

Serie Documentos de Trabajo del IIEP

N° 24 - Febrero de 2018

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LA PROVISIÓN PÚBLICA DE SALUD EN UN PAÍS FEDERAL El caso argentino

Oscar **Cetrángolo** y Ariela **Goldschmit**



Instituto Interdisciplinario de
Economía Política de Buenos Aires
(IIEP-BAIRES)

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas
Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires
Av. Córdoba 2122 - 2º piso (C1120 AAQ)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel +54 11 5285-6578

<http://iiep-baires.econ.uba.ar/>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva
Av. Rivadavia 1917 (C1033AAJ)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel +54 11 5983-1420

<http://www.conicet.gov.ar/>

ISSN 2451-5728

Los Documentos de Trabajo del IIEP reflejan avances de investigaciones realizadas en el Instituto y se publican con acuerdo de la Comisión de Publicaciones. L@s autor@s son responsables de las opiniones expresadas en los documentos.
Desarrollo editorial: Ed. Hebe Dato

El Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires (IIEP-BAIRES) reconoce a los autores de los artículos de la Serie de Documentos de Trabajo del IIEP la propiedad de sus derechos patrimoniales para disponer de su obra, publicarla, traducirla, adaptarla y reproducirla en cualquier forma. (Según el art. 2, Ley 11.723).



Esta es una obra bajo Licencia Creative Commons
Se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LA PROVISIÓN PÚBLICA DE SALUD EN UN PAÍS FEDERAL

El caso argentino

Oscar Cetrángolo

IIEP-BAIRES (UBA/CONICET)

Ariela Goldschmit

IIEP-BAIRES (UBA/CONICET)

ABSTRACT

Taking into account the level of fragmentation (in organizational, territorial, financial and in rights terms) that the health care sector presents in Argentina, as well as the absence of adequate instances of coordination between institutions, the general objective of the present study is the analysis of decentralized public health provision in this country. Special emphasis is placed on aspects related to federalism, trying to present the organization of public health provision as part of a larger and more fragmented system. In particular the paper analyses the different alternatives of public spending on health, its structure (according to different classifications), the resources used and other aspects that will be of interest to define the sector's challenges in order to achieve a universal coverage, coordinated and solidary health system.

RESUMEN

Tomando en consideración la fragmentación (organizacional, territorial, de financiamiento y, consecuentemente, de derechos) que presenta el sector de atención de la salud en Argentina, así como la ausencia de instancias adecuadas de coordinación entre instituciones, el presente estudio tiene por objeto general el análisis de la provisión pública descentralizada de salud. Se hace especial hincapié en los aspectos vinculados con el federalismo, intentando presentar la organización de la provisión pública de salud considerándola como parte de un sistema más amplio y fragmentado. De manera particular, se analizan las diferentes alternativas del gasto público en salud, su estructura (de acuerdo con diferentes clasificaciones), los recursos utilizados y otros aspectos que serán de interés para definir los desafíos del sector a los fines de lograr un sistema de cobertura universal, coordinado y solidario.

Keywords: Health system - Public health - Decentralization - Health resources - Universal coverage - Argentina
Palabras claves: Sistemas de salud - Salud pública - Descentralización de la salud - Financiamiento de la salud - Cobertura universal - Argentina

JEL Codes: I14, I18

Introducción.....	2
1. Organización del sistema de salud en un país federal. Introducción a la situación regional.....	4
1.1. Gasto y fragmentación en América Latina	4
1.2. La fragmentación resultante de los procesos de descentralización y el financiamiento de los servicios de salud en América Latina.....	6
1.3. Los límites de la correspondencia fiscal	10
2. Características generales, cobertura y organización del sistema de salud argentino.....	14
2.1. Rasgos generales y cobertura	14
2.2. La descentralización de la provisión pública de salud en Argentina	16
3. Infraestructura y recursos humanos del sector en el territorio.....	19
4. Gasto público en salud en Argentina.....	25
4.1. Los datos agregados	25
4.2. El gasto de las provincias	30
4.3. Descentralización y tipología de casos provinciales en Argentina	33
5. Reformas posteriores a la crisis del 2001	39
6. Reflexiones finales.....	46
6.1 Similitudes y diferencias con el resto de la región	46
6.2 Cobertura universal de salud en Argentina.....	47
6.3 Principales desafíos.....	48
7. Referencias bibliográficas	51

Introducción

Aun cuando no figura de manera expresa en ninguna norma constitucional, Argentina se ha preocupado, desde la primera mitad del siglo pasado, por lograr un sistema de cobertura universal, entendida como el acceso efectivo a los servicios en tiempo y forma (incluyendo la protección financiera de los riesgos). Las dificultades encontradas para lograr un sistema eficiente para cubrir las necesidades de toda la población han tenido más que ver con la falta de coordinación de políticas que con la ausencia de éstas. En algunos momentos, la salud pública fue el eje de las políticas; en otros, la seguridad social; en algunos, incluso, se confió más en la oferta privada; y muchas veces, en los tres de manera simultánea. Es así que hoy la sociedad argentina destina una proporción importante de sus ingresos al cuidado de la salud y los resultados no son los esperables, dado ese nivel de gasto. El sector de la salud de Argentina se caracteriza, en consecuencia, por ser muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y el financiamiento, como con el acceso a los servicios.

En la particular organización federal existente en Argentina, la Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales. Al Ministerio de Salud de la Nación le corresponde la conducción del sector, en su conjunto, a través del dictado de normas y del diseño de programas y ejecución de acciones. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo. Esto motiva a que la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios se encuentre a cargo de los gobiernos provinciales. A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino.

En suma, considerando la fragmentación (organizacional, territorial, de financiamiento y, consecuentemente, de derechos) que presenta el sector de atención de la salud en Argentina, así como la ausencia de instancias adecuadas de coordinación entre instituciones, el presente estudio tiene por objeto general el análisis de la provisión pública descentralizada de salud. Se hará especial hincapié en los aspectos vinculados con el federalismo, y se espera poder presentar la organización de la provisión pública de salud en Argentina considerándola como parte de un sistema más amplio y fragmentado (donde la seguridad social aporta un grado mayor de fragmentación); a la vez que considerar la organización en otros países de América Latina con los cuales resulte pertinente establecer algún tipo de comparación. De manera particular, serán analizadas las diferentes alternativas del gasto público en salud, su estructura (de acuerdo con diferentes clasificaciones), los recursos utilizados y otros aspectos que serán de interés para definir los desafíos del sector para lograr un sistema de cobertura universal, coordinado y solidario.

En este marco, el documento se organiza de la siguiente manera. Seguido a esta introducción se presenta la organización que adoptan los sistemas de salud en

América Latina, con foco en los efectos que han tenido los procesos de descentralización en el financiamiento de los servicios de salud. La sección 2 analiza las particularidades del caso argentino. Seguidamente, la sección 3 evalúa la magnitud de los recursos con que cuenta el sector en el país, tanto en relación a recursos humanos como la infraestructura, y su peculiar distribución a lo largo del territorio. La sección 4 pone la mirada en la evolución del gasto público en salud en Argentina y su estructura por nivel de gobierno. La sección 5, analiza las reformas en el sector de la salud posteriores a la crisis del 2001. Mientras que la sección 6 cierra el documento analizando los desafíos que enfrenta la salud en general y la salud pública, en particular, de cara al futuro.

1. Organización del sistema de salud en un país federal. Introducción a la situación regional

Esta sección presenta a modo de introducción y a los fines comparativos, las características que adoptan los sistemas de salud en América Latina, tanto en lo referido a su organización, el nivel de gasto del sector, las implicancias que han tenido los procesos de descentralización encarados en cada país y los esquemas de financiamiento resultantes.

1.1. Gasto y fragmentación en América Latina

El gasto promedio de América Latina en atención de la salud es similar a la media mundial, medido como porcentaje del producto (alrededor del 7%) (Cetrángolo, 2013). No obstante, ese nivel es bastante inferior a los países desarrollados (en los países de la Unión Europea previos a 2004 -EU 15- el promedio resulta cercano al 10%). Estas diferencias se hacen más marcadas cuando se las mide como gasto por habitante, ya que parte de esa brecha es explicada por divergencias en los salarios en dólares entre países; y otra, con mayor impacto, en gasto en tecnología y medicamentos¹. Como suele suceder con los promedios, éstos ocultan una gran diversidad de situaciones particulares. En algunos países de la región el gasto en relación al PIB alcanza niveles similares al de un país desarrollado (Argentina, Brasil, Uruguay y Costa Rica, entre otros), en tanto que existen otros con niveles muy bajos, como es el caso de Perú y Guatemala. Adicionalmente, existe una diferencia mucho más marcada hacia el interior de cada país, lo que tiene implicancias significativas en sistemas descentralizados.

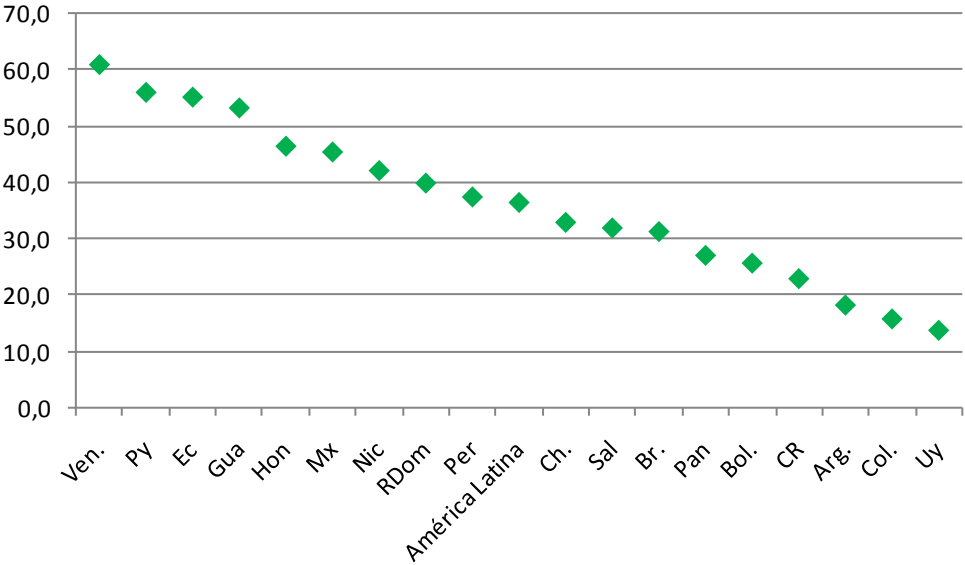
Más allá del nivel de gasto total en salud de la región, su impacto distributivo resulta ser mucho más regresivo que en los países desarrollados. Ello se debe, de manera especial, a la mayor participación del gasto privado, con impacto negativo sobre la equidad. Adicionalmente, el gasto público tiene un impacto redistributivo menor al esperado. Sin lugar a dudas, el logro de sistemas de salud más integrados y equitativos requiere la reducción de la importancia relativa del gasto privado y, concomitantemente, un aumento de la participación del gasto público en salud.

La imagen resulta incompleta si no se tiene en cuenta que los países con mayor gasto público son, asimismo, los que tienen un mayor porcentaje de su población con algún tipo de aseguramiento en salud. De acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2010) en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay (los de mayor gasto público en salud) cerca del 70% de la población tiene algún seguro de salud. En el otro extremo, los países con menor gasto público sectorial (Centroamérica, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú), en promedio, sólo un 17% de la población se encuentra asegurada contra riesgos de la salud.

¹ Además, el nivel de esas diferencias, al depender de los precios relativos (en especial tipo de cambio real) que se presentan en cada caso, varían en el tiempo según cambien, entre otras variables, esos precios relativos.

La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos ha sido ampliamente reconocida como una fuente importante de inequidad y es común definir el grado de inequidad en materia de salud de los países según la participación del gasto de bolsillo en el gasto total (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2002; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2010). En promedio, el 44,8% del gasto total en salud de la región corresponde a gasto privado, con guarismos por encima del 60% en Ecuador, Guatemala, Paraguay y Venezuela. De este porcentaje una elevada proporción corresponde a gasto directo de los hogares (80,3%) y 14,7% se destina al financiamiento de planes prepagos de salud (OMS, 2014). Con este criterio y dado los guarismos anteriores, los sistemas de salud de la región aparecen como altamente inequitativos.

Gráfico 1: Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, OMS.

Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social, en los países de la región, ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios. Además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre estratos sociales. A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa una proporción significativa del gasto total, ha sido un factor que agrava el uso poco eficiente de los recursos que la sociedad destina al sector salud.

Por definición, los esquemas más solidarios son aquellos en donde la totalidad de la población se halla incorporada a un sistema único, financiado con tributación general, y cuya cobertura es independiente de la capacidad de pago de las personas, lo que a su

vez debería verse reflejado en menores niveles de gasto de bolsillo. En la región ello se cumple en los países del Caribe de tradición sajona, por ejemplo Cuba y los que resultan de las reformas realizadas en Brasil (CEPAL, 2006). No obstante, en este país el gasto privado participa con una gran proporción del gasto total (4,8% del PIB), en tanto que el gasto público se ubica en 4,1% (OMS, 2014).

El resto de la región, al conservar, de manera parcial, el financiamiento mediante cargas sobre la nómina salarial, ha mantenido sistemas fragmentados. En algunos casos, se ha tratado de integrar los sistemas contributivos financiados a través de esas cargas con los esquemas públicos con financiamiento tributario; en otros, en cambio, se mantiene una significativa segmentación de ambas formas de financiamiento².

En síntesis, considerando los esfuerzos de integración o coordinación de los subsistemas se pueden identificar 6 grupos de casos, según puede verse a continuación:

- Sistemas originalmente públicos (países del Caribe Inglés, que adoptaron la organización del Reino Unido; y Cuba, por decisiones que van más allá de la organización sectorial). No existen distintos niveles de cobertura asegurada, sólo existe cobertura pública única y cuyo nivel depende de los recursos asignados a esta función por parte del estado.
- Seguro universal con financiamiento contributivo y rentas generales (Costa Rica). El nivel de cobertura asegurado es único para todos y se financia tanto con contribuciones, como con presupuesto público.
- Reforma hacia el sistema público puro (Brasil). se corresponde con la eliminación de la cobertura de la seguridad social y la reasignación de recursos con el objeto de incrementar el financiamiento no contributivo para la oferta pública.
- Seguro convergente con salud pública (Colombia y Uruguay). En ambos casos la cobertura es diferenciada pero las reformas plantean caminos hacia la convergencia de coberturas. Los recursos no contributivos se asignan a la cobertura de los sectores informales de menores ingresos con la intención de equiparar la cobertura con la seguridad social. En el mediano plazo la cobertura debiera ser única e igual para toda la población.
- Seguro no convergente (Chile). Se plantean diferentes tipos de cobertura según nivel de ingresos. Básicamente, se diferencia la población asegurada por seguros privados (ISAPRES) y el público (FONASA), por lo que se considera un sistema dual.
- Seguro divergente (Argentina). Es un caso especial donde las reformas de las últimas tres décadas han estado orientadas hacia una creciente divergencia de las coberturas en función de los ingresos de cada hogar.

² Aquí debe destacarse que la fragmentación de los sistemas de salud, al incrementar los servicios de intermediación, en muchos casos, suelen dar lugar a un aumento del gasto del sector que no tiene, necesariamente, correlato con un mayor producto; es decir, que no se ve reflejado en mayores prestaciones de atención sino que corresponde a una duplicación de costos y servicios.

Debe reconocerse que si bien la existencia de financiamiento contributivo es, por un lado, un obstáculo a la integración, por otra parte, también es una fuente de recursos que no resulta sencilla de resignar para estados con problemas de financiamiento como los de la región. En consecuencia, teniendo como objetivo de mediano plazo la construcción paulatina de sistemas más integrados y solidarios, los países deberían prestar suma atención a la modalidad de transición implícita en cada propuesta de reformas.

1.2. La fragmentación resultante de los procesos de descentralización y el financiamiento de los servicios de salud en América Latina

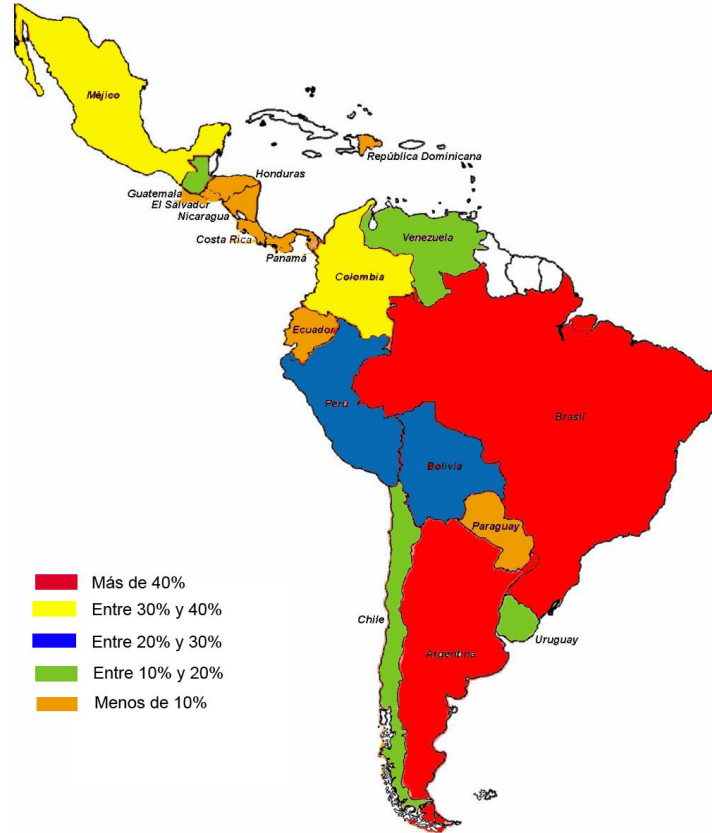
Además de la fragmentación entre subsectores, en muchos países también se observa un importante grado de fragmentación hacia el interior de cada subsector (público, seguridad social y privado), rasgo que, como se verá, caracteriza al caso argentino. De manera especial, la descentralización en la provisión pública, cuando ha ocurrido, ha multiplicado los niveles de cobertura en un mismo país.

Los procesos de descentralización de servicios sociales en la región de América Latina han sido ampliamente difundidos, respondiendo a distintas motivaciones, en distintos momentos del tiempo y abarcando a varios sectores que van desde la salud y la educación a otros servicios sociales. Como correlato de la transferencia de funciones desde el nivel central de gobierno a los gobiernos subnacionales, no siempre ha existido la asignación específica de recursos destinados al financiamiento de las nuevas funciones asumidas por los gobiernos subnacionales.

La región continúa siendo fuertemente desigual y el acceso equitativo a los servicios sociales básicos para un importante conjunto de su población constituye un desafío aún pendiente. La desigualdad de ingresos de los hogares se ve potenciada por las diferencias entre territorios. En algunos casos las brechas territoriales pudieron haberse ampliado como producto de la descentralización, y la ausencia de capacidades financieras y de gestión, que a nivel local aparecen como una limitante importante para hacer frente autónomamente a la provisión de servicios descentralizados de calidad. El resultado final depende, en gran medida, del sistema de transferencias financieras entre los niveles de gobierno que acompañaron la descentralización de servicios, y el papel compensador que haya desempeñado el gobierno central.

En América Latina, los países que más descentralizaron sus servicios sociales se corresponden con aquellos países federales, más extensos y con mayores desigualdades territoriales (Brasil, México y Argentina, en menor medida). Así, las políticas de descentralización aparecen como una consecuencia inevitable para la gestión de gobierno en grandes territorios y no como resultado de una decisión de políticas públicas como se observa en el gráfico 2 (Cetrángolo, 2007; Cetrángolo y Goldschmit, 2010).

Gráfico 2: Grado de descentralización en países de América Latina y el Caribe
En % del gasto público de los gobiernos subnacionales



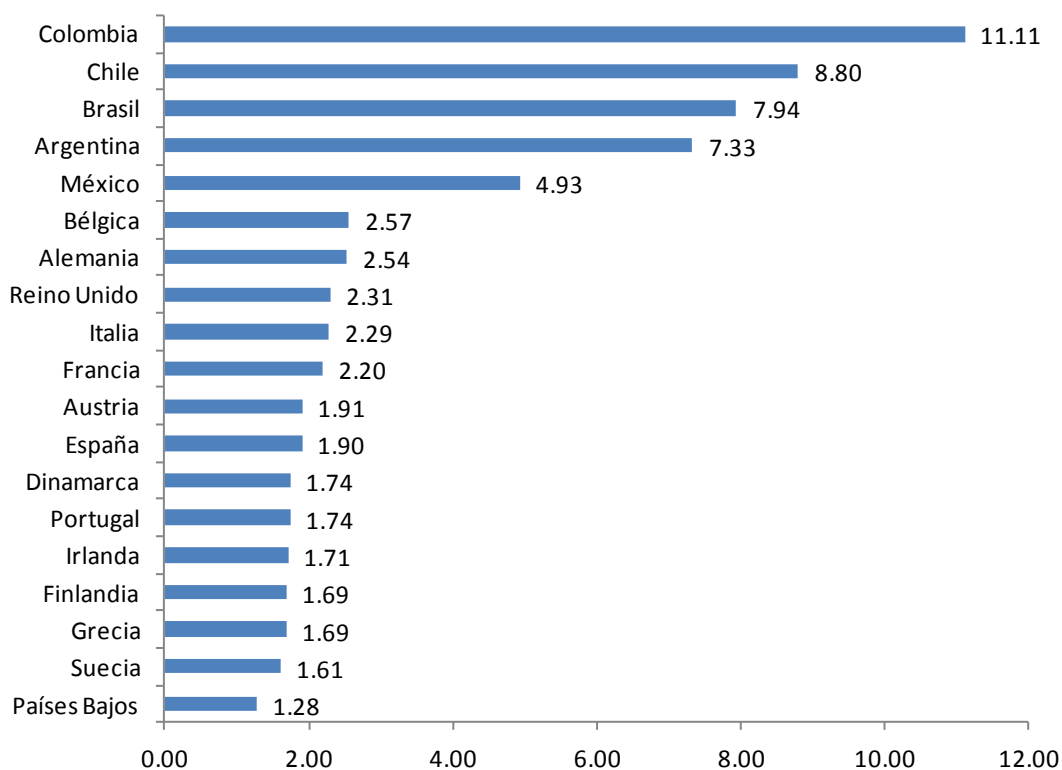
Fuente: Elaboración propia sobre la base de Cetrángolo (2007).

Para ilustrar la magnitud de esas desigualdades se han considerado las brechas del producto per cápita entre el valor más elevado y el más bajo de las jurisdicciones subnacionales para un grupo de países (gráfico 3)³. Como puede observarse ese indicador difiere sustancialmente entre países europeos y latinoamericanos. A excepción de los países centroamericanos de menor territorio y Uruguay (país con mejores indicadores de equidad y de organización marcadamente unitaria), las brechas entre jurisdicciones ricas y pobres son muy fuertes en la región y superiores a cualquier caso europeo. Ello estaría indicando la complejidad de la tarea de mejorar la cohesión social y avanzar en políticas de cobertura de salud universal e igualitaria sin contemplar estas diferencias. Y más aún, de hacerlo mediante políticas descentralizadas que descansan sobre el financiamiento local de los servicios sociales, ya que las regiones más pobres son precisamente las que presentan una base imponible más reducida para financiar estas prioridades de gasto.

³ Lamentablemente, el indicador utilizado no es el ideal y remite a las dificultades propias de las cuentas nacionales de los países de la región. No todos los países cuentan con datos de producto por región (en muy pocos se calcula el ingreso), las metodologías son variadas y de diferente grado de confiabilidad; y las unidades jurisdiccionales para las que se realizan los cálculos son también diversas y dependientes de la organización institucional de cada caso.

Ello no implica que los procesos de descentralización sean un obstáculo insalvable en la búsqueda de los objetivos de cobertura que aquí se discuten sino que marca la existencia de tensiones que deben contemplarse, y llama la atención sobre la necesidad imperiosa de establecer mecanismos de coordinación de las políticas sectoriales que contemplen la compensación hacia las regiones más necesitadas. Si bien son muchos los intentos por introducir distintos grados de descentralización en diferentes áreas, los resultados son el reflejo de las fortalezas y debilidades de cada país y, de manera especial, de los mecanismos de financiamiento que acompañan cada proceso. (Cetrángolo y Goldschmit, 2012)

Gráfico 3: Relación entre el PIB por habitante entre regiones más y menos desarrolladas de países seleccionados



Fuente: Elaboración propia sobre la base de OECD y datos de Argentina.

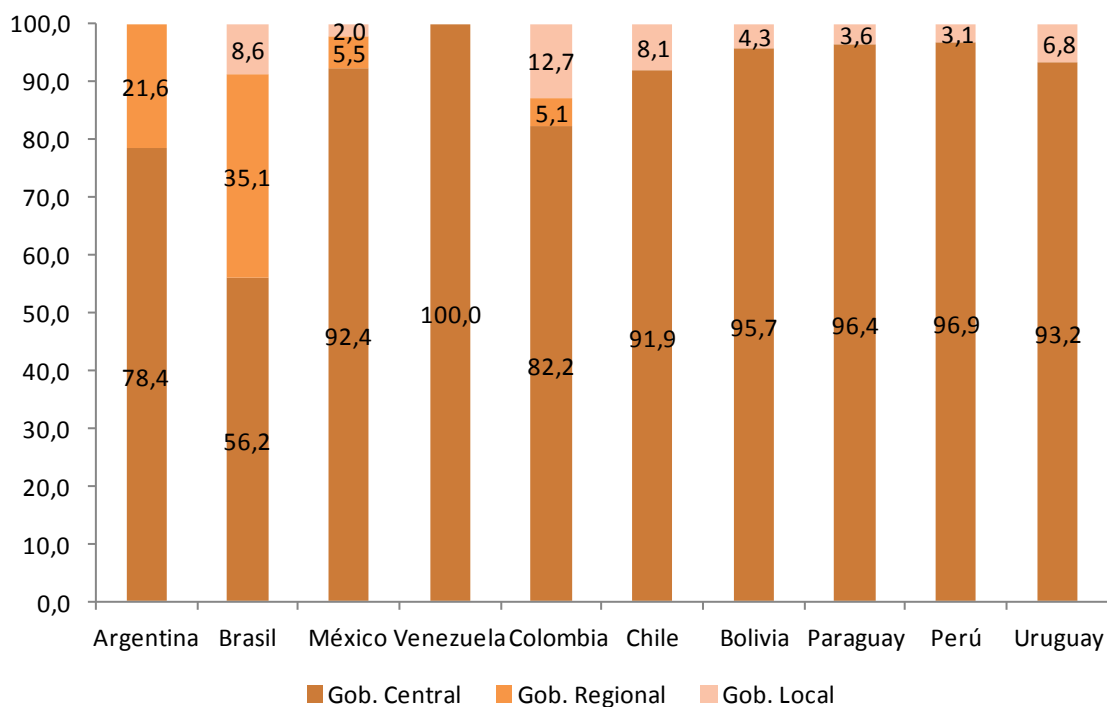
1.3. Los límites de la correspondencia fiscal

La descentralización de funciones genera mayor demanda de recursos por parte de los gobiernos subnacionales y puede desencadenar tensiones en el campo fiscal. Si bien fueron y son muchos los intentos por introducir diferentes grados de descentralización en la provisión de servicios en países de América Latina, los resultados son el reflejo de las fortalezas y debilidades de cada país y, de manera especial, de los mecanismos de financiamiento que logran acompañar cada proceso. En adición a los condicionamientos provenientes de las dificultades que presentan los países de la región para recaudar el nivel de recursos tributarios necesarios a nivel agregado, debe contemplarse la distribución territorial de las bases tributarias en cada caso. Ello suele dificultar el efectivo funcionamiento de la corresponsabilidad fiscal que demanda la teoría del federalismo fiscal para procesos de descentralización virtuosos.

En teoría, para que el proceso de descentralización sea completo, los gobiernos subnacionales deben ser autónomos, lo que involucra tener los recursos financieros para poder decidir la mejor asignación del gasto acorde a las preferencias locales. A su vez, los ciudadanos, bajo ese esquema, pueden exigir rendición de cuentas al gobierno que les cobra los impuestos. No obstante, los países de la región no se caracterizan por una importante tributación a nivel local.

Ciertamente, a lo largo del siglo pasado se ha evidenciado una tendencia bastante generalizada a centralizar la recaudación. Chile, Bolivia, Perú, Paraguay, Uruguay y los países centroamericanos tienen una administración centralizada de más del 90% de la recaudación tributaria. Por su parte, los países federales (a excepción de Venezuela) presentan una mayor descentralización de la recaudación, aunque sin alcanzar una participación preponderante. El caso más descentralizado es Brasil, en donde más del 40% de la recaudación está a cargo de los gobiernos subnacionales debido, básicamente, a la existencia de un impuesto al valor agregado cobrado por los estados, el ICMS (Impuesto sobre la Circulación de Mercancías y Servicios). Por su parte, se destaca el caso de Colombia, que siendo un país unitario presenta una participación de recaudación subnacional cercana al 20%. No obstante, debe notarse que la autonomía local es muy relativa ya que el gobierno nacional cuenta con la facultad de definir los impuestos que corresponden a cada nivel de gobierno.

Gráfico 4: Estructura tributaria por nivel de gobierno



Fuente: Elaboración propia en base a datos de OCDE, *Tendencias Tributarias 1990-2015*.

En general, los gobiernos subnacionales cobran impuestos sobre la propiedad (impuestos inmobiliarios o prediales); en algunos casos se cobran tributos sobre patentes automotores (Argentina, Chile, Nicaragua, Perú y Uruguay, entre otros); sobre los consumos (en Argentina-Ingresos Brutos-, Brasil, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay); y otros de variado tipo. Muchas veces estas potestades se superponen con impuestos similares cobrados por los gobiernos centrales y, adicionalmente, pueden existir niveles intermedios con potestades tributarias propias que compiten con las nacionales y las de los gobiernos locales. Ello sucede en los países federales pero también en varios países unitarios con procesos de descentralización.

En los últimos años, la tendencia creciente registrada en la recolección de impuestos a nivel nacional no tiene un correlato similar en la recaudación subnacional. Estos recursos han permanecido constantes o con registrados aumentos menores, observándose aumentos fundamentalmente en aquellos ligados a la explotación de recursos naturales, como por ejemplo en Bolivia. De esta forma, la baja capacidad recaudatoria de los gobiernos subnacionales impacta de forma directa en los ingresos de estos gobiernos creando, una fuerte dependencia de las transferencias de recursos provenientes de otros niveles de gobierno. En efecto, como se observa en el cuadro que sigue para un grupo de países seleccionados de la región, la principal fuente de financiamiento de los gobiernos locales son las transferencias recibidas desde niveles superiores de gobierno.

Cuadro 1: Estructura del financiamiento subnacional para un grupo de países seleccionados

Año 2013 (en % del PIB y % del total de recursos)

Países	Recursos propios ^a		Transferencias		Otros ingresos ^b		TOTAL
	% PIB	% total	% PIB	% total	% PIB	% total	% PIB
Argentina	5.2	36.5	8.1	56.3	1	7.2	14.3
Bolivia	4.1	30.4	8.8	64.6	0.7	5	13.6
Brasil	8.3	60.1	2.9	21.2	2.6	18.7	13.8
Chile	1.4	45	1.2	37.4	0.6	17.6	3.2
Colombia	2.9	29.7	4.8	49.4	2	20.9	9.7
Costa Rica	0.7	63.6	0.4	36.4	1.1
Ecuador	0.8	10.7	4.8	68	1.5	21.3	7.1
México	0.6	5.9	8.7	86.2	0.8	7.9	10.1

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras oficiales.

a/ Como "Recursos propios" se toma en cuenta a los ingresos tributarios propios y no tributarios.

b/ "Otros Ingresos" puede incluir distintas formas de endeudamiento, inversiones, recursos por ventas de activos, recuperación de préstamos, transferencias de capital, etc.

Considerando que las motivaciones y la lógica que han predominado en los procesos de asignación territorial de funciones son diferentes a las que han definido la distribución de potestades tributarias, se pueden verificar diferentes grados de desbalance entre ingresos y egresos de los distintos países. Estos se manifiestan como la brecha entre recursos y gastos de los varios niveles de gobierno (desbalance vertical) o, como aquella que ocurre entre las capacidades fiscales de los diversos gobiernos subnacionales de un mismo nivel (desbalance horizontal), a partir de la existencia de disparidades productivas a nivel regional. Estos desbalances debieran ser cubiertos mediante transferencias financieras.

Dado el desbalance horizontal, cuanto más avanzados se encuentren los procesos de descentralización de funciones, mayores serán los desbalances verticales. Ello no implica que los procesos de descentralización sean un obstáculo a la búsqueda de mayor equidad social sino que llama la atención sobre la necesidad imperiosa de establecer mecanismos de coordinación de las políticas sectoriales que contemplen la compensación hacia las regiones más necesitadas. Sólo así será posible compatibilizar políticas de descentralización que cuiden la cohesión social y resulten fiscalmente sostenibles en el mediano plazo. Adicionalmente, cuanto más centralizada esté la tributación mayor será la necesidad de transferencias básicas para cubrir el financiamiento de las actividades en manos de gobiernos subnacionales. De esta forma, al depender (tan fuertemente) el logro de objetivos de cohesión social del sistema de transferencias adoptado, resulta imposible evaluar los procesos de

descentralización y las posibilidades de los gobiernos locales de cumplir con sus funciones, sin atender a los esquemas de transferencias financieras entre jurisdicciones. De hecho, de acuerdo con la modalidad adoptada en cada caso el impacto fiscal será muy diferente.

Adicionalmente, aún cuando la recaudación tributaria pudiese ser mejorada y el incremento pudiera ser percibido por los gobiernos subnacionales, persiste un problema estructural que, seguramente, resulta más difícil de sortear. El desarrollo regional desequilibrado determina la concentración de bases tributarias en algunos territorios de cada país. Ello deriva, a su vez, en la imposibilidad de correspondencia fiscal plena en los países de América Latina y, en consecuencia, de conseguir procesos de descentralización virtuosos en los términos señalados por la literatura.

Más allá de los intentos que han habido de impulsar el desarrollo económico de las regiones más rezagadas, como medio para lograr una mayor cohesión territorial, estos nunca han logrado la trascendencia y resultados de la experiencia europea. La magnitud de las brechas y la existencia de grandes demandas insatisfechas de políticas públicas en la totalidad de los territorios han sido un límite al éxito de esas iniciativas.

El impacto fiscal de los procesos de descentralización dependerá, entre otros factores, de la modalidad adoptada en cada proceso, de los criterios de distribución de recursos empleados y las condicionalidades impuestas en las transferencias de recursos entre niveles de gobierno. En consecuencia, toda vez que quiera mejorarse la eficiencia en la provisión de servicios públicos cuidando los efectos sobre la equidad, se hace imprescindible rejerarquizar el papel de los gobiernos centrales con el objetivo de compensar diferencias entre regiones y articular políticas públicas, que si bien puedan tener un diferente grado de descentralización, tengan un eje en común.

2. Características generales, cobertura y organización del sistema de salud argentino

2.1. Rasgos generales y cobertura

La organización del sector de la salud en la Argentina ha determinado la cobertura efectiva de la totalidad de la población. Como se ilustra en el esquema 1, no es posible afirmar que la cobertura en riesgos de la salud no sea universal; no obstante, presenta serios problemas de equidad. Si bien la protección financiera está cubierta para todos, se hace de manera diferencial. Por un lado, existe un grupo de la población que tiene coberturas múltiples y de diferentes calidades por la superposición de la oferta pública; la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada. Por otro lado, la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional (Cetrángolo y Goldschmit, 2011).

El sistema se conforma por una **provisión pública** a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. De este modo, como se observa en el esquema 1, la población cubierta por el sector público comprende al 100% de la población argentina, que, según proyecciones poblacionales del INDEC, asciende a 43 millones de habitantes. Entre las funciones del sector público se encuentran la de proveer equipamiento médico, contratar profesionales y auxiliares de la salud, brindar atención médica ambulatoria y de internación; difundir campañas de vacunación e inmunizaciones; entregar medicamentos en forma gratuita; llevar el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades; fiscalizar, registrar y regular todo lo atinente al ejercicio de la medicina, los establecimientos y la comercialización de productos medicinales; entre otras acciones.

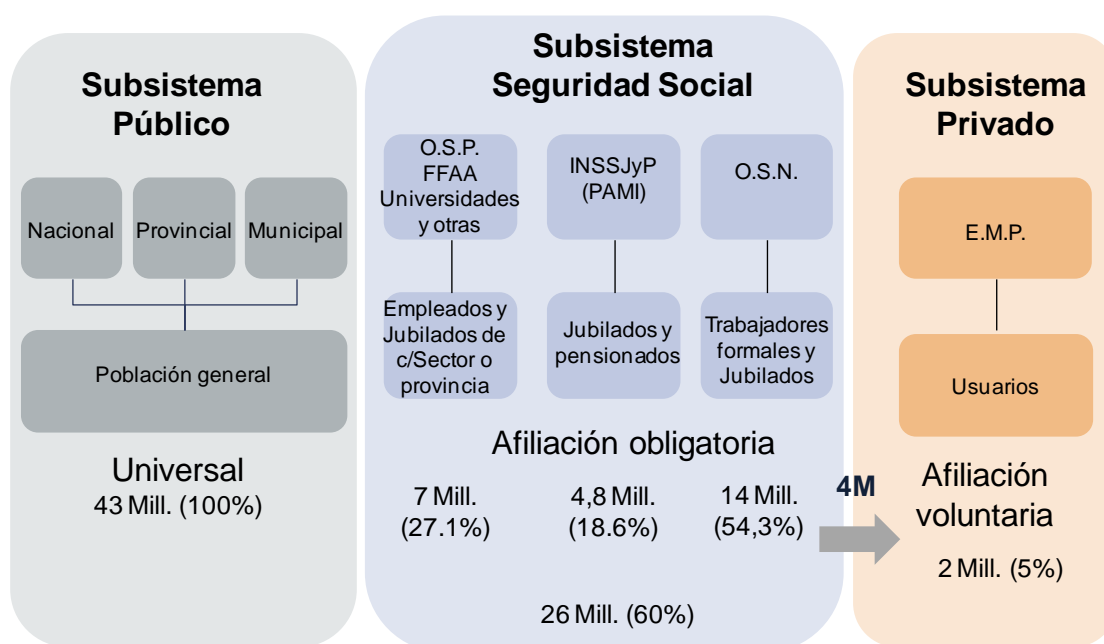
Esta provisión pública, como se verá más adelante, comprende una diversidad de establecimientos de salud, que se extienden a lo largo y ancho de todo el país. La provisión se encuentra organizada de manera descentralizada, recayendo la responsabilidad de brindar los servicios de salud en manos de los gobiernos provinciales y municipales. El rol del gobierno nacional se limita a la regulación, coordinación y asistencia técnica y financiera. Existe una variada gama de efectores públicos de distinta complejidad mayormente a cargo de las provincias, aunque en el caso de las provincias más grandes (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe) existen hospitales a cargo de los municipios.

Los trabajadores del sector privado de la economía que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares, tienen una cobertura adicional provista por **instituciones de la seguridad social** denominadas “obras sociales nacionales”. De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias (que están asegurados en las “obras sociales provinciales”) ni otros grupos específicos de trabajadores como los docentes, judiciales, fuerzas armadas y de seguridad social, que cuentan con sus respectivos institutos de seguridad social. Los jubilados y

pensionados y sus grupos familiares se encuentran cubiertos por los servicios que brinda el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como “PAMI” (Programa de Atención Médico Integral). En conjunto, las diferentes instituciones de la seguridad social brindan cobertura de salud al 60% de la población del país.

Por último, existen **seguros voluntarios** en empresas de medicina prepaga, cuya cobertura se estima en dos millones de personas. Debe tenerse en cuenta, asimismo, que un grupo importante de afiliados a Obras Sociales Nacionales (cerca de 4 millones) acceden a servicios de seguros privados mediante el desvío de sus aportes obligatorios.

Esquema 1: Cobertura de los subsistemas de Salud en Argentina



Fuente: Elaboración propia sobre la base de proyecciones poblacionales de INDEC, datos del INSSJyP, Superintendencia de Servicios de Salud y COSSPRA.

En síntesis, la cobertura universal es realmente efectiva, aunque restringida. Brinda protección contra los riesgos financieros para toda la población, pero de manera sumamente desigual debido a la fragmentación de derechos derivada de su particular organización. La falta de coordinación y articulación impide la conformación de un verdadero “sistema” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura (Cetrángolo et al., 2011). No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores (público, de seguridad social y privado); sino que, como se abordará en las próximas secciones, aún al interior de cada uno de ellos, se observa un elevado grado de fragmentación que se traduce en fuertes inequidades.

2.2. La descentralización de la provisión pública de salud en Argentina

Habida cuenta de la configuración del sector y como resultado del proceso de descentralización (devolución) del gasto público desde la Nación a los gobiernos provinciales, se ha visto que son las provincias quienes detentan el mayor peso relativo del componente público del gasto en salud. De este modo, el subsector público de atención de la salud está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional y los 24 Ministerios Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes centralizados y descentralizados y 2.172 Municipios⁴.

Para completar la presentación del sector público, debe mencionarse un ámbito relevante a nivel institucional de discusión y coordinación de políticas del sector. La Ley N°22.373 de 1981 creó el Consejo Federal de Salud (COFESA) en el marco del proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las provincias. Mediante el Decreto N°1.269 de 1992 sobre Políticas sustantivas e instrumentales se define una redistribución de funciones entre jurisdicciones, de tal forma que el Estado nacional se reserva su rol de conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos; a la vez que resigna su función de administrador de servicios. Más tarde, a fines de 1999 comenzó una nueva discusión sobre los criterios para el reparto de fondos, y el Decreto N° 455 del año 2000, estableció dos grandes propósitos del Estado nacional en materia de salud: (a) afianzar la atención primaria; y (b) contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud a partir de un accionar basado en la concertación, siendo su ámbito natural de articulación el COFESA.

En la actualidad, el COFESA está integrado por las autoridades de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en cada provincia y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. No participan del COFESA los gobiernos municipales⁵. Su principal función es coordinar el desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República, evaluando los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y los de cada región en particular. En los años posteriores a la crisis de 2001/2002 el COFESA ha adquirido un mayor protagonismo en particular con la formulación del Plan Federal de Salud, sin embargo en los últimos años ha perdido relevancia en materia de coordinación de políticas públicas (Cetrángolo y Goldschmit, 2012).

Como se señala en Bisang y Cetrángolo (1998), a pesar de la organización provincial que emerge de las normas constitucionales, el fuerte impulso de la política sanitaria durante los años cuarenta y cincuenta obedeció al impulso determinante del gobierno central. Recién a fines de los años cincuenta, se comenzaron a plantear los procesos de descentralización, a partir de la transferencia a provincias y municipios de las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos en

⁴ Si bien son pocas las provincias que han descentralizado la provisión de salud en sus municipios, existe algún tipo de servicio de salud a cargo de gobiernos locales en todo el territorio del país.

⁵ Algunas provincias han creado consejos similares dentro de su propio territorio. Un ejemplo es el Consejo de Salud de la Provincia de Buenos Aires (COSAPRO) creado en 2008. La novedad, en este caso, es que además de los representantes de los municipios de la provincia también participa el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia.

manos del gobierno nacional. Otro conjunto de hospitales fueron transferidos a las provincias desde mediados de los años sesenta a inicios de los setenta con el consiguiente traspaso de fondos. Posteriormente, en el marco de una declinación de la participación pública en el área de salud (con aumentos en los otros dos subsectores), se retomó en la segunda mitad de los años setenta la tendencia a la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación, de modo que por Ley N°21.883 se transfirieron 65 hospitales desde el Gobierno Nacional a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. Por último, a principios de los años noventa, fueron transferidos veinte establecimientos que quedaban en manos de la Nación. Las motivaciones que guiaron las últimas etapas de este proceso obedecieron a razones meramente fiscales sin contemplar las especificidades propias de la política sectorial ni se vieron alentados por objetivos vinculados con la búsqueda de mayores niveles de equidad y eficiencia⁶.

El análisis de las disparidades territoriales quedaría incompleto si no se incorporan los problemas derivados de las grandes diferencias hacia el interior de cada jurisdicción provincial. En el cuadro que sigue se ilustran esas disparidades con las brechas del indicador de disponibilidad de baños en los hogares. Se puede constatar allí que los promedios provinciales esconden situaciones sumamente diversas, con regiones donde las brechas entre las localidades peor y mejor posicionadas, de acuerdo con ese indicador, pueden superar las veinte veces. Incluso la complejidad de situaciones puede ser aún mayor, y no logran ser captadas adecuadamente por los indicadores disponibles (Cetrángolo y Goldschmit, 2013).

La causalidad de las relaciones resulta difícil de establecer, aunque no caben dudas de que la manera de implementación de los distintas etapas de los procesos de descentralización en las esferas de la salud y la educación pública, entre otras, ha tenido una cuota importante de responsabilidad en estos resultados y sigue siendo una restricción a políticas compensadoras, salvo excepciones muy específicas.

⁶ En Bisang y Cetrángolo (1998) se ofrece un análisis exhaustivo de las políticas de transferencia de responsabilidades de la Nación a las provincias durante las décadas de los años setenta y noventa. Adicionalmente a la provisión de salud, estos procesos también involucraron otras áreas del gasto social como educación y provisión de agua, entre otros.

Cuadro 2: Hogares sin baño 2010. Brechas a nivel localidades según provincias

Provincia	% hogares sin baño	Máximo		Mínimo		Brecha
		Departamento	% hogares sin baño	Departamento	% hogares sin baño	
CABA	0,9%	Comuna 1 (Retiro, S. Nicolás, Pto Madero, S. Telmo, Montserrat y Const.)	2,5%	Comuna 14 (Palermo)	0,3%	8,7
Buenos Aires	1,7%	Villarino	3,7%	Salliqueló	0,3%	10,7
Catamarca	4,9%	Ancasti	19,7%	Catamarca	2,5%	7,8
Córdoba	1,7%	Pocho	19,8%	Tercero arriba	0,9%	23,0
Corrientes	4,7%	Lavalle	14,7%	Corrientes	2,8%	5,3
Chaco	8,1%	General Güemes	19,6%	San Fernando	4,0%	4,9
Chubut	2,4%	Languiñeo	8,4%	Biedma	1,4%	5,8
Entre Ríos	2,0%	Feliciano	4,8%	Gualeguaychú	1,1%	4,3
Formosa	8,4%	Ramón Lista	43,5%	Formosa	4,2%	10,4
Jujuy	5,3%	Valle Grande	18,1%	Palpalá	3,0%	6,1
La Pampa	0,9%	Chical Co	8,6%	Atreucó	0,4%	20,7
La Rioja	4,1%	Gral Juan F Quiroga	14,1%	Castro Barros	2,0%	6,9
Mendoza	2,8%	Lavalle	11,1%	Godoy Cruz	0,8%	13,1
Misiones	5,9%	San Pedro	10,6%	Posadas	3,2%	3,3
Neuquén	3,0%	Ñorquín	11,5%	Confluencia	2,0%	5,7
Río Negro	2,9%	9 de Julio	10,1%	San Antonio	1,2%	8,7
Salta	6,5%	Rosario de la Frontera	30,4%	Salta	3,1%	9,9
San Juan	3,7%	Sarmiento	9,3%	San Juan	1,2%	8,0
San Luis	2,5%	Ldor Gral San Martín	28,6%	Gral Pedernera	1,5%	19,1
Santa Cruz	1,9%	Lago Buenos Aires	3,0%	Güer Aike	1,4%	2,1
Santa Fe	1,7%	9 de Julio	6,8%	Caseros	0,9%	8,0
Santiago del Estero	9,4%	Figueroa	26,1%	Santiago del Estero	3,5%	7,5
Tucumán	4,5%	Trancas	10,1%	Yerba Buena	2,6%	3,9
Tierra del Fuego	1,4%	Río Grande	1,4%	Ushuaia	1,3%	1,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC.

3. Infraestructura y recursos humanos del sector en el territorio

En una primera aproximación a la oferta del sistema sorprende la cantidad de recursos disponibles. La cantidad de establecimientos de salud, las camas disponibles y la cantidad de médicos en el país, se ubican en valores superiores a la mayoría de los países de la región. Ello pareciera ser el síntoma y el resultado de los problemas de eficiencia que aquejan al sector. Por un lado, la múltiple cobertura tiene su correlato en un uso ineficiente de los recursos humanos; por el otro, la política salarial, en el gremio de la salud, genera una distribución ineficiente de los mismos, así como una estructura de especialidades que no responde a las necesidades de la población. Esto sumado a la segmentación y a la mala distribución de los recursos físicos a lo largo del país da lugar, en algunas localidades, a establecimientos vacíos sin insumos, carentes de equipamiento necesario o de médicos especialistas que los atiendan, y de establecimientos superpoblados en otros lugares.

Los datos de **establecimientos de salud** que surgen del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) muestran la existencia de un total de 25.367 establecimientos en todo el país en el año 2016, de los cuales 10.571 (41%) corresponde a establecimientos con financiamiento público, siendo 1.530 establecimientos con internación. La distribución de los mismos por provincia se presenta en el cuadro 3, mostrando una elevada concentración en las jurisdicciones más pobladas.

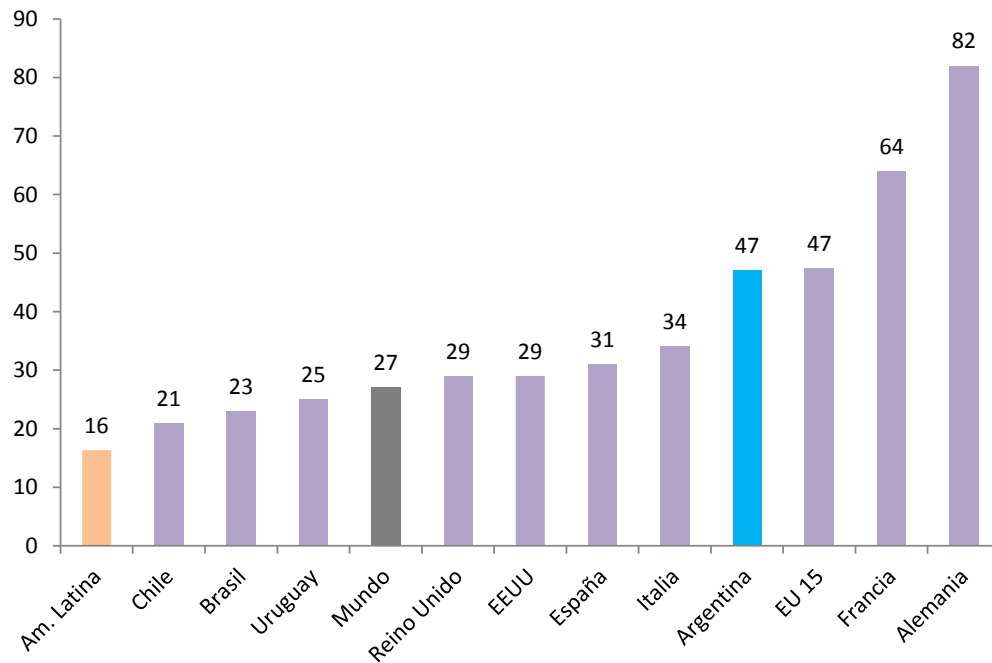
Cuadro 3: Establecimientos de salud por provincia, 2016

Provincia	Establecimientos								Población	
	Total Establecimientos		con financiamiento privado		con internación y financiamiento público		sin internación y financiamiento público			
	cantidad	En % del total	cantidad	En % del total	cantidad	En % del total	cantidad	En % del total	cantidad	En % del total
Buenos Aires	6.559	25,9%	4.041	27,3%	420	27,5%	2.098	23,2%	16.659.931	38,6%
Córdoba	2.288	9,0%	1.421	9,6%	175	11,4%	692	7,7%	3.567.654	8,3%
Santa Fe	2.052	8,1%	1.278	8,6%	134	8,8%	640	7,1%	3.397.532	7,9%
Mendoza	1.942	7,7%	1.516	10,2%	28	1,8%	398	4,4%	1.885.551	4,4%
Tucumán	1.385	5,5%	1.007	6,8%	36	2,4%	342	3,8%	1.592.878	3,7%
CABA	1.159	4,6%	949	6,4%	41	2,7%	169	1,9%	3.054.267	7,1%
Chaco	865	3,4%	404	2,7%	54	3,5%	407	4,5%	1.143.201	2,7%
Misiones	821	3,2%	350	2,4%	58	3,8%	413	4,6%	1.189.446	2,8%
Entre Ríos	805	3,2%	372	2,5%	70	4,6%	363	4,0%	1.321.415	3,1%
Santiago del Estero	805	3,2%	160	1,1%	58	3,8%	587	6,5%	928.097	2,2%
Salta	781	3,1%	310	2,1%	59	3,9%	412	4,6%	1.333.365	3,1%
San Juan	678	2,7%	492	3,3%	17	1,1%	169	1,9%	738.959	1,7%
Corrientes	614	2,4%	247	1,7%	53	3,5%	314	3,5%	1.070.283	2,5%
Jujuy	599	2,4%	224	1,5%	22	1,4%	353	3,9%	727.780	1,7%
Neuquén	593	2,3%	394	2,7%	29	1,9%	170	1,9%	619.745	1,4%
Catamarca	484	1,9%	112	0,8%	39	2,5%	333	3,7%	396.895	0,9%
Formosa	460	1,8%	129	0,9%	42	2,7%	289	3,2%	579.250	1,3%
San Luis	442	1,7%	276	1,9%	22	1,4%	144	1,6%	476.351	1,1%
Río Negro	429	1,7%	196	1,3%	39	2,5%	194	2,1%	698.874	1,6%
Chubut	413	1,6%	226	1,5%	35	2,3%	152	1,7%	566.922	1,3%
La Rioja	329	1,3%	67	0,5%	35	2,3%	227	2,5%	367.728	0,9%
La Pampa	323	1,3%	203	1,4%	36	2,4%	84	0,9%	343.056	0,8%
Santa Cruz	277	1,1%	193	1,3%	23	1,5%	61	0,7%	320.469	0,7%
Tierra del Fuego	264	1,0%	229	1,5%	5	0,3%	30	0,3%	152.317	0,4%
TOTAL	25.367	100,0%	14.796	100,0%	1.530	100,0%	9.041	100,0%	43.131.966	100,0%

Fuente: Elaboración propia sobre la base del SISA, Ministerio de Salud e INDEC.

Las estadísticas de **camas por habitante** en Argentina registran niveles muy superiores al promedio mundial, e incluso a los registros de Reino Unido y Estados Unidos, anotando un promedio similar a los países europeos (gráfico 5).

Gráfico 5: Camas hospitalarias cada 10.000 habitantes en países y regiones seleccionados, 2006-2012



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, OMS.

Por su parte, según los últimos datos disponibles para 2004 Argentina presenta, en promedio, un médico cada 356 habitantes, lo que indica un nivel elevado de **recursos humanos** en el sector, tomando como referencia los estándares internacionales. Sin duda, como se ha comentado, ello también refleja la ausencia de patrones claros en la política de recursos humanos del sector. Los datos disponibles⁷ permiten afirmar que existe un número creciente de habitantes por médico a medida que nos trasladamos hacia provincias de menor desarrollo relativo, a excepción del grupo de provincias patagónicas debido a las características propias de esa región (escasa densidad poblacional). Lo mismo se observa al poner la atención sobre la cantidad de médicos por cama, que desciende a medida que pasamos a provincias de menor desarrollo relativo (Cetrángolo et al., 2011). En efecto la Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Mendoza son las únicas provincias con un ratio médicos/camas por encima de 1, mientras que en Formosa, Jujuy, Santiago del Estero, Chubut y Entre Ríos apenas asciende a 0,4.

Esta situación da cuenta de las diferencias en el acceso a servicios según el lugar de residencia de la población y la fuerte dispersión de recursos a lo largo del territorio, lo que se ve agravado debido a que el número de habitantes/médicos no explica, suficientemente, el grado de acceso a los diversos servicios asistenciales (Cetrángolo y Goldschmit, 2012).

⁷ Indicadores Básicos OPS, Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro 4: Recursos físicos y humanos por provincia

Provincia	Población 2015	%	Médicos	%	Hab / Med	Camas	Hab / camas	médicos / cama
CABA	3.054.267	7,1	30.696	25,4	100	21.944	139	1,4
Buenos Aires	16.659.931	38,6	36.931	30,5	451	51.517	323	0,7
Catamarca	396895	0,9	669	0,6	593	1.470	270	0,5
Córdoba	3.567.654	8,3	13.532	11,2	264	17.718	201	0,8
Corrientes	1.070.283	2,5	2.215	1,8	483	3.525	304	0,6
Chaco	1.143.201	2,7	1.732	1,4	660	3.537	323	0,5
Chubut	566922	1,3	959	0,8	591	2.148	264	0,4
Entre Ríos	1.321.415	3,1	2.383	2,0	555	6.751	196	0,4
Formosa	579250	1,3	719	0,6	806	1.680	345	0,4
Jujuy	727.780	1,7	1.145	0,9	636	2.823	258	0,4
La Pampa	343056	0,8	695	0,6	494	1.179	291	0,6
La Rioja	367728	0,9	775	0,6	474	1.260	292	0,6
Mendoza	1.885.551	4,4	4.478	3,7	421	4.142	455	1,1
Misiones	1.189.446	2,8	1.446	1,2	823	3.125	381	0,5
Neuquén	619.745	1,4	1.308	1,1	474	1.660	373	0,8
Río Negro	698.874	1,6	1.432	1,2	488	1.930	362	0,7
Salta	1.333.365	3,1	2.159	1,8	618	3.805	350	0,6
San Juan	738.959	1,7	1.551	1,3	476	1.742	424	0,9
San Luis	476351	1,1	929	0,8	513	1.218	391	0,8
Santa Cruz	320469	0,7	493	0,4	650	1.041	308	0,5
Santa Fe	3.397.532	7,9	9.469	7,8	359	11.011	309	0,9
Stgo. del Estero	928.097	2,2	1.267	1,0	733	3.033	306	0,4
T. del Fuego	152317	0,4	336	0,3	453	286	533	1,2
Tucumán	1.592.878	3,7	3.757	3,1	424	4.520	352	0,8
Total	43.131.966	100,0	121.076	100,0	356	153.065	282	0,8

Fuente: Médicos: Abramzon (2005), Camas: 2015 SISA-MSAL, Población: INDEC- Proyecciones poblacionales.

Como se desprende de lo anterior, la heterogeneidad en la distribución de los recursos físicos y humanos en las provincias es un rasgo distintivo de la organización del sistema de salud argentino y, si bien no existe un relación directa sí se encuentra vinculado a la estructura de cobertura de seguros de salud que existe en las distintas provincias (cuadro 5).

Cuadro 5: Cobertura de seguros de salud por provincia, 2010.

En orden decreciente según total población sin cobertura

	Seguros de Salud	Planes Estatales	Total población cubierta	Total Población sin cobertura
Chaco	39,70%	2,30%	42,10%	57,90%
Formosa	39,70%	3,40%	43,10%	56,90%

Stgo. del Estero	41,60%	2,50%	44,10%	55,90%
Corrientes	47,90%	3,70%	51,60%	48,40%
Salta	49,80%	2,60%	52,40%	47,60%
Jujuy	52,00%	2,80%	54,80%	45,20%
San Juan	53,60%	2,40%	56,00%	44,00%
Misiones	51,70%	4,60%	56,40%	43,60%
San Luis	58,10%	2,30%	60,40%	39,60%
Catamarca	59,00%	1,80%	60,90%	39,10%
La Rioja	59,90%	2,00%	61,90%	38,10%
Mendoza	61,70%	1,30%	63,00%	37,00%
Tucumán	60,90%	2,60%	63,50%	36,50%
Entre Ríos	62,80%	1,50%	64,30%	35,70%
Buenos Aires	63,40%	1,30%	64,60%	35,40%
Neuquén	63,50%	1,80%	65,30%	34,70%
Río Negro	64,00%	1,60%	65,60%	34,40%
Córdoba	65,40%	1,70%	67,10%	32,90%
La Pampa	63,80%	3,90%	67,70%	32,30%
Santa Fe	66,70%	1,60%	68,30%	31,70%
Chubut	70,90%	1,80%	72,70%	27,30%
T. del Fuego	73,10%	5,50%	78,50%	21,50%
CABA	80,90%	1,40%	82,30%	17,70%
Santa Cruz	78,40%	4,70%	83,10%	16,90%
Total	61,40%	1,80%	63,20%	35,7%

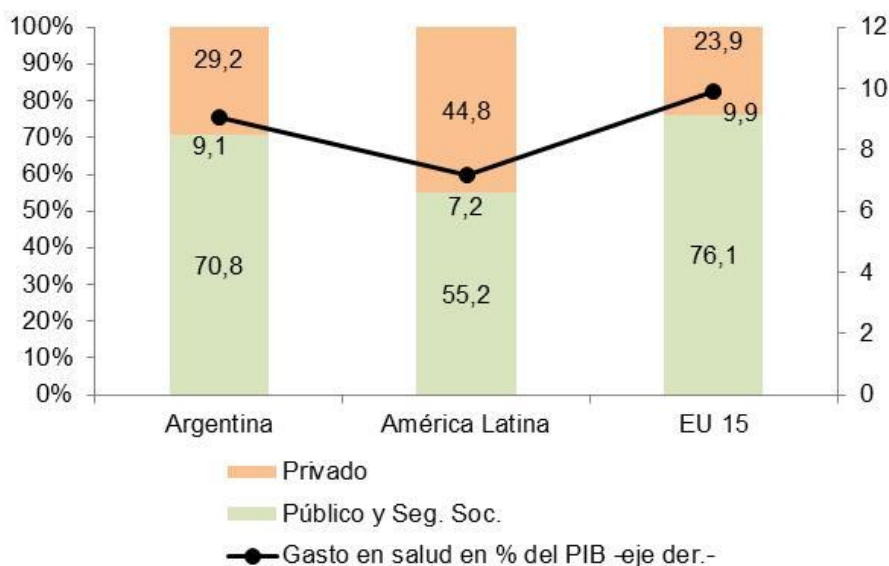
Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo 2010-INDEC

4. Gasto público en salud en Argentina

4.1. Los datos agregados

Los recursos destinados al financiamiento de la salud en Argentina son considerables, según las últimas estimaciones (para el año 2013). Medidos como porcentaje del PIB, ascenderían a cerca de un 9%, considerablemente por encima del promedio de América Latina, y acercándose a los valores de países europeos. No obstante, la composición del gasto difiere mucho de la de estos últimos, teniendo en cuenta el peso que detenta el gasto realizado por las propias familias a través del gasto de bolsillo directo o pagos de seguros privados. De manera adicional, valuado en dólares PPP se observa que el poder de compra real, de los recursos destinados a la salud en la Argentina, representan una tercera parte de los volcados al sector en los países europeos.⁸

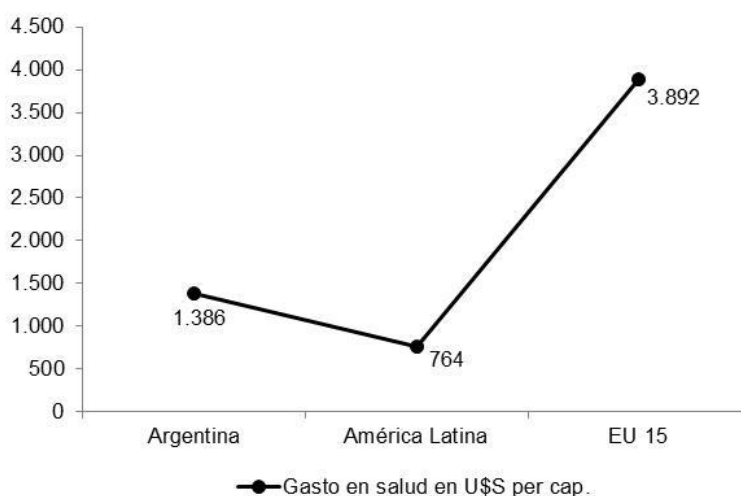
Gráfico 6: Nivel y estructura del gasto en salud en Argentina, América Latina y Europa



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, OMS.

⁸ Conviene resaltar que la medición en PPP se refiere al promedio de una canasta de bienes y servicios. La evolución de los precios de este sector pueden diferir.

Gráfico 7: Gasto en salud en Argentina, América Latina y Europa en U\$S PPP per cápita



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, OMS.

De todos modos, puede decirse que la elevada magnitud de los recursos volcados al sector de la salud, en el país, da cuenta de la universalidad de la cobertura y también de la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población, e incluso de la creciente intermediación que existe en el sector, que no hace más que incrementar el gasto sin un reflejo como contrapartida de mayores o mejores servicios de atención de la salud.

Cuadro 6: Indicadores de gasto y resultados en salud en los países seleccionados

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Perú	Uruguay
Gasto total en salud (% PIB)	9,1	8,9	7,1	8,9	4,7	8,6
Gasto total en salud per cápita (PPP)	1393	1035	1478	550	483	1294
Gasto Públ y seg social en salud (% PIB)	6,4	4,1	3,4	3,4	2,7	6
Gasto privado en salud (% PIB)	2,7	4,8	3,7	5,5	2	2,6
Esperanza de vida al nacer	76	74	80	75	77	77
Tasa de mortalidad infantil	13	13	8	19	14	6
Tasa de mortalidad materna	69	69	22	110	89	14

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, OMS.

El cuadro 6, muestra el gasto y algunos indicadores de resultados en Argentina y otros países de la región. Como se ha visto, Argentina se ubica en una situación favorable en términos de los recursos asignados al sector, aunque los indicadores de resultados presentados (Tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad materna) muestran un peor comportamiento en la comparación con Uruguay o Chile que destinan menores o igual volumen de recursos a la salud en relación al producto.

Con relación al financiamiento, el subsistema público se financia con recursos presupuestarios, provenientes tanto de rentas generales como de financiamiento externo (organismos internacionales). Cada jurisdicción (nación, provincias y municipios) establece en forma anual los recursos que destinará al financiamiento de la salud. Debe notarse aquí que el reparto de recursos que surge de la coparticipación federal de impuestos no incorpora ningún componente relacionado con la situación de la salud en las distintas provincias y /o municipios. Tampoco existe ninguna norma legal que establezca metas de porcentaje de gasto en salud en relación al producto a nivel nacional o provincial (como es el caso de la Educación) de modo que las erogaciones del sector se encuentran sujetas a las prioridades políticas que establece cada gobierno. Esta situación, como veremos más adelante, se traduce en fuertes diferencias en la proporción de recursos asignados al sector de la salud en las distintas provincias del país, lo que da lugar a grandes disparidades en los servicios brindados a la población. Como se describe en el Recuadro 1, el único caso de coparticipación de recursos atada a indicadores sanitarios se verifica en la provincia de Buenos Aires y esta coparticipación no ha estado exenta de críticas, y problemas de equidad y eficiencia en su distribución.

Durante 2013, los recursos destinados a financiar la **provisión pública** en salud ascendieron al equivalente a 2,5% del PIB (28% del total). Aquí resulta conveniente aclarar que, de acuerdo con la particular organización federal existente en Argentina, la Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales. De este modo, al no ser especificado de otra manera, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo. Esto motiva a que la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios se encuentre a cargo de los gobiernos provinciales. En efecto, 1,7% del PIB (19% del gasto total en salud) corresponde al gasto público que se encuentra en manos de los gobiernos provinciales (Cuadro 7). A su vez, como se ha comentado, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino.

La **seguridad social**, por su parte, está compuesta por las Obras Sociales Nacionales (OSN), reguladas por las leyes N°23.660 y N°23.661 de 1989, otros regímenes especiales como las obras sociales del personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI. Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas⁹) y pasivos, y sus grupos familiares, lo que abarca aproximadamente 26 millones de afiliados, que representan el 60% de la población total del país. En términos de recursos, este subsector involucra el 3,9% del PIB (43% del total), con una mayor contribución proveniente de las Obras Sociales Nacionales con el 2% del PIB.

⁹ Se trata de un régimen tributario simplificado para pequeños contribuyentes, que, en el caso argentino, incluye una cuota para acceder a la cobertura de obras sociales. Para más detalle, véase Cetrángolo, Goldschmit, Gómez Sabaini y Moran, 2013).

Por último, debe mencionarse que el **sector privado** brinda cobertura de seguros a los sectores de altos ingresos que tienen acceso a la cobertura privada en función de sus propias capacidades de pago; así como a otros sectores sociales que no se hallan satisfechos con la cobertura pública y de la seguridad social. Los seguros privados se encuentran regulados por la Ley N°26.682 de 2011, que obliga a las empresas de medicina prepaga a garantizar una cobertura mínima equivalente a la vigente para las Obras Sociales Nacionales (PMO). La cobertura privada de afiliación voluntaria abarca a 2 millones de afiliados, que representan el 5% de la población total, y absorbe 1% del PIB. A lo que se añade el gasto de bolsillo que representa aproximadamente 1,6% del PIB, de modo que el gasto privado en salud (seguros voluntarios más gasto de bolsillo asciende a 2,65% del PIB, 29% del total).

Recuadro 1: Las transferencias en salud en la Provincia de Buenos Aires¹⁰

Dentro de la complejidad que caracteriza al sistema de salud argentino, la Provincia de Buenos Aires se destaca debido a una singularidad adicional; el elevado peso relativo en el financiamiento por parte del sector público municipal. Según los datos disponibles, para el año 2013, el 42% del gasto público en salud corresponde al nivel local, el 44% a la provincia y el 16% restante a la nación.

Ello aparece como resultado de un proceso de transferencia de efectores de salud a los municipios, como correlato del proceso de descentralización de nación a las provincias. Así, el primer nivel de atención está compuesto por 1.676 centros de salud, de los cuales casi la totalidad (1.654) son municipales, al tiempo que el segundo nivel de atención dispone de 335 establecimientos hospitalarios que dependen de diferentes jurisdicciones, ya que la descentralización a municipios no fue igual en todos los casos.

Para compensar estas nuevas responsabilidades se ideó un mecanismo de transferencias, que luego de algunas modificaciones, quedó establecido por la Ley N°10.820/89, y se trata del único sistema en el país que tiene un distribuidor asociado a salud.

¿Qué establece la Ley de coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires?

La Ley N°10.820/89 establece el régimen de coparticipación municipal donde el (37%) de los recursos transferidos a los municipios utiliza como criterio de reparto cinco indicadores de salud conforme la siguiente estructura:

- ✓ 10% Egresos. Se distribuye en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido.

¹⁰ Este recuadro toma como referencia San Martín (2016).

- ✓ 20% Pacientes Día. Reparto en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- ✓ 35% Producto Resultante. Se distribuye en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- ✓ 10% Establecimientos sin internación. Se asigna en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido.
- ✓ 25% Consultas. Se reparte en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido.

Esta distribución presenta diversos problemas que han sido analizados por diferentes autores. Entre ellos se destacan (Chiara et al., 2010):

- La existencia de problemas en el financiamiento por insuficiencia de la masa coparticipable.
- Se introducen diferencias en el financiamiento entre municipios y distorsiones en la forma en la cual los municipios asignan los recursos para salud.
- La asignación de porcentajes fijos implica que el pago unitario por variable será menor toda vez que la producción crezca a mayor tasa que la masa coparticipable.
- Sobrefinanciamientos y subfinanciamientos en los distintos componentes, resultantes de la rigidez de la fórmula.
- La existencia de problemas de sobredeclaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobreequipamiento y estrategias de elevación de la complejidad.

El esquema ha brindado incentivos hacia la hospitalización, dejando de lado la promoción y prevención de la salud; y sin contemplar necesidades locales, como la cantidad de habitantes sin cobertura de salud.

Por otra parte, este esquema no contribuye con una política sanitaria coordinada en términos de redes de atención, dado que la decisión de gasto corresponde en casos al nivel municipal con prácticamente nula incidencia de los niveles jurisdiccionales superiores. Las estrategias de financiamiento individuales obstaculizan la planificación en términos de redes integradas de salud.

Adicionalmente, como señala el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2015) las transferencias en base a la coparticipación en salud (CSM) no son condicionadas en cuanto a su uso, pudiendo observarse distintos grados de cobertura de la coparticipación sobre el gasto finalidad salud municipal (GFSM).

A diferencia de la información sobre gasto público y de seguridad social (proveniente de registros administrativos) no existen estimaciones oficiales y consistentes con las cuentas nacionales de gasto privado en salud desde el año 2000. Es así que el dato

aquí consignado, proveniente de las estimaciones que realiza periódicamente la OMS, debe ser tomado como indicativo.

Cuadro 7: Estimación del gasto en salud. Año 2013 (% del PIB)

GASTO PÚBLICO		2.51
Nación	0.45	
Provincias	1.7	
Municipios	0.36	
SEGURIDAD SOCIAL		3.92
Obras sociales Nacionales	2.04	
INSSJyP	1.03	
Institutos Provinciales	0.85	
SUBTOTAL PÚBLICO Y SEGURIDAD SOCIAL		6.43
GASTO PRIVADO		2.65
Planes medicina prepaga	0.99	
Gasto de bolsillo	1.66	
TOTAL		9.08

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y OMS

4.2. El gasto de las provincias

Debe destacarse que los niveles de gasto público nacional en salud son escasos e insuficientes para compensar las diferencias de capacidades entre las regiones del país, como muestran los niveles de gasto detallados en el Cuadro 7 (0,45% del PIB) y la poca participación de las transferencias nacionales a los gobiernos provinciales para esta finalidad, detalladas en el cuadro 8. Algunos programas nacionales desarrollados luego de la crisis del 2001 intentaron revertir esa situación, aunque sin disponer de una gran masa de recursos, como se verá más adelante.

Así, el subsistema público aporta al sistema su fragmentación territorial y según jurisdicciones -nacional, provincial y municipal- niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación.

Esta diversidad deriva en la inexistencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes. Además, la localización de cada individuo, dentro de cada jurisdicción, lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud.

Pese a que la provisión de servicios de salud está mayormente en manos de los gobiernos provinciales, no parece tener una elevada prioridad en los presupuestos de las distintas provincias. Salvo la Ciudad de Buenos Aires, por razones específicas vinculadas con su papel de ciudad capital de la Nación; y Tucumán, en ninguna de las

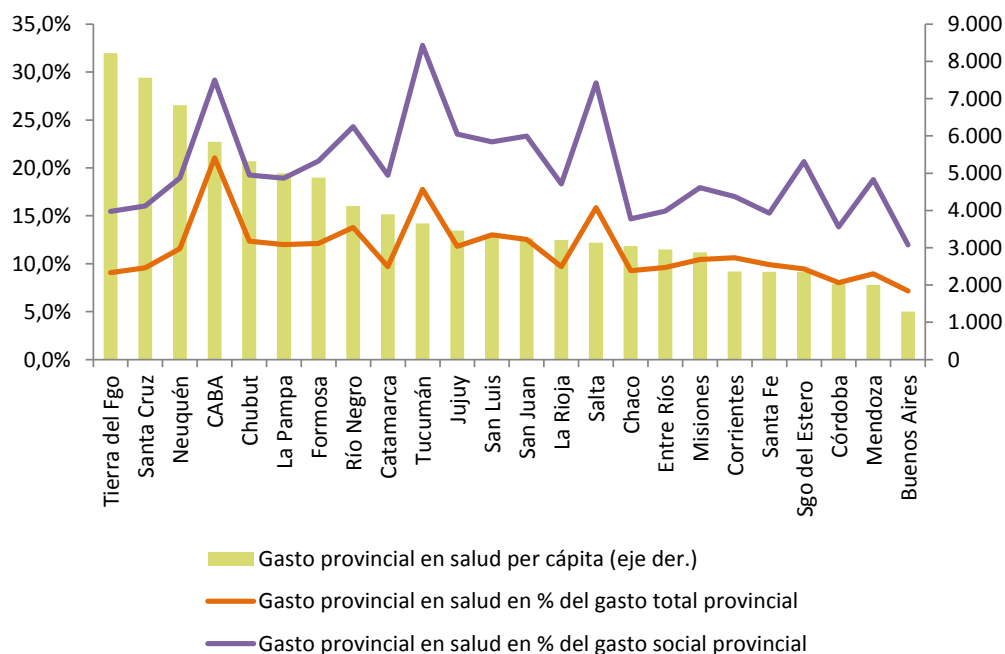
provincias el gasto en salud representa más del 16% del gasto público total (cuadro 8 y gráfico 8).

Cuadro 8: Gasto provincial en salud y transferencias nacionales en salud, 2015.

Provincia	Gasto provincial en salud	Gasto Total Provincial	Gasto provincial en salud en % del gasto total provincial	Transferencias Nacionales en salud	Transferencias nacionales en % del gasto provincial en salud
	En millones de \$			En millones de \$	
Ciudad de Buenos Aires	17.844	84.840	21,0%	2.233	12,5%
Buenos Aires	21.397	299.004	7,2%	1.530	7,1%
Catamarca	1.547	15.975	9,7%	20	1,3%
Córdoba	7.214	90.019	8,0%	121	1,7%
Corrientes	2.529	23.792	10,6%	46	1,8%
Chaco	3.486	37.571	9,3%	86	2,5%
Chubut	3.014	24.418	12,3%	14	0,4%
Entre Ríos	3.903	40.686	9,6%	155	4,0%
Formosa	2.829	23.336	12,1%	77	2,7%
Jujuy	2.521	21.316	11,8%	51	2,0%
La Pampa	1.715	14.306	12,0%	15	0,9%
La Rioja	1.179	12.160	9,7%	87	7,4%
Mendoza	3.772	42.186	8,9%	69	1,8%
Misiones	3.424	32.804	10,4%	210	6,1%
Neuquén	4.228	36.547	11,6%	20	0,5%
Río Negro	2.880	20.889	13,8%	24	0,8%
Salta	4.180	26.373	15,9%	90	2,1%
San Juan	2.405	19.200	12,5%	48	2,0%
San Luis	1.610	12.378	13,0%	28	1,7%
Santa Cruz	2.425	25.336	9,6%	190	7,9%
Santa Fe	8.003	80.806	9,9%	102	1,3%
Santiago del Estero	2.177	23.026	9,5%	150	6,9%
Tierra del Fuego	1.253	13.837	9,1%	7	0,5%
Tucumán	5.821	32.749	17,8%	206	3,5%

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Economía.

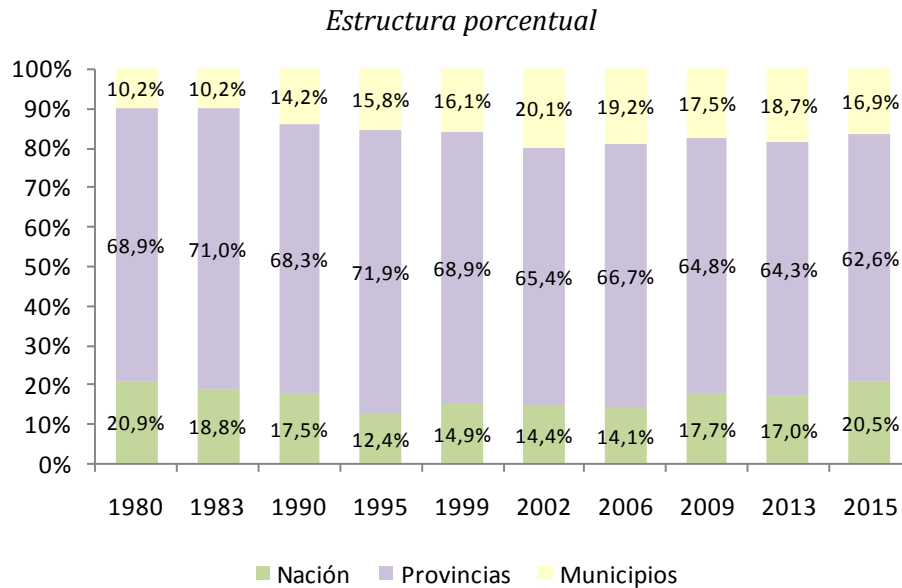
Gráfico 8: Indicadores de gasto en salud a nivel provincial, 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Secretaría de Hacienda, Ministerio de Economía.

Como se observa en el gráfico 9 el gasto en atención pública de la salud, se concentra en las provincias, absorbiendo en promedio alrededor del 67% del gasto público del sector. Contrariamente, sobresale la escasa participación que detenta el nivel nacional de gobierno (16,8%), que se ubica apenas por encima de la proporción del gasto público en salud registrada en promedio por los gobiernos municipales en el mismo período (15,9%), si bien la participación del gasto nacional creció a partir del 2006 en detrimento del gasto provincial, retomando el gasto en 2015 una estructura porcentual análoga a la existente previo a la descentralización de los noventa. La introducción de nuevos programas nacionales, destinados a fortalecer la provisión de salud a los sectores más necesitados de cada territorio (en especial los Programas Nacer y Remediar), explican una buena parte de estos cambios.

Gráfico 9: Evolución del gasto en atención pública de la salud en Argentina según nivel de gobierno, 1980-2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Economía.

La descentralización del gasto en salud en Argentina durante la segunda mitad del siglo pasado ha contribuido a una mayor fragmentación del sistema de salud. La cual ha multiplicado al menos por 24 la cantidad de sistemas de salud, con significativas diferencias entre los mismos y donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria y niveles de integración de las redes de atención. Teniendo en consideración que estos procesos han ocurrido sobre territorios con marcadas disparidades.

4.3. Descentralización y tipología de casos provinciales en Argentina

Como se ha visto, si bien la autonomía de las provincias en materia de provisión de servicios de salud tiene raíces en la norma constitucional de Argentina, la posterior descentralización de los servicios en manos del gobierno central durante la segunda mitad del siglo pasado ha significado una mayor fragmentación del sistema de salud. Ello es consecuencia, además, de los diferentes grados de autonomía hospitalaria y niveles de integración de las redes de atención, que acompañaron los procesos de descentralización desarrollados en territorios con marcadas disparidades preexistentes.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que en algunas provincias la descentralización se dio también a nivel municipal, exacerbando la complejidad del análisis. Como contracara de los procesos de descentralización instrumentados, cada provincia opera con sus propias particularidades, constituyendo un espacio de recepción diferente con sus propias restricciones presupuestarias; políticas sanitarias

locales y regionales; perfiles diferenciados de demandas; y marcos regulatorios específicos (por lo general cuentan con regulaciones sanitarias propias, legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública, etc.) (Cetrángolo et al., 2011). Adicionalmente, los gobiernos provinciales han implementado diferentes mecanismos de financiación destinados a garantizar las prestaciones del sector.

Así, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción provincial lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud (Cetrángolo et al., 2011). Por otra parte, la estructura del empleo y los ingresos de los hogares en cada jurisdicción definen un porcentaje diferente, de población, con seguros de salud (sociales o privados).

El cuadro 9 refleja esta heterogeneidad de situaciones. Allí se presentan cuatro indicadores relevantes de la situación sanitaria en cada jurisdicción: i) el gasto público provincial en salud per cápita 2015¹¹, ii) el porcentaje de población sin cobertura de seguros de salud (según datos del Censo 2010), iii) las tasas de mortalidad infantil (2014) y iv) el cociente habitantes/camas (2016).

¹¹ Un mejor indicador de la disponibilidad de recursos en cada lugar sería la suma del Gasto Público Provincial y Municipal en Salud, no obstante no se dispone de información actualizada respecto de las erogaciones a nivel municipal.

Cuadro 9: Indicadores de situación de salud por provincias

	Gasto Público Provincial en salud p/c (2015)	Población sin cobertura de seguros (2010)	TMI cada 1.000 nacidos vivos (2014)	Hab/Camas (2016)
Buenos Aires	1.284,34	35,4%	10,5	282
CABA	5.842,30	18,0%	8,1	140
Catamarca	3.899,01	39,2%	9,2	206
Chaco	3.049,54	58,0%	12,8	304
Chubut	5.316,15	27,3%	8,1	282
Córdoba	2.022,01	33,0%	8,9	261
Corrientes	2.362,73	48,4%	15,9	300
Entre Ríos	2.953,80	35,7%	9,9	260
Formosa	4.884,44	56,9%	14,2	264
Jujuy	3.463,79	45,2%	10,3	287
La Pampa	5.000,24	32,3%	6,8	288
La Rioja	3.206,00	38,1%	13,4	196
Mendoza	2.000,21	37,0%	9,8	358
Misiones	2.878,49	43,7%	9,7	357
Neuquén	6.821,93	34,8%	9,2	324
Río Negro	4.120,34	34,5%	8,7	324
Salta	3.135,27	47,6%	12,8	282
San Juan	3.254,77	44,0%	11,1	336
San Luis	3.379,15	39,7%	11,0	385
Santa Cruz	7.566,55	17,0%	9,9	274
Santa Fe	2.355,62	31,7%	10,4	300
Santiago del Estero	2.345,18	56,0%	10,9	233
Tierra del Fuego	8.224,75	21,6%	8,2	423
Tucumán	3.654,25	36,5%	13,3	304
Total	2.581,73	36,1%	10,6	267

Fuente: Elaboración propia sobre la base Ministerio de Economía, Censo 2010-INDEC, DEIS-Ministerio de Salud 2016.

Los datos presentados permiten, por un lado, apreciar las diferencias estructurales entre jurisdicciones y, por el otro, identificar grupos de provincias con rasgos relativamente similares. De este modo, es sencillo comprobar, la asociación fuertemente positiva que existe entre el mayor gasto en salud per cápita y las bajas tasas de mortalidad infantil, la mayor cobertura de salud y la menor cantidad de habitantes/camas. Así, es posible identificar los siguientes tres grupos de jurisdicciones, en línea con el agrupamiento de provincias que presenta Cetrángolo et al. (2011), y tomando como referencia el Índice de Desarrollo Humano de las jurisdicciones que elabora el PNUD y la posición de cada una de ellas en el ranking nacional:

I- De elevado IDH, producto por habitante, reducida proporción de población sin cobertura de salud, bajas tasas de mortalidad infantil, reducido ratio de habitantes/camas y elevado gasto público en salud per cápita. Aquí se encuentran, la

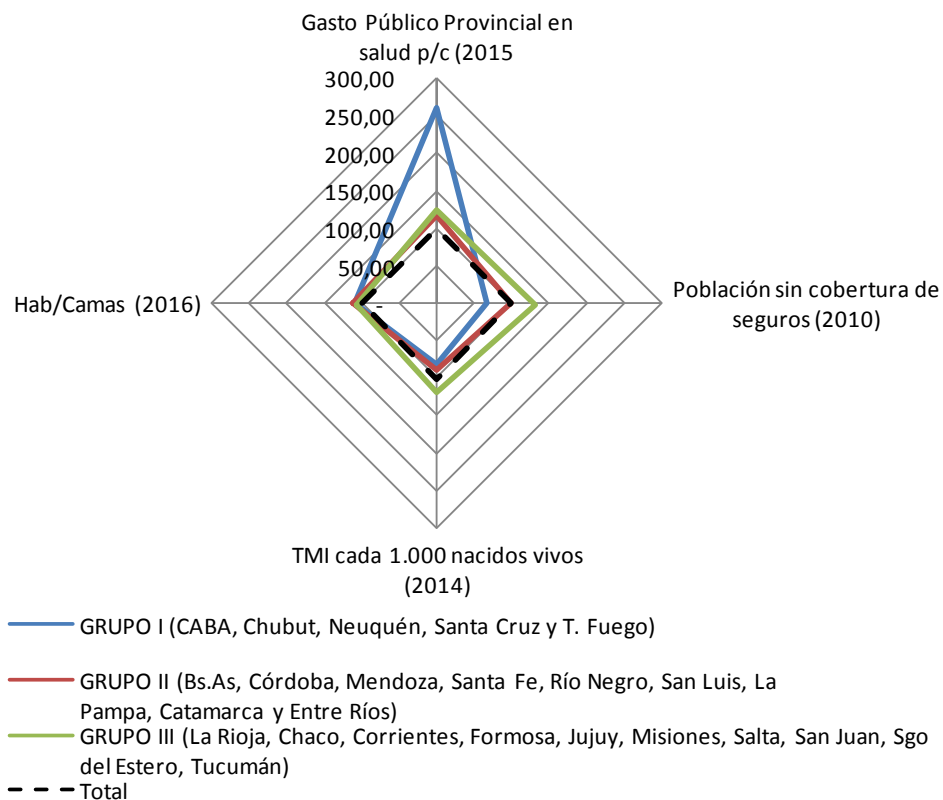
Ciudad de Buenos Aires y las provincias patagónicas de Chubut, Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén con muy baja densidad poblacional.

II- De niveles medios de IDH y valores promedio para los indicadores presentados. En este grupo se reúnen cuatro provincias que explican la mitad de la generación del producto y cerca del 60% de la población del país (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza) junto con las provincias de San Luis, Río Negro, La Pampa, Entre Ríos y Catamarca).

III- De reducido IDH, menor desarrollo relativo, elevada proporción de población sin cobertura de salud, altas tasas de mortalidad infantil y mayores cocientes de habitantes/camas junto a un reducido nivel de gasto en salud per cápita. Integran este grupo de mayores problemas las provincias de La Rioja, Jujuy, San Juan, Tucumán, Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Salta.

Debe señalarse que el grupo I incorpora una jurisdicción de características especiales y únicas: la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de una economía urbana que, por ser la ciudad capital de la Nación, presenta una fuerte concentración de población y de la oferta de servicios de salud, una estructura etárea diferente y mejores condiciones socioeconómicas que el resto. Por tal motivo, muchos de los indicadores presentados en relación a la población resultan más bajos en este distrito que en otras provincias de similar IDH pero sustantivamente menor población. En el grupo II, por su parte, se encuentra la Provincia de Buenos Aires, cuyos municipios del denominado conurbano bonaerense tienen un acceso preferencial a los servicios asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires debido a su cercanía geográfica y donde el papel que desempeñan los municipios en materia de salud es muy diferente a lo que ocurre en otros distritos. Muchos poseen efectores propios y se encuentran a cargo de la provisión del servicio de salud pública.

Gráfico 10: Agrupamiento de provincias



Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Economía, Censo 2010-INDEC, DEIS-Ministerio de Salud 2016.

Como toda clasificación, ésta contiene simplificaciones que pueden no reflejar situaciones particulares específicas pero, de todos modos, tiene el valor de presentar cierto ordenamiento e ilustrar, sin lugar a dudas, sobre la diversidad de situaciones hacia el interior del territorio del país y la necesidad de aplicar diferentes acciones para resolver los problemas sanitarios (Cetrángolo et al., 2011).

Como se señala en Cetrángolo y Goldschmit (2010), lamentablemente, no existen estudios que permitan evaluar el impacto sobre la equidad que han tenido los procesos de descentralización en la región (y en la Argentina en particular) y, asimismo, si han generado mejoras efectivas en la provisión de los servicios de salud a nivel local. No obstante, se puede especular que muchas de las mejoras que esperaban lograrse, al acercar la provisión de los servicios sociales básicos a la población beneficiaria, no han podido lograrse. En algunos casos, incluso, las brechas territoriales pudieron ampliarse como producto de la descentralización y la ausencia de capacidades financieras y de gestión a nivel local.

Las fuertes brechas de desarrollo hacia el interior del país han derivado, en muchos casos, en un agravamiento de las diferencias internas al ser muy diferentes las

posibilidades financieras de cada región. Por tal motivo, el sistema de transferencias financieras entre niveles de gobierno, así como el rol compensador del gobierno nacional, desempeñan un papel fundamental en la tarea de avanzar en políticas de cobertura universal e igualitaria entre regiones.

5. Reformas posteriores a la crisis del 2001

Durante los años recientes, posteriores a la crisis, se han desarrollado importantes reformas en las políticas públicas con efectos significativos sobre la provisión de servicios descentralizados y el financiamiento de los diferentes niveles de gobierno.

En materia de salud, a los fines de mitigar los efectos de la crisis se desarrollaron una serie de iniciativas que han tenido como prioridad garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos y, en consecuencia, han actuado modificando la presencia del gasto nacional en funciones descentralizadas con mayor impacto en la compensación de diferencias entre sectores sociales y territorios. El último año se ha buscado otorgar mayor financiamiento al sector con recursos provenientes de la seguridad social, a los fines de avanzar hacia la cobertura universal de toda la población, no obstante, la transitoriedad y la escasa magnitud de los fondos involucrados brindan incertidumbre respecto de la continuidad y/o sustentabilidad de la medida.

La política nacional de medicamentos, que incluye la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el programa Remediar, fueron acciones que dieron cumplimiento a los objetivos planteados y, en especial el último, logró mejorar la oferta de medicamentos en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) de todo el territorio de la Nación. El Remediar consistía (según OMS) en el mayor programa del mundo de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios. Fue formulado como estrategia central del Ministerio de Salud de la Nación Argentina para enfrentar la emergencia social y sanitaria en 2002, garantizando el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales. Contemplaba la adquisición centralizada de medicamentos básicos (incluidos en un vademécum) y su posterior distribución a los CAPS.

Llegar de manera directa a más de 6.900 centros de atención primaria de la salud (CAPS), implicó un complejo proceso de centralización de compras, de identificación del perfil de los motivos de consultas que atiende el primer nivel de atención, de desarrollo de actividades de almacenamiento y distribución, y de construcción de un sistema de información.

El Remediar estaba destinado a aquellos ciudadanos que se encontraban bajo la línea de pobreza o que carecían de cobertura de obra social, de modo que la población objetivo del programa alcanzaba a alrededor de 17 millones de personas.

Desde esta perspectiva, el programa se orientaba a fortalecer la capacidad de respuesta a nivel sanitario de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel, como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud.

Por su parte, el Programa Sumar (ex Plan Nacer), constituye una innovadora iniciativa en la política de salud, ya que combina elementos de política compensatoria, expansión de cobertura e incentivos por resultados en un sistema altamente

descentralizado. Se trata de un esquema de transferencias condicionadas con contraparte (“matching grant”) donde las provincias reciben una transferencia financiera por cada integrante de la población objetivo del plan que se incorpore al programa y realice los controles y prestaciones establecidas (que inicialmente fue la población materno infantil sin seguro de salud y luego se fue ampliando a diferentes grupos poblacionales).

El Plan Nacer/Programa SUMAR tiene como objetivos: mejorar y explicitar la cobertura de salud y la calidad de la atención brindada a la población materno infantil sin obra social (“cobertura efectiva de salud”), fortaleciendo la red pública de atención; incentivar el cambio cultural en la visión y gestión de la salud, que priorice la estrategia de APS y un desempeño eficaz del sistema y contribuir a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materno infantil, en consonancia con las Metas Globales de Desarrollo del Milenio.

El Plan Nacer se organizó inicialmente como un Seguro Materno Infantil con incentivos financieros según resultados. Los recursos se transfieren a las provincias por medio de cápitas relacionadas con los padrones de beneficiarios (60%) y con los objetivos sanitarios alcanzados (40%). Las provincias, a su vez, pagan a los prestadores según los servicios brindados, que apuntan prioritariamente a aspectos de promoción y prevención de la salud, listados en el nomenclador del plan. Inicialmente, el 100% del financiamiento de la cápita estuvo a cargo de la Nación, para luego pasar a ser cofinanciado bajo un sistema incremental y gradual por las provincias, manteniendo siempre una mayor participación en el cofinanciamiento por parte de la Nación, permitiéndole conservar su rol de rectoría en la estrategia iniciada por el Plan.

Desde el año 2013, se incorporó la categoría de beneficiario con Cobertura Efectiva Básica (CEB), en base a la realización de al menos una prestación de salud facturada en un centro de salud, en el lapso de los últimos 12 meses, para permanecer como beneficiario del programa y percibir el pago de la cápita correspondiente.

Las provincias, que tienen a su cargo la implementación del Plan Nacer/Programa SUMAR en sus territorios, transfieren fondos a los efectores encargados de realizar las prestaciones a la población beneficiaria, los cuales les permiten mejorar la calidad de los servicios que brindan a los destinatarios. A su vez las provincias optan en el marco del proyecto por distintas modalidades de pago las cuales son una herramienta estratégica con la que cuentan los Seguros Provinciales para el logro de los resultados sanitarios esperados. El mencionado mecanismo de pago, puede visualizarse en el esquema 2.

Adicionalmente, las provincias firman un convenio con el gobierno nacional en el cuál se comprometen a que los fondos del Plan Nacer/Programa SUMAR no reemplacen los recursos públicos provinciales invertidos previamente en salud, como consecuencia de la incorporación de esta nueva fuente, sino que los complementen. De este modo, se avanza hacia un nuevo modelo de financiamiento compartido.

Mediante los mecanismos de incentivos mencionados se buscó modificar la conducta de los agentes, de una manera que no podría conseguirse con los medios de financiamiento tradicionales, como la financiación por partidas presupuestarias.

Esquema 2: Mecanismos de pago del Plan Nacer/Programa SUMAR



Fuente: Plan Nacer.

Como se ha mencionado, los Seguros Materno Infantil Provinciales, por su parte, transfieren recursos a los efectores para financiar la provisión de servicios de salud y los efectores pueden invertir esos fondos en rubros de gasto pre-acordados. De esta manera se respeta la autonomía de cada jurisdicción provincial, al mismo tiempo que se asegura que las instituciones prestadoras de servicios asignen los recursos en los rubros definidos por cada provincia, en el marco del ejercicio de esa autonomía.

El paquete de prestaciones priorizadas por el Plan Nacer se plasmó inicialmente en un listado explícito de prestaciones -Nomenclador Único del Plan Nacer- que contenía un paquete de prestaciones básicas de salud altamente costo-efectivas para la población materno-infantil objetivo. Las primeras prestaciones incorporadas, estaban dirigidas a alentar la atención primaria, prevención y promoción de la salud, siguiendo atributos de calidad y oportunidad descriptos en guías y protocolos del buen cuidado de la embarazada y el niño. Los aprendizajes generados por la implementación del paquete inicial permitieron posteriormente identificar una estrategia de incorporación de prestaciones asociadas al cuidado integral de las cardiopatías congénitas, ciertas prestaciones ambulatorias y de cuidado del embarazo del alto riesgo junto con servicios de neonatología de alta complejidad. Luego, habiendo avanzado en la incorporación de un paquete más integral del cuidado de la embarazada y del niño, se inició un proceso de priorización de prestaciones básicas para el cuidado de otros grupos de edad (Programa SUMAR). El Programa SUMAR, junto con la cobertura para

la población materno-infantil, incorpora a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

De manera adicional, entre las reformas recientes no puede dejar de mencionarse el lanzamiento a principios del 2016 del denominado Programa de Cobertura Universal en Salud mediante el Decreto N°908/2016. Si bien esta iniciativa se encuentra estrechamente relacionada con las negociaciones entre el gobierno nacional y las obras sociales por el pago de deudas originadas en la distribución del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) por parte de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Para comprender cabalmente el origen de este programa es importante entender que el origen de los recursos proviene del Fondo Solidario de Redistribución. Dicho fondo fue creado en 1980 (Ley N°22.269) con el objeto de cubrir las contingencias financieras y económicas de las obras sociales más deficitarias, financiar la creación de infraestructura y planes y programas de carácter social de estas entidades. Se financiaba con el 10% de los aportes y contribuciones destinado a las obras sociales (entidades de la seguridad social), el 60% de otros ingresos de las mismas y otros recursos de menor importancia.

El objeto central del fondo, era subsidiar a las Obras Sociales que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria entre las distintas obras sociales. En cuanto a los excedentes del FSR correspondiente a cada ejercicio se estableció que deberían distribuirse entre los agentes del seguro, en proporción a los montos con que hubieran contribuido. Con la desregulación y libre elección de obras sociales establecida en los años noventa el sistema perdió mucho de la fragmentada solidaridad preexistente y el FSR pasó a tener como principal destino el financiamiento de una prestación mínima para los trabajadores con bajos aportes por beneficiario.

En este marco, en 2006 mediante el Decreto N°1.901/06 se reglamentó la implementación del Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO) cuyo objetivo es cubrir a los afiliados cuyos aportes y contribuciones no alcanzan los valores de la cotización mínima mensual correspondiente (cuyo cálculo queda determinado a través de una matriz de riesgo, actualizada por los Decretos N°330/2010 y N°488/2011).

Los problemas crecientes de inflación en la última década, en conjunto con la forma en la que se desarrolló la negociación salarial durante el último quinquenio, llevaron a la acumulación de saldos sin distribuir en el FSR. Ello resultó del ocultamiento de la inflación que derivó en la ausencia de ajuste en los valores del citado SANO, quedando fijos en términos nominales los valores mínimos de aportes (e implícitamente los salarios) a partir de los cuales se distribuía ese subsidio así como la valorización de la matriz de ajuste por riesgo. Como la negociación salarial, en cambio, tomaba en cuenta la inflación real (considerada a partir de índices alternativos de inflación) los aportes y contribuciones por trabajador fueron ascendiendo paulatinamente, disminuyendo la cantidad de eventuales beneficiarios del SANO, que tendía a desaparecer.

En este marco, y ante el reclamo de los sindicatos por la devolución de los fondos acumulados en la cuenta del FSR, el Gobierno anunció la devolución parcial de los mismos, y la asignación en forma excepcional de \$8.000 millones destinados a apoyar la implementación de la estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS) del sistema público. El Decreto N°908/16 define un listado de finalidades que integran la estrategia de CUS en el Anexo 1. Se trata de un listado sumamente amplio de finalidades que, si bien son extremadamente loables, se superponen y no logran orientar sobre las prioridades y definir una estrategia. Mucho menos si se tiene en cuenta que el monto asignado es de apenas el 0,12% del PIB y por única vez, en un país donde el total de recursos destinados al financiamiento de la salud ronda el 9% del PIB, y los subsectores público y seguridad social representan alrededor del 6% del PIB.

El Decreto N°980/2016 dispone también que los recursos destinados a la CUS sean administrados por un fideicomiso, cuyo fiduciario será el Banco de la Nación Argentina y una unidad ejecutora (que aún no se ha implementado) tendrá a su cargo la definición de los proyectos a ser financiados.

En los hechos, ¿qué fue lo observado?, ¿cuál fue el impacto del CUS en la política implementada desde el Ministerio de Salud de la Nación desde su anuncio? A partir de la Resolución Ministerial 475/2016 el Ministerio de Salud buscó coordinar bajo el Programa CUS a todos los programas nacionales dependientes de ese Ministerio, cualquiera sea su fuente de financiamiento, con el objeto de promover el acceso a la atención sanitaria integral, gratuita y con la adecuada calidad, jerarquizando el Primer Nivel de Atención. A tal fin, se estableció un sistema único de información para identificar y registrar la totalidad de la población que tenga como cobertura aquella provista y financiada por el Estado Nacional, Provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y asimismo se invitó a las provincias a adherir al programa CUS a través del COFESA y suscribir los acuerdos que sean necesarios.

En suma, más allá de lo enunciativo y las buenas intenciones, la estrategia CUS pareciera ser un reordenamiento y cambio de nombres de programas preexistentes sin implicar cambios relevantes en materia de políticas públicas. El sistema de información aún no fue implementado, aunque sí algunas provincias manifestaron su adhesión a la estrategia nacional. Tampoco se registra una partida presupuestaria específica para este programa en el Presupuesto de la Administración Nacional para el año 2017, siendo únicamente mencionado como Cobertura Universal de Salud-Medicamentos (actividad 5 del programa 29 (Reforma del sector salud)), reemplazando al anterior programa de distribución de medicamentos esenciales, Remediar.

Se considera que el logro de la Cobertura Universal de Salud, en un país como la Argentina con fuertes e injustificadas diferencias en el acceso a la salud según el territorio de residencia, el nivel de ingresos y la inserción laboral de las personas, constituye un objetivo a perseguir. No obstante y teniendo en cuenta la modalidad descentralizada de la provisión pública resulta relevante rejerarquizar el rol del gobierno nacional y dotarlo de recursos (tanto financieros como políticos) que le

permitan encarar una verdadera política compensadora a nivel nacional. El camino recorrido por la estrategia CUS no se vislumbra como una solución efectiva de esta problemática.

6. Reflexiones finales

Se ha tratado aquí de ofrecer un rápido análisis de los aspectos relacionados con la provisión pública de salud en Argentina, ubicándola en el contexto más general e imprescindible de la organización y financiamiento del sistema de salud en su conjunto. Se ha visto, que a pesar de que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud son cuantiosos, y que los servicios alcanzan a toda la población, la modalidad predominante de organización y financiamiento determina la existencia de diferentes niveles de cobertura en función de las posibilidades de inserción de cada persona en el mercado de trabajo, de sus ingresos y localización. En suma, los derechos a la atención de salud se presentan sumamente fragmentados, con ausencia o debilidad de las instancias adecuadas de coordinación entre las instituciones.

En los casos de organización fragmentada, como el Argentino (al igual que en muchos países de la región), cuanto más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo se acompaña de una menor redistribución y una mayor inequidad. Adicionalmente, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que sólo tenga acceso al sector público. No obstante, esto será cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública, y el nivel de financiamiento del sector público. La integración de los subsistemas y su financiamiento es un tema que se debe discutir con sumo cuidado y urgencia. El desafío pasa por integrar los distintos mecanismos y fuentes de financiamiento para alcanzar mayores niveles de solidaridad.

Debe reconocerse que si bien la existencia de financiamiento contributivo es, por un lado, un obstáculo a la integración, por otra parte, también es una fuente de recursos que no resulta sencilla de resignar para Estados con problemas de financiamiento. Son conocidas las dificultades que tradicionalmente han tenido los países de la región para recaudar impuestos, en especial aquellos que, como los que recaen sobre las rentas y patrimonios, tienen un mayor potencial redistributivo. El nivel de carga tributaria total de los países latinoamericanos resulta inadecuado para el financiamiento público, lo que estaría indicando una preferencia de intervención gubernamental no consistente con los recursos transferidos al sector público por parte de las familias.

6.1 Similitudes y diferencias con el resto de la región

Durante los últimos años, se ha observado un significativo crecimiento de los recursos públicos en América Latina. En particular, el crecimiento observado en la presión tributaria promedio es el resultado de un comportamiento similar en casi todos los países de la región, especialmente a partir del año 2003, aunque con importantes diferencias entre los distintos casos. Entre los años 1990 y 2014, la carga tributaria promedio de la región aumentó casi el 60% pasando del 13,2% al 21,0% del PIB. De todos modos, pese a esos incrementos, sólo dos países (Brasil y Argentina) alcanzan a

superar claramente los 30 puntos del PIB de presión tributaria y se aproximan a los niveles de tributación de los países desarrollados. Ello resulta de gran relevancia a los fines de evaluar las posibilidades de financiamiento de la política de salud tanto a nivel nacional como provincial.

En América Latina, los procesos de descentralización de servicios sociales han sido ampliamente difundidos, respondiendo a distintas motivaciones, en distintos momentos del tiempo y abarcando a varios sectores que van desde la salud y la educación a otros servicios sociales. Como correlato de la transferencia de funciones desde el nivel central de gobierno a los gobiernos subnacionales no siempre ha existido la asignación específica de recursos destinados al financiamiento de las nuevas funciones asumidas por los gobiernos subnacionales.

La región continúa siendo fuertemente desigual y el acceso equitativo a los servicios sociales básicos, para un importante conjunto de su población, constituye un desafío aún pendiente. La desigualdad de ingresos de los hogares se ve potenciada por las diferencias entre territorios. En algunos casos las brechas territoriales pudieron haberse ampliado como producto de la descentralización y la ausencia de capacidades financieras y de gestión a nivel local aparece como una limitante importante para hacer frente autónomamente a la provisión de servicios descentralizados de calidad. El resultado final depende, en gran medida, del sistema de transferencias financieras entre niveles de gobierno que acompañaron la descentralización de servicios y el papel compensador que haya desempeñado el gobierno central.

Ello no implica que los procesos de descentralización sean un obstáculo insalvable en la búsqueda de los objetivos de cobertura que aquí se discuten, sino que marcan la existencia de tensiones que deben contemplarse y llaman la atención, sobre la necesidad imperiosa de establecer mecanismos de coordinación de las políticas sectoriales que contemplen la compensación hacia las regiones más necesitadas. Si bien son muchos los intentos por introducir distintos grados de descentralización en diferentes áreas, los resultados son el reflejo de las fortalezas y debilidades de cada país y, de manera especial, de los mecanismos de financiamiento que acompañan cada proceso.

6.2 Cobertura universal de salud en Argentina

La organización del sector de la salud en la Argentina ha determinado la cobertura efectiva de la totalidad de la población. Como se mostró, no es posible afirmar que la cobertura en riesgos de la salud no sea universal; no obstante, presenta serios problemas de equidad. Si bien la protección financiera está cubierta para todos, se hace de manera diferencial. Por un lado, existe un grupo de la población que tiene coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada. Por otro lado, la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional.

La descentralización del gasto en salud en la Argentina durante la segunda mitad del siglo pasado ha contribuido a una mayor fragmentación del sistema de salud, multiplicando al menos por 24 la cantidad de sistemas de salud, con significativas diferencias entre los mismos y donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria y niveles de integración de las redes de atención, teniendo en consideración que estos procesos han ocurrido sobre territorios con marcadas disparidades.

Los datos presentados en este informe permiten, por un lado, apreciar las diferencias estructurales entre jurisdicciones y, por el otro, identificar grupos de provincias de rasgos relativamente similares. De este modo, se ha podido comprobar la asociación fuertemente positiva que existe entre mayor gasto en salud per cápita y bajas tasas de mortalidad infantil, mayor cobertura de salud y menor cantidad de habitantes/camas.

Durante los años recientes, posteriores a la crisis, se han desarrollado importantes reformas en las políticas públicas con efectos significativos sobre la provisión de servicios descentralizados y el financiamiento de los diferentes niveles de gobierno. En materia de salud, a los fines de mitigar los efectos de la crisis se desarrollaron una serie de iniciativas que han tenido como prioridad garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos y, en consecuencia, han actuado modificando la presencia del gasto nacional en funciones descentralizadas con mayor impacto en la compensación de diferencias entre sectores sociales y territorios.

6.3 Principales desafíos

La magnitud y las características de los desafíos que debieran ser enfrentados para alcanzar un sistema de salud que brinde cobertura universal homogénea, suficiente, de calidad y de manera eficiente con los recursos fiscales involucrados obligan a pensar en un período de reformas que se prolongará mucho más allá de los próximos años. Más aún, las características del sector hacen que las reformas deban ser consideradas como un proceso permanente de adaptación a las nuevas exigencias que provienen de los cambios en la morfología de los mercados, la tecnología y los requerimientos de los ciudadanos. No obstante, los cambios que se esperan lograr en los próximos años debieran ser considerados como parte de un sendero de largo plazo que incorpore, desde la puesta en marcha de cada reforma, una visión estratégica del sector.

En muchos casos, el impacto de las reformas dependerá de factores que exceden el análisis aquí presentado. De todos modos, se señalan a continuación algunos de los pasos más importantes de ese sendero (que se presentan en un orden que no tiene que ver, necesariamente, con la secuencia requerida):

- Fortalecer el papel rector y compensador a cargo del nivel central de gobierno. Sólo un fortalecimiento de sus capacidades (no exclusivamente financieras) permitirá tener un sistema más equitativo.

- Lograr el aseguramiento de la totalidad de la población sin cobertura de seguros. El camino iniciado por los programas Nacer-Sumar y Remediar debieran ser continuados hasta alcanzar toda la población sin seguro de salud.
- Mantener de manera permanente un padrón de beneficiarios de los diferentes segmentos para diseñar medidas que completen la cobertura pero, al mismo tiempo, ayuden a combatir el ineficiente uso de recursos por existencia de múltiple cobertura.
- Profundizar políticas de compensación regional frente a un esquema de provisión descentralizada en un país tan desigual en su desarrollo. Se trata de un eje de política que cruza diferentes líneas de reforma. Muchos son los aspectos a ser contemplados aquí, entre ellos, una mayor presencia del estado nacional en la discusión, instrumentación y seguimiento de políticas de fortalecimiento de los hospitales públicos y la formación de recursos humanos del sector.
- Acuerdos con provincias para regular los seguros provinciales e introducir, entre otras cosas, paquetes definidos de prestaciones, como el PMO.
- Los cambios en la provisión pública serán insuficientes si paralelamente no se logran avances en la integración, eficiencia y equidad de la seguridad social, como paso previo a la equiparación de coberturas aseguradas con fondos públicos. Paralelamente, se deberá fortalecer la regulación de la seguridad social y del sector privado.
- Fortalecimiento de la regulación efectiva del sector privado proveedor de servicios de manera independiente o para el resto de los subsectores, al igual que la producción de medicamentos y otros bienes y servicios de alta tecnología.
- Reformulación del papel de los hospitales públicos, para hacerlos funcionales a las diferentes etapas de la reforma.
- Redefinición y fortalecimiento del papel de los Centros de Atención Primaria, para servir de base a la construcción de Redes de Atención eficientes.
- Redefinición de las características y localización de la infraestructura sectorial, en función de las Redes de Atención.
- Para que la cobertura universal y equitativa se constituya en un derecho efectivo de la población deberían hacerse explícitas las garantías, de manera que puedan ser exigibles por todos los ciudadanos sin barreras de ingreso o información y con independencia de la localización, los ingresos, el tipo de cobertura o el riesgo de las personas.

Diffícilmente pueda alcanzarse un ordenamiento efectivo del sistema de salud si no se logra una integración paulatina pero efectiva de los diferentes segmentos de la seguridad social entre sí, y entre ellos y el subsector público. Por ello, la oferta a cargo del sector público será cada vez más importante. En este sentido, deberán realizarse esfuerzos dirigidos a incrementar el financiamiento tributario destinado al sector público, reduciendo la dependencia del gasto privado y las cargas sobre la nómina

salarial que, en mayor o menor medida, atentan contra el objetivo de lograr un sistema equitativo e integrado que asegure una mayor cobertura de mejor calidad.

Finalmente, es conveniente recordar que el estado de salud de la población no depende sólo del patrón de acceso a los servicios de salud, ni del modelo de atención de las enfermedades, ni de su forma de financiamiento. Existen numerosos factores que trascienden al sector y tienen gran incidencia sobre el estado de salud. Ellos también deben ser considerados al diseñar las políticas del sector.

7. Referencias bibliográficas

Abramzon, M. (2005). "Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004", Publicación N° 62, OPS, Buenos Aires.

Anlló, G. y O. Cetrángolo (2007), "Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos", CEPAL, Buenos Aires.

Báscolo, E. (2008), "Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina", *Serie Financiamiento del Desarrollo N° 206*, CEPAL, Santiago de Chile

Bisang, R. y O. Cetrángolo (1998). "Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina", *Serie Reformas de Política Pública N° 47*, CEPAL, Santiago de Chile.

CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo.

CEPAL (2010), *Panorama Social de América Latina 2009*, CEPAL, Santiago de Chile.

Cetrángolo, O, Goldschmit, A, Gómez Sabaini, J.C. y D. Moran (2013) Desempeño del Monotributo en la formalización del empleo y la ampliación de la protección social, *Documento de trabajo N° 4*, Oficina de OIT en la Argentina, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. (2007), "Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización", *Serie Políticas Sociales 131*, CEPAL, Santiago de Chile.

Cetrángolo, O. (2013), "Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino", Revista REPBA, Buenos Aires

Cetrángolo, O. Damill, M. Katz J. Lerner L. y S. Ramos (1992), Desregulación y salud. Un análisis de la reforma del sistema de Obras Sociales, *Documento de Trabajo N° 2*, Instituto para el Desarrollo Industrial de la Fundación Unión Industrial Argentina, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. Goldschmit A. San Martin M. L. Lima Quintana L. y M. Aprile (2011), "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" en *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011*, no. 6, PNUD-OPS-CEPAL, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (2011), "El Financiamiento de Sistemas de Salud en países de América Latina: desafíos para alcanzar una cobertura universal, implicaciones fiscales y su impacto sobre la equidad", mimeo OPS.

Cetrángolo, O. y A. Goldschmit, (2012), "Sistema de salud argentino. Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal" (mimeo) Banco Mundial, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. y F. Devoto, (2002), “Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual”, documento presentado en el Taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, PAHO-Universidad de Toronto, Toronto. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28457/1/LCbueR251_es.pdf

Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2011). “El Financiamiento de Sistemas de Salud en países de América Latina: desafíos para alcanzar una cobertura universal, implicaciones fiscales y su impacto sobre la equidad”, OPS, en prensa.

Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2013). “Fiscal decentralization in Latin America: increasing social cohesion among highly unequal territorial units” in Jiménez, J.P y Brosio, G. (ed.) ***Decentralization and reform in Latin America: Improving intergovernmental relations***, Edward Elgar Publishing, Londres.

Chiara, M., Di Virgilio, M. y A Ariovich (2010) “La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)”, Salud colectiva, enero- abril 2010, Buenos Aires.

DEIS (2016) Indicadores Básicos, Ministerio de Salud, Buenos Aires.

IECS (2016), Definición de Políticas de Cobertura en Argentina: PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías, Informe Técnico, Ciudad de Buenos Aires.

Lieuttier, A. Aprile, M. Goldschmit, A. y M. Robba (2013), Estudio sobre el impacto distributivo del Fondo Solidario de Redistribución, Congreso Anual AEDA, Buenos Aires.

Oggier, G. (2012) Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios? Fundación Sanatorio Güemes, Buenos Aires, 2012.

OMS (2010) ***Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal***, OMS, Ginebra.

OMS (2014), ***Estadísticas sanitarias mundiales***, OMS.

OPS (2002). ***La Salud en las Américas***. Edición de 2002, Washington D.C.

PNUD (2010), Desarrollo Humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos, Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010, Buenos Aires. <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>

San Martín, M. (2016) “Propuesta de Mejora en el Mecanismo de Financiamiento de la Salud en la Provincia de Buenos Aires”, mimeo.

Van der Koy, E. Pezzella, H. Carril, A. Roldán R. Jorgensen, N. y M. Langsam (2016), Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO, Prosanity-ISALUD, Buenos Aires.