

# **Gasto en salud en Argentina**

## **Análisis para 2017-2022**

**abril 2025**



## Autoridades

### Presidente de la Nación

**Dr. Javier Milei**

### Ministro de Salud

**Dr. Mario Iván Lugones**

### Secretario de Gestión de Salud

**Dr. Alejandro Vilches**

### Director Nacional de Economía de la Salud

**Lic. Alejandro Sonis**

### Equipo de trabajo (por orden alfabético)

Tomas Cocconi

Luciano Pezzuchi

Valeria Scuffi

Humberto Silva

Carlos Vallejos

María José Varco

María Clara Zerbino

## Agradecimientos

Marisa Clara Wierny (Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)

Natalia Soledad Martínez (Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos del Ministerio de Economía de la Nación)

## Contenido

Introducción.....	3
El sistema de salud argentino .....	3
Metodología y datos .....	5
Limitaciones.....	6
Resultados .....	8
Gasto total en salud en relación al PIB.....	8
Gasto en salud por financiador.....	10
Reflexiones finales.....	12
Referencias .....	14

## Introducción

En Argentina, desde una perspectiva de las finanzas públicas, la Salud es considerada una función, y junto con otras funciones tales como Previsión Social, Educación, Cultura, Ciencia y Técnica; Promoción y Asistencia Social, entre otras; componen a la finalidad Servicios Sociales. Medir los recursos que un país destina para financiar la producción y provisión de bienes y servicios de salud debe ser un componente básico del análisis y evaluación integral de los sistemas de salud. Disponer de una medición integral, sistemática y consistente es esencial para la toma de decisiones en políticas de salud, dado que permite direccionar los recursos de manera estratégica y evaluar la equidad y eficiencia del gasto, toda vez que pueda ser combinada con otros indicadores sanitarios que den cuenta de los resultados alcanzados.

Si bien, a lo largo del tiempo se han impulsado en el país diferentes iniciativas para implementar una medición integral, sistemática y consistente del gasto en salud bajo un esquema ordenador, ya sea en el marco del sistema de cuentas nacionales o del sistema cuentas en salud de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), no ha sido posible, hasta el momento, la institucionalización y sistematización de tales iniciativas.

No obstante, desde el año 2019, el trabajo conjunto de la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) con la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos del Ministerio de Economía de la Nación (MECON), posibilitó medir con regularidad el gasto en salud para Argentina.

Dando continuidad a ese trabajo sistemático, este documento en primer lugar presenta las revisiones de las estimaciones del gasto en salud para el período 2017-2021<sup>1</sup>, basadas en nuevos datos disponibles. Y además, incorpora la estimación para el año 2022, analizando su relación con el Producto Bruto Interno (PBI) y desglosándolo por fuente de financiamiento: pública, seguridad social y privada. Asimismo, actualiza los datos previamente publicados e integra la información correspondiente a 2022.

## El sistema de salud argentino

El sistema de salud de Argentina se distingue por su organización particular, estructurada en tres subsectores: público, seguridad social obligatoria (obras sociales) y privado. Estos subsectores difieren en el origen de su financiamiento, el modelo de gestión, la cobertura, la provisión de bienes y servicios de salud, y los beneficiarios atendidos, lo que contribuye en una marcada complejidad del sistema. A su vez, la falta de integración entre los distintos subsectores público y privado y la fragmentación existente al interior de cada uno de ellos completa los rasgos del sistema.

El subsector público lo componen la Nación, las provincias y los municipios por lo que el gasto en salud se consolida a través de la interacción y agregación del gasto de los tres niveles de gobierno. Si bien, el subsistema público de salud asegura la cobertura de los servicios públicos de salud a toda la población, su utilización es mayor en aquellas personas que exclusivamente acceden a esta cobertura por no poseer cobertura formal por obra social o prepaga.

Este subsector se hace cargo en forma prácticamente exclusiva de las tareas relacionadas a la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, infecto-

<sup>1</sup> <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/gasto-en-salud-en-argentina-2017-2021>

contagiosos, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencias y atención básica, cubriendo geográficamente todo el país. El hospital público es, aún hoy, en muchos lugares, el único servicio accesible -geográfica y/o económica para determinados sectores de población (Cetrángolo & Devoto, 2002)

El subsector de la seguridad social, está compuesto por las Obras Sociales Nacionales (OSN) comprendidas en la Ley 23.660, las de regímenes especiales como las de las universidades, la de los poderes legislativos y judicial, la de las fuerzas armadas y de seguridad, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI), y las Obras Sociales Provinciales (OSP), entre otras.

Existen 292 OSN que brindan cobertura de salud a trabajadores en relación de dependencia que se desempeñan en distintos ámbitos privados o la administración pública nacional y a sus grupos familiares, así como, a monotributistas (MSAL, 2023)

El INSSJP-PAMI es la obra social más grande de Latinoamérica, otorgando cobertura a 5 millones de jubilados y sus familiares a cargo, pensionados y veteranos de guerra.

Las OSP son 24 y brindan cobertura a empleados públicos que prestan servicios en las administraciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a sus familiares y en algunos casos a adherentes voluntarios.

Por último, el subsistema privado está compuesto por 674 entidades de medicina prepaga, entre las que se registran 283 Sociedades Comerciales, 220 Mutuales, 87 Obras Sociales con planes de adhesión o superadores, 40 Asociaciones Civiles, 27 Cooperativas, 5 Fundaciones, 1 Unipersonal y 11 Federaciones Médicas, Colegios Profesionales, Sindicatos o Fideicomisos (MSAL, 2023).

Debe mencionarse que el sector privado brinda cobertura de seguros a los sectores de altos ingresos que tienen acceso a la cobertura privada en función de sus propias capacidades de pago, así como a otros sectores sociales que, contratan seguros privados que brindan cobertura total o parcial (Cetrángolo & Goldschmit, 2018).

Desde el punto de vista del financiamiento, el subsector privado está organizado desde la siguiente perspectiva : (i) en su mayoría, aquellas personas que tienen cobertura de una obra social nacional derivan sus aportes a estas entidades (pasando o no por una obra social intermediaria) y que adicionan a estos un pago directo voluntario; (ii) empleados y familiares de empresas que contratan los servicios de estas entidades para sus trabajadores; y (iii) afiliados voluntarios principalmente de ingresos medio-altos mediante una contratación directa. Además, se considera el gasto de bolsillo en bienes y servicios de salud financiado por los hogares.

Al considerar el origen de los recursos necesarios para su financiamiento, el gasto en salud se puede clasificar en:

1. **Gasto público:** Corresponde al gasto del Estado, en sus diferentes niveles de gobierno (en el caso de Argentina es nivel el nacional, provincial y municipal), cuyos recursos provienen de fondos del Tesoro (impuestos, contribuciones y préstamos).
2. **Gasto de la seguridad social:** Corresponde al gasto de instituciones de seguridad social y de seguros obligatorios de empleados, financiado mediante recursos provenientes de aportes y contribuciones de empleados y empleadores (privados o públicos) y aportes del Estado Nacional en el caso de INSSJP-PAMI y de los Estados provinciales en el caso de las OSP.
3. **Gasto privado:** Incluye el gasto por primas de los seguros voluntarios o los pagos complementarios para alcanzar un plan médico superador, pagos directos o de

bolsillo de las familias, gasto en programas de salud proporcionados por los empleadores privados y gasto en actividades relacionadas con atención de la salud de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH). En los dos primeros casos, los recursos provienen de las familias, el gasto que realizan las empresas privadas destinado a acciones o prestaciones de salud para sus empleados se financia con recursos de tales empresas, y finalmente el gasto de las ISFLSH se financian con recursos provenientes de filantropía, de individuos o de fundaciones y/o empresas.

## Metodología y datos

En la elaboración del presente informe se utiliza la clasificación funcional de salud (ICHA-HC) sugerida en el manual metodológico del SHA 2011, donde se establecen los límites de las actividades de la atención a la salud considerando servicios de salud “todas las actividades cuya finalidad principal sea la mejora, mantenimiento y prevención del deterioro en la salud de las personas, así como para mitigar las consecuencias de la enfermedad, mediante la aplicación de conocimientos calificados [médicos, paramédicos, y de enfermería, que incluye a la medicina tradicional, complementaria y alternativa (MTCA)]” (OMS, 2022).

A partir de las diferentes clasificaciones propuestas en SHA 2011, el documento intenta estimar el gasto desde la clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud (ICHA-HF). Siendo que los esquemas de financiamiento de la salud son las principales modalidades de financiamiento a través de las cuales la población obtiene los servicios de salud. Los esquemas de financiamiento incluyen pagos directos de los hogares por los bienes y servicios y acuerdos de financiamiento con terceros (OMS, 2022).

**Tabla 1. Clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud**

Código	Descripción
<b>HF.1</b>	<b>Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios</b>
<b>HF.1.1</b>	Esquemas gubernamentales
<b>HF.1.2</b>	Esquemas de seguros obligatorios contributivos
<b>HF.2</b>	<b>Esquemas voluntarios de pago de servicios de salud</b>
<b>HF.3</b>	<b>Gasto directo de los hogares</b>
<b>HF.4</b>	<b>Esquemas de financiamiento del resto del mundo</b>

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2022).

Dentro de esta clasificación, tanto el gasto público (Esquemas gubernamentales - HF.1.1) como el de la seguridad social (Esquemas de seguros obligatorios contributivos - HF1.2), se contabilizan dentro de la categoría “Esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios” (HF.1), mientras que el gasto privado, por no ser obligatorio ni contributivo, lo integran los “Esquemas de pago voluntario de servicios de salud” (HF.2), el “Gasto directo de los hogares” (HF.3) y los “Esquemas de financiamiento del resto del mundo” (HF.4).

Para estimar el gasto en salud se utilizaron las cifras de Gasto de Consumo Final en Salud, provistas por la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) para el periodo 2017-2022. Adicionalmente, para desagregar el gasto total en salud según subsistema financiador –sector público y de seguridad social– se utilizan los datos consolidados del gasto público por finalidad y función a nivel nacional, provincial y municipal publicados por la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos de la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación (MECON)<sup>2</sup>. Por último, el gasto privado fue obtenido por diferencia entre el gasto total en salud y el gasto del subsistema público y el de la seguridad social. Para esto, fue necesario redefinir los límites de salud, incorporando el denominado gasto de consumo colectivo del gobierno, no incluido en la estimación de gasto en salud de INDEC y que sí debería formar parte del gasto en salud siguiendo las recomendaciones del SHA 2011.

Por su parte, la estimación del INDEC, se realiza siguiendo las recomendaciones del manual de Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) (2008: 9.98) que especifica la diferencia entre consumo individual y colectivo. En donde, los gastos realizados por el gobierno (en cualquiera de sus tres niveles) relacionados con servicios individuales tales como los de salud y enseñanza, deben ser tratados como colectivos cuando se refieren a la formulación y administración de la política gubernamental, a la fijación y aplicación de normas públicas, a la regulación, habilitación o supervisión de los productores, etc. Este es el caso, por ejemplo, de los gastos realizados por el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales ya que se refieren a asuntos de política, regulación y normas de carácter general.

Retomando la clasificación funcional de salud (ICHA-HC), “la administración es una actividad incluida en los bienes y servicios de salud (...)" (OMS, 2022). De este modo, se establece como parte del concepto “salud” las categorías de gobernanza y administración que realizan por ejemplo los ministerios de salud o las empresas de seguros de salud. En este sentido se incluyen como actividades que forman parte del gasto en salud las siguientes:

- Gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7.1), necesaria para el diseño, gestión y control de la política de la salud;
- Administración del financiamiento de la salud (HC.7.2), necesaria para administrar el proceso de financiación de la salud

Entonces, estos componentes que no son considerados como gastos de consumo en salud en las estimaciones del INDEC (sino como un consumo colectivo del gobierno general), son incorporados al redefinir los límites sectoriales sobre la base de las estimaciones del MECON, de modo tal que el gasto total incluya tanto el consumo individual como el colectivo (gubernamental).

## Limitaciones

Para estimar el gasto total en salud y las desagregaciones presentadas, como se describió anteriormente, se utilizó como marco conceptual para las definiciones, las recomendaciones metodológicas del SHA 2011. Esto genera un primer desafío, dado que, las fuentes de información empleadas se sustentan en metodologías de análisis que son

<sup>2</sup>

<https://www.argentina.gob.ar/economia/politicaeconomica/macroeconomicas/gastopublicoconsolidado>

utilizadas con fines diferentes y por tal motivo son construidas para responder a preguntas disímiles y especialmente con distintas delimitaciones para la definición de “salud”. Por ende, esto explica, entre otras cuestiones, las diferencias en cuanto a la inclusión, o no, de los denominados gastos de consumo colectivos, o de los gastos de capital.

Dos aspectos inherentes al nivel de fragmentación que presenta el sistema de salud argentino es el doble o triple aseguramiento que posee parte de la población y la transferencia de fondos desde las obras sociales nacionales a las empresas de medicina prepaga a partir de la derivación de aportes de los afiliados. Ambas cuestiones tienen consecuencias en las estimaciones del gasto en salud por subsectores. La más importante tiene que ver con la transferencia de fondos entre subsectores que el método de estimación no pueda estar capturando. La estimación del gasto de las OSN por parte de MECON se hace desde los aportes y contribuciones que reciben las mismas, esto es, sus ingresos, ya que al ser organizaciones sin fines de lucro todo ingreso se destina a la función salud. La posterior derivación entre OSN y una EMP es un acuerdo entre privados para brindar y acceder a una cobertura superior que en la práctica no se estaría logrando medir desde esta metodología, con una consecuente sobreestimación del gasto de las OSN y una subestimación del gasto privado.

Otro aspecto a tener en consideración es que, la metodología propuesta en el SHA 2011, establece la separación del gasto corriente en salud y el de capital. En este caso, dado que, el gasto de consumo en salud del INDEC solo incluye las erogaciones corrientes, y las mediciones del gasto público consolidado en salud (GPCS) del Ministerio de Economía contempla adicionalmente el gasto de capital, no fue posible descontar el gasto de capital de las estimaciones del GPCS mientras que no se incluye el gasto de capital del sector privado. En este sentido podría considerarse que se establece una sobrevaloración de la participación del gasto público en detrimento del gasto privado.

Finalmente, dentro del gasto privado, no fue posible disponer de una mayor desagregación que permita conocer el gasto que realizan los hogares, pudiéndose diferenciar, por un lado, el pago voluntario de cuotas de seguros, y por el otro el pago que se corresponde con el gasto de bolsillo. Este nivel de análisis, permitiría avanzar en el análisis de aquellos gastos que podrían significar barreras de acceso a los bienes y servicios de salud. Las últimas estimaciones considerando la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) 2017-2018 encuentran que el gasto en salud de los hogares resultó en un 6,4% del gasto total y un 4,9% del ingreso total de los hogares. En particular, el gasto de bolsillo representó el 64,5% del gasto total en salud, lo que significó el 4,2% y el 3,2% del gasto y del ingreso total de los hogares, respectivamente (Varco, et al., 2022).

Asimismo, no se cuenta con información con respecto al aporte de las instituciones sin fines de lucro, o el gasto de empresas diferentes a las de medicina prepaga que también realizan gastos en bienes y servicios de salud.

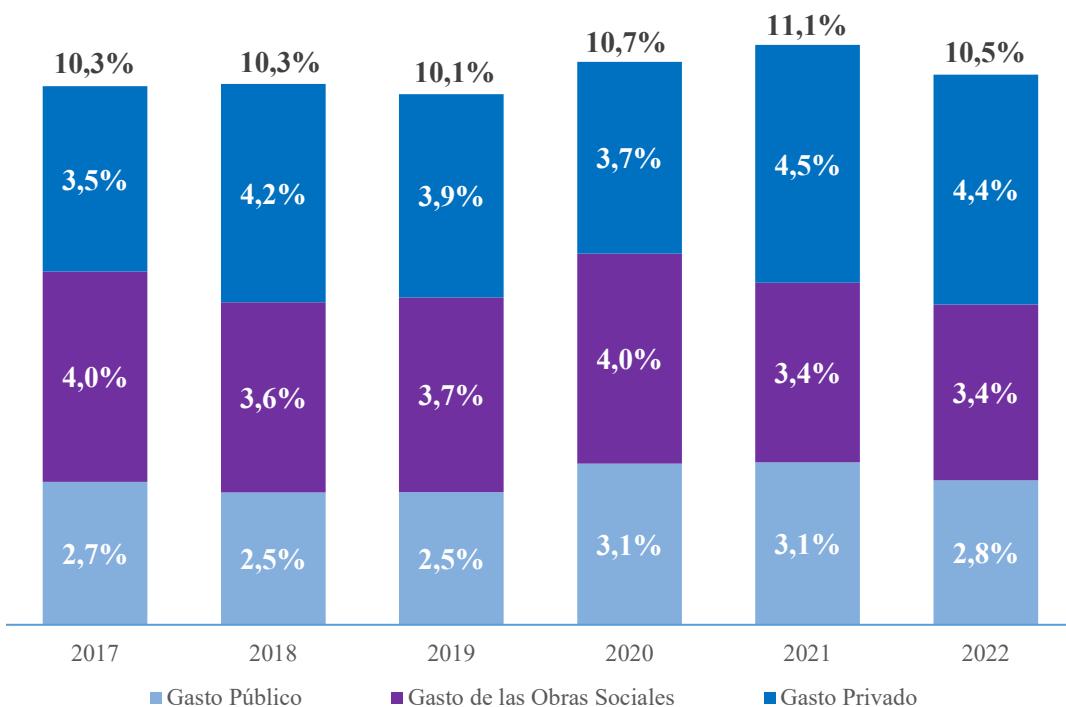
Sin embargo, teniendo en cuenta las consideraciones realizadas al inicio de este documento, se entiende que, ante la falta de datos más ajustados y habiéndose explicitado las limitaciones de la metodología propuesta, prevalece la utilidad de contar con una aproximación al gasto en salud en el país y de seguir trabajando para reducir las limitaciones que aún persisten.

## Resultados

### Gasto total en salud en relación al PIB

Entre 2017 y 2022, el gasto total en salud en relación con el Producto Interno Bruto (PIB) se mantuvo relativamente estable entre 10%-11%; con los valores más altos observados durante los años 2020 y 2021 (10,9% y 11% respectivamente), periodo caracterizado por la pandemia de COVID-19, y el mínimo valor observado en 2019 del 10,1%.

**Gráfico N° 1: Gasto en salud como porcentaje del PIB según financiador. Periodo 2017-2022.**



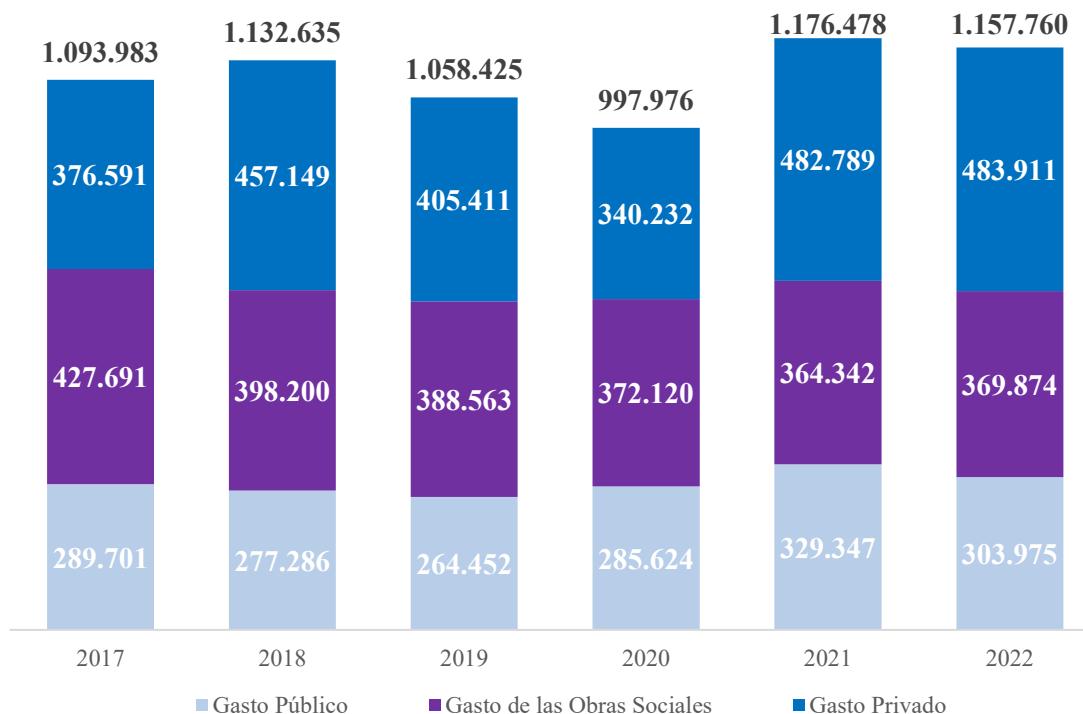
Fuente: Elaboración propia con base en INDEC y MECON.

En el año 2022, el gasto total en salud ascendió a \$ 8.675.141 millones (en valores corrientes), de los cuales el 26,3% corresponde al gasto consolidado del sector público, que incluye las erogaciones de la administración central, las provincias y los municipios (\$2.277.697 millones). El gasto de la seguridad social, representó un 31,9% (\$2.771.482 millones) mientras que el gasto privado representó el 41,8% restante (\$ 3.625.961).

Con el objetivo de analizar la evolución del gasto en salud durante el periodo de referencia en términos reales, esto es, sin considerar el efecto del componente inflacionario, se emplean valores constantes y valores en dólares.

Analizando la evolución a valores constantes de 2017, se observa que el gasto total en salud en el año 2022 se incrementó un 5,8% con respecto al año 2017 y un 16,1% con respecto al año 2020, año en el cual se evidenció el menor valor de gasto total.

**Gráfico N° 2: Gasto en salud según financiador, en millones de pesos contantes 2017-2022. Periodo 2017-2022.**



Fuente: Elaboración propia con base en INDEC y MECON.

Al analizar el gasto público en particular, se observa un aumento en su participación en los años 2020 y 2021, con valores que superaron el 28% del total del gasto en salud, frente a los años previos donde se evidenció una participación promedio del 25,3%. Esto se explica principalmente por el incremento del gasto del gobierno nacional, en ese bienio en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, en un 23,9% y 68,6% en términos reales, respectivamente, respecto del 2017.

Luego, en el año 2022 se observa una disminución de la participación del gasto público del 7,7% con respecto al año anterior explicada por una caída del 36,1% del gasto del gobierno nacional.

Asimismo, en el periodo analizado, para los últimos tres años se observan incrementos reales en los gastos de los gobiernos provinciales, y en los dos últimos años en los gastos de los gobiernos municipales.

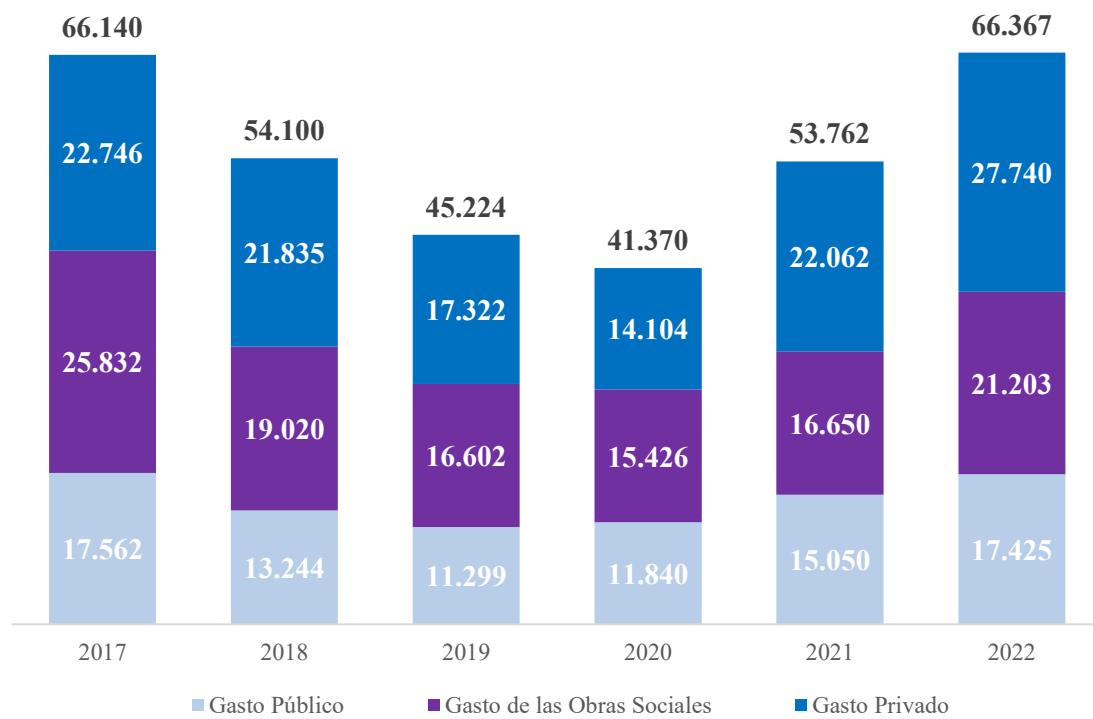
Un comportamiento diferente se evidencia en las Obras Sociales, donde se observa una caída sostenida del gasto anual en términos reales hasta el año 2021 (14,8% con respecto al año 2017) y un cambio en la tendencia en el 2022 con un crecimiento de 1,5% con respecto al año anterior. Esto último se vio impulsado por el crecimiento del 2,4% del gasto de las OSN (incluido el INSSYJP-PAMI y las de Régimen especial) con respecto al año anterior. Por su parte las OSP durante todo el periodo estuvieron marcadas por una caída sostenida del gasto en términos reales, solo con un leve crecimiento anual del 1,7% durante el año 2021.

Una mayor variabilidad se observa en el comportamiento del sector privado que registró una variación anual positiva del gasto real en el año 2018 y nuevamente en 2021 y 2022,

alcanzando en este último año el valor más alto de la serie, implicando un aumento del 28,5% con respecto al año 2017.

Asimismo, analizando la evolución del gasto de salud en dólares, se aprecia que durante el período se comporta en forma de U, siendo el 2020 el año de menor gasto. En el último año se observa una recuperación cercana a los valores del año 2017 (0,3% por encima), liderado este incremento por el crecimiento del 22% del gasto privado y 2,2% del gasto público del gobierno nacional, lo que permitió compensar la disminución en el resto de los gastos públicos (provincial y municipal) y en el gasto de las obras sociales.

**Gráfico N° 3: Gasto en salud según financiador, en millones de dólares. Periodo 2017 –2022.**



Fuente: Elaboración propia con base en INDEC y MECON.

### Gasto en salud por financiador

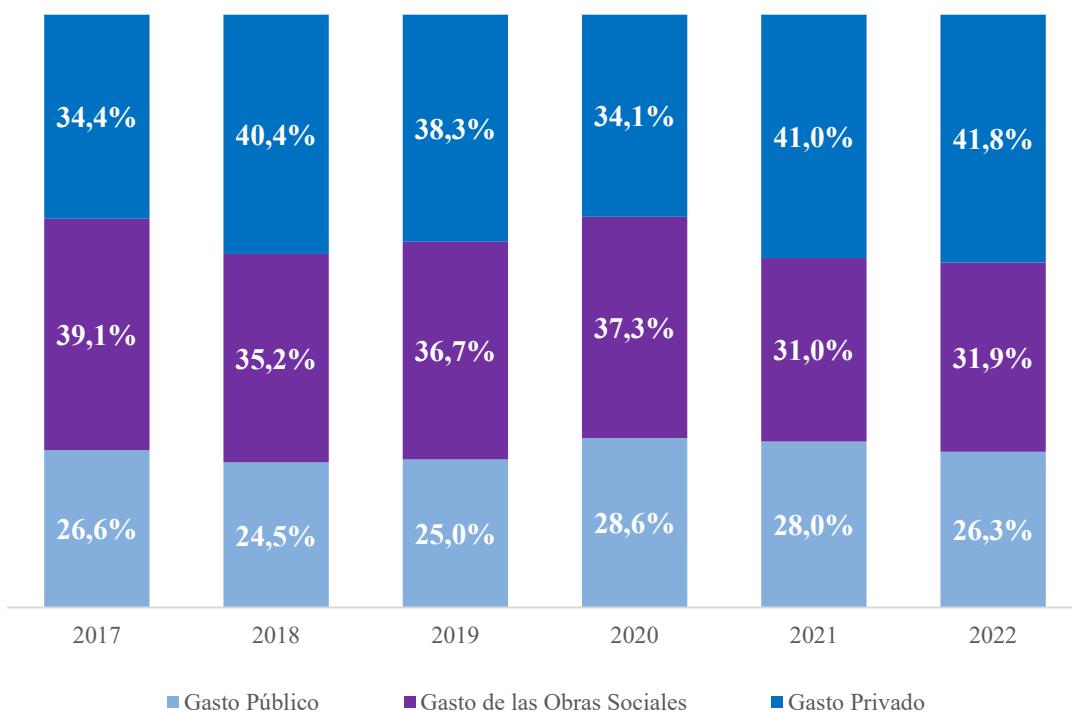
Al descomponer el gasto en salud por financiador, se destaca una mayor participación relativa correspondiente al gasto privado en cuatro de los seis años analizados y una mayor participación relativa correspondiente a la seguridad social en los dos años restantes.

En particular, el gasto privado superó el 41% de participación en los últimos dos años, siendo el máximo porcentaje el alcanzado en 2022 (41,8%).

Como se observó, el financiamiento de la seguridad social, en valores constantes absolutos, muestra una declinación a lo largo del período, con una pequeña reversión en el último año. Analizando su comportamiento en términos porcentuales, el gasto en seguridad social no logra recuperar su mayor participación observada en el primer año de análisis (39,1%), siendo en el año 2021 su menor peso relativo. Esto se debería, en parte, a la caída en términos reales de los salarios de los empleados que resultan en los ingresos de las obras sociales.

El financiamiento público tuvo su participación más baja (24,5%) en 2018, permaneciendo relativamente estable en torno al 25% al año siguiente, mientras que en los años 2020-2021 registró un significativo incremento alcanzando una participación superior al 28%.

**Gráfico N° 4: Participación porcentual de cada financiador en el gasto total en salud. Periodo 2017 –2022.**



Fuente: Elaboración propia con base en INDEC y MECON.

Como se observa a continuación en la tabla 2, en el sector público son las provincias las que presentan mayor proporción relativa de gasto (entre el 61% y 67%). Esto se explica por el ordenamiento federal argentino, donde las provincias son autónomas y mantienen todas las funciones no delegadas explícitamente al gobierno federal, entre ellas la atención de la salud de su población, que se conserva como competencia originaria de las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por mandato constitucional.

Dentro del gasto de los seguros contributivos y obligatorios, son las OSN (incluido el INSSYJP-PAMI y las de Régimen especial) las que más contribuyen al gasto total, lo que puede explicarse por la cantidad de beneficiarios que concentran, en función de que ofrecen servicios a lo largo de todo el territorio nacional, alcanzando a cerca del 75% de los beneficiarios de la seguridad social con un nivel de gasto per cápita más elevado en relación a las OSP.

Asimismo, se puede apreciar que las estructuras descriptas previamente se mantuvieron relativamente estables entre el año 2017 y 2022, destacándose durante los años 2020 y 2021 la mayor participación del gasto del gobierno nacional a expensas de la participación de los otros niveles subnacionales.

**Tabla 2: Composición del gasto de “Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios” (HF.1). Periodo 2017 –2022.**

Gasto	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Gasto Público</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Gasto Gobierno Nacional	17,0%	16,7%	15,6%	21,4%	25,3%	17,5%
Gasto Gobierno Provincial	67,2%	66,6%	67,0%	64,5%	60,9%	66,6%
Gasto Gobierno Municipal	15,8%	16,7%	17,4%	14,0%	13,8%	15,9%
<b>Gasto de las Obras Sociales</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Obra Sociales Nacionales	75,8%	74,8%	74,7%	76,1%	75,2%	75,8%
Obra Sociales Provinciales	24,2%	25,2%	25,3%	23,9%	24,8%	24,2%

Fuente: Elaboración propia con base en INDEC y MECON.

## Reflexiones finales

En el período analizado 2017-2022, Argentina exhibió un gasto en salud como porcentaje del PIB relativamente estable, fluctuando entre el 10% y el 11%. No obstante, en 2020 y 2021 se alcanzaron los valores más altos del período, impulsados por la emergencia sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19. Para 2022, el gasto mostró una moderación, acercándose nuevamente a los niveles de los valores pre-pandémicos.

El segundo punto a destacar es que, si bien el gasto en salud en pesos constantes 2017 se mantiene relativamente estable durante el período observado, como porcentaje del PIB crece en los años 2020 y 2021. No obstante, el gasto en salud medido en dólares disminuye en los primeros cuatro años del período y luego retoma la senda del crecimiento, terminando en el año 2022 con un valor superior al año 2017 correspondiente al inicio del período analizado. Una posible explicación radica en que el sector salud es intensivo en recursos humanos, lo que implica que los salarios representan una proporción significativa del gasto. Por este motivo, el gasto en dólares no se mantiene constante, sino que refleja la relación con los ciclos de apreciación y depreciación del tipo de cambio real del país.

Otro punto a destacar es el crecimiento del gasto privado (gasto en cuotas de medicina prepaga o los pagos complementarios para alcanzar un plan médico superador, pagos directos o de bolsillo de las familias por copagos o coseguros) frente al resto de los subsectores. Al desglosar el análisis por fuente de financiamiento, se advierte un cambio sustancial en la estructura del gasto. Mientras que en 2017 las Obras Sociales era el principal financiador, a partir de 2018 el gasto privado asumió ese rol, salvo en 2020, cuando fue ligeramente superado por el gasto de las Obras Sociales.

Cabe señalar que las estimaciones del gasto público en salud incluyen el componente de inversión en capital, a diferencia del gasto privado, que no lo contempla. Esta diferencia metodológica podría subestimar la participación del gasto privado, sugiriendo un peso aún mayor frente a las Obras Sociales y el gasto público.

La información disponible permitió avanzar en el análisis desagregado de los subsectores público y de las Obras Sociales. No obstante, persiste la falta de datos desagregados sobre el gasto privado, lo que impide distinguir si el crecimiento se debe al aumento en la

contratación de seguros privados o al gasto de bolsillo de las familias. Esta limitación resalta la necesidad de desarrollar herramientas y metodologías que permitan captar con mayor precisión las dinámicas de financiamiento en este subsector.

En cuanto al gasto público en salud, desagregado por nivel de gobierno, se mantuvo una estructura de participación estable durante los primeros tres años analizados, con promedios del 67% para los Gobiernos Provinciales, 16,6% para los Gobiernos Municipales y 16,4% para el Gobierno Nacional. Sin embargo, en el bienio 2020-2021 con respecto al 2019, el Gobierno Nacional incrementó su participación en 7 p.p., reduciendo las participaciones de los Gobiernos Provinciales (-4,3 p.p.) y Municipales (-3,4 p.p.), producto del crecimiento del gasto del Ministerio de Salud para afrontar la Pandemia de Covid-19. Para el 2022, se recuperó una distribución similar a la observada en los primeros años del período.

En el caso de las Obras Sociales, se observó una estructura estable durante todo el período, con una participación del 75% para las obras sociales nacionales y del 25% para las provinciales. Esto indica que la pandemia de COVID-19 no alteró significativamente la composición del gasto en este subsector.

En conclusión, el análisis da una estimación del gasto en salud, asimismo es importante mencionar la necesidad de contar con estadísticas más específicas y registros detallados que permitan una evaluación más rigurosa de la asignación de recursos en cada subsistema y del gasto de los hogares. Este enfoque facilitaría un análisis más exhaustivo del gasto en salud, poniendo énfasis en el financiamiento, la inversión y la distribución de los fondos.

## Referencias

- Cetrángolo, O. & Devoto, F., 2002. *ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*, Toronto: s.n.
- Cetrángolo, O. & Goldschmit, A., 2018. *Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*, Buenos Aires: CECE.
- MSAL, 2023. *Coberturas de Salud en Argentina*, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- OMS, 2022. *Un sistema de cuentas de salud 2011: edición revisada [A system of health accounts 2011: revised edition]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Varco, M. J. y otros, 2022. Gasto catastrófico y empobrecedor en salud: un estudio para Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, Volumen 14, p. e71.

