



CAEMe
Cámara Argentina de
Especialidades Medicinales

Cobertura, Riesgo y Prevención. Rol del Estado en Salud : Argentina 2003

Resumen Ejecutivo

Daniel Maceira¹

¹ Ph. D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y CONICET. Este documento sintetiza los principales hallazgos de un documento de investigación más amplio, disponible en www.danielmaceira.com.ar (Producción Académica). El mismo contó con el apoyo de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe). Se agradece la colaboración de Fernanda Villalba en la elaboración del documento, como así también la desinteresada provisión de la base de datos por parte del Dr. Jorge Raúl Jorrat y al área de Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación. El autor guarda entera responsabilidad por el análisis y las opiniones vertidas en el documento. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. Introducción

La heterogeneidad de cada uno de los subsectores que componen el modelo de salud argentino (público, seguridad social y privado) y la fragmentación de las instituciones que integran cada grupo, constituyen un complejo entramado de acciones e incentivos que no necesariamente resultan en una estrategia coordinada de salud.

Esta falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. De esta manera; la posibilidad de conformar un verdadero sistema de salud se ve cercenada. Ello provoca efectos nocivos sobre la estructura y condiciona las estrategias de atención, motivando no sólo la inducción de demanda, sino también la existencia de subsidios cruzados y transferencia de riesgos financieros y sanitarios.

2. Objetivo

En función de las debilidades del sistema de salud argentino expuestas anteriormente, el propósito del trabajo es dar respuesta a las siguientes hipótesis de investigación:

i) Comprobar la existencia de demanda inducida en consultas médicas, mediante el estudio de patrones de consumo de bienes y servicios de salud por parte de la población. Determinar la

importancia relativa de los factores asociados con la oferta y la demanda).

ii) Identificar si existen diferencias en los patrones tradicionales sobre salud, ingreso y educación, sexo y edad como factores explicativos y determinantes de la existencia de consultas cuando éstas se diferencian entre intervenciones preventivas y curativas.

iii) Identificar si la existencia de cobertura fomenta diferentes tipos de consulta.

iv) Establecer si el hospital/efector público posee una estrategia de protección de capital físico que genere externalidades a la sociedad.

Con el propósito de responder a estas preguntas, el documento utiliza como fuentes la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en Servicios de Salud (ENUG 03), elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2003 y la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1997 (ENGH 97), relevamiento llevado a cabo por el INDEC. Las mismas se complementan con información asociada con la organización del modelo de salud argentino y sus mecanismos de aseguramiento social y con las características sociodemográficas de la población.

3. Análisis de resultados

Como primer abordaje del tema se analiza, en base a la ENGH 97, la cobertura de salud por quintiles de ingreso per capita familiar.

Cuadro 1: Cobertura por Quintil.* Argentina, 1997.

COBERTURA DE SALUD	QUINTILES DE INGRESO PER CAPITA FAMILIAR					Total	
	I	II	III	IV	V		
Sólo Obra Social	a	2,400,893	3,358,834	3,129,346	3,018,716	2,448,030	14,355,819
	b	28.8%	52.0%	57.0%	61.7%	58.0%	48.8%
	c	16.7%	23.4%	21.8%	21.0%	17.1%	100.0%
Sólo Sistema Privado	a	238,328	426,473	571,042	737,368	921,003	2,894,214
	b	2.9%	6.6%	10.4%	15.1%	21.8%	9.8%
	c	8.2%	14.7%	19.7%	25.5%	31.8%	100.0%
Obra Social y Seguro Privado	a	47,290	146,364	184,373	246,535	482,671	1,107,233
	b	0.6%	2.3%	3.4%	5.0%	11.4%	3.8%
	c	4.3%	13.2%	16.7%	22.3%	43.6%	100.0%
Sólo Hospital Público	a	5,625,615	2,513,150	1,587,059	872,778	364,617	10,963,219
	b	67.5%	38.9%	28.9%	17.8%	8.6%	37.3%
	c	51.3%	22.9%	14.5%	8.0%	3.3%	100.0%
Resto (d)	a	4,055	7,231	11,017	10,856	6,158	39,317
	b	0.05%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%
	c	10.3%	18.4%	28.0%	27.6%	15.7%	100.0%
NS/NR	a	17,151	3,294	11,413	4,343	1,438	37,639
	b	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%
	c	45.6%	8.8%	30.3%	11.5%	3.8%	100.0%
Total	a	8,333,332	6,455,346	5,494,250	4,890,596	4,223,917	29,397,441
	b	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	c	28.3%	22.0%	18.7%	16.6%	14.4%	100.0%
Ingreso Medio	\$	71	155	246	392	937	300

Fuente: Elaboración propia en base a ENGH 1997-INDEC

(a) individuos

(b) en porcentaje sobre el total de individuos por quintil

(c) en porcentaje sobre el total de individuos con misma cobertura

(d) "Resto" refiere a categorías de cobertura distintas a las anteriores

* La clasificación en quintiles corresponde a los hogares

La cobertura formal de la población supera el 60% (48,8% obras sociales, 10% prepagas y 3,8% de la población con doble afiliación), en tanto 37,3% de los argentinos cuenta con el sistema público como único mecanismo de cobertura. Sin embargo, estos valores son disímiles entre grupos de ingreso: menos del 30% de los individuos del primer quintil cuentan con cobertura de obra social, en tanto este porcentaje se duplica en los tres quintiles de mayor ingreso. La cobertura de las prepagas (seguros privados) también aumenta con el ingreso, aunque en una proporción sensiblemente mayor: mientras que en el primer quintil sólo 2,9% abona una cobertura de este tipo, la proporción asciende al 21,8% en el quinto quintil.

3.1 Protección del Capital Físico

Desagregando por diferentes características socio-económicas, el Cuadro 2 brinda información acerca del número de consultas preventivas², el precio promedio de la consulta y la participación de éste último sobre el ingreso per cápita familiar.

Cuadro 2: Consultas Preventivas, Precio e Incidencia en el Ingreso per Cápita Familiar

Categorías	Desagregación	Control de embarazo y post-parto	Control general	Precio promedio de la consulta	% sobre ingreso per cápita familiar
Quintiles de ingreso per cápita	I	56%	4.5%	\$ 1.15	2.0%
	II	14%	19.0%	\$ 2.54	2.1%
	III	5%	13.8%	\$ 1.50	0.8%
	IV	11%	17.7%	\$ 2.49	0.8%
	V	11%	32.7%	\$ 4.15	0.3%
Nivel educativo	Primario completo	15%	13.5%	\$ 1.32	0.8%
	Secundario completo	15%	26.5%	\$ 4.14	0.6%
	Univ./ Sup. completo	19%	20.6%	\$ 1.77	0.4%
	18 a 29 años	62%	17.8%	\$ 2.14	2.4%
Grupo etéreo	30 a 44 años	38%	32.9%	\$ 3.32	0.7%
	45 a 64 años	0%	29.7%	\$ 1.94	0.6%
	65 y más años	0%	19.5%	\$ 1.56	0.7%

Fuente: Elaboración propia en base a ENUG 03

Del total de las consultas realizadas por adultos mayores de 18 años, el 26% corresponde al quinto quintil, seguido del primer y segundo quintiles (18.8% y 17.7%, respectivamente). Si bien estos tres niveles de ingreso son los que presentan mayor volumen de consultas preventivas, ellas se diferencian en su composición. En el primer y segundo quintiles predominan las consultas de salud reproductiva mientras que en el quinto quintil sobresalen los controles generales sin sentirse enfermo. El

² Se catalogaron como preventivas todas aquellas consultas cuyo motivo haya sido control de embarazo, post-parto y "chequeos médicos generales sin sentirse enfermo".

peso del gasto en consultas sobre el ingreso per capita disminuye a medida que este último se incrementa como se supone a priori.

Según la clasificación por nivel educativo, las consultas se encuentran distribuidas de modo similar entre categorías. El mismo análisis realizado por grupo etéreo concluye que el mayor porcentaje de las consultas preventivas se encuentra en los primeros rangos de edad entre 18 y 44 años asociado a controles de embarazo y post-parto. Estos dos grupos etéreos son los que evidencian mayor precio pagado por consulta.

3.2 Cobertura y Protección de Salud

Con el propósito de asociar la probabilidad de demanda de atención con el tipo de cobertura y fuente de atención, se presenta a continuación el Cuadro 3, que discrimina las consultas medicas en tres categorías: "preventivas", "curativas" y "estudios y análisis" según la existencia de cobertura y lugar de atención.

Cuadro 3: Tipo de Consultas según Cobertura y Lugar de Concurrencia

TIPO DE CONSULTA	COBERTURA				TOTAL
	SI		NO		
	PUBLICO	PRIVADO	PUBLICO	PRIVADO	
	A	B	C	D	
PREVENTIVA	139,327	1,369,661	614,204	84,013	2,207,205
	13.0%	29.6%	30.9%	25.4%	27.5%
CURATIVA	\$2.87	\$1.56	\$1.01	\$26.05	\$7.87
	927,112	3,092,831	1,338,989	211,510	5,570,442
ESTUDIOS Y ANALISIS	86.2%	66.8%	67.3%	64.0%	69.4%
	\$3.32	\$9.35	\$1.19	\$20.31	\$8.54
TOTAL	8,769	168,910	37,260	34,736	249,675
	0.8%	3.6%	1.9%	10.5%	3.1%
	\$0.00	\$5.78	\$0.75	\$2.68	\$2.30
	1,075,208	4,631,402	1,990,453	330,259	8,027,322
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	\$2.06	\$5.56	\$0.98	\$16.35	\$6.24

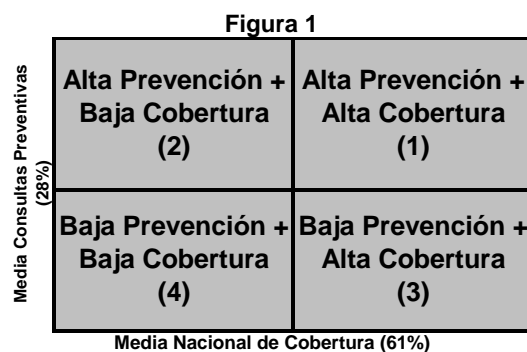
Fuente: Elaboración propia en base a ENUG 03

La mayor parte de las consultas médicas realizadas por mayores de 18 años se debió a razones curativas (69.4%). Este valor se incrementa considerablemente para las personas que con cobertura acudieron al sector público (86,2%), en contraste con el 67.3% representado por aquellos que sin cobertura consultaron al mismo sector. Ello sugiere la existencia de subsidios cruzados contra el sector público y un mayor sesgo preventivo de la autoridad sanitaria, en tanto su población "natural", las personas sin cobertura, cuenta con niveles de cuidados por controles mayores al promedio nacional.

En base al cuadro anterior se definen dos indicadores asociados con la probabilidad de transferencia de riesgo desde el sector de seguridad social y seguro privado hacia el sector público, comparando consultas preventivas y curativas respecto del total para la población con cobertura. Estos indicadores toman la forma de $(A/B)_{Prev.} / (A/B)_{Total}$ en consultas preventivas y $(A/B)_{Curat.} / (A/B)_{Total}$ en curativas. Dichos cocientes arrojan valores de 0.44 y 1.29 respectivamente, lo cual constituye una medida del diferencial de transferencia de riesgo (adverse selection) de los seguros al sector público. Sin embargo, este riesgo no se manifiesta monetariamente en los gastos de bolsillo por tipo de atención. Ello no se debe necesariamente a que los pacientes transferidos incurran en tratamientos menos costosos, sino que el riesgo financiero lo absorbe el Estado, al cobrar abonos de precio bajo o nulo (risk absorption).

El mismo Cuadro muestra que las personas sin cobertura que consultan al sector público son aquellas de bajos ingresos, en contraposición a los grupos que pagan su atención de bolsillo, alcanzando un diferencial en la relación C/D en consultas de todo tipo de 6.03, evidenciando los extremos de la distribución de ingreso: población sin cobertura (escasos recursos) versus provisión particular (muy altos ingresos). Ello define la gran brecha en los pagos de bolsillo. El Cuadro también sugiere la mayor probabilidad de inducción de demanda por causas curativas más que preventivas, aunque ello podría también estar asociado con características y motivos de consulta de la demanda, lo que será estudiado en el análisis de regresión.

La figura de cuatro cuadrantes, presentada a continuación, complementa el análisis previo. La misma muestra las medias nacionales de cobertura formal de seguros de salud, junto al promedio de consultas preventivas, estableciendo cuatro regiones en la protección del capital físico: la primera en el nordeste, refiere a una estrategia amplia de cuidado, tanto de corto plazo (aseguramiento) como de mediano plazo (prevención). El extremo opuesto ubica el fenómeno de mayor toma de riesgo.



A partir de esta figura la información tabulada en el Cuadro 4 permite ubicar a cada uno de los quintiles de ingreso en un cuadrante de protección de la salud.

Cuadro 4: Sesgo Preventivo y Cobertura de Salud por Quintiles de Ingreso per Cápita Familiar.

Quintiles de Ingreso	Controles	
	Consultas Curativas	Cobertura
I	8.5%	29.4%
II	28.0%	50.5%
III	21.9%	73.0%
IV	23.1%	67.5%
V	40.5%	85.2%
TOTAL	28.2%	61.1%

Fuente: Elaboración propia en base a ENUG 03

Considerando a los chequeos generales sin sentirse enfermo como representativos de consultas preventivas, en términos de las consultas curativas, se determina que el 20% más pobre de la población se ubica en el cuarto cuadrante de la figura anterior, muy por debajo de la media nacional de cobertura formal como del promedio de consultas preventivas.

En el segundo cuadrante se ubica el segundo quintil de ingreso, siendo ésta una zona por encima del promedio nacional de prevención pero que registra bajos niveles de cobertura. Los quintiles tercero y cuarto se agrupan en el tercer cuadrante, en tanto el grupo económicamente más rico de la población se posiciona en el primero de los cuadrantes -el mejor de los escenarios planteados- registrando niveles de cobertura y atención preventiva por encima de los promedios nacionales.

4. Implementación Econométrica

El objetivo de la presente sección es determinar cuál es la probabilidad de realizar consultas, tanto preventivas como curativas, mediante un modelo de regresión logístico, que adopta la siguiente forma:

$$P_i = F(X_i\beta),$$

Donde el vector X_i se asocia con características de la demanda, del tipo de institución proveedora y por la presencia o no de cobertura formal y β es el vector de coeficientes que surgen de la estimación.

Las variables explicativas empleadas son las siguientes:

- Ingreso per capita ajustado por adulto equivalente.
- Niveles de educación: variable categórica 1 (sin estudios) – 6 (Univ./Sup. Completo).
- 2 variables dummies, una para individuos de 40 años o más (toma valor uno) y otra que denota el género (siendo la categoría base, mujer).
- Dummy por Cobertura: existencia o no de seguro social.
- Dummy identificando a la consulta realizada en establecimiento público.

El Cuadro 5 que resume los resultados hallados para los casos de consultas preventivas y curativas.

Cuadro 5: Determinantes de Consultas de Salud

Variable	Consulta	
	Preventiva	Curativa
Ingreso per cápita ajustado	0.0003954 (0.00000236)	-0.0002655 (0.00000231)
Educación	0.2153895 (0.000631)	-0.2644683 (0.0005987)
Edad40	-0.5112147 (0.0019497)	0.485695 (0.0018413)
Género	-1.1060280 (0.0020754)	0.9554031 (0.0018807)
Efecto Público	-0.4525592 (0.0026265)	0.5110537 (0.002467)
Cobertura	-0.4881035 (0.0026955)	0.5973943 (0.0025571)
Constante	-1.0154650 (0.004104)	0.8502827 (0.0038427)
Nº de Observaciones	7,895,433	7,895,433
LR chi(6)	756989.27	864317.97
Prob> chi2	0.0000	0.0000

Todos los coeficientes resultan significativos al 1%
Error standard entre paréntesis

Los resultados obtenidos confirman que la existencia de cobertura no promueve la atención preventiva, dado que el signo de su coeficiente asociado es negativo. Contrariamente, en las atenciones de índole curativa la existencia de seguro social tiene impacto positivo.

En concordancia con lo mencionado anteriormente, este ejercicio muestra el sesgo curativo del sector público como consecuencia del riesgo transferido hacia este tipo de proveedor de servicios de salud.

5. Gasto de Bolsillo

El Cuadro 6 desagrega los motivos de consulta por tipo y por proporción sobre el gasto total de bolsillo en salud, mostrando en la última columna el precio promedio abonado por tipo de consulta.

Cuadro 6: Gasto Promedio por Consulta según Tipo de Atención

Tipo de Atención	TODO	UNA PARTE	NADA	Gasto Medio de Consulta
% Cons. por Tipo				
Psicólogo	42.6%	15.8%	41.6%	\$61.18
Dentista	29.5%	22.3%	48.2%	\$36.83
Tratamiento ambulatorio	24.3%	20.2%	55.5%	\$25.76
Medicamentos	68.1%	27.4%	4.5%	\$24.92
Fonoaudiólogo	25.2%	19.5%	55.3%	\$17.43
Exámenes	12.0%	26.3%	61.7%	\$15.32
Consultas	16.5%	14.3%	69.1%	\$11.55
TOTAL	41.3%	22.8%	35.9%	\$27.57

Fuente: Elaboración propia en base a ENUG 03

Claramente, el mayor precio promedio está dado por el pago en concepto de honorarios a psicólogos, seguido por el de dentista con un valor promedio de consulta de \$61.18 y \$36.83, respectivamente; siendo en casi la mitad de los casos financiados totalmente por el paciente.

El gasto en medicamentos y en tratamientos ambulatorios se encuentra cercano al gasto promedio total, con \$24.92 y \$25.76, respectivamente. Sin embargo, en el caso de medicamentos un 68.1% de los individuos afrontan la totalidad del gasto, en tanto sólo un 4.5% lo adquiere sin efectuar desembolso alguno.

6. Conclusiones

Del estudio de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en 2003 surgen las siguientes conclusiones:

La atención preventiva del adulto sano aumenta con el ingreso, demostrando que el capital físico es protegido paralelamente a la generación de capital monetario.

El 70% de la población acude al sistema de salud por razones curativas y, sólo el 27.5% lo hace por controles preventivos. Asimismo, se identifica un relativo sesgo preventivo del sector público con respecto al de aseguramiento social y privados: la tasa de cuidados curativos de individuos sin protección formal y atención pública supera el promedio de la muestra para todo el sistema.

De lo anterior se deduce que la cobertura no estimula la atención preventiva, aunque sí la curativa. Ello sugiere que el sistema de incentivos monetarios capitados no es suficiente para promover cambios en el modelo de atención.

Asimismo, el precio promedio de bolsillo por consulta preventiva sigue los patrones de gasto global conocido (menor desembolso unitario y mayor incidencia en los ingresos para los grupos pobres). Ello demuestra que el sistema de salud no propicia incentivos claros para la prevención.

Finalmente, el gasto de bolsillo se dirige al pago de especialidades médicas en modo significativo. En cuanto al gasto promedio de bolsillo en medicamentos, si bien el mismo se acerca a la media de los otros grupos de desembolsos en salud, constituye el rubro con mayores desembolsos totales por parte del paciente (68.1%).

7. Ficha Técnica

La Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en Servicios de Salud fue elaborada por la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación entre los meses de julio y agosto de 2003.

Este instrumento es un relevamiento por encuestas a una muestra nacional de 2.317 personas de todas las edades, destinado a evaluar aspectos de utilización y gastos en servicios de salud, con especial énfasis en el uso y gasto en medicamentos, complementando dicha información con características sociodemográficas de la población. La misma contiene la última información disponible sobre el particular con representatividad a nivel nacional. Es una encuesta que actualiza y relaciona los contenidos, por un lado, de la Encuesta de Condiciones de Vida 2001 (SIEMPRO) y, por otro, de la Encuesta de Gasto de los Hogares (INDEC) llevada a cabo en 1997.

Hasta la fecha es el único instrumento informativo que permite analizar los patrones generales de utilización y gasto de las familias posteriores a la crisis del 2001/02. Por diseño y tamaño muestral no permite comparaciones interprovinciales/regionales. Sin embargo, su apertura por "motivo de atención" y "tipo de enfermedad" facilita la identificación por tipo de consulta y lugar de atención.

El cuestionario de esta encuesta permite conocer durante el año 2003 la existencia de consultas, el motivo de las mismas, el lugar de realización, y si existió cobertura y pago de bolsillo. Del mismo modo, se pregunta sobre la existencia de internación y la necesidad de utilización y compra de medicamentos, y la fuente de financiamiento en ambos casos. Asimismo, indaga sobre la existencia de diagnósticos relacionados con enfermedades de tratamiento prolongado permitiendo determinar el peso relativo del gasto de bolsillo por tipo de enfermedad.

8. Referencias Bibliográficas:

Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1997. INDEC.

Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares en Servicios de Salud, 2003. Ministerio de Salud de la Nación.

Grossman, M., 1972, "On the Concept of Health capital and the demand for Health", Journal of Political Economy, Vol.80, Nº 2, pp. 223-255.

Maceira, D., 2002, "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", Serie Seminarios Salud y Política Pública, Documento de Trabajo Nº7, CEDES, Argentina.

Maceira, D., 2004, "Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: El Caso Argentino", Serie Seminarios Salud y Política Pública, Documento de Trabajo Nº6, CEDES, Argentina.

Morales, E., 1988, "Canasta Básica de Alimentos – Gran Buenos Aires". Documento de Trabajo Nº 3, INDEC/IPA.

Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2003, Indicadores Básicos.