relevaron los municipios capital y los más importantes de todas las provincias.

47. Dichos importes se obtuvieron de la matriz de utilización para toda la economía, es el monto correspondiente al cruce de la CPC 911 Y 912 (Servicios Administrativos del Gobierno) con la CPC 352 (Productos Farmacéuticos) y con la CPC 341/2/4/5/54 (Productos Químicos).

48. Se consideró la utilización que realiza el sector (Letra L) de los servicios de salud humana (CPC 931).

les del Ministerio de Salud y de los programas dependientes de esta jurisdicción, excepto los considerados como gasto asistencial. También se incluyeron estos rubros del programa de asistencia médica a beneficiarios del Programa de Pensiones no Contributivas y el Programa de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

En Establecimientos Públicos se sumaron:

- Las transferencias que el Ministerio de Salud destina a los hospitales Garrahan, Posadas y la Colonia Montes de Oca.
- La ejecución de los programas sanitarios de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.
- El Centro Nacional de Reeducción Social.
- Las transferencias correspondientes a la atención médica de pensiones no contributivas.
- Las transferencias con destino a los Hospitales Escuela dependientes de Universidades Nacionales.
- Los bienes de consumo de los Programas Atención de la Madre y el Niño, Prevención y Control de Riesgos y Enfermedades y Lucha contra el Sida y ETS y las transferencias que este último realiza a los establecimientos universitarios que realizan los estudios de carga viral.
- El financiamiento directo que se otorga a las instituciones que a continuación se enumeran: INCUCAI, Hospital Sommer, Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad.
- El pago de residencias médicas y becas del Programa Normatización y Desarrollo de los Recursos Humanos.

Se imputó en Clínicas los subsidios otorgados a personas para su atención en instituciones privadas (incluidos en el Programa Normatización de la Atención Médica).

MGFD4-Vector de Demanda de las Instituciones sin Fines de Lucro (ISFLH)

En este vector se consideraron las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares⁴⁹ que no tienen como actividad principal la atención de la salud. Cabe recordar que los prestadores sin fines de lucro se consideraron en el vector de clínicas. Los valores expuestos provienen de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales y se obtuvieron del Código de actividad 91000.

49. Cabe destacar que el excedente bruto de estas instituciones es igual a cero.

Financiadores intermedios

Se consideran financiadores intermedios a las instituciones que administran fondos de seguros de salud ya sean de carácter obligatorio (Obras Sociales) o voluntario (Empresas de Medicina Prepaga, Mutuales y otros seguros voluntarios).

El total de los ingresos de estas unidades económicas tiene dos destinos básicos: financiar la actividad productiva de las mismas (servicio de seguro de salud) y financiar las transferencias a los hogares usuarios de los servicios.

En el Sistema de Cuentas Nacionales el Valor Bruto de la Producción para estos actores es equivalente a lo imputado en el primero de los fines mencionados mientras que las transferencias se consignan como consumo efectivo de las familias. En cambio en la MGF el vector correspondiente expone la asignación de la totalidad de los ingresos (incluyendo las transferencias a los hogares).

MGFD5-Vector de Demanda de los Seguros Voluntarios

Este vector muestra la composición de la demanda de bienes y servicios por parte de las instituciones que administran fondos de seguros voluntarios. Esto incluye tanto a empresas de medicina prepaga como a mutuales y a Obras Sociales en su carácter de oferentes de este tipo de cobertura.

La demanda de **Compuestos** químicos surge de la información disponible a partir del relevamiento realizado en el marco del Proyecto Matriz Insumo-Producto.

El valor de la demanda de **Medicamentos** fue calculado a partir de los resultados de la ENGH en la cual se indagó acerca de quién y en qué porcentaje fue cofinanciada la compra de medicamentos de las familias. Esta cifra fue contrastada con la información provista por una de las cámaras⁵⁰ que agrupa a las entidades de medicina prepaga. Los montos obtenidos de ambas fuentes se mostraron muy semejantes.

Los otros componentes de la demanda surgen de la encuesta realizada a estas instituciones para la MIP Ar'97, ya que para este vector se aplicó el tratamiento explicado más arriba según el cual el VBP se obtuvo de la expansión de los resultados de la encuesta sobre la base de información del Censo Económico 93 y la estructura se construyó a partir de la mencionada encuesta.

MGFD6-Vector de Demanda del Total de las Obras Sociales

Este vector suma los gastos correspondientes a Obras Sociales Nacionales (MGFD6.1), Obras Sociales Provinciales (MGFD6.2) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) (MGFD6.3).

50. La fuente consultada fue la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga (Ademp). Se destaca que el dato proporcionado se encuentra extendido a todas las EMP y Mutuales, por lo tanto no representa solamente el gasto realizado por las entidades agrupadas en dicha cámara.

Para las Obras Sociales Nacionales y Provinciales se consideró la última estimación del gasto efectuada por la Dirección de Gastos Sociales Consolidados para el año 1997.⁵¹

Por definición del SNCN-93 se asume que las Obras Sociales de Afiliación Obligatoria como instituciones del Sector Público no tienen Excedente Bruto de Producción.

Los datos para el INSSJyP se obtuvieron del balance del ejercicio económico cerrado el 31 de diciembre de 1997 de la institución.

La demanda de **Medicamentos** del total de Obras Sociales provino de la información disponible a partir del relevamiento en el marco del Proyecto Matriz Insumo-Producto. La diferencia entre este monto y el correspondiente al INSSJP se asignó a las Obras Sociales Nacionales y Provinciales. Para la distribución entre estos vectores se asumió que la participación de este rubro en la estructura del gasto es similar para ambos grupos.

Estas cifras sólo consideran el gasto en medicamentos ambulatorios, ya que el gasto en medicamentos en internación, tanto de las clínicas propias como de las contratadas, se exponen en el vector de Clínicas.

La demanda de las Obras Sociales a los **Establecimientos Públicos** corresponde a la facturación de los mismos por prestaciones brindadas a afiliados a esas instituciones.⁵²

Para las restantes líneas de **Prestaciones de Salud** de las Obras Sociales Nacionales y Provinciales, las cifras se obtuvieron a partir de la estructura de gasto que surge de las encuestas realizadas para la construcción de la MIP Ar'97. Cabe destacar que para las Obras Sociales Nacionales se contó con información adicional de los estados contables auditados de las Obras Sociales más representativas que participan en el PROS, mientras que para las Obras Sociales Provinciales se obtuvo información adicional de informes económico- financieros presentados en el marco del PRESSS.

La demanda a **Clínicas** no sólo corresponde a las contrataciones realizadas con otros prestadores privados sino también a erogaciones realizadas en prestadores propios. Esto últimos se reflejan como demanda a clínicas porque en este vector se expone a las Obras Sociales en su rol de administradores de fondos de seguro obligatorio, considerando por separado el rol de prestador y el de administrador de fondos de seguro voluntario. Del total imputado por este concepto el 26% corresponde a prestadores propios.

51. Estos datos se convalidaron con estimaciones de los ingresos por aportes y contribuciones realizadas por la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales a partir de la base de datos del SIJyP.

52. El dato es parcial ya que se consideró la información proporcionada por los Ministerios de Salud (o equivalentes) de 11 provincias que representan el 70% de la población del país.

A pesar de haber tenido acceso a las diferentes fuentes de información mencionadas, parte de los costos no pudieron ser asignados de manera directa a algunos de los rubros identificados en la matriz. Esto se debe fundamentalmente a las características que adoptan las contrataciones por cápita integral que no diferencian atención en internación, en consultorios de profesionales y en prácticas de diagnóstico. Para realizar la apertura en los rubros expuestos, en el caso del INSSJP se utilizó la estructura de la composición de las prácticas médicas de los afiliados al Instituto en la Provincia de Buenos Aires (facilitada por la institución). Para el resto de las Obras Sociales se utilizó una estructura de costos construida a partir de tasas de utilización de las Obras Sociales que participan del PROS.

Para el caso de **Consumos intermedios varios** se consideraron los consumos asociados a la actividad desarrollada por las Obras Sociales y que no se exponen en las líneas anteriores.

Para el rubro **Residencias con Servicios de Enfermería**, sólo se contó con información del INSSJP que corresponde a la internación geriátrica y la atención de personas con discapacidades, así como a la internación psiquiátrica crónica. No se realizaron expansiones para alcanzar un nivel representativo de todas las Obras Sociales.

Los componentes del **Valor Agregado** para las Obras Sociales Nacionales y Provinciales, se calcularon de la misma manera que el resto de los rubros del gasto.

Para el caso del INSSJP el gasto en personal incluye el de las áreas administrativas generales y las específicas de prestaciones médicas. El gasto del personal de los establecimientos propios se incluyeron en **Clínicas**.

Prestadores de servicios de atención médica

MGFD7.1

Vector de Demanda de los Establecimientos Públicos

Este vector expone la demanda de establecimientos de atención médica del sector público de todas las jurisdicciones.

En este vector se consideran los programas de promoción y protección de la salud, dado que se asume que los mismos se ejecutan en su mayor medida en los efectores públicos de distinto nivel.⁵³

Se consideraron los valores de insumos incluidos en la MIP Ar'97:

- Se consideraron los **Medicamentos** utilizados como insumos por la Salud Pública (cruce CPC 931- Salud Pública - CPC 352).⁵⁴ De igual forma se midió la demanda de compuestos químicos realizada por este sector.
- Se consideró como contratación de **Médicos y otros profesionales de la salud** la demanda que realiza el sector público de servicios de salud humana (la misma fue tomada del cruce CPC 931 Salud Pública- CPC 931).

Para el caso de Consumos intermedios varios se consideraron los consumos intermedios de la salud pública (CPC 931- Salud Pública- Total Consumos Intermedios) de los cuales se netearon los consumos correspondientes a las líneas expuestas más arriba.

En Remuneración a los asalariados se consideran las remuneraciones al personal en relación de dependencia que se desempeñan en Establecimientos Públicos y lo de los programas de promoción y prevención de provincias y municipios.

MGFD7.2

Vector de Demanda de Prestadores Privados de Atención Médica

Este vector incluye la demanda realizada por los prestadores privados de atención médica: hospitales, clínicas y sanatorios (con y sin fines de lucro) (MGFD7.2.1), médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud (MGFD7.2.2), empresas de servicios de diagnóstico y tratamiento (MGFD7.2.3) y de emergencia (MGFD7.2.4).

El importe considerado en la demanda de Medicamentos de este subsector se obtuvo de la información disponible en la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales en el marco de la Matriz Insumo Producto (surge del cruce de la CPC 931-subsector privado- CPC 352). Se utilizó el mismo criterio para la demanda de Compuestos Químicos. Para la apertura de esta información en los distintos prestadores que se exponen en la matriz (Clínicas, Médicos y Odontólogos, Servicios de Diagnóstico y Tratamiento, Servicios de Emergencias) se utilizaron los coeficientes de participación en el gasto total, información que surge del procesamiento de las encuestas realizadas para la construcción de la MIP Ar'97.

Para el caso de Consumos intermedios varios se consideraron los consumos intermedios de salud de los cuales se netearon los consumos correspondientes a las líneas expuestas en forma separada en la matriz. Dado que no se contaba con la apertura en los prestadores considerados, el total se distribuyó respetando los coeficientes de la estructura que surge de las encuestas para la MIP Ar'97.

MGFD8

Vector de Demanda de las Residencias con Servicios de Enfermería

Los datos para el vector de demanda de este sector se obtuvieron de la matriz insumo producto para toda la economía. Los montos expuestos surgen de los cruces de los Servicios Sociales con Alojamiento y sin Alojamiento (CPC 933). Corresponde básicamente a geriátricos.

53. Al disponer de información detallada del presupuesto nacional se excluyó de este vector el gasto en personal y en consumos no asistenciales de los programas de prevención del gobierno nacional. Como ya se explicara previamente, estos datos se consideran en el vector demanda de Gobierno Nacional.

54. La CPC 931 corresponde a Servicios de Salud Humana. Por otro lado la CPC 352 es la que corresponde a productos farmacéuticos.

Aspectos metodológicos de las proyecciones 1997-2000

En esta sección se hará una breve descripción de los métodos utilizados para la obtención de la información presentada para los años 1998-2000.

Es de mencionar que estas proyecciones se basan en parte en estimaciones y en parte en información disponible. Debe recalarse que para el caso de las estimaciones se ha trabajado mediante el uso de variables proxys o información relacionada con los diferentes sectores, dada la imposibilidad de reproducir, para los años en cuestión, el trabajo efectuado para el año 1997 por no contar con la información ni los mecanismos que permitieran tal tarea.

Hogares

El vector de Hogares se ha estimado a partir de la extrapolación del gasto de Consumo de los Hogares (componente de la demanda global) en la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales (DNCN), para los rubros involucrados mediante el método de la corriente de bienes.

Resto de los Sectores Productivos

El vector se ha estimado a partir de la evolución de la oferta de los distintos sectores demandantes de Servicios de Salud y Bienes relacionados, atendiendo a su participación en la demanda según surge de los resultados de la MIP 97.

ISFLH

La estimación se ha realizado teniendo en cuenta la evolución del Sector Actividades de Asociaciones N.C.P. (CPC 95), fuente DNCN.

Seguros Voluntarios

Se ha realizado teniendo en cuenta la evolución de los componentes del VBP (VAB y CI) del sector Prepagas disponible en la DNCN.

Gobierno: Nación, Provincias, Municipios

Se utilizó información publicada por la Dirección de Gastos Sociales Consolidados (DGSC).

Obras Sociales Nacionales, Provinciales e INSSJP

Se partió de la información publicada por la DGSC con mínimos ajustes a efectos de la homogeneización con la estimación para el año 1997.

Establecimientos Públicos

La estimación se ha realizado teniendo en cuenta la evolución de los componentes del VBP (VAB y CI) del sector Hospitales Públicos (CPC 93110 Públicos) disponible en la DNCN.

Clínicas

Se ha calculado teniendo en cuenta la evolución de los componentes del VBP (VAB y CI) del sector Hospitales, Clínicas y Sanatorios Privados (CPC 93110, sub-sector privado) disponible en la DNCN.

Médicos y otros profesionales de la salud

Se ha estimado teniendo en cuenta la evolución de los componentes del VBP (VAB y CI) del sector Médicos y Odontólogos (CPC 9312) disponible en la DNCN.

Servicios de Diagnóstico y Tratamiento y Servicios de Emergencias

La estimación se ha realizado teniendo en cuenta la evolución de los componentes del VBP (VAB y CI) del sector Otras Actividades relacionadas con la Salud Humana (CPC 93191 y 93192) disponible en la DNCN, definición que engloba a los vectores.

Residencias con Servicios de enfermería

Se ha tenido en cuenta la evolución de los componentes del VBP (VAB y CI) del sector Servicios Sociales (CPC 93193 y 933) disponible en la DNCN, definición que engloba a los Servicios Sociales con alojamiento y sin alojamiento.

Importaciones y Exportaciones

Se han obtenido los valores con la misma metodología que para el año 1997. Partiendo de los valores de importaciones y exportaciones, se ha aplicado un coeficiente de los productos específicamente relativos a salud obtenido de la información disponible de la producción nacional.

Mapa de Actores y Regulación del Sector Salud

**GLOSARIO DE TÉRMINOS
UTILIZADOS**

Glosario de términos utilizados

Descripción de los actores según jurisdicción

Con el fin de facilitar la comprensión del gráfico "Mapa de Actores y Regulación" se presenta una sucinta descripción de los actores mencionados en el mismo.

1. GOBIERNO NACIONAL E INSTITUCIONES REGULADAS POR ESTE NIVEL

1.1 MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN: Es la máxima autoridad en materia de salud, entre sus funciones corresponde la conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto, el dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.

El Ministerio de Salud de la Nación se vincula con las jurisdicciones provinciales y municipales a través de la firma de convenios. El ámbito natural para la firma de éstos es el CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA) dependiente de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, del Ministerio de Salud de la Nación.

1.1.2 EL COFESA es el instrumento de gestión y administración que vincula operativamente las distintas iniciativas y programas de las Provincias y de la Nación. Es el espacio para la definición de metas de salud y para la articulación de planes y programas para todo el país.

1.1.3 PRESTADORES: son establecimientos que están en jurisdicción nacional y brindan servicios de salud a la población en general. Dado el proceso de descentralización que se ha implementado desde el gobierno nacional son pocos los hospitales que dependen del Ministerio de Salud de la Nación, el resto fue transferido a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires.

1.1.4 ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT) Fue creada por Decreto PEN N° 1490/1992.

La ANMAT tiene competencia nacional en lo referido al control y fiscalización de la sanidad y la calidad de todo producto que pueda afectar la salud humana. Esto comprende las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías médicas, alimentos acondicionados y también los productos de uso domésticos y los materiales en contacto con los medicamentos, así como los productos de higiene, tocador y cosmética humana y las drogas y otras materias primas que los componen.

Es una institución autárquica que sirve de referente nacional y centro de formación de recursos humanos especializados.

1.1.5 OTROS ÓRGANOS RECTORES, aquí se incluyen:

- PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (PNGCAM):

El Programa fue creado por la resolución N° 432/1992, promueve la uniformidad normativa, la descentralización operativa, la programación en el ámbito local, la participación en el ámbito institucional, el asesoramiento y la cooperación con las provincias.

Por los decretos PEN 9/93, 578/93 y 855/93 el PNGCAM es de aplicación obligatoria en los hospitales públicos de autogestión, en las obras sociales incluidas en la Ley 23.660 y en las instituciones que adhieran voluntariamente al sistema.

El Programa es el instrumento regulador del Estado en materia de atención médica, comprende aspectos referidos a (a) habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales (b) ejercicio profesional de todos los integrantes del equipo de salud (c) normalización de la atención médica en materia de organización, funcionamiento, procedimientos, diagnóstico y tratamiento, (d) fiscalización y control sanitario (cumplimiento de las normas vigentes), (e) evaluación de la calidad de atención médica, (f) asesoramiento y cooperación técnica con los distintos niveles jurisdiccionales.

- PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD:

Es un Programa del Sistema Estadístico Nacional coordinado en el nivel nacional por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, en el nivel provincial las instituciones responsables del Programa son las Oficinas de Estadística de Salud de los Ministerios de Salud de las provincias, en el nivel local los establecimientos de salud y los registros civiles. Los niveles están interrelacionados y no suponen jerarquía administrativa alguna, se complementan y acuerdan líneas de acción, cada nivel tiene autonomía para la producción y difusión de información de interés para cada nivel.

El objetivo del programa es el de proveer información estadística para el proceso de gestión en sus diferentes niveles, entre sus objetivos específicos busca:

- Producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, suministrando datos sobre hechos vitales, morbilidad y rendimientos hospitalarios y disponibilidad y utilización de los recursos de salud.

- Aplicar en todo el territorio nacional normas y procedimientos uniformes para la captación de la información, la elaboración y el procesamiento de los datos.

- Llevar a cabo Programas de capacitación de recursos humanos en todos los niveles.

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud comprende diferentes subsistemas, Estadísticas Vitales, de Prestaciones, Rendimiento y Morbilidad Hospitalaria, Recursos y Servicios de Salud, etc.

- SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: (SI.N.A.VE):

Este sistema permite el monitoreo de las condiciones de salud/enfermedad, y de la prevención y control de los riesgos, tanto para las personas como para el medio ambiente, el sistema funciona a través de detección y notificación de enfermedades o daños. El programa no funciona con fines estadísticos, sino que permite la toma de decisiones basada en la evidencia epidemiológica. Las acciones del Sistema reciben el apoyo del PROYECTO DE VIGILANCIA DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES (VIGI-A) que cuenta con distintos componentes destinados a la vigilancia de la salud, el control de las enfermedades, la promoción social y la investigación.

1.1.6 REGISTRO DE PRESTADORES: Los Ministerios de Salud (o similares) de cada jurisdicción imparten la normativa que permite la habilitación de establecimientos asistenciales y servicios de traslados sanitarios, además de la normativa para el ejercicio de la medicina, la odontología y actividades de colaboración, en todos los casos, tanto profesionales como instituciones se inscriben y habilitan sus ámbitos y profesiones. Actualmente, se está promoviendo un sistema de certificación y recertificación uniforme a nivel país de los profesionales.

1.1.7 PROYECTOS, PROGRAMAS. A los fines de la presente descripción, se utiliza el concepto de proyecto y programa como sinónimos; haciendo referencia al conjunto ordenado de recursos y acciones para la obtención de un propósito definido en un tiempo y lugar determinado.

Estos Programas y Proyectos cuentan con financiamiento de recursos nacionales y/o externos. Entre ellos puede mencionarse los Programas Nacional de Garantía de Calidad, Materno Infantil, de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, Normatización Suministro y Supervisión de Inmunizaciones, Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores, etc.

1.1.8 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD: Creada por un decreto del Poder Ejecutivo Nacional (Dec. PEN 1.615/96), es la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud, el Instituto Nacional de Obras Sociales y la Dirección Nacional de Obras Sociales.

La Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional en jurisdicción del Ministerio de Salud con personería jurídica y con un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera, es el ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

La Superintendencia ha asumido las competencias, objetivos, funciones, facultades, derechos y obligaciones de las entidades fusionadas además de las nuevas funciones que la Ley le asigna; tales como la fiscalización del cumplimiento del PMO (Programa Médico Obligatorio); control y cumplimiento en lo que hace al Hospital Público de Autogestión, (actual Hospital Público de Gestión Descentralizada); el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; la supervisión del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios de las obras sociales.

En su carácter de ente de regulación y control tiene el deber de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para "la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar de las prestaciones de salud establecidas en la legislación".

El universo fiscalizable por la Superintendencia de Servicios de Salud está descripto en el art. 1° y 14° de la Ley 23.660 y en el art. 15° y 16° de la ley 23.661.

1.1.9 INSSJP/PAMI: Creado por la Ley 19.032 del año 1971. El Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es una persona jurídica pública no estatal.

El objeto principal del Instituto es la prestación (por sí o por terceros) a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión (entre ellos la totalidad del sector autónomo) y su grupo familiar primario, de servicios médico asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud. El Poder Ejecutivo puede hacer extensivo el régimen de la ley de creación a las personas de setenta o más años de edad o imposibilitadas para trabajar o que gocen de pensiones graciables, a la vejez o de leyes especiales. El Directorio del Instituto podrá convenir con los gobiernos provinciales y las municipalidades la incorporación al régimen de los jubilados y pensionados de las Cajas o Institutos Locales.

Por Ley de creación, el Instituto quedaba excluido del control del Tribunal de Cuentas de la Nación y del Régimen de la Ley de Contabilidad.

Es una de las Obras Sociales de mayor relevancia en Argentina, el número de beneficiarios directos en diciembre de 1997 era de 3.586.607.

En 1997 el Instituto se encontraba incluido en la Ley 24.764 de Presupuesto de la Administración Nacional (para el ejercicio 1997).

El Instituto se financia con aportes de los trabajadores en actividad, aportes de los haberes de pasividad de jubilados del régimen nacional de previsión social y la contribución de los empleadores.

1.2 OBRAS SOCIALES NACIONALES: Las Obras Sociales son entidades de derecho público no estatal, sin fines de lucro, sujetas a la regulación estatal. Son entidades de la Seguridad Social con la responsabilidad de administrar prestaciones médico asistenciales para satisfacer las contingencias relacionadas con la Salud de una determinada población (trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos). Están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio.

rio que se financia con aportes de los trabajadores y contribuciones de los empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios directamente sino que los subcontratan con el subsector privado.

La diferencia entre las obras sociales y los seguros privados reside en el carácter compulsivo de la afiliación y en la base solidaria de su financiación⁵⁵. Con el 10% del total de los aportes y contribuciones, (el 15 % en el caso de las Obras Sociales de Dirección) se ha conformado el Fondo de Redistribución administrado por la APE (Administración de Programas Especiales, dependiente del Ministerio de Salud) con el objeto de dar subsidios a las entidades que tienen menos recursos y para cubrir prestaciones médicas de alta complejidad.

Al hacer referencia a las Obras Sociales Nacionales es necesario mencionar el papel de los Agentes del Seguro de Salud.

Los Agentes del Seguro de Salud son las Obras Sociales, cualquiera sea su naturaleza o denominación y las demás entidades que adhieran al sistema del Seguro de Salud, el que con los alcances de un seguro social fue creado a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país, sin ningún tipo de discriminación dentro del marco de una concepción integradora del sector salud por las Leyes 23.660 y 23.661.

Dichos Agentes tienen como objetivo el de proveer prestaciones de Salud igualitarias, integrales y humanizadas.

Las entidades creadas por la Ley 23.660 de Obras Sociales son consideradas "agentes naturales del seguro" así como aquellas que adhieran al régimen de la Ley 23.661 debiendo inscribirse en el Registro Nacional de Agentes del Seguro de Salud.

Las Obras Sociales nacionales están obligadas por Ley a cubrir un número mínimo de prestaciones denominadas Programa Médico Obligatorio.

El Programa Médico Obligatorio: es el Régimen de Asistencia Obligatorio para todas las Obras Sociales comprendidas en las Leyes 23.660 /

23.661. Se desarrolla sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud privilegiando las acciones de prevención, es decir que todos los agentes del seguro deben ofrecer a sus beneficiarios acciones de prevención y prestación de servicios de diagnóstico y tratamiento médico y odontológico; mediante sus propios servicios o a través de efectores contratados.

1.3 OBRAS SOCIALES FUERA DEL SISTEMA: Son aquellas obras sociales que están exceptuadas (Ley 23.890) de los alcances de la Ley 23.660. Entre ellas figuran las Obras Sociales universitarias, la del Poder Judicial y Legislativo, de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Las Obras Sociales excluidas de la Ley 23.660 no tienen órgano o instancia de control. La Ley 24.741 reglamenta el funcionamiento de las Obras Sociales Universitarias.

1.4 CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, es un ente autárquico del Estado Nacional en jurisdicción de la Secretaría para la Tecnología, la Ciencia y la Innovación Productiva dependiente de la Presidencia de la Nación.

El Conicet es el organismo que promueve la investigación científica y tecnológica en el país.

Entre sus funciones y misiones corresponde al Conicet intervenir en todo lo relativo a la vinculación científico-tecnológica y a la transferencia de tecnología, a través del fomento de la investigación y de las actividades de apoyo que apunten al avance científico y tecnológico del país.

1.5 ASEGURADORAS DE RIESGO DE TRABAJO (ART): Las ART son entidades de derecho privado encargadas de gestionar y atender las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales.

El sistema de prevención de los riesgos del trabajo y reparación de los daños fue puesto en vigencia en julio de 1996, luego de la sanción de la Ley 24.557 (LRT) en octubre de 1995.

55. No obstante es importante señalar que algunas Obras Sociales ofrecen seguros voluntarios de salud. En dichos casos, y a los fines del presente estudio, se las considera Empresas de Medicina Prepaga.

El sistema está regulado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), una entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo, que como ente regulador tiene la función de fiscalizar integralmente el funcionamiento del sistema, por otro lado también está regulado por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) en jurisdicción del Ministerio de Economía, es el ente que se ocupa de fiscalizar y controlar los requisitos económicos y financieros que hacen a la solvencia de las aseguradoras, empleadores autoasegurados y del sistema en su totalidad.

Desde el punto de vista institucional el sistema de riesgos del trabajo fue concebido como un sub-sistema de la seguridad social.

2. GOBIERNOS PROVINCIALES / GOBIERNOS MUNICIPALES

Las Constituciones Provinciales mencionan la Salud como un deber del Estado y un derecho de los ciudadanos, para tal fin cada provincia y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un Ministerio de Salud (que adquiere distinta denominación y rango, según la normativa provincial; Ministerio, Secretaría o Subsecretaría).

Cada provincia elabora sus planes o sistemas provinciales de salud.

2.1 MINISTERIOS DE SALUD PROVINCIALES: a esta instancia jurisdiccional corresponde la gerencia, gestión política y la gestión técnica de las unidades o establecimientos del sistema en su respectiva jurisdicción para el cumplimiento de programas y actividades de atención de la salud.

En el ámbito de salud de los gobiernos provinciales, tal como en el nivel nacional también hay prestadores, programas y registros habilitantes.

Con respecto a los hospitales públicos la mayoría de las provincias ha adherido al régimen de Hospital Público de Autogestión modalidad instalada por el Dec. 578/93, luego reemplazado por Hospital de Gestión Descentralizada Dec. 939/00. Este régimen promueve una gestión descentralizada de los hospitales y el aumento de su capacidad de facturación para el recupero de costos de las

prestaciones brindadas a beneficiarios de seguros obligatorios y voluntarios.

2.2 OBRAS SOCIALES PROVINCIALES: (OSP) no están incluidas en la Ley 23.660 (Ley de Obras Sociales). Cada provincia tiene un marco regulatorio diferente que rige el funcionamiento de su Obra Social provincial. Los recursos de las obras sociales provinciales dependen de las masas salariales de los gobiernos provinciales, ya que sus ingresos provienen de aportes y contribuciones calculados sobre sueldos y salarios.

Las Obras Sociales Provinciales son entes autárquicos. Hay una Obra Social por provincia.

Las Obras Sociales Provinciales incluyen entre sus afiliados al personal de la administración pública provincial, sus familiares y a los jubilados, pensionados y retirados.

Como las Obras Sociales Provinciales no están incluidas en la Ley 23.660 no están alcanzadas por el proceso de desregulación impulsado por el Gobierno Nacional a través del Decreto 9/93 (Incorporación al régimen de la Seguridad Social del derecho a la libre elección de las Obras Sociales) y sucesivos Decretos Reglamentarios.

2.3 COSSPRA: Es la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina nuclea a las Obras Sociales provinciales.

A través de ella se han firmado Convenios de Reciprocidad para que los afiliados puedan atenderse en otros lugares además de su lugar de pertenencia cuando la especialidad o la urgencia así lo requieran.

3. SUBSECTOR PRIVADO

(CORRESPONDE A TODAS LAS JURISDICCIONES)

En los últimos años el subsector privado ha ido aumentando su participación en la provisión de servicios de atención a la salud y en la cobertura de seguros voluntariamente contratados por los hogares o las empresas.

3.1 PRESTADORES: Aquí se incluyen a las entidades del subsector con y sin fines de lucro. Algunos de sus componentes son Clínicas, Sana-

torios, Hospitales Privados, Policonsultorios, Servicios de Diagnóstico y Tratamiento, Laboratorios de Análisis Clínicos, Consultorios Individuales, etc.

3.2 INSTITUCIONES PRIVADAS DE INVESTIGACIÓN, estas instituciones se encargan de formar recursos humanos, de investigar, de generar material científico y publicaciones.

3.3 EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA (SEGUROS VOLUNTARIOS): son empresas o entidades de adhesión contractual voluntaria que prestan cobertura médico – asistencial a cambio de un pago fijado en relación a los servicios a los que suscribe el adherente. Las empresas de medicina prepaga tienen que cubrir las mismas prestaciones médicas que las Obras Sociales (Ley 24.754 Programa Médico Obligatorio).

Las empresas de Medicina Prepaga carecen de regulación por parte del subsector público. Si bien no están obligadas a hacerlo, algunas de ellas se agrupan básicamente en dos entidades: la Cámara de Instituciones de Medicina Asistencial de la República Argentina, (CIMARA), la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga, (ADEMP). No existen registros sobre el número total de este tipo de empresas ni información confiable sobre número de afiliados al sistema.

Existe un conjunto normativo que cuenta con media Sanción del Congreso Nacional que serviría como marco regulatorio para las actividades de las empresas de medicina prepaga. El control tiene en cuenta dos aspectos: el prestacional, monitoreando que se cumpla el PMO regulado por la ley 24.756 y el económico financiero.

3.4 ASOCIACIONES EMPRESARIAS Y PROFESIONALES: La mayoría de los prestadores se agrupa en asociaciones empresarias, profesionales o gremiales como la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFECCLISA), la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), la Confederación Farmacéutica (COFA), la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), entre otras.

3.5 INTERMEDIARIOS: son personas jurídicas que mediatizan la relación del proveedor con el financiador.

Por ejemplo las gerenciadoras, los colegios de profesionales, algunas redes de farmacias o de prestadores, empresas de medicina prepagas que prestan servicios a obras sociales, etc.

Bibliografía

A SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS, *Version 1.0, OECD, 2000*

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2000. MEJORAR EL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

Organización Mundial de la Salud, 2000.

KEY DATA ON HEALTH 2000. European Health Comission/Eurostat.

LA SALUD EN ARGENTINA. UN SISTEMA INEFICIENTE E INJUSTO. DIAGNÓSTICO, ÚLTIMAS REFORMAS Y PROPUESTAS. FADE, julio 1999.

GUÍA DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA 1995. Ministerio de Salud y Acción Social, 1997.

LA AFILIACIÓN A SISTEMAS DE SALUD. SERIE ENCUESTA DE DESARROLLO SOCIAL Y CONDICIONES DE VIDA N°8. SIEMPRO, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, 2001.

ENCUESTA DE DESARROLLO SOCIAL AÑO 1997: SALUD – DATOS NACIONALES. SIEMPRO – Banco Mundial, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. *Borrador preliminar, agosto 2000.*

SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES 1993. EUROSTAT, FMI, OCDE, ONU y WB, Bruselas, Luxemburgo, New York, Paris, Washington DC, 1993.

MATRIZ DE INSUMO PRODUCTO ARGENTINA 1997. *Versión preliminar.*

J.C.Propatto: EL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES. Ediciones Macchi, 1999

ENCUESTA NACIONAL DE GASTOS DE LOS HOGARES 1996/97. TOTAL DEL PAÍS – *Resultados provisionarios.* INDEC, mayo 1998.

Diseño

Colosetti | Kejval

(54-11) 4831-6954

(54-11) 4313-0063