



**UNIVERSIDAD
TORCUATO DI TELLA**

UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA
MAESTRÍA EN ECONOMÍA APLICADA

**Índice de Desarrollo y Eficiencia Sanitaria en el sistema de salud
de Argentina. Revisión de la bibliografía.**

Alumno: Bioing. Ana Carina Raby

Tutor: Dr Cesar Ciappa

Fecha:15/06/2021

Índice de Desarrollo y Eficiencia Sanitaria en el sistema de salud de Argentina. Revisión de la bibliografía.

Resumen

El sistema sanitario como mercado genera diferentes tipos de intereses ya sean económicos, políticos, sociales o sindicales lo que conlleva a que las variables que circundan al sistema se encuentren, de alguna manera, condicionadas.

Partimos de la Tesis de Posgrado: "Administración del sistema de salud de Argentina; Benchmarking nacional e internacional con utilización del Índice de Desarrollo y Eficiencia Sanitaria (IDES) y la matriz de Comparaciones Relativas" - Levitin, Diego – 2011 – UBA.

Ese trabajo planteó como objetivo principal brindar la posibilidad de tener una herramienta que mida, a través de un índice, la eficiencia y el nivel de desarrollo de los sistemas de salud. Ese índice permitiría poder evaluar debilidades, fortalezas y las mejores prácticas a nivel internacional y del propio sistema de salud bajo análisis; y saber si se ha avanzado o retrocedido, en el fin de lograr acercarse a dichas mejores prácticas.

¿Es realmente eficiente el sistema de salud (público y privado) dentro del territorio de la República Argentina?

Palabras Clave: PBI, gastos en salud, personal médico, infraestructura.

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
MÉTODOS.....	7
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS.....	25
APÉNDICE I.	27

INTRODUCCIÓN

Un estado psicofísico saludable es fundamental para el desarrollo humano, ya que de este depende el desarrollo integral del individuo, entendiendo a esto como el desarrollo de sus capacidades y talentos que derivan en la posibilidad de poder concretar proyectos de vida.

El estado de salud de la población de un país o región no depende exclusivamente del acceso que posean a los servicios médicos. Otros factores a considerar y que ciertamente influyen en esto, son la vivienda digna, acceso al agua potable, disponibilidad de red cloacal y necesidades básicas satisfechas. Todo esto también se encuentra influenciado por el acceso a la educación que posea la población, las oportunidades de empleo registrado, de la distribución del ingreso y la dinámica de crecimiento de la economía. La salud termina siendo el eje fundamental de una sociedad del cual dependen el resto de los actores económicos.

A través de los años, nuestro país ha atravesado diversas crisis económicas, cuya profundidad económica, política y social han tenido marcados efectos en el sistema sanitario en general y en la salud de los argentinos en particular.

Estas crisis han fluctuado a lo largo de los años y han sido acompañadas, muchas veces, por procesos de crecimiento económico, mejoras en la distribución del ingreso y reducción de los niveles de pobreza. En estos ciclos más favorables es donde es factible realizar diagnósticos y fijar objetivos de mejora del sistema de salud.

Se deberían analizar cuestiones tales como cuales son las demandas a las cuales es sometido el sistema de salud; qué resultados se han obtenido; hasta qué punto los recursos financieros destinados al sector salud son suficientes para hacer frente a los nuevos desafíos sanitarios que se enfrentan; qué rol cumple la estructura institucional del sistema de salud en lo referente a la cobertura de la población, el gasto, la oferta de servicios y las formas de aseguramiento; y cuáles podrían ser las líneas alternativas de acción a emprenderse para obtener mejoras progresivas en términos del alcance, la eficiencia y la equidad del sistema.

En resumen, la pregunta central sería, ¿La República Argentina está en condiciones de reforzar estrategias, líneas de acción en marcha, así como también articular nuevas iniciativas, que continúen potenciando la equidad, el progreso y un sistema de salud en beneficio de todos los argentinos?

REVISIÓN DE LA LITERATURA

“Durante el siglo XX los estados incorporaron los derechos sociales, en distintas medidas, con el objeto de garantizar que los ciudadanos pudieran acceder a condiciones que les permitieran vivir en forma civilizada, de acuerdo con los criterios prevalecientes en las distintas sociedades. La instalación de estos derechos contribuyó a aminorar los efectos sociales y políticos de las desigualdades existentes en las sociedades y, por ende, a otorgar mayor estabilidad social.

Los distintos países, de acuerdo con sus propios valores e ideologías, fueron optando por la incorporación de estos derechos en diversas medidas, en una gama que abarcó desde las políticas de derechos universales íntegramente aplicados por gobiernos europeos, como los países escandinavos, en los que había máxima protección de los ciudadanos en aspectos

relativos a educación, previsión social y salud; hasta su opuesto en países como Estados Unidos, los que optaron por modelos selectivos que cubrían sólo parcialmente estos derechos, principalmente en aspectos como los accidentes del trabajo o las jubilaciones, pero que no incorporaron la salud, la educación superior ni otros.

La crisis sanitaria, en resumen, se manifestó en tres aspectos centrales:

1) La crisis financiera, consecuencia del enorme incremento del gasto sanitario. Este mayor gasto se relaciona con diversos factores, entre ellos los siguientes:

a) Cambios demográficos: los cambios que acontecieron en el siglo XX causaron el mejoramiento de las condiciones de vida, la mayor disponibilidad de alimentos y otros artículos de consumo, la educación más extendida, entre otras cosas, que tuvieron como consecuencias la prolongación de las expectativas de vida, la disminución de las tasas de mortalidad y, por ende, el envejecimiento de la población, junto con la prolongación de la vida de personas portadoras de enfermedades crónicas e invalidantes.

b) Incorporación de nuevas tecnologías, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. La disponibilidad de tecnología y de fármacos e insumos en la actualidad permite tratar oportunamente patologías que antes causaban la muerte inminente; pero esta incorporación de tecnología presenta aspectos complejos, los cuales deben analizarse en detalle ya que existen presiones no solo desde el punto de vista de la industria, sino desde el punto de vista legal ya que el profesional médico se encuentra obligado a prestar toda la asistencia médica que este a su alcance, haciendo uso de todos los recursos tecnológicos disponible.

c) Incremento de la oferta de prestaciones, de acuerdo con las legítimas demandas ciudadanas por más acceso a ellas y mayor cobertura de patologías.

d) Insuficiente aplicación de técnicas de organización y gestión en la prestación de servicios sanitarios, debido a la dificultad que muestran las estructuras asistenciales clásicas para adecuarse a las necesidades actuales de modernización del sector.

2. La crisis de racionalidad: relacionada con la forma de entregar la asistencia, su consecuencia inmediata es la disminución de la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitarios, la que se manifiesta en aspectos como: falta de coordinación de sus servicios en los diferentes niveles y entre las unidades de un mismo servicio ante la demanda de cuidados más complejos y variados; insuficiente atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud; ausencia de políticas intersectoriales; falta de evaluación para la incorporación de tecnología de alto costo; falta de evaluación del impacto que ejercen las acciones de salud; inadecuada oferta de servicios frente a los cambios y condiciones sociales; e inadecuación de los sistemas de pago a los prestadores que se transforma en desincentivo a la eficiencia y pagar, independiente del mejor o peor resultado.

3. La crisis de legitimación del sector salud, caracterizada por la progresiva insatisfacción de los ciudadanos con el sistema de salud, debido a la falta de oferta adecuada de prestaciones y la forma de contactarse con las realidades y necesidades de los ciudadanos, a la despersonalización de los individuos en el sistema sanitario, a la conciencia creciente del aporte económico que los ciudadanos realizan al sector mediante impuestos o por cotizaciones, y por ello la exigencia del

derecho a ser escuchados en sus expectativas respecto de los servicios. Sumado a esto, la idea de que en nuestro país la salud es gratis y que todo debe brindarse a la ciudadanía sin costo alguno.

La mayor educación e información de los ciudadanos también les ha ido permitiendo vincular la calidad de los servicios que reciben, como parte de las políticas públicas, con su voto en la elección popular de autoridades; en consecuencia, sus exigencias adquieren un mayor protagonismo y son elementos de presión para exigir mejores servicios. Además de que una mayor educación se traduce en un mejor cuidado de la salud ya que se recurre a la medicina preventiva y se evitan así el desarrollo de enfermedades más complejas que consumen mayores recursos del sistema de salud. En los sectores sociales más vulnerables este tipo de medicina es prácticamente inexistente y la población recurre a los servicios médicos cuando las enfermedades ya están manifiestas y su cura es más compleja.

Los factores mencionados han sido muy relevantes al momento de explicar la ola mundial de reformas a los Sistemas de Salud que han vivido numerosos países y de la que América Latina no ha escapado.

Existen tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país: sus políticas de salud, el estado o situación de salud de la población, y el sistema de salud.

I. Las políticas de salud. Las políticas de salud son parte integrante de las políticas sociales y se las puede definir como una iniciativa sistemática para reducir los problemas de salud. Una política de salud lleva implícita la aceptación de la salud de las personas como un problema público en el cual el Estado asume un papel activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué papel desempeña el Estado en salud. Son de desarrollo reciente y en la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de la década de los '50.

II. El estado de salud. El estado de salud de la población constituye una dimensión de su calidad de vida. En él se expresan múltiples interacciones de una serie de factores, como las condiciones económicas, sociales, educativas, los estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, en una parte menos relevante de lo que se pensó durante largo tiempo, están los sistemas de salud. La salud de la población se puede medir por medio de indicadores como las tasas de mortalidad y morbilidad, la esperanza de vida al nacer, y de indicadores epidemiológicos más avanzados, como los AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos) o los indicadores de calidad de vida asociada con salud (AVISA).

III. El sistema de salud. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. El sistema de salud puede definirse como una respuesta social organizada a los problemas de salud. La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores y, al mismo tiempo, de él se desprende que puede haber una respuesta social a los problemas de salud de la población en que no participe el Estado.

El término Sistema de Salud hace alusión a un conjunto de actores y actuaciones más amplio que el sistema de atención médica. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Todo sistema de salud se puede pensar como la articulación de tres componentes:

- Político, modelo de gestión en el análisis del sector salud;
- Económico, modelo de financiamiento;
- Técnico, modelo de atención o modelo asistencial.

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema. En el análisis de los sistemas de salud se pueden distinguir dos aspectos centrales respecto del modelo de gestión. Los valores que guían al sistema: universalidad de la cobertura o efectividad de las acciones (impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos); y las funciones del Estado en Salud (informar a la población, proveer directamente servicios, financiar servicios y regular el mercado). Entonces, para el modelo de gestión del sistema, es importante detectar en cada país cuáles son los principios y valores que guían el sistema, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman.

En el plano histórico, las organizaciones se han dirigido de acuerdo con principios tayloristas de división y especialización del trabajo, por departamentos o funciones. Las organizaciones de salud no han escapado a esta tendencia. Los organigramas establecen la estructura organizativa y designan dichas funciones. Este tipo de diagrama permite definir claramente las relaciones jerárquicas entre los distintos cargos de una organización, pero en un organigrama no se ve reflejado el funcionamiento de la organización sanitaria, las responsabilidades, las relaciones con los usuarios, los aspectos estratégicos o clave, ni los flujos de información y comunicación interna.

Esta visión departamentalizada de las organizaciones ha sido fuente de diversos problemas y críticas debido a:

- Se establecen objetivos por servicios clínicos, los que suelen ser incoherentes y contradictorios con los objetivos globales de la organización hospitalaria.
- La proliferación de actividades por servicios que no aportan valor al usuario ni a la propia organización hospitalaria genera una injustificada burocratización de la gestión.
- Hay lentitud y fallas en el intercambio de información y materiales entre los diferentes servicios (especificaciones mal definidas, actividades mal estandarizadas, actividades duplicadas, indefinición de responsabilidades, etc.).
- Poca potenciación y motivación de las personas, por la separación entre los que piensan y los que trabajan, y por un estilo de dirección autoritario y no participativo.
- No están orientadas a la satisfacción de sus clientes (pacientes).
- Las estructuras organizativas más rígidas presentan menos posibilidades de responder con rapidez a los cambios.

- La centralización de la autoridad impide la toma de decisiones oportuna y le imprime un ritmo lento a la toma de decisiones.

En cuanto a las organizaciones de salud, las falencias del modelo de gestión actual se evidencian con los llamados problemas de frontera, los que surgen por falta de una visión integral de los procesos. Es frecuente encontrar que los pacientes van de un servicio a otro, pasan de la atención especializada a la atención primaria, sin más que la interconsulta.

Entonces, el modelo de gestión tradicional es: jerarquizado, burocrático, poco autónomo, carente de visión integral de los procesos, centrado en normas y no en objetivos, proclive a controlar procedimientos, pero no a medir resultados o impactos, operante sobre mercados cautivos (ciudadanos), falto de concentración en el cliente.

La complejidad de las demandas actuales sobre las organizaciones de salud por parte de usuarios cada día más exigentes, la necesidad de readecuar su oferta sanitaria a los cambios demográficos y epidemiológicos, los altos costos de la atención médica, el impacto ocasionado por la incorporación de la tecnología médica y de información, presionan a las organizaciones de salud para adaptar su modelo de respuesta frente a estas demandas.

Es necesario, entonces, que a las diferentes organizaciones de la sociedad las contemplemos como sistemas complejos, de procesos de toma de decisiones, formados a su vez por un sistema ambiental externo y un sistema interno de relaciones que son interdependientes.

MÉTODOS

En términos económicos la salud se considera un componente del capital humano, el cual se enriquece y aumenta a medida que la calidad de vida mejora en conjunto con la productividad de la economía.

Considerando la competitividad, escasez de recursos y el avance de las tecnologías, poder evaluar las distintas performances y los niveles de eficiencia logrados por los diferentes sistemas de salud brinda un diagnóstico más preciso a fin de poder identificar debilidades, fortalezas y las mejores prácticas en nuestro sistema de salud.

La eficiencia en el uso de los recursos humanos y de infraestructura, como la optimización de los gastos son elementos fundamentales al momento de evaluar las diferentes formas de administrar los sistemas de salud. Una herramienta que permite lograr hacer dicha evaluación, y a la vez identificar las mejores prácticas, es el Benchmarking.

Benchmarking

Una de las preocupaciones centrales de la economía de la salud consiste en determinar cuál es el nivel óptimo del gasto en salud.

La salud no es un producto almacenable, debe ser distribuida en forma continua y solidaria. Es uno de los pilares de la cohesión social y el crecimiento económico. En lo que se refiere a la eficiencia en salud, la misma puede ser reconocida teniendo en cuenta tres dimensiones:

1. La eficiencia clínica, lograr el óptimo de la salud del paciente en función de los recursos con que se cuenta.
2. La eficiencia en la producción de servicios se logra combinando los procesos de producción para obtener iguales niveles de salud al menor costo, agregando un componente de calidad al sistema.

3. La eficiencia económica, permite maximizar los beneficios de los limitados recursos de que se dispone, teniendo en cuenta el costo de oportunidad que los mismos poseen, a fin de mantener a la comunidad lo más sana posible.

La ONU sostiene que el desarrollo humano es el proceso por el cual una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos, a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos.

Su concepto es que las tres dimensiones especiales para el desarrollo humano son que la población tenga una vida larga y sana, esté bien informada y tenga un estándar de vida decente.

Los índices e indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. Son variables que sirven para medir los cambios.

En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes (frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo, etc.) utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos. Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por su validez (si efectivamente mide lo que intenta medir) y confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados).

Más atributos de calidad de un indicador de salud son su especificidad (que mida solamente el fenómeno que se quiere medir), sensibilidad (que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir), mensurabilidad (que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir), relevancia (que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud) y costo-efectividad (que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos). Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretables por los analistas y comprensibles por los usuarios de la información, como los gerentes y tomadores de decisión. Generados de manera regular y manejados dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión.

Los indicadores representan una aproximación y simplificación de la realidad. Un indicador es una característica o variable que se puede medir. Se define como una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de salud en una población determinada.

La construcción de un indicador puede significar desde contabilizar un fenómeno de salud mediante números absolutos, establecer razones, tasas o índices más sofisticados.

La calidad de un indicador, si bien depende mucho de la calidad de los datos a partir de los cuales se construye (componentes), también depende de la calidad de los sistemas de información o fuentes de información.

Al momento de hablar de las ventajas de los índices se destaca que, al poder integrar un amplio conjunto de puntos de vista o subsistemas de una unidad de análisis considerada, los indicadores compuestos permiten reducir la complejidad de la información que deviene de las múltiples perspectivas que, de otra forma, pudieran percibirse en mutuo conflicto. Cabe destacar, que la construcción de un indicador compuesto a menudo supone una implementación por fases partiendo del cálculo de indicadores simples referidos a los subsistemas que intervienen.

Entre las principales ventajas del uso de los indicadores compuestos se puede afirmar que, en primera instancia, integran y resumen diferentes dimensiones de un tema, por eso permiten

disponer de una imagen de contexto y son fáciles de interpretar por su capacidad de síntesis al reducir el tamaño de la lista de indicadores a tratar en el análisis.

Por otro lado, atraen el interés público por su capacidad de facilitar la comparabilidad entre unidades de análisis y su evolución, lo cual es particularmente importante puesto que facilita la evaluación de la eficacia de las políticas y la rendición de cuentas (accountability) por parte de los representantes del gobierno.

Sus limitaciones son que tan sólo describen determinados aspectos de la realidad, en particular aquellas características asimilables a una determinada escala de medición, sea cualitativa o cuantitativa.

En lo que se refiere a indicadores en el análisis de la situación de salud (Valenzuela, 2005) se los puede clasificar en tres categorías:

1. Socioeconómicos:
 - a) Indicadores socioeconómicos: son el reflejo de la situación social y económica de la población. Como ejemplos de ellos tenemos: tasa de pobreza, tasa de alfabetismo
 - b) Indicadores demográficos: son el reflejo de las características demográficas de la población. Entre ellos se encuentran la esperanza de vida al nacer.
2. Estado de Salud
 - a) Salud Objetiva: se refiere a aquellos datos que se pueden obtener de fuentes de datos de salud primarias o secundarias, entre ellos se encuentran por ejemplo la mortalidad infantil.
 - b) Morbilidad: incidencia de sarampión, de meningitis bacteriana, o bien prevalencia de tuberculosis, de cáncer.
 - c) Discapacidad: número promedio de días perdidos por año escolar, en el trabajo, en otros roles sociales, tasa de licencia por enfermedad común por habitante.
3. Determinantes de comportamiento: Proporción de alcohólicos, proporción de fumadores, prevalencia de sedentarismo, proporción de obesos, porcentaje de uso de anticonceptivos

Benchmarking, Globalización y Competitividad

En la teoría microeconómica, la ley de los rendimientos decrecientes afirma que se obtendrá menos y menos producción adicional cuando se añadan cantidades adicionales de un insumo, mientras los demás insumos permanezcan constantes. En otras palabras, el producto marginal de cada unidad de insumo se reducirá a medida que la cantidad de ese insumo aumente, si todos los demás permanecen constantes; debiéndose de entender por producto marginal de un insumo a la cantidad de producción adicional que se obtiene tras añadir una unidad adicional de este manteniéndose todas las demás constantes (Samuelson, 2006).

En las inversiones en salud se cumple la ley de rendimientos decrecientes, según la cual a medida que aumenta la inversión sanitaria los sucesivos rendimientos en salud son cada vez menores (Sánchez González, 2002).

Al respecto se señala que el mayor crecimiento económico que permite aumentar la asignación de recursos para la atención médica y el cuidado de la salud tiene dos efectos.

Por un lado, impacta directamente en la mejora de los indicadores, y por el otro, aumenta los presupuestos sanitarios. Ambos efectos parecen evidenciar rendimientos decrecientes.

De hecho, los rendimientos decrecientes, están en el núcleo de la metodología del Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Naciones Unidas (una clasificación del desarrollo de cada país que tiene en cuenta indicadores como sus ingresos y renta per cápita, su cobertura sanitaria y esperanza de vida, y su nivel de educación, entre otros factores).

Por último, aceptada la noción de rendimientos marginales decrecientes en cuanto a la cantidad y/o a la calidad de la asistencia sanitaria, dar más y más nos lleva casi hasta el punto donde el beneficio adicional de una unidad de atención o un poco más de calidad tiene poco impacto en la salud de la población o en la del individuo. No obstante, entregar esa unidad extra de atención y/o calidad conlleva costes. Por tanto, intentar proveer más y más cantidad y/o calidad puede traer consigo sólo más costes sin conseguir ningún beneficio extra o, dicho menos dramáticamente, tener costes en exceso sobre los beneficios.

Se debe considerar que proveer más atención sanitaria implica afrontar costes crecientes. Así, no es sólo que la salud extra obtenida a partir de más atención sanitaria tenga rendimientos marginales decrecientes, sino que adicionalmente dicha producción de atención sanitaria se enfrenta a costes marginales crecientes. Esto conduce inevitablemente a un punto donde más atención sanitaria tiene beneficios inferiores a sus costes.

El análisis sobre el funcionamiento de los sistemas de salud en el mundo realizado por la OMS se basó en cinco componentes:

1. Medición de la Salud. Incluye el análisis de los principales indicadores sanitarios: mortalidad infantil, esperanza de vida y de otras condiciones generales de la población como ser el índice de Disability Adjusted Life Expectancy (DALE) o esperanza de vida sana, definido como el tiempo previsto de vida que se viviría gozando de una salud plena equivalente. Este indicador pondera los años de enfermedad de acuerdo con la gravedad del mal y los resta a la esperanza de vida general.
2. Distribución de la salud. Desigualdad en cuanto al nivel de acceso a la salud entre los individuos de una misma población; es decir, la distribución de la salud entre los habitantes, midiendo las diferencias de salud entre ricos y pobres.
3. Capacidad de respuesta del sistema de salud. Abarca desde la espera innecesaria en el hospital hasta la buena comida que se brinda en un centro de salud. Además, incluye la evaluación de la totalidad de la infraestructura, la cantidad de camas hospitalarias y la utilización de estas. Es una combinación del funcionamiento general de la sanidad y de la satisfacción del paciente. El indicador incluye el respeto a la dignidad del paciente (derecho a la confidencialidad, autonomía de la persona y sus familiares para decidir acerca de su salud, etc.); la orientación al paciente (celeridad de la atención médica, acceso a redes de apoyo social durante los tratamientos, calidad de las instalaciones y posibilidad de elegir el proveedor), y la disponibilidad de recursos. Éste quizás sea el indicador más difícil de medir.
4. Distribución de las capacidades de respuesta para la población en su totalidad. Analiza cómo trata el sistema de salud a los distintos sectores sociales y si existe algún tipo de discriminación.
5. Distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población. Se evalúa el gasto familiar en salud en relación con el ingreso (nivel individual) y los condicionantes financieros.

Del trabajo realizado por André Médice (1994) donde estudió el rendimiento del gasto en salud per cápita en 114 países de todo el mundo, se desprende que:

- a) Hay un grupo de países de bajos niveles de desarrollo económico y social que invierten muy poco en salud y en los cuales la esperanza de vida al nacer oscila entre los 38 y 60 años. En este grupo, el incremento marginal de un dólar en el gasto per cápita en salud, no generaría grandes impactos sobre la esperanza de vida. Probablemente porque para obtener logros hace falta generar grandes inversiones en infraestructura, tecnología y recursos humanos.
- b) Un segundo grupo de países de desarrollo intermedio donde la esperanza de vida oscila entre los 60 y 72 años. En este grupo pequeñas variaciones en el nivel de gasto pueden generar variaciones significativas en el rendimiento.
- c) El tercer grupo está conformado por países de mayor desarrollo con esperanza de vida superior a los 72 años. En estos países el rendimiento del gasto en salud es decreciente. Es decir,

a grandes incrementos en el gasto en salud per cápita se obtienen pequeñas variaciones en los resultados de salud medidos en términos de esperanza de vida.

El punto de inflexión a partir del cual el rendimiento del gasto comienza a ser decreciente se sitúa en niveles de gasto en salud entre los US\$ 500 y US\$ 600 por habitante año.

La Argentina en promedio destina al gasto en salud el 10% del PBI, representando este valor el 14% del gasto total consolidado. En el año 2017 (fuente: Gasto Público Consolidado por finalidad y función | Argentina.gob.ar) este valor se ubicó en los US\$ 40.280 millones, con lo cual el gasto en salud per cápita anual es de aprox. US\$ 895.

El valor del PBI se vio sensiblemente disminuido durante el año 2020 a raíz de la pandemia; los valores oficiales de gastos para cada sector no se encuentran debidamente publicados.

Los estudios que correlacionan variables de resultados con las de gastos permiten encuadrar a los sistemas (países, regiones o provincias) en cuatro categorías, tomando como eje central un óptimo establecido o un sistema determinado:

- Sistemas ineficientes: alto gasto, bajo resultado
- Sistemas rezagados: bajo gasto, bajo resultado
- Sistemas eficientes: bajo gasto, alto resultado
- Sistemas avanzados: alto gasto, alto resultado

La matriz de comparaciones relativas quedaría de la siguiente manera:

G A S T O	"+"	Alto Gasto - Sistemas Ineficientes - Bajo Resultado	Alto Gasto - Sistemas Avanzados - Alto Resultado
	"-"	Bajo Gasto - Sistemas Rezagados - Bajo Resultado	Bajo Gasto - Sistemas Eficientes - Alto Resultado
		"-"	"+"
		RESULTADO	

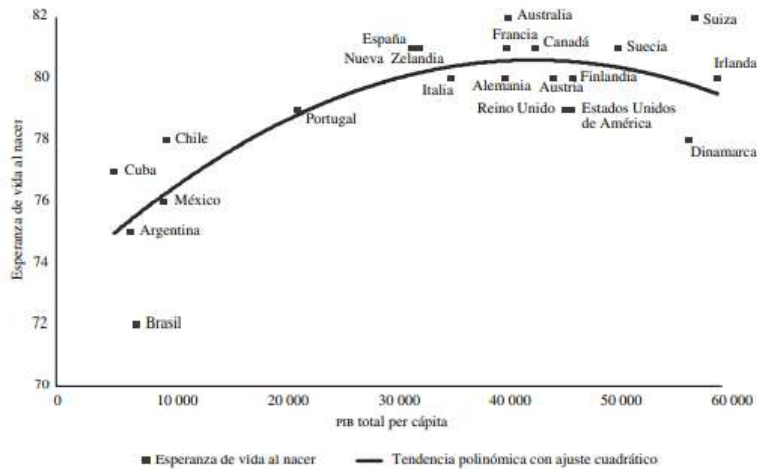
Como ejemplo de estos sistemas tendríamos:

- Sistemas ineficientes: Argentina, Brasil, México
- Sistemas rezagados: Venezuela, Haití, República Dominicana
- Sistemas eficientes: Francia, Finlandia, Irlanda
- Sistemas avanzados: Italia, Austria, Alemania

En el gráfico siguiente se evidencia la relación entre la esperanza de vida al nacer y el PBI per cápita. La esperanza de vida es una medida de bienestar económico.

El comportamiento de la curva sugiere una relación positiva, pero con tasas decrecientes de aumento de la esperanza de vida con respecto a los incrementos del PBI per cápita; se sugiere un comportamiento de función de producción de salud cóncavo, que explicita que las ganancias de salud son mayores en los países más pobres. A medida que se expande el nivel de riqueza de la economía, los aumentos obtenidos en la salud de los individuos son cada vez menores, teniendo en cuenta la dimensión del tiempo de vida (mortalidad) (Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), "Indicadores sanitarios mundiales", Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, Ginebra, 2010)

Esperanza de vida al nacer según el PIB per cápita, 2007
(En años y dólares)



Esperanza de vida al nacer según el gasto en salud per cápita a paridad de poder adquisitivo, 2007
(En años y dólares)



Teóricamente es posible definir un nivel apropiado (de financiamiento) para cada país; el punto en que el beneficio marginal de un incremento en el gasto en salud iguala al beneficio marginal sacrificado derivado del cambio en la aplicación de recursos provenientes de un gasto no relacionado con la salud.

Por tanto, la aproximación al nivel ideal sería un objetivo intrínseco. Sin embargo, este nivel ideal nunca ha sido definido en la práctica.

El concepto de eficiencia representa alcanzar el mayor nivel posible de resultados con una cierta cantidad de recursos o conseguir un determinado objetivo recurriendo a la menor cantidad de recursos posibles.

Cabe destacar que el monto ideal del gasto en salud es un tema controvertido, dado que, si bien se deben asignar los recursos suficientes para lograr que la situación de salud de la población alcance niveles determinados por criterios de necesidad, también es cierto que a partir de determinado nivel de gasto en salud se registran rendimientos marginales decrecientes, medidos en términos de años incrementados de esperanza de vida.

De tal manera se debería encontrar un nivel de gasto adecuado para cada sistema que se encontraría en aquel punto donde su rendimiento resultare óptimo (Tobar, 2002).

RESULTADOS

Una tendencia que se observa a nivel mundial es que el gasto en salud viene incrementándose de forma más rápida que el costo de vida en general. Dentro de las causas del mencionado aumento se encuentran, entre otras, una creciente demanda atribuida a los cambios demográficos (disminución de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida) y al desarrollo tecnológico (particularmente en diagnóstico y medicamentos).

El sector salud crece en permanente desequilibrio dado los diferenciales en las tasas de crecimiento de las necesidades sanitarias, en el aumento de la oferta de servicios y en el comportamiento del financiamiento, dependiente, entre otros factores, de las condiciones macroeconómicas.

El mecanismo de asignación en salud opera de acuerdo con los postulados de un mercado imperfecto, dado que presenta una serie de fallas por las cuales no es posible proveer asignaciones eficientes de recursos.

Entre las características que suelen resaltarse del mismo suelen estar (Del Prete, 2000):

- . En la producción de los bienes de salud se producen externalidades y fallas derivadas de la imperfección del mercado. Entre ellas se destaca la incertidumbre en cuanto a la incidencia y gravedad de la enfermedad como aquella respecto de la eficacia y efectividad de los tratamientos.

- . La enfermedad es un fenómeno aleatorio, es decir, es impredecible su aparición y la efectividad, tanto del tratamiento como en la recuperación y la rehabilitación.

- . En la atención de la salud-enfermedad existen asimetrías en la información entre las personas y los proveedores de servicios. Se delega en el proveedor de servicios la toma de decisiones. De esta manera el médico no es sólo el proveedor de servicios sino también, en gran medida, el creador de su propia demanda.

- . La atención médica no responde a un modelo eficiente de organización de la producción, dada la ausencia de competencia en un mercado que funciona sin regulación lleva a los médicos a adoptar modalidades de trabajo alejadas de las de mayor productividad.

- . La demanda de atención médica, propia o generada por terceros se encuentra influida por factores socioculturales, a la vez que la existencia de una cobertura médica introduce un incentivo a consumir atención médica en exceso sin contemplar el concepto de costo-efectividad.

- . Los riesgos de enfermar difieren entre los individuos de una sociedad según su edad, sexo, el nivel socioeconómico y el lugar y el tipo de residencia.

- . La tendencia social a priorizar la salud se ve reflejada en el consumo de más de prestaciones de salud que las que los individuos hubieran necesitado de otro modo. Esto se ve potenciado por el fenómeno del tercer pagador, es decir cuando un tercero se hace cargo económicamente de una transacción que no le reporta beneficios. En términos económicos este fenómeno se puede describir como la ausencia de la elasticidad-precio, dado que la demanda de los servicios de salud no se ve afectada ante variaciones en los precios de las prestaciones.

Entre las principales causas en el incremento en la demanda en salud a nivel mundial se señalan:

- . Incremento de la oferta, particularmente en dos áreas, diagnóstico y tratamiento y medicamentos (desarrollo de la industria farmacéutica).

- . Mayor demanda social, por mayor calidad de vida y por más información de parte de los pacientes.

- . Prolongación de la vida; por cada año que se incrementa la expectativa de vida, el gasto en salud se incrementa respecto al año anterior (pacientes longevos con tratamientos crónicos con enfermedades nuevas propias del deterioro del cuerpo producto del paso del tiempo).
- . Nuevas patologías y nuevos tratamientos para patologías viejas.
- . Presión inflacionaria superior en el área de salud que en el resto de los sectores económicos.
- . Prevención de mala praxis, los médicos tienden a generar un mayor gasto para prevenir posibles consecuencias legales.
- . Fallas de mercado, entre otras podemos mencionar: fenómeno del tercer pagador monopolios, asimetría de la información, etc.

Análisis de la situación en Argentina

De acuerdo con lo analizado en la sección anterior, vamos a detenernos ahora en la situación de salud de la República Argentina.

Para ellos debemos analizar lo referido a

- 1) las *Políticas de Salud*, para determinar qué papel desempeña el estado en salud;
- 2) el *Estado de la Salud*, en lo referente a la esperanza de vida de la población, condiciones económicas, sociales, educativas;
- 3) el *Sistema de Salud*, que nos permita entender que acciones el estado y la sociedad desarrollan en salud.

La definición de la mejor *Política de Salud* es un cuadro complejo en lo referente a la formulación de políticas públicas en Argentina; diversas características provenientes de la particular definición que tiene la organización federal, sindical, tecnológica, productiva y laboral, hacen que se dificulte aún más. Argentina gasta en torno al 10% de su PIB en servicios públicos de salud, seguros sociales y privados, donde se observan conflictos de intereses que entorpecen la determinación de los objetivos e instrumentos de las políticas públicas.

El mercado de salud combina niveles de gasto alto con asimetría informativa, donde muchas veces la solución a una problemática mediante una modalidad de intervención pública puede derivar en nuevas deficiencias que, a su vez, requerirán de intervención pública adicional.

Debe tenerse en cuenta que las políticas surgidas luego de la crisis de 2001–2002 representan una nueva etapa, ya que los años posteriores a esa crisis fueron considerados de emergencia sanitaria. Durante este período se han puesto en marcha programas para limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos.

La política nacional de medicamentos, que incluye la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, el programa Remediar, el plan Nacer, combinan elementos de política compensatoria, expansión de cobertura e incentivos por resultados en un sistema altamente descentralizado; esta característica de sistema descentralizado muchas veces dificulta la articulación de políticas de salud.

También debemos considerar los llamados Hospitales de Autogestión, a cuyo sistema han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Este procedimiento permite que los hospitales puedan recuperar los costos de lo invertido en las prestaciones brindadas a pacientes con obras sociales. Lo recaudado vuelve al efector con mayor calidad e incentivando al personal para que siga prestando la atención de la misma manera.

El objetivo principal de estos hospitales es absorber funciones administrativas tales como el sistema de compras, la administración, y el manejo de los servicios auxiliares; con la posibilidad de facturar y captar recursos adicionales a través de convenios con terceros o celebrando contratos de provisión de servicios (como oferente) y de adquisición de insumos, bienes o servicios (como demandante). La idea central es la captación de fondos propios provenientes de

la atención a franjas adicionales de pacientes con capacidad de pago que permitan ampliar la cobertura y mejorar la calidad hacia pacientes de menores recursos.

Esta experiencia de los hospitales de autogestión descentralizados, no llega a cumplir hoy con los objetivos planteados en materia de captación de recursos adicionales; es decir que el porcentaje de hospitales que facturan sus servicios se encuentra por debajo del 20%. (fuente: [Datos Abiertos del Ministerio de Salud - Facturación de Hospitales Públicos de Gestión descentralizada - Agosto 2019](#)).

Cabe recalcar que el sector público tiene a toda la población como potenciales beneficiarios, la oferta de servicios públicos para la atención de la salud es un programa universal y no existe normativa que restrinja a los titulares de algún tipo de seguro o a las personas con capacidad de pago utilizar los servicios públicos de salud. Un efectivo funcionamiento del sistema conllevaría a que los pacientes que contaran con algún tipo de obra social, prepaga o seguro médico y decidieran atenderse en un hospital público, dichos servicios médicos sean debidamente facturados y esos fondos propios generados por la articulación administrativa eficiente, redundaría en beneficios para ese hospital en particular.

Si nos detenemos ahora a analizar el *Estado de Salud*, para definir el cuadro de situación actual del país, se deben analizar distintas variables demográficas y estructurales, las cuales ayudan a entender en parte la demanda al sistema sanitario.

Para medir la salud de la población, se deben analizar indicadores tales como la tasa de mortalidad, morbilidad, esperanza de vida al nacer, condiciones económicas, sociales y educativas.

La primera variable por analizar, son los indicadores demográficos. Estos indicadores muestran la evolución de la pirámide población a lo largo de los siglos y permiten determinar por ejemplo como fue variando la esperanza de vida de la población (marcado aumento a lo largo de los siglos, que afecta la incidencia de las enfermedades), como fue modificándose la cantidad de embarazos a términos con neonatos nacidos vivos (disminución de la fecundidad) y un marcado descenso en la tasa de mortalidad infantil.

Según los últimos datos oficiales del CENSO 2010, para la Argentina se observa la prolongación de los años de vida de la población con la consecuente implicancia en lo relacionado con el tratamiento de enfermedades prevalentes en la población añosa, como así también la mejora en la esperanza de vida al nacer.

El prolongar la esperanza de vida, conlleva a que la población desarrolle nuevas enfermedades lo cual repercute en el sistema sanitario como una demanda adicional que estresa al sistema y utiliza recursos adicionales de atención médica. No solo en lo referido a equipamiento y medicación específica sino también en lo referido al desarrollo del recurso humano capaz de tratar de manera eficiente dichas patologías las cuales comienzan a tener una prevalencia e incidencia dentro de la población.

Según los Indicadores Básicos Argentina 2019, elaborados por el Ministerio de Salud de La Nación, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, los indicadores demográficos demuestran lo anteriormente planteado. Es decir, mejora en la tasa de esperanza de vida al nacer y aumento de la esperanza de vida de la población en general.

Donde:

1. *Población total estimada. Ambos sexos, 2017. Proyecciones en base a resultados definitivos del Censo Nacional de la Población, Hogares y Vivienda 2010. INDEC.*
2. *Cantidad de nacidos vivos.*
3. *Porcentaje de la población de menores de 15 años. (aprox. 11 millones)*
4. *Porcentaje de población de 65 años y más. (aprox. 5 millones)*
5. *Tasa global de fecundidad.*
- 6a. *Porcentaje de población urbana total; 6b: varones; 6c: mujeres.*
7. *Tasa media de crecimiento anual de la población (2001 – 2010).*
8. *Esperanza de vida al nacer en 2008 – 2010 (en años). Ambos sexos.*

9. Esperanza de vida al nacer en 2008 – 2010 (en años). Hombres

10. Esperanza de vida al nacer en 2008 – 2010 (en años). Mujeres

Cuadro 1: INDICADORES DEMOGRAFICOS

	1	2 ^(*)	3	4	5	6a	6b	6c	7	8	9	10
REPÚBLICA ARGENTINA	44.044.811	704.609	24,8	11,0	2,28	91,0	90,1	91,6	11,4	75,34	72,08	78,81
CABA	3.063.728	35.840	20,0	16,1	1,86	100,0	100,0	100,0	4,5	77,17	74,11	80,43
Buenos Aires	17.020.012	262.721	24,7	11,5	2,32	97,2	96,8	97,4	13,8	75,18	71,87	78,69
Catamarca	404.433	6.392	25,5	9,3	2,23	77,1	75,4	78,8	10,7	75,96	73,27	78,85
Córdoba	3.645.321	54.804	23,3	12,0	2,16	89,7	88,2	90,0	8,5	75,75	72,48	79,23
Corrientes	1.090.938	19.987	26,6	9,2	2,38	82,8	81,4	84,2	7,2	74,41	71,49	77,54
Chaco	1.168.165	23.125	28,0	7,8	2,41	84,6	83,2	85,9	7,8	72,85	69,50	76,41
Chubut	587.956	9.023	25,6	8,5	2,27	91,2	90,4	92,0	23,6	75,97	72,25	79,96
Entre Ríos	1.347.508	21.966	24,4	11,3	2,22	85,7	84,4	86,9	7,3	74,98	71,22	78,98
Formosa	589.916	11.591	28,4	8,3	2,52	80,9	79,1	82,6	9,6	73,93	71,08	76,98
Jujuy	745.252	11.785	26,8	8,5	2,29	87,4	86,3	87,6	10,8	74,82	71,76	78,08
La Pampa	349.299	4.979	23,4	12,4	2,18	83,2	82,4	85,2	7,1	76,20	73,10	79,51
La Rioja	378.047	5.895	24,9	8,4	2,11	86,5	85,7	87,2	15,8	75,33	72,31	78,57
Mendoza	1.928.304	31.420	25,2	11,4	2,34	80,9	79,6	81,8	10,8	76,33	73,49	79,36
Misiones	1.218.771	25.738	29,2	7,3	2,59	73,8	72,1	75,3	14,9	74,21	70,95	77,69
Neuquén	637.913	10.397	26,2	8,2	2,36	91,6	90,8	92,6	17,0	77,29	74,06	80,75
Río Negro	718.646	11.513	24,8	9,9	2,23	87,1	85,8	88,2	16,3	76,35	73,53	79,36
Salta	1.370.283	27.014	29,1	8,0	2,59	87,1	86,0	87,9	13,3	74,86	71,71	78,22
San Juan	755.994	13.705	26,5	10,0	2,48	87,1	85,9	88,1	10,6	75,23	72,68	77,95
San Luis	489.225	7.225	24,9	10,2	2,21	88,7	87,2	89,2	18,2	76,13	73,14	79,33
Santa Cruz	338.542	5.747	28,0	6,0	2,45	96,1	94,7	97,5	37,6	75,32	71,47	79,43
Santa Fe	3.453.674	53.206	22,6	12,4	2,06	90,9	90,1	91,3	7,0	75,10	71,31	79,13
Sgo. del Estero	948.172	17.783	27,8	8,6	2,40	68,7	66,9	70,4	9,3	74,25	70,88	77,84
Tierra del Fuego	160.720	2.718	25,6	5,2	2,17	98,8	98,3	99,3	26,0	76,98	74,24	79,92
Tucumán	1.633.992	27.369	26,6	9,2	2,37	80,8	79,5	81,5	8,8	75,12	72,23	78,20

Fuente: Indicadores Básicos 2019 – Ministerio de Salud de la Nación

Si analizamos ahora los Indicadores Socioeconómicos, estos muestran que existe una disparidad en lo referido a acceso a servicios tales como agua potable y cloacas. El 83% de la población argentina tiene acceso al agua potable pero solo el 53% tiene conexión a la red cloacal.

Referido al acceso a la educación, el analfabetismo de ciudadanos mayores de 10 años es de alrededor del 2 %, no existiendo una diferencia entre los géneros.

Referido a las necesidades básicas, más del 12% de la población no llega a cubrirlas.

Cabe aclarar que los datos anteriormente analizados datan del último censo oficial realizado en la Argentina. Estos valores, según los últimos indicadores de pobreza y desocupación actual, y como opinión, tienen la potencialidad de encontrarse aumentados.

Cuadro 2: INDICADORES SOCIOECONOMICOS

	1	2	3	4	5	6	7
REPÚBLICA ARGENTINA	0,894	12,5	1,9	2,0	1,9	83,9	53,1
CABA	0,885	7,0	0,5	0,5	0,5	99,6	98,2
Buenos Aires	0,837	11,2	1,4	1,4	1,3	75,1	47,6
Catamarca	0,844	14,5	2,0	2,1	1,9	93,1	44,4
Córdoba	0,846	8,7	1,5	1,7	1,3	91,9	38,3
Corrientes	0,825	19,7	4,3	4,6	4,0	87,1	53,4
Chaco	0,816	23,2	5,5	5,4	5,6	76,5	26,4
Chubut	0,863	10,7	2,0	1,9	2,0	96,4	77,7
Entre Ríos	0,845	11,5	2,1	2,5	1,8	90,4	69,8
Formosa	0,822	25,2	4,1	3,7	4,4	76,8	31,5
Jujuy	0,834	18,1	3,1	2,0	4,2	94,5	60,8
La Pampa	0,854	5,7	1,9	2,1	1,6	87,1	59,0
La Rioja	0,833	15,5	1,8	2,1	1,6	93,7	51,1
Mendoza	0,846	10,3	2,2	2,2	2,1	90,5	63,1
Misiones	0,829	19,1	4,1	4,0	4,2	71,9	18,6
Neuquén	0,853	12,4	2,3	2,3	2,3	93,6	72,1
Río Negro	0,844	11,7	2,5	2,5	2,4	92,1	61,1
Salta	0,830	23,7	3,1	2,7	3,6	91,2	62,1
San Juan	0,838	14,0	2,1	2,4	1,8	93,2	29,5
San Luis	0,849	10,7	1,8	2,1	1,6	94,5	60,2
Santa Cruz	0,861	9,7	1,1	1,1	1,1	97,2	82,4
Santa Fe	0,846	9,4	1,8	1,9	1,6	84,4	50,3
Sgo. del Estero	0,817	22,7	4,0	4,3	3,7	75,8	21,9
Tierra del Fuego	0,887	14,5	0,7	0,7	0,7	94,2	89,3
Tucumán	0,838	16,4	2,5	2,8	2,2	88,8	46,6

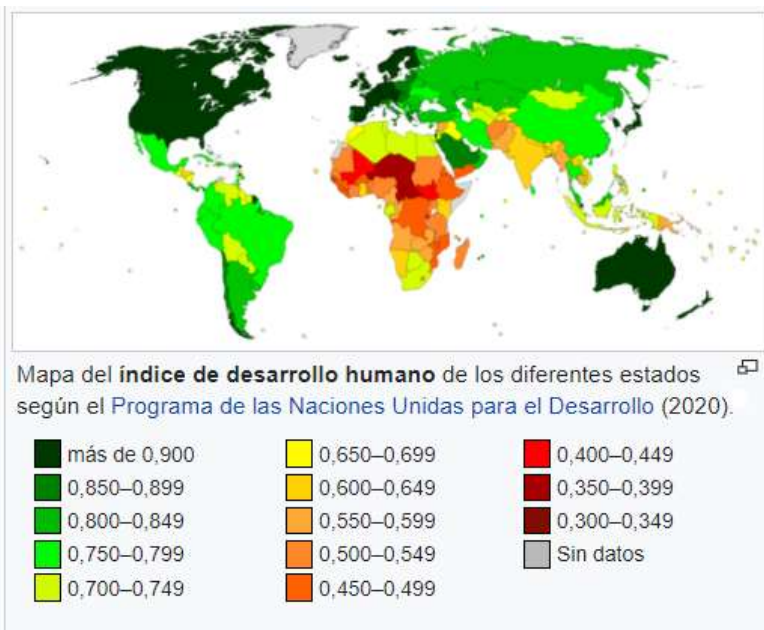
Fuente: Indicadores Básicos 2019 – Ministerio de Salud de la Nación

Donde:

1. *índice de desarrollo humano, PNUD (2016)*
2. *Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, INDEC (2010).*
3. *Porcentaje de población de 10 y más años en condiciones de analfabetismo. Total.*
4. *Porcentaje de población de 10 y más años en condiciones de analfabetismo. Varones.*
5. *Porcentaje de población de 10 y más años en condiciones de analfabetismo. Mujeres.*
6. *Porcentaje de hogares con agua corriente.*
7. *Porcentaje de hogares con desagüe cloacal.*

A título informativo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que se publica desde 1990, se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno. Según los datos, la Argentina se encontraría dentro de un IDH alto (figura 1).

División	Comprende	Color
Muy alto	62 países	■
Alto	54 países	■
Medio	37 países	■
Bajo	36 países	■



Por último, analizando ahora lo referido al *Sistema de Salud*, debemos mencionar que el mismo es relativamente nuevo.

Recién a mediados de la década del 40, el sector público comenzó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector, con la creación del Ministerio de Salud, la expansión de la oferta pública, el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas y el fortalecimiento de la intervención del estado en la organización del sector. Argentina siguió un doble patrón y, al igual que muchos países de la región, la cobertura estuvo a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social, además del privado.

El sector de salud argentino se caracteriza por su fragmentación, falta de coordinación y articulación lo cual dificulta la conformación de un sistema de salud en el sentido estricto de la palabra y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.

El sector salud de Argentina se caracteriza, en consecuencia, por ser muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios. El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), niveles entre los cuales no existe una adecuada coordinación.

Los trabajadores privados 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*.

Los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias están asegurados en las *obras sociales provinciales*. Otro aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como *PAMI*. Y, por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga.

A modo de resumen, la información básica sobre población con derecho a cobertura en cada uno de los segmentos del sector se muestra en la tabla siguiente. Los porcentajes no deben ser

sumados ya que existe superposición entre la población correspondiente a cada uno de los diferentes segmentos, originada en la múltiple cobertura de la población.

Tabla 1

SUBSECTORES Y POBLACION CUBIERTA					
	Subsector Gobierno	Obras Sociales Nacionales y Otras	INSSPyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales	Seguros Voluntarios
Poblacion de referencia	Total de la Poblacion	Obligatorios: trabajadores formales y familiares a cargo voluntarios:	Jubilados y pensionados nacionales, conuyges, hijos,	Empleados publicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas rprovinciales	Asociados voluntarios
Poblacion	45,376,763	17,584,171.00	3,774,212.00	6,225,086.00	4,074,602
Porcentaje		39%	8%	14%	9%

Fuente: Congreso Argentino de Salud

Los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud. Por este motivo, la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales los lineamientos del nivel nacional sólo tienen un valor indicativo. Por lo que cobra especial relevancia la negociación de acuerdos entre la Nación y las provincias en el marco del COFESA (Consejo Federal de Salud).

Según datos presentados por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), 45% de la población argentina, estimado en 18 millones de personas, recibe atención médica en una obra social, el 40 % en un hospital público y sólo el 8,3% contrata servicios de medicina prepaga, según reveló un informe del Congreso Argentino de Salud.

En tanto, que el 8,3%, que equivale a 3,4 millones de personas, contrata servicios particulares de medicina prepaga o mutuales y un 8%, alrededor de 3,2 millones, está afiliado al PAMI.

La segmentación del sistema y la ausencia de articulación impiden contar con un registro unificado de población asegurada.

Respecto a la distribución geográfica de la población que cuenta con cobertura de seguros de salud, a nivel nacional, aproximadamente el 64% de la población cuenta con algún tipo de cobertura; pero si se analizan individualmente cada una de las regiones, encontramos que en la Región Centro y Región Patagónica son las que presentan mayor porcentaje de población cubierta, siendo las Regiones del Norte del país las que menos población con cobertura presentan.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
REPÚBLICA ARGENTINA	166.082	10.278	8.422	27.626	5.342	20.026	1.553	8.993	172.502	36,1
Región Centro	114.359	5.271	3.861	13.504	3.729	8.636	860	3.901	125.409	32,7
CABA	22.133	1.647	851	1.166	174	886	42	120	40.138	17,7
Buenos Aires	61.950	2369	1.944	7.000	2.190	4.208	436	2.068	48.910	35,4
Córdoba	13.812	320	297	2.333	646	1.482	178	699	16.881	32,9
Entre Ríos	4.961	363	266	885	164	568	69	360	4.236	35,7
Santa Fe	11.503	572	503	2.120	555	1.492	135	654	15.244	31,7
Región Cuyo	11.426	1.288	1.074	3.706	422	3.008	104	945	12.450	39,0
La Rioja	1.874	240	192	349	56	279	35	232	1.525	38,1
Mendoza	5.255	677	585	2.051	221	1.715	26	408	6.845	37,0
San Juan	3.001	222	164	807	102	632	18	168	2.498	44,0
San Luis	1.296	149	133	499	43	382	25	137	1.582	39,6
Región Noroeste	18.029	1.731	1.572	4.468	416	3.587	216	2.049	13.929	44,6
Catamarca	1.954	176	249	515	70	410	40	319	1.062	39,1
Jujuy	2.686	368	258	600	50	537	22	331	1.795	45,2
Salta	4.540	509	437	911	99	678	61	485	3.352	47,6
Sgo. del Estero	3.406	288	357	800	87	692	55	568	1.836	55,9
Tucumán	5.443	390	271	1.642	110	1.270	38	346	5.884	36,5
Región Noreste	12.949	1.111	967	2.818	425	2.213	209	1.390	9.943	50,9
Corrientes	3.631	464	375	645	96	531	53	322	3.549	48,4
Chaco	3.854	252	296	892	112	742	55	396	2.808	57,9
Formosa	2.083	115	49	453	77	349	41	284	1.209	56,9
Misiones	3.381	280	247	828	140	591	60	388	2.377	43,6
Región Patagónica	9.319	877	948	3.130	350	2.582	164	708	10.769	30,1
Chubut	2.021	175	194	485	70	392	34	155	2.025	27,3
La Pampa	1.201	72	120	413	56	324	36	88	1.243	32,3
Neuquén	2.357	242	230	1.220	103	1.029	30	181	2.784	34,7
Río Negro	2.208	211	204	476	84	387	36	191	2.755	34,4
Santa Cruz	1.172	146	151	257	27	208	23	58	1.131	16,9
T. del Fuego	360	31	49	279	10	242	5	35	831	21,5

Fuente: Indicadores Básicos 2019 – Ministerio de Salud de la Nación

Donde:

1. Número total de camas habilitadas (Registro Federal de Establecimientos de Salud).
2. Número de camas pediátricas habilitadas en establecimientos asistenciales.
3. Número de camas de obstetricia habilitadas en establecimientos asistenciales.
4. Número total de establecimientos asistenciales.
5. Número de establecimientos asistenciales con internación.
6. Número de establecimientos asistenciales sin internación.
7. Total de establecimientos asistenciales del subsector oficial con internación.
8. Total de establecimientos asistenciales del subsector oficial sin internación.
9. Número de médicos. Elaboración del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud con base en datos de la Red Federal de Registros Profesionales en Salud.
10. Porcentaje de la población NO cubierta con obra social o plan médico. Base de datos del INCEC.

Dentro del subsector correspondiente a la seguridad social se encuentran numerosas instituciones que muestran, también, importantes diferencias entre sí.

La seguridad social está compuesta por aproximadamente 280 Obras Sociales Nacionales (OSN), otras Obras Sociales como las correspondientes al personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI (jubilados y pensionados). Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.

Son muchos los elementos que deben ser incorporados el diagnóstico sobre la cobertura y organización de los servicios de salud en Argentina.

Referida a la oferta de servicios en las diferentes provincias argentinas, esta puede ser descripta, en forma sintética, a partir de los indicadores más convencionales de médicos por habitantes, habitantes por cama y su combinación, los médicos por cama en cada provincia, considerando la totalidad de la oferta a cargo de los subsectores público, seguridad social y privado.

De acuerdo con los números reportados, a nivel país se corresponde un médico por cada cama habilitada en el sistema de salud (Cuadro 3), demasiado elevado de acuerdo con los estándares internacionales. Referido a las camas disponibles, es una cama cada 270 habitantes y referido al número total de profesionales médicos, se corresponde un médico cada 260 habitantes.

Ello puede ser leído como muestra y a la vez resultado de los problemas de eficiencia en el sector. Por un lado, la múltiple cobertura tiene su reflejo en un uso ineficiente de los recursos humanos, por el otro, y vinculado con lo anterior, la falta de patrones claros en la política de recursos humanos del sector, así como la puja distributiva hacia el interior del gremio médico, determina una variedad de especialidades que atenta contra un uso adecuado de los recursos humanos.

Gasto en Salud

El gasto total en salud se encuentra alrededor del 10% del PIB en 2019 (último dato oficial disponible), siendo su estructura distributiva la que se presenta en la tabla 2.

En comparación con otros países de la región se observa que los niveles de gasto resultan elevados. Ello responde, principalmente, a la casi universalidad de la cobertura y a la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población.

Tabla 2

GASTO EN SALUD EN ARGENTINA				
	2008		2019	
	% PIB		% PIB	
Gasto en Salud Pública	2.19	21%	2.7	29%
<i>Nacional</i>	0.34		0.42	
<i>Provincial</i>	1.52		1.87	
<i>Municipal</i>	0.33		0.41	
Gasto en Seguridad Social en Salud	3.09	30%	3.9	41%
<i>Obras Sociales Nacionales</i>	1.59		2.01	
<i>INSSJyP</i>	0.75		0.95	
<i>Obras Sociales Provinciales</i>	0.74		0.93	
Gasto en Salud Privado	4.92	48%	2.8	30%
<i>Seguros Privados</i>	1.46		0.83	
<i>Pagos Directos</i>	3.46		1.97	
Total Gasto en Salud	10.2		9.4	

Fuente: Gasto público y Seguridad social: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica. Gasto privado: Estimaciones de la OMS del Global Health Observatory.

Se suele considerar a la totalidad del gasto en seguridad social como público. En rigor de verdad, y más allá del carácter compulsivo de los aportes, solo pertenecen a la órbita de instituciones públicas el PAMI, las Obras Sociales Provinciales y la porción de aportes a las Obras Sociales Nacionales que financian el Fondo Solidario de Redistribución.

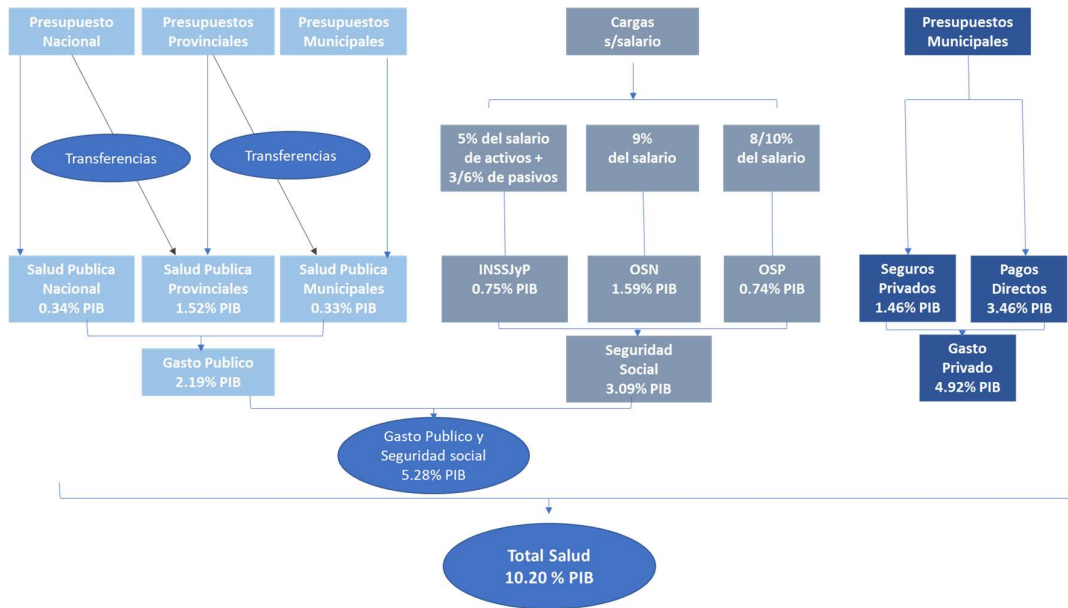
Puede observarse que se ha incrementado significativamente el gasto en seguridad social en salud y lo referente a gasto privado a caído marcadamente en los últimos 10 años.

Es posible visualizar el elevado grado de fragmentación institucional del sistema de salud argentino cuando se consideran cada uno de los subsectores en los cuales se encuentra dividido. El gráfico siguiente muestra lo mencionado anteriormente.

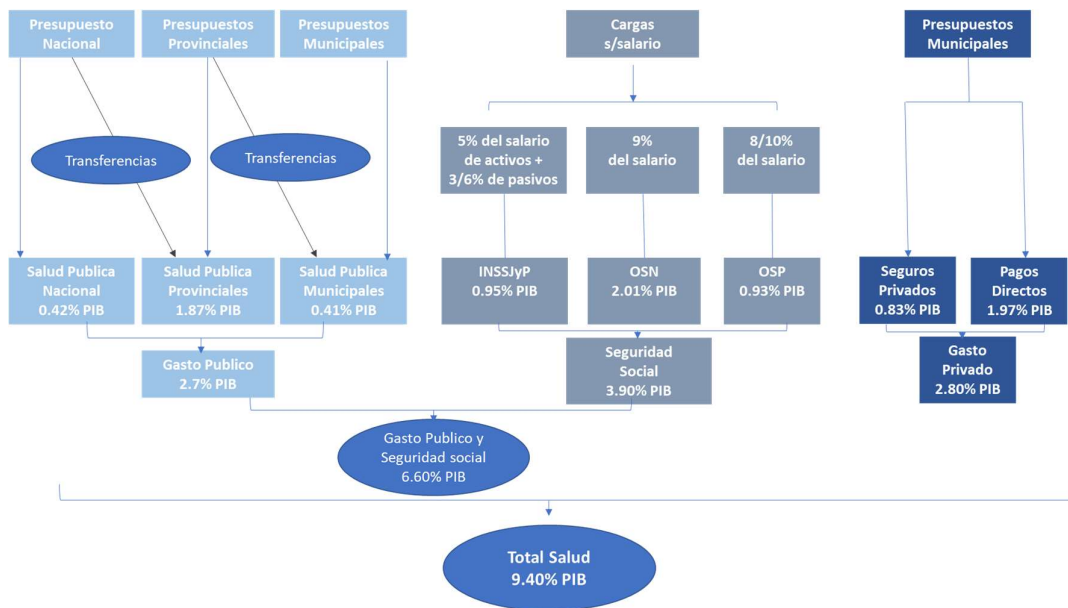
Un aspecto particular y de suma relevancia para ilustrar sobre los problemas de eficiencia refiere a las múltiples coberturas a la que tienen acceso los habitantes del país. Las mayores dificultades se encuentran en la actualización de las bases de datos de los beneficiarios de las OSP y los asociados a la medicina prepaga en forma voluntaria.

(Figura 2. Fuente Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, del Ministerio de Economía, y la OMS. La información de gastos de bolsillo es estimada por la OMS.)

Figura 2- 2008: GASTO EN SALUD AÑO



2019: GASTO EN SALUD AÑO



DISCUSIÓN

La escasa disponibilidad de datos actualizados en lo referente a población y gastos en salud, así como también la posibilidad de desagregar los datos referidos a que parte de la población se encuentra afectada por algún tipo de seguro médico, dificultan el análisis exhaustivo y preciso de la información. Lamentablemente se deben inferir los datos y concluir análisis en base a supuestos teóricos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos analizados anteriormente, el sistema de salud argentino se destaca por una baja Performance teniendo en cuenta la cantidad de recursos con los que cuenta, resaltando la escasez de enfermeras (datos oficiales del Sistema de Información Sanitario Argentino (SISA) hay 179.170 enfermeros matriculados), el exceso de médicos y la mala distribución de los recursos e infraestructura. Sin embargo, y en particular en lo que respecta a los datos proporcionados por la OMS/UNPD para la Argentina se hacen algunas salvedades en cuanto a los valores informados, a la desigual frecuencia de los registros de cada una de las variables y a la imposibilidad en muchos casos de desagregarlas de acuerdo con los tipos de cobertura a los que accede cada ciudadano (público, privado y seguridad social).

Se resaltan problemas en la estructura y composición de los equipos de recursos humanos, donde los médicos constituyen un grupo hegemónico.

La distribución geográfica de los mismos está muy distorsionada, observándose una gran concentración en los grandes centros urbanos, como consecuencia de las mayores posibilidades en lo que se refiere a oportunidades laborales y desarrollo profesional.

Por otro lado, el nivel de camas está bastante cercano al óptimo, aunque aquí también se observan altos grados de dispersión en la distribución.

A pesar de que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud (del 10% del PIB en el año 2008 y del 9,4% en el año 2019 con una marcada reducción por parte del gasto privado) son cuantiosos, la persistencia de viejos problemas y la emergencia de nuevos desafíos obligan a encarar reformas que mejoren la eficiencia y la equidad del sistema.

Por último, se destacan las grandes diferencias en cuanto a acceso a servicios de saneamiento mejorados y de abastecimiento de agua, como en lo que se refiere al PBI per cápita.

En consecuencia, la organización de los servicios de atención de la salud en Argentina padece tres tipos de fragmentaciones que obstaculizan la construcción de un sistema equitativo: fragmentación de derechos, regulatoria y territorial.

Los procesos de descentralización ocurridos en Argentina no tuvieron las motivaciones clásicas de las reformas que tratan de resolver vía la descentralización los problemas de revelación de preferencias mediante la participación de los ciudadanos en la definición de las políticas y, adicionalmente, no fueron precedidos de las necesarias previsiones en materia de coordinación de las políticas y compensación entre regiones, lo que ha terminado agravando los problemas de equidad distributiva al interior del país. La orientación de estas políticas se relaciona con la necesidad de hacer más eficiente el gasto público, combinando la búsqueda de una mejor atención a un menor costo fiscal.

En el caso de la atención de la salud se presentan dificultades particulares como la imposibilidad de sostener que la provisión de bienes y servicios en una jurisdicción no afecta el bienestar de poblaciones vecinas (externalidades). Y, por otra parte, existen importantes razones en contra de la total descentralización, teniendo en cuenta, en particular, la existencia de fuertes

disparidades entre las necesidades, las capacidades y los recursos disponibles en cada una de las provincias.

Si consideramos que, en la teoría económica convencional, en los modelos de crecimiento económico, el capital humano es exógeno a la solución del modelo y en los modelos económicos convencionales, lo que se haga en educación o en salud importa, pero en el largo plazo la economía va a converger en una cuestión que está determinada exógenamente por la tasa de crecimiento de la población.

Quedan entonces varios interrogantes sin resolver en lo relacionado a capital humano:

¿Cuál es la tasa óptima de inversión en capital humano?

¿Cuál es la importancia del gasto/inversión en salud como componente de la inversión en capital humano?

¿Cómo incorporar las decisiones de inversión en capital humano (educación y salud) en las discusiones sobre estrategias de crecimiento?

REFERENCIAS

1. Administración del sistema de salud de Argentina; Benchmarking nacional e internacional con utilización del Índice de Desarrollo y Eficiencia Sanitaria (IDES) y la matriz de Comparaciones Relativas - Levitin, Diego – 2011 - UBA
2. Propuesta de plan estratégico de mediano y largo plazo para construir un modelo argentino de salud: pes 2027 / Federico Tobar y Esteban Lifschitz. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2011.
3. Abramzon, M. (2002). —Elaboración de datos sobre recursos humanos en salud tomando como base el Catastro de Establecimientos y recursos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
4. Califano, Jorge Eduardo (2007). —El Financiamiento del Sistema de Salud Argentino. Ed. Dunken.
5. Tobar, Federico (2000). —El Gasto en Salud en Argentina y su método de cálculo. Buenos Aires: Ediciones Isalud.
6. Hamilton, Gabriela; Gastaldi, Nélica y Di Luca, Fernando (2000). —Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina|. Programa de Investigación Aplicada – Instituto Universitario Isalud.
7. Abramzon, M. (2002). —Elaboración de datos sobre recursos humanos en salud tomando como base el Catastro de Establecimientos y recursos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

8. Lembo, N.A.; Califano, J. E. (2003) —Economía y Salud]]. Volumen II. Buenos Aires: Editorial Dunekn.
9. Abramzon, M. (2005). “Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004”, Publicación N° 62, OPS, Buenos Aires.
10. Aportes para el desarrollo humano en Argentina / 2011 EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y SU TRAYECTORIA DE LARGO PLAZO: LOGROS ALCANZADOS Y DESAFIOS FUTUROS— Organización Panamericana de la Salud, PNUD, CEPAL
11. Tobar Federico (2000). —Herramientas para el análisis del sector salud]]. Medicina y Sociedad, volumen 23, número 2. Septiembre.
12. Valenzuela B., M. Teresa (2005). —Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. (septiembre) - www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/17/Pagina%20118.pdf
13. Samuelson, Paul A (2006). —Economía”. Mc Graw Hill.
14. Sánchez González, Miguel Ángel (2002). —Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico]]. Ed. Masson.
15. MÉDICE, André César. —Economía e financiamento do Setor Saúde no Brail. Sao Paulo. USP. 1994.
16. Del Prete, S.H. (2000) —Economía y Salud en tiempo de reformas]]. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata.

APÉNDICE I.

Indicadores demográficos

	1	2(*)	3	4	5	6a	6b	6c	7	8	9	10
REPÚBLICA ARGENTINA	44.044.811	704.609	24,8	11,0	2,28	91,0	90,1	91,6	11,4	75,34	72,08	78,81
CABA	3.063.728	35.840	20,0	16,1	1,86	100,0	100,0	100,0	4,5	77,17	74,11	80,43
Buenos Aires	17.020.012	262.721	24,7	11,5	2,32	97,2	96,8	97,4	13,8	75,18	71,87	78,69
Catamarca	404.433	6.392	25,5	9,3	2,23	77,1	75,4	78,8	10,7	75,96	73,27	78,85
Córdoba	3.645.321	54.804	23,3	12,0	2,16	89,7	88,2	90,0	8,5	75,75	72,48	79,23
Corrientes	1.090.938	19.987	26,6	9,2	2,38	82,8	81,4	84,2	7,2	74,41	71,49	77,54
Chaco	1.168.165	23.125	28,0	7,8	2,41	84,6	83,2	85,9	7,8	72,85	69,50	76,41
Chubut	587.956	9.023	25,6	8,5	2,27	91,2	90,4	92,0	23,6	75,97	72,25	79,96
Entre Ríos	1.347.508	21.966	24,4	11,3	2,22	85,7	84,4	86,9	7,3	74,98	71,22	78,98
Formosa	589.916	11.591	28,4	8,3	2,52	80,9	79,1	82,6	9,6	73,93	71,08	76,98
Jujuy	745.252	11.785	26,8	8,5	2,29	87,4	86,3	87,6	10,8	74,82	71,76	78,08
La Pampa	349.299	4.979	23,4	12,4	2,18	83,2	82,4	85,2	7,1	76,20	73,10	79,51
La Rioja	378.047	5.895	24,9	8,4	2,11	86,5	85,7	87,2	15,8	75,33	72,31	78,57
Mendoza	1.928.304	31.420	25,2	11,4	2,34	80,9	79,6	81,8	10,8	76,33	73,49	79,36
Misiones	1.218.771	25.738	29,2	7,3	2,59	73,8	72,1	75,3	14,9	74,21	70,95	77,69
Neuquén	637.913	10.397	26,2	8,2	2,36	91,6	90,8	92,6	17,0	77,29	74,06	80,75
Río Negro	718.646	11.513	24,8	9,9	2,23	87,1	85,8	88,2	16,3	76,35	73,53	79,36
Salta	1.370.283	27.014	29,1	8,0	2,59	87,1	86,0	87,9	13,3	74,86	71,71	78,22
San Juan	755.994	13.705	26,5	10,0	2,48	87,1	85,9	88,1	10,6	75,23	72,68	77,95
San Luis	489.225	7.225	24,9	10,2	2,21	88,7	87,2	89,2	18,2	76,13	73,14	79,33
Santa Cruz	338.542	5.747	28,0	6,0	2,45	96,1	94,7	97,5	37,6	75,32	71,47	79,43
Santa Fe	3.453.674	53.206	22,6	12,4	2,06	90,9	90,1	91,3	7,0	75,10	71,31	79,13
Sgo. del Estero	948.172	17.783	27,8	8,6	2,40	68,7	66,9	70,4	9,3	74,25	70,88	77,84
Tierra del Fuego	160.720	2.718	25,6	5,2	2,17	98,8	98,3	99,3	26,0	76,98	74,24	79,92
Tucumán	1.633.992	27.369	26,6	9,2	2,37	80,8	79,5	81,5	8,8	75,12	72,23	78,20

Nota: (*) Otros Países: 171 - Lugar no especificado: 2495

1. Población total estimada. Ambos sexos, 2017. Proyecciones en base a resultados definitivos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Dirección de Estadísticas Poblacionales, INDEC.
2. Cantidad de nacidos vivos, 2017. MS Serie 5 N° 60/17.
3. Porcentaje de población de menores de 15 años, 2017. Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC.
4. Porcentaje de población de 65 años y más, 2017. Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC.
5. Tasa global de fecundidad (proyecciones y estimaciones 2015). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC.
- 6a. Porcentaje de población urbana. Total. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC.
- 6b. Porcentaje de población urbana. Varones. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC.
- 6c. Porcentaje de población urbana. Mujeres. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC.
7. Tasa media de crecimiento anual de la población (0/00) (2001-2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC.
8. Esperanza de vida al nacer en 2008-2010 (en años). Ambos sexos.
9. Esperanza de vida al nacer en 2008-2010 (en años). Hombres.
10. Esperanza de vida al nacer en 2008-2010 (en años). Mujeres.

Indicadores de morbilidad

	Leptospirosis		Hantavirus		Chagas Agudo Vectorial		VIH ⁽¹⁾		Tuberculosis ⁽²⁾		Meningitis TBC en < 5 años		Tétanos		Sífilis Congénita	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2016	2017	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
REPÚBLICA ARGENTINA	136	108	100	115	0	0	5.576	3.881	10313	10449	12	22	8	6	1.216	1.081
Región Centro	118	90	58	46	0	0	3302	1951	7319	7253	10	17	5	3	828	669
CABA	2	0	0	0	0	0	894	436	1044	1113	3	6	4	1	66	112
Buenos Aires	40	45	44	25	0	0	1575	894	5168	4972	6	10	0	2	521	355
Córdoba	2	0	0	0	0	0	473	413	323	371	0	0	0	0	219	176
Entre Ríos	38	12	4	6	0	0	115	42	209	189	1	0	1	0	10	2
Santa Fe	36	33	10	15	0	0	245	166	575	608	0	1	0	0	12	24
Región Cuyo	0	1	0	0	0	0	468	400	269	272	0	0	1	0	27	73
La Rioja	0	0	0	0	0	0	14	2	31	22	0	0	0	0	0	1
Mendoza	0	0	0	0	0	0	281	264	156	165	0	0	0	0	1	37
San Juan	0	0	0	0	0	0	96	88	49	54	0	0	0	0	15	28
San Luis	0	1	0	0	0	0	77	46	33	31	0	0	1	0	11	7
Región Noroeste	2	9	32	45	0	0	753	737	1390	1601	1	0	0	1	156	157
Catamarca	0	1	0	0	0	0	51	11	19	34	0	0	0	0	3	25
Jujuy	1	0	15	7	0	0	163	201	403	415	0	0	0	0	15	10
Salta	0	3	16	38	0	0	243	230	695	784	0	0	0	0	71	79
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	38	21	90	108	1	0	0	0	17	3
Tucumán	1	5	1	0	0	0	258	274	183	260	0	0	0	1	50	40
Región Nordeste	10	3	0	1	0	0	334	231	972	946	0	4	2	2	134	129
Corrientes	3	1	0	0	0	0	105	30	204	190	0	0	1	0	48	95
Chaco	4	1	0	0	0	0	16	15	317	393	0	4	0	2	25	21
Formosa	0	0	0	0	0	0	68	73	234	191	0	0	0	0	10	2
Misiones	3	1	0	1	0	0	145	113	217	172	0	0	1	0	51	11
Región Patagónica	6	5	10	23	0	0	543	456	304	319	1	1	0	0	71	53
Chubut	3	0	6	18	0	0	116	44	89	104	0	0	0	0	6	9
La Pampa	0	2	0	0	0	0	69	66	43	44	0	1	0	0	36	33
Neuquén	2	2	1	3	0	0	120	126	45	29	0	0	0	0	6	3
Río Negro	1	1	3	2	0	0	130	101	64	65	1	0	0	0	20	2
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	63	84	53	66	0	0	0	0	3	4
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	45	35	10	11	0	0	0	0	0	2
Sin información	0	0	0	0	0	0	176	106	22	21	0	0	0	0	0	0