



Federalismo
y Libertad

OBSERVATORIO DE GASTO PÚBLICO

SALUD EN TUCUMÁN: MÁS NO ES MEJOR



Observatorio
del Gasto Público

ELABORADO POR:
CLEMENTE BABOT
NAHUEL RÍOS



Políticas Públicas

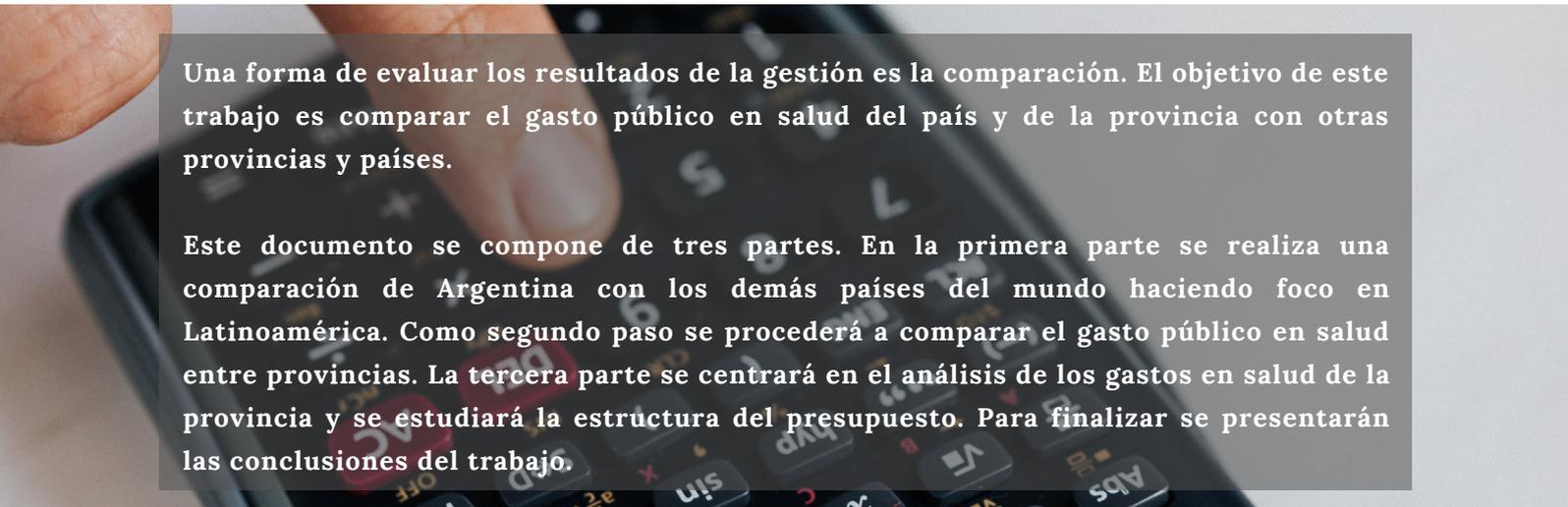
EL PRESUPUESTO PÚBLICO

La importancia de asignar los recursos

La transparencia en la gestión pública es un valor fundamental para la democracia. Debe informarse continuamente a los ciudadanos sobre la labor del Estado y la forma en que se utilizan los recursos públicos, pero los dirigentes políticos son opacos al momento de rendir cuentas del uso que se da al dinero de los contribuyentes. Esta es una deuda que tiene el poder con los ciudadanos de la provincia. Actualmente, al momento de sancionar una ley de presupuesto se lo hace con partidas muy generales y las presentaciones de ejecuciones son a deshoras. El objetivo de este observatorio es el análisis del presupuesto de Tucumán y su ejecución, realizando comparaciones con otras provincias y analizando modelos internacionales con el fin de ofrecer mejores información y análisis para futuras políticas públicas.

Un gran desafío para las administraciones gubernamentales es consolidar políticas de Estado que superen las coyunturas. La asociación entre objetivos, metas, actividades y recursos presupuestarios es un insumo central al momento de asignar y reasignar los fondos públicos hacia las iniciativas que alcancen el desempeño esperado. Es fundamental tener presente que el gasto agregado del Estado debe ser asignado a programas que maximicen el bienestar social. Es un norte que deben tener los funcionarios al elaborar el presupuesto y los legisladores al aprobarlo.

La formulación de las políticas públicas debe ser coherentes con las necesidades de la población. Los recursos disponibles deben ser asignados en forma eficiente para el desarrollo económico, social e institucional.



Una forma de evaluar los resultados de la gestión es la comparación. El objetivo de este trabajo es comparar el gasto público en salud del país y de la provincia con otras provincias y países.

Este documento se compone de tres partes. En la primera parte se realiza una comparación de Argentina con los demás países del mundo haciendo foco en Latinoamérica. Como segundo paso se procederá a comparar el gasto público en salud entre provincias. La tercera parte se centrará en el análisis de los gastos en salud de la provincia y se estudiará la estructura del presupuesto. Para finalizar se presentarán las conclusiones del trabajo.

EL ORIGEN DE LOS FONDOS

El gasto total destinado a la salud en Argentina se clasifica según las fuentes de financiación. El sistema está compuesto por tres subsistemas de cobertura que cuentan con fuentes diversas de financiamiento:

- El subsistema público se financia a través de los impuestos (o recursos del Tesoro) recaudados a nivel nacional, provincial y/o municipal.
- Las obras sociales reciben aportes y contribuciones salariales cuyo destino son los seguros sociales.
- El subsistema privado se financia con los gastos de las familias (también denominados gastos de bolsillo), que incluyen tanto a los consumos programados (pagos por las primas o mensualidades de las empresas de medicina prepaga) como a los esporádicos (también denominados desembolsos directos).

El Subsistema público está financiado principalmente por las provincias. En 2017 el gasto del sector público en salud se repartió un 33% por el estado nacional y el 67% por el estado provincial y municipal.

El sector de obras sociales reúne a un grupo muy heterogéneo de instituciones, que se financian con aportes y contribuciones obligatorias. Entre estas se distingue la obra social de los jubilados y sus familiares a cargo, pensionados y veteranos de guerra (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocida como PAMI).

Opera bajo la forma de sistema de reparto y es financiado con aportes y contribuciones sobre la masa salarial activa y los haberes pasivos.

Para las comparaciones entre países la OMS clasifica al «gasto obligatorio» como el gasto de los esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios, y al «gasto voluntario» como el gasto financiado por los esquemas de pago voluntario de servicios de salud, al gasto directo de los hogares, y – si los hubiera- al gasto de los esquemas de financiamiento del resto del mundo.

Según esta metodología el gasto obligatorio, agrupa al gasto público y los seguros obligatorios. Por su parte, el gasto voluntario (privado), comprende los esquemas de financiamiento de los seguros médicos voluntarios, de las instituciones sin fines de lucro, de las empresas que no sean seguros basados en el empleador y el gasto directo de los hogares, que corresponde a lo que comúnmente se conoce como gasto de bolsillo.



EL ORIGEN DE LOS FONDOS

Un aspecto distintivo del análisis por «Esquemas de financiamiento», es que propone una clasificación del gasto que difiere de la clasificación tradicional. La clasificación identifica al «gasto obligatorio» como el gasto de los esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios, y al «gasto voluntario» como el gasto financiado por los esquemas de pago voluntario de servicios de salud, al gasto directo de los hogares, y – si los hubiera – al gasto de los esquemas de financiamiento del resto del mundo.

Es entonces que, para la OMS, el gasto público incluye el gasto del gobierno realizado con fondos de rentas generales como así también los aportes obligatorios originados en los diferentes esquemas de aportes y contribuciones del trabajo. Para comparar con el caso argentino, el gasto público – según el criterio de la OMS – es el gasto del subsistema público financiado por rentas generales más el gasto que realizan las obras sociales financiado los aportes y contribuciones salariales.



COMPARACIÓN INTERNACIONAL

Según estadísticas publicadas por la OMS, Argentina muestra unos 959 us\$ per cápita de gasto público general en salud para 2017 (último dato disponible). Además, se destinan unos 365 us\$ per cápita solventados directamente por las familias. Sumando ambos conceptos se alcanza el gasto total en salud de 1.324 us\$ per cápita.

El gasto público en salud entre países es muy dispar y depende de la forma en la cual está organizado el sistema de salud.

Entonces el gasto público para la OMS incluye el gasto del gobierno realizado con fondos de rentas generales más los aportes obligatorios originados

en los diferentes esquemas de aportes y contribuciones del trabajo. Para comparar con el caso argentino, el gasto público según el criterio de la OMS es el gasto del subsistema público financiado por rentas generales más el gasto que realizan las obras sociales financiado los aportes y contribuciones salariales.

El Cuadro N 1 muestra tres variables; la primera es el gasto público general en salud por habitante como el monto total destinado por gobierno realizado con fondos de rentas generales más los aportes obligatorios por los diferentes esquemas de aportes y contribuciones del trabajo dividido en la cantidad de habitantes.

El segundo indicador muestra el porcentaje del gasto público en salud sobre el total del gasto público, que nos indica qué prioridad tiene la salud sobre los demás destinos de los fondos públicos. Para comparar algunos casos, Canadá destina el 19,3% de su gasto público a salud, valor similar a Uruguay. Sin embargo, Canadá asigna us\$ 3.500 por habitantes a este rubro, mientras que Uruguay destina us\$ 1.127. Claramente, la prioridad es similar pero el presupuesto es mayor en Canadá.

El tercer indicador muestra que proporción del gasto total en salud de un país es financiado con fondos públicos en relación con el total del gasto. Por ejemplo, en Argentina, el gasto total en salud para 2017 fue de 1.325 us\$ per cápita, de los cuales un 72% fue financiado por gasto público, y el resto por fondos voluntarios de los habitantes.

Cuadro N° 1
Gasto Público General
En us\$ per cápita - 2017

	Gasto Publico general en salud per capita en us\$	% de gasto publico general en salud sobre el total de gasto publico	% de gasto publico general en salud sobre el total de gasto total en salud
Bolivia	151	11,5	68,5
Venezuela	15	1,4	15,9
Cuba	883	15,9	89,4
Brasil	389	10,3	41,9
Costa Rica	639	26,9	73,5
Chile	692	17,7	50,1
Uruguay	1.127	19,8	70,8
New Zealand	2.971	19,3	75,5
Canada	3.505	19,3	73,7
United Kingdom	3.064	18,7	79,4
Finlandia	3.228	13,0	76,7
Argentina	959	16,1	72,4
Estonia	971	12,2	74,7
Latvia (Letonia)	532	9,0	57,1
Lithuania	706	12,8	65,5

COMPARACIÓN INTERNACIONAL

Ahora nos podemos preguntar cómo estos fondos impactan en la salud de la población, para lo que se utilizan diferentes estadísticas entre las que se destacan la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer como indicadores de la eficiencia del gasto en salud.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) se define como la cantidad de fallecidos entre 0 y un año de vida sobre la cantidad de nacidos vivos en el mismo año. Para determinar el nivel de TMI existen un conjunto de factores que influyen, desde biológicos y socio-económicos hasta la atención de la salud. Sin embargo, es ampliamente utilizado como un indicador que resume la calidad de la atención primaria del sistema de salud al focalizarse en la madre en su etapa de gestación (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida) y el cuidado del recién nacido.

Por otro lado, la esperanza de vida al nacer refleja el nivel general de mortalidad de una población. Resume el patrón de mortalidad que prevalece en todos los grupos de edad: niños y adolescentes, adultos y ancianos. Se considera una estimación del promedio de años que vivirá una grupo de persona nacidas el mismo año.

Comparando con países vecinos el gasto en salud de Argentina se muestra ineficiente.

Cuadro N° 2
Estadísticas Vitales - 2017
Comparación entre países de LATAM

	Gasto Publico general en salud per capita en us\$	Tasa de Mortalidad Infantil	Esperanza de Vida al Nacer
Brasil	389	12,8	78,9
Costa Rica	639	7,6	82,2
Chile	692	6,2	82,4
Uruguay	1.127	6,4	80,8
Argentina	959	8,8	80,3

Fuente: Elaborado en base a OMS - <https://www.who.int/gho/database/es/>

En el caso de Chile, destina 28% menos de presupuesto, y obtiene una TMI 30% menor, y dos años más de esperanza de vida. Chile con unos 692 us\$ per cápita asignados a salud, tiene una TMI de 6,2 y sus habitantes tienen una esperanza de vida al nacer de 82,2 años. En términos de gasto público utiliza 267 us\$ per cápita menos que Argentina, pero su tasa de mortalidad infantil es mayor y su esperanza de vida menor a la argentina.

Lo mismo sucede con Costa Rica, que destina 639 u\$ per cápita, un 30% menos de recursos, pero tiene una TMI 14% menor. Algo similar pasa con el caso de esperanza de vida al nacer, con casi dos años más que Argentina.

Caso contrario es con Brasil. Argentina tiene mejores indicadores, con una tasa de mortalidad infantil para Brasil de 12,8 por mil, 4 puntos mayor. Sin embargo, Brasil destina 389 u\$ per cápita a salud, casi un 40% del monto per cápita de Argentina.

EL CASO ARGENTINO

GASTO PÚBLICO NACIONAL CONSOLIDADO

Como analizamos, según datos de la OMS, Argentina destina 959 us\$ per cápita al gasto en salud. Ahora nos ocupamos de conocer las fuentes de financiamiento de estos gastos. Para esto usaremos información del Ministerio de Economía sobre Gasto Social en Salud dentro del Gasto Público Consolidado de Nación Provincia.

En 2017 se destinaron unos us\$ 42.000 millones, que equivale a 968 us\$ per cápita, de los cuales el 41% correspondía a gastos del gobierno y el 59% restante a las Obras Sociales y el PAMI.

El rol de las obras sociales dentro del financiamiento de la salud es crucial. Con casi us\$ 20.000 millones para 2017, representan el 46% del gasto estatal en salud. Siempre, se debe recordar que son fondos descontados en forma obligatoria de las remuneraciones.

Cuadro N° 3
Gasto Público Consolidado
Gasto Social en Salud
En us\$ per capita - 2017

	us\$ per capita	% s/total
Atención pública de la salud	395,1	41%
Obras sociales - Atención de la salud	441,5	46%
INSSJyP - Atención de la salud	131,7	14%
Gasto Publico Consolidado	968,3	100%

Cuadro N° 4
Gasto Público Consolidado
Gasto Social en Salud
Atención pública de la salud
En us\$ per capita - 2017

	us\$ per capita	% s/total
Provincias	266,3	67%
Nación	128,8	33%
Consolidado	395,1	100%

Fuente: FyL en base Ministerio de Economía de la Nación. Política Económica a <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicaeconomica/macroeconomica/gastopublicoconsolidado>, INDEC y BCRA

Entonces el gasto estatal consolidado nación-provincias financiado con impuestos alcanza en 2017 unos 395 us\$ per cápita.

Dentro de gasto público estatal, la mayor participación la tienen las provincias con casi el 70% del total. Para 2017, las provincias destinaron en promedio 266 us\$ per cápita para el gasto de salud. Este gasto es sumamente dispar entre las jurisdicciones.



EL CASO ARGENTINO

GASTO PÚBLICO PROVINCIAL EN SALUD PRESUPUESTO 2020

Para comparar entre provincias se utilizará el dato del presupuesto de 2020 considerando valores per cápita. Dividir el gasto en la cantidad de habitantes permite relativizar los pesos destinados a salud por cada estado provincial y comparar en forma más homogénea. Los datos de ejecución presupuestaria por finalidad y función no están disponibles para todas las jurisdicciones.

El presupuesto público es un instrumento de la planificación expresado en términos financieros, donde se reflejan los gastos y aplicaciones, así como los ingresos y fuentes de recursos, que la provincia tendrá durante un período. Estos recursos se asignarán con base en políticas específicas que derivan de objetivos definidos para las diversas áreas que interactúan en la acción de gobierno.

También es una herramienta que determina las políticas y prioridades de un gobierno. Entonces la participación relativa en el presupuesto provincial indica la importancia relativa que tiene un determinado gasto en el total.

Cuadro N° 5

Presupuesto 2020 en Salud

Promedios provinciales

Per capita provincial

	\$	u\$s
Promedio	19.054	313
Mediana	17.859	298
Maximo	39.584	661
Minimo	3.805	64

Para tener un parámetro de comparación con los datos internacionales mostrados anteriormente se utilizará el tipo de cambio oficial de diciembre de 2019.

La comparación de los presupuestos 2020 para salud muestra mucha disparidad entre las provincias. Mientras que el promedio es de 313 us\$ per cápita, el mínimo está en 64 y el máximo en 660 us\$ per cápita. El 70% de las provincias destinarán entre 300 a 500 us\$ por habitante en salud para 2020.

Cuadro N° 6

Presupuesto 2020 en Salud

Participación sobre el presupuesto total

	% s/total
Promedio Provincias	13,8%
NOA	14,5%
Tucuman	15,4%

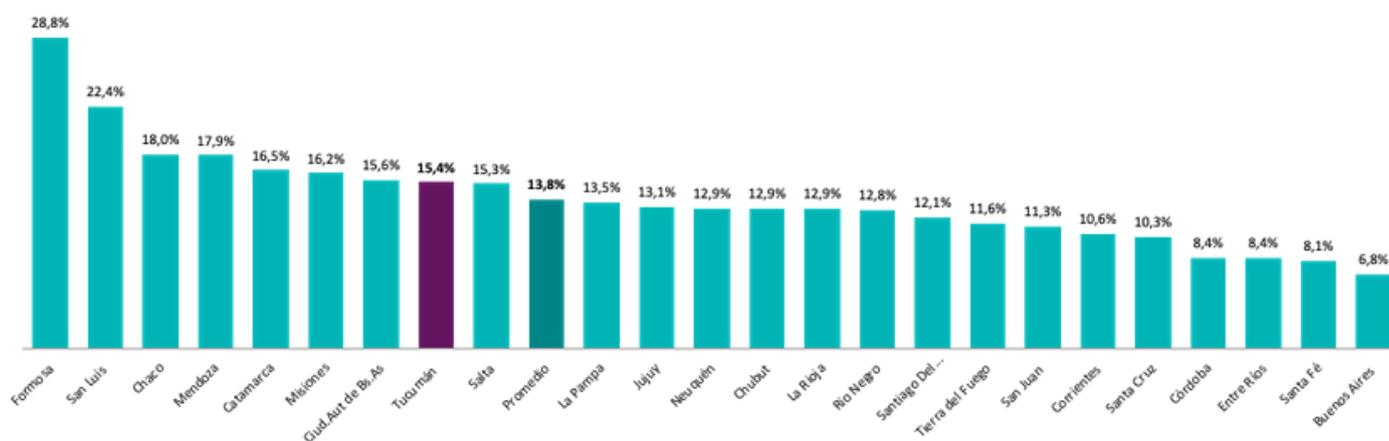
La provincia de Tucumán presupuesto 257 us\$ por habitante en 2020, número superior al promedio del NOA, que destinan 215 us\$ per cápita.

Las provincias argentinas destinan casi un 14% del total de gastos presupuestados a la salud. En el caso de las provincias del NOA el porcentaje sube al 14,5%. Tucumán se encuentra por encima de estos dos valores.

EL CASO ARGENTINO

GRAFICO N°1

PORCENTAJE DE SALUD SOBRE EL TOTAL DEL PRESUPUESTO POR PROVINCIA
Argentina -2020



Fuente: Elaboración propia en base a las leyes de presupuesto de las provincias de Argentina.

Considerando ambos indicadores, Tucumán tienen un nivel de gasto en salud per cápita y una participación sobre el total del presupuesto superior al promedio de las provincias. Incluso en la comparación con el promedio de las otras provincias, Tucumán se encuentra bien posicionado en estos indicadores.



NIVEL VERSUS EFICIENCIA

Eficiencia es el equivalente al empleo de los recursos disponibles de la manera más adecuada para obtener el máximo beneficio o producto. Una actividad productiva es ineficiente si se puede reducir la cantidad utilizada de algún recurso sin perjuicio del producto obtenido, o si se puede aumentar la producción sin utilizar mayores cantidades de los recursos.

El análisis de la eficiencia del gasto público requiere vincular el nivel del gasto (el monto total de recursos) con lo obtenido a partir de él.

Esto permitiría determinar si el gobierno debiera obtener más o mejor resultado dado su nivel de gasto, o si debiera gastar menos dados los resultados que obtiene. En consecuencia, se requiere construir indicadores para los productos y resultados del sector público, y relacionarlos con las categorías de gasto público relevantes.

El gasto público en salud influye en las condiciones de vida de la población. Para medir el impacto este gasto, se pueden considerar variables que muestren los resultados de esas políticas: como se menciono anteriormente, la tasa de mortalidad infantil es muy buen indicador.

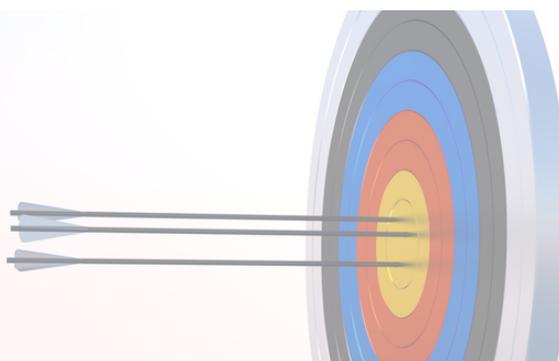
Vale aclarar que la menor TMI es deseable en todos los casos. El concepto de eficiencia debe entenderse relacionado al de restricción presupuestaria.

Una manera de saber si las políticas están teniendo resultados eficientes es recurrir a la comparación entre provincias.

Cuando mejor se utilicen los recursos económicos alcanzando la menor tasa de mortalidad posible con el menor gasto, se podrán destinar estos para otros objetivos como la educación, la seguridad o la infraestructura.

Para dicha comparación se usará el promedio de la TMI y el promedio del gasto en salud per cápita. Se separan las provincias de acuerdo con su ubicación relativa al promedio en cada variable.

Para el cálculo del gasto promedio de las provincias no se considera la provincia de Buenos Aires, dado que por su tamaño y bajo gasto per cápita distorsiona la comparación. El gasto promedio ponderado nacional sin Buenos Aires per cápita es de us\$ 265.



NIVEL VERSUS EFICIENCIA

Tendremos distintas combinaciones de gasto público en salud per cápita y tasa de mortalidad infantil. Así se pueden definir cuatro categorías según la combinación que surja para cada provincia. Estas serán:

Eficientes: Las primeras dos categorías que llamaremos eficientes serán aquellas provincias que tengan una TMI menor al promedio del país. Dentro de esta categoría situaremos a dos subcategorías.

I.- Eficiencia relativa en TMI: La primera será eficiencia relativa en TMI, donde el gasto provincial es mayor al promedio, pero la TMI es menor al promedio.

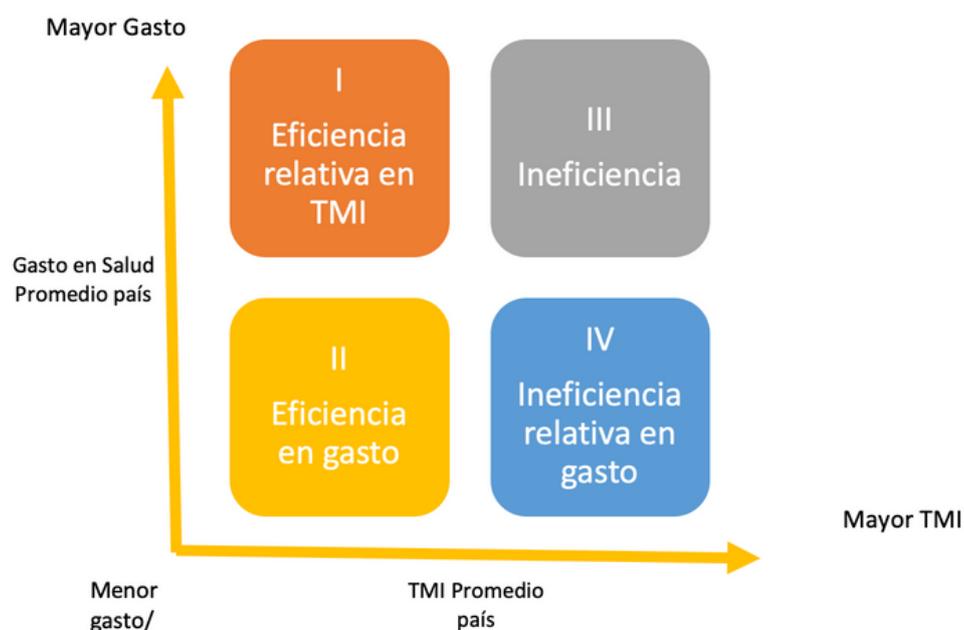
II.- Eficiencia en Gasto: tiene ambos indicadores menores al promedio.

Ineficientes: en esta categoría se incluirán a las provincias que tengan una TMI superior al promedio. También tendremos dos subcategorías.

III.- Ineficiencia: donde tanto la TMI como el gasto son superiores a la media.

IV.- Ineficiencia relativa en gasto: en este caso la TMI es superior a la media y el gasto se sitúa por debajo del promedio.

ESQUEMA Nº1
ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN
SEGÚN
GASTO PER CÁPITA EN SALUD
Y TMI



En esta clasificación el cuadrante peor situado es el ineficiente. Las provincias ubicadas allí asignan mas recursos económicos que el promedio, y obtienen una TMI mas alta que la media. Es decir, todas las demás provincias obtienen mejores resultados (menores TMI), algunas gastando lo mismo, otras gastando menos.

NIVEL VERSUS EFICIENCIA

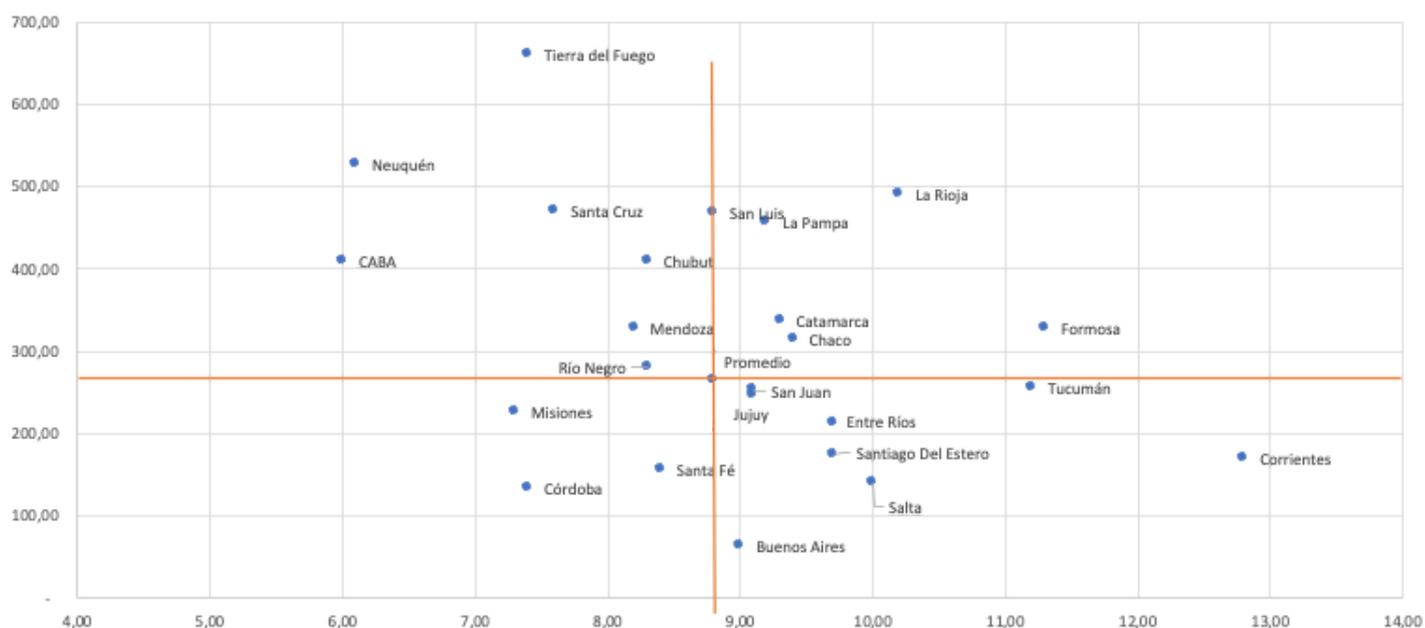
La provincia de Tucumán se encuentra en el cuadrante de ineficiencia relativa en gasto. Es ineficiente porque tiene una TMI mayor a la media nacional, pero tiene un gasto inferior a la media. Es decir, que algunas provincias que gastan lo mismo que Tucumán obtienen como resultados menores TMI.

Jujuy se encuentra en el mismo cuadrante que Tucumán, sin embargo, tiene dos puntos menos de TMI para el mismo nivel de gasto. Es decir que con los mismos recursos per cápita logra una tasa menor.

Una comparación más radical es con Misiones. Tucumán tiene con 11,2 por mil de TMI y esta casi cuatro puntos por encima de esta provincia. Sin embargo, dedica un 14% menos de recursos per cápita.

Cabe mencionar, que Tucumán está entre las tres peores provincias en nivel de mortalidad infantil, solo superada por Corrientes y Formosa.

GRAFICO Nº2
PROVINCIAS ARGENTINAS
ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN SEGÚN GASTO PER CÁPITA EN SALUD Y TMI
Argentina - 2020



NIVEL VERSUS EFICIENCIA

En el caso de las demás provincias de NOA, Salta, Jujuy y Santiago se encuentre en el mismo cuadrante de ineficiencia relativa al gasto que Tucumán. Sin embargo, todas ellas tienen una TMI menor a Tucumán.

Las demás provincias del NOA, Catamarca y La Rioja se ubican en el cuadrante de ineficiencia, con TMI y gastos per cápita mayores al promedio.

Claramente las provincias con menor tasa respecto al promedio nacional son las mejor posicionadas en esta comparación. El objetivo debería ser prioritariamente tener tasas bajas de mortalidad.

En el cuadrante de Eficiencia relativa a TMI se encuentran CABA y Neuquén. Ambas con TMI cercanas al 6 por mil, son las provincias con menor tasa. Sin embargo, sus gastos per cápita son superiores al promedio. Claramente una TMI menor es el objetivo prioritario.

En el mismo cuadrante se ubican todas las provincias patagónicas

En el cuadrante de Eficiencia se encuentran tres provincias Misiones, Córdoba y Santa Fe, que reúnen las dos condiciones buscadas, menor tasa y menor gasto per cápita.



EL IMPACTO DE LA POBREZA

La tasa de mortalidad infantil refleja varias aristas de un problema social complejo. La salud de la madre, las condiciones de vida de la familia, las condiciones de la vivienda, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad alcanzado por los padres, son algunas de las variables que pueden influir en la TMI. El nivel de pobreza de las personas resume muchas de estas variables.

En el segundo semestre de 2018 el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza fue del 32,0% para los 31 aglomerados relevados por la EPH. Se considera el año 2018 para ser consistentes con el dato de TMI.

Según nuestro análisis existe una importante relación entre los niveles de pobreza en las provincias y la tasa de mortalidad infantil.

El caso de Corrientes, con la mayor TMI del país, también ostenta la tasa de pobreza más alta. En el otro extremo CABA tiene la menor tasa de mortalidad y la menor tasa de pobreza del país.

En el medio de la tabla se encuentra Jujuy con TMI, 10 en el ranking, y tasa de pobreza, 13 en el ranking. En similar situación están Catamarca y San Juan por citar ejemplos.

Sin embargo, el caso puntual de Tucumán es distinto. La provincia tiene una de las tasas más altas de mortalidad infantil, pero está por debajo del promedio nacional en la tasa de pobreza. En Córdoba sucede a la inversa, con TMI baja a nivel país pero con una tasa de pobreza por encima del promedio.

Cuadro N° 7

Tasa de Mortalidad Infantil y Tasa de personas debajo del límite de la pobreza
TMI por mil y Tasa de pobreza en porcentaje

Provincia	TMI		Pobreza personas	
	Tasa	Ranking	Tasa	Ranking
CABA	6,0 ‰	1	12,6%	1
Neuquén	6,1 ‰	2	27,1%	5
Misiones	7,3 ‰	3	35,7%	17
Córdoba	7,4 ‰	4	36,5%	19
Tierra del Fuego	7,4 ‰	5	17,9%	2
Santa Cruz	7,6 ‰	6	18,6%	3
Mendoza	8,2 ‰	7	30,7%	8
Chubut	8,3 ‰	8	22,0%	4
Río Negro	8,3 ‰	9	29,7%	6
Santa Fé	8,4 ‰	10	34,4%	15
San Luis	8,8 ‰	11	31,3%	9
Buenos Aires	9,0 ‰	12	35,9%	18
Jujuy	9,1 ‰	13	31,7%	10
San Juan	9,1 ‰	14	33,1%	14
La Pampa	9,2 ‰	15	32,1%	11
Catamarca	9,3 ‰	16	35,5%	16
Chaco	9,4 ‰	17	41,4%	22
Entre Ríos	9,7 ‰	18	41,9%	23
Santiago Del Estero	9,7 ‰	19	38,9%	21
Salta	10,0 ‰	20	37,7%	20
La Rioja	10,2 ‰	21	30,5%	7
Tucumán	11,2 ‰	22	32,2%	12
Formosa	11,3 ‰	23	32,5%	13
Corrientes	12,8 ‰	24	49,3%	24
Promedio	8,8 ‰		32,0%	

Fuente: INDEC – TMI para 2018 y Tasa de pobreza – Segundo Semestre 2018.

EL IMPACTO DE LA POBREZA

En síntesis, la pobreza es un factor que impacta en la TMI y es una variable a tener en cuenta al momento del diseño de políticas públicas. En los distritos más pobres la política económica debe buscar generar un ambiente propicio para la generación de empleo y la inversión que impulse el crecimiento de los ingresos de los individuos para sacarlos de la pobreza.

El gasto público en salud debe ser acorde a las condiciones de vida de la población. En distritos con mayores niveles de pobreza el gasto en salud deberá tener características diferentes al de los que cuentan con menor nivel de pobreza. Sin embargo, no es el nivel del gasto público lo que permitirá una menor TMI.

En el punto anterior se muestra cómo los niveles de gasto per cápita en salud no están necesariamente relacionados con menores tasas de mortalidad infantil.



SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

La provincia de Tucumán sancionó, a fines de 2019, la ley de presupuesto 9.213 que presenta un total de erogaciones por 156.214.173.100 de pesos. De éste, se asigna a la materia de salud un total de \$25.460.630.000, por lo cual salud representa aproximadamente 16.3% del total del presupuesto de la provincia. Este valor incluye tanto los programas y servicios provinciales como nacionales. Si consideramos el sistema provincial de salud, representa un 15,39% del total del presupuesto.

La Dirección de Estadísticas de Tucumán, en su último informe disponible para 2017 sobre la participación del sector público en el producto bruto provincial, indica que: “Este sector incluye la Administración Pública, servicios de enseñanza y de salud (tanto pública como privada), así como otros servicios sociales, comunitarios, personales y servicio doméstico. En promedio desde 2004 a 2017 representa aproximadamente un 29,6 % del Producto Bruto Provincial de Tucumán. En el año 2017 su participación fue del 33,3 % del PBP y mostró un aumento en su valor agregado del 0,5 % con respecto al año anterior. Para Argentina, en igual periodo, la variación anual fue positiva en un 1,3 %.” Esto nos permite tener una idea de lo que representa la salud en el producto de la provincia.

La provincia de Tucumán tiene una población de 1.654.388 con un presupuesto en salud per cápita es de \$15.390, donde el gasto más

significativo del presupuesto va a parar al SIPROSA (Sistema Provincial de Salud). Es el gasto más importante porque de éste dependen hospitales, C.A.P.S (Centros de Atención Primaria), sueldo de profesionales de la salud y cualquier tipo de tratamiento que se pueda llevar adelante.

ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD

El presupuesto de salud tiene distintas secciones. La primera y más importante está representada por el sistema de salud provincial, seguida por salud pública, SIPROSA de instituciones nacionales, Plan Nacer y otros.

CUADRO N° 8
Desglose de los gastos
presupuestados en salud para la
provincia de Tucumán.
En pesos argentinos (ARS - \$) - 2020

Sistema de Salud		
Sistema provincial de salud	\$ 22.428.752.000	88,10%
Salud pública	\$ 1.399.500.000	5,50%
SIPROSA (otros)	\$ 573.887.000	2,25%
PLAN NACER	\$ 270.621.000	1,06%
Aranceles Hospitalarios	\$ 243.070.000	0,95%
Otros	\$ 544.800.000	2,14%
TOTAL	\$ 25.460.630.000	

Fuente: Decreto de Gastos Presupuesto 2020 de la provincia de Tucumán.



SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

EL PRESUPUESTO DE SIPROSA

El sistema de salud provincial o SIPROSA tiene un presupuesto general de \$22.428.752.000, el cual representa un 88,1% del total de los fondos asignados a salud para la provincia de Tucumán, organizado de la siguiente manera:

CUADRO N° 9
Desglose de los gastos
presupuestados para el SIPROSA en la
provincia de Tucumán.
En pesos argentinos (ARS - \$) - 2020

Sistema de salud provincial (SIPROSA)		
Personal	\$ 16.725.252.000	74,60%
Bienes de consumo	\$ 2.336.000.000	10,40%
Servicios no personales	\$ 3.338.000.000	14,90%
Bienes de uso	\$ 29.500.000	0,10%
TOTAL	\$ 22.428.752.000	

Fuente: Decreto de Gastos Presupuesto 2020 de la provincia de Tucumán.

La salud de la provincia depende de este presupuesto asignado a SIPROSA. El pago de personal, los insumos para el funcionamiento de los hospitales o planes de salud complementaria están contemplados en el SIPROSA.

El gasto en personal es el más importante del SIPROSA, cuyo monto total asciende a \$16.725.252.000, con el 59% destinado a sueldos y el 41% restante a aportes y adicionales. Esto quiere decir que por cada \$100 que recibe un profesional de la salud el Estado debe gastar aproximadamente \$169. Esta situación se presenta debido a la actual ley laboral que rige en el país.

Los bienes de consumo tienen en cuenta útiles menores médicos quirúrgicos y de laboratorio, compuestos químicos, material de seguridad, materiales para prótesis y órtesis. La partida con mayor presupuesto es asignada a útiles menores médicos quirúrgicos y de laboratorio con un presupuesto de \$900.000.000, un 38,5% del presupuesto de bienes de consumo. Sin embargo se presentan varias partidas con el nombre de "OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE" y la suma de todas asciende a \$1.069.000.000 que representa un 45,7% del total del presupuesto de bienes de consumo.

La partida "OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE" es dinero afectado por posibles contingentes que se puedan presentar durante el ejercicio económico. Las partidas sin especificar pueden generar dudas en su asignación por la falta de objetivo concreto.

Los servicios no personales incluyen agua, electricidad o gas, además del mantenimiento de edificios, pagos a geriátricos, vigilancia, sanatorios o médicos. Del presupuesto total a servicios no personales, las partidas más importantes son al pago de médicos y sanatorios con un total de \$800.000.000, el cual representa un 24%, seguido por pagos a gastronómicos y geriátricos con un 18% y 16% respectivamente. Nuevamente se presenta la partida "OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE", cuya suma asciende a un total de \$874.700.000 y representa un 26% del presupuesto de servicios no personales.

SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

Los bienes de uso se concentran en equipos, tanto de sanatorios y laboratorios como muebles de oficina. La partida representa un 0,1% del total del presupuesto del sistema de salud provincial, y su valor total asciende a \$29.500.000.

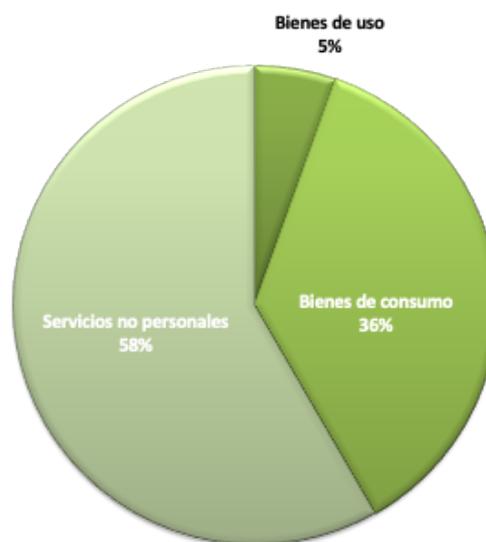
Si buscamos comprender el funcionamiento del sistema de salud de la provincia se debe tener en cuenta que los hospitales elevan un presupuesto al sistema de salud provincial. En este presupuesto se incluyen los gastos de personal, bienes de consumo, servicios no personales y bienes de capital. A los hospitales se les asigna este presupuesto, pero el pago de personal no tiene como intermediario a los hospitales, si no que este pago se realiza de forma centralizada desde el Ministerio de Salud.

EL PRESUPUESTO DE SALUD PÚBLICA

La siguiente partida en el presupuesto es Salud Pública, por un valor de \$1.339.500.000 que representa un 5,5% del total del presupuesto de salud de la provincia. La particularidad de esta partida es que no incluye gastos en personal. Solo se destina a gastos en bienes de consumo, servicios no personales y bienes de uso.

Los bienes de consumo de Salud Pública se concentran en productos varios para mantenimiento, oficinas, cirugías, laboratorio y alimentos para personas. Las partidas más elevadas son referentes a "Productos farmacéuticos y medicinales" y "Útiles Menores Médicos Quirúrgicos y de Laboratorio". La suma de ambas partidas representa un 67,15%.

GRAFICO N°3
GASTOS PRESUPUESTADOS PARA TUCUMÁN, SALUD PÚBLICA
Presupuesto -2020



Fuente: Decreto de Gastos Presupuesto 2020 de la provincia de Tucumán.

Los servicios no personales concentran nuevamente gastos de servicios, mantenimientos, refacciones, viáticos, médicos y sanatorios, siendo esta última la más importante de éstas partidas con un monto de \$200.000.000, un 25% de los servicios no personales. La siguiente partida es la suma de las partidas "OTROS NO ESPECIFICADOS PRECEDENTEMENTE", que representan un 13%.

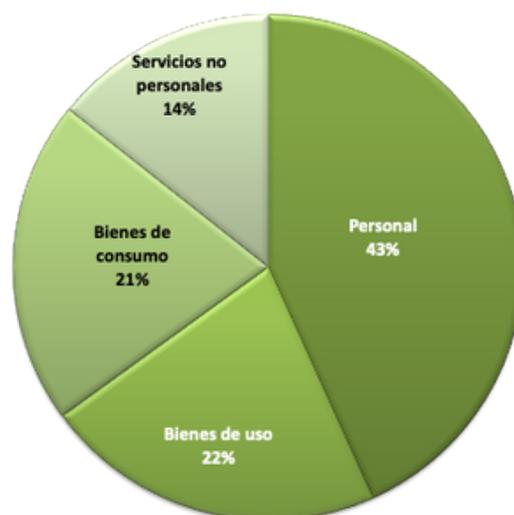
SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

Los aranceles hospitalarios representan una partida de menos del 1% del presupuesto de salud de la provincia. Esto no quiere decir que los presupuestos hospitalarios sean bajos, ya que los mismos están incluidos en el sistema provincial de salud.

El arancel consiste en presupuesto recibido por hospitales para la atención a pacientes que buscan un tratamiento en la salud pública, independientemente si éstos tienen o no cobertura de alguna obra social.

GRAFICO Nº4

Aranceles Hospitalarios presupuestados
Presupuesto -2020



Fuente: Decreto de Gastos Presupuesto 2020 de la provincia de Tucumán.



SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

DATOS SOBRE EL PRESUPUESTO EN GENERAL

Tucumán es una provincia que aumentó de forma sostenida el porcentaje de participación de salud en el presupuesto general. En el último presupuesto sancionado el gasto en salud representó un 15,39%, valor que se encuentra por arriba del promedio general de las provincias. La evolución de las últimas décadas de la participación del gasto en salud fue importante. En 2010 esta participación era de 6%. Entre 2012 y 2016 subió a un promedio del 9% y al 10% entre 2017 y 2018. Pero el salto más importante se dio en 2019 cuando alcanzó el 14%. Es decir, que en la última década salud más que duplicó la participación en el presupuesto provincial.

GRAFICO N°5

Participación del Gasto en Salud
Presupuesto Tucuman 2005 -2020

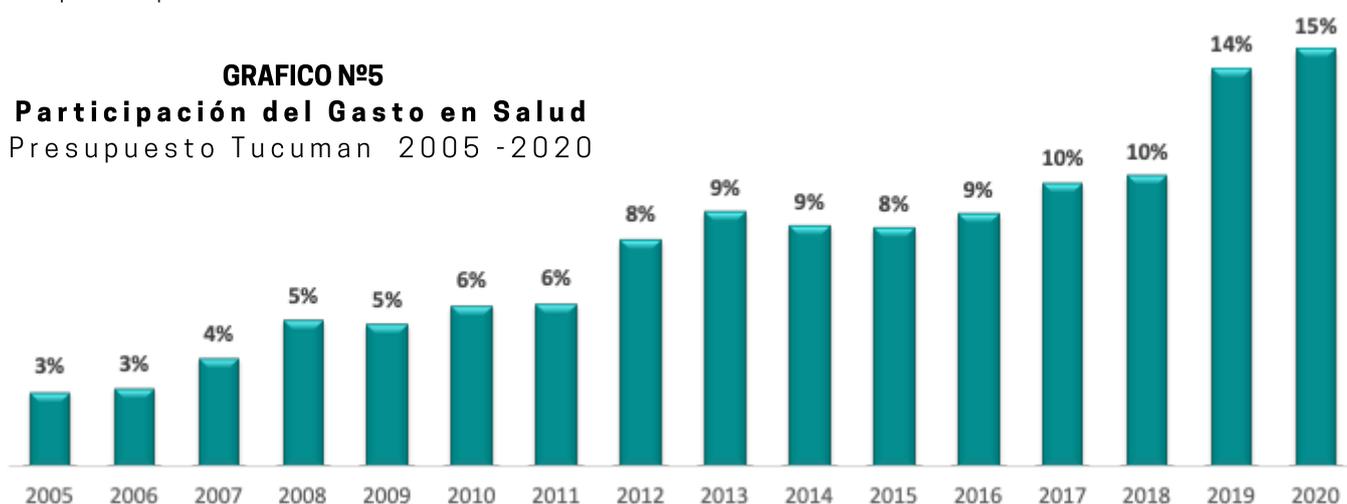
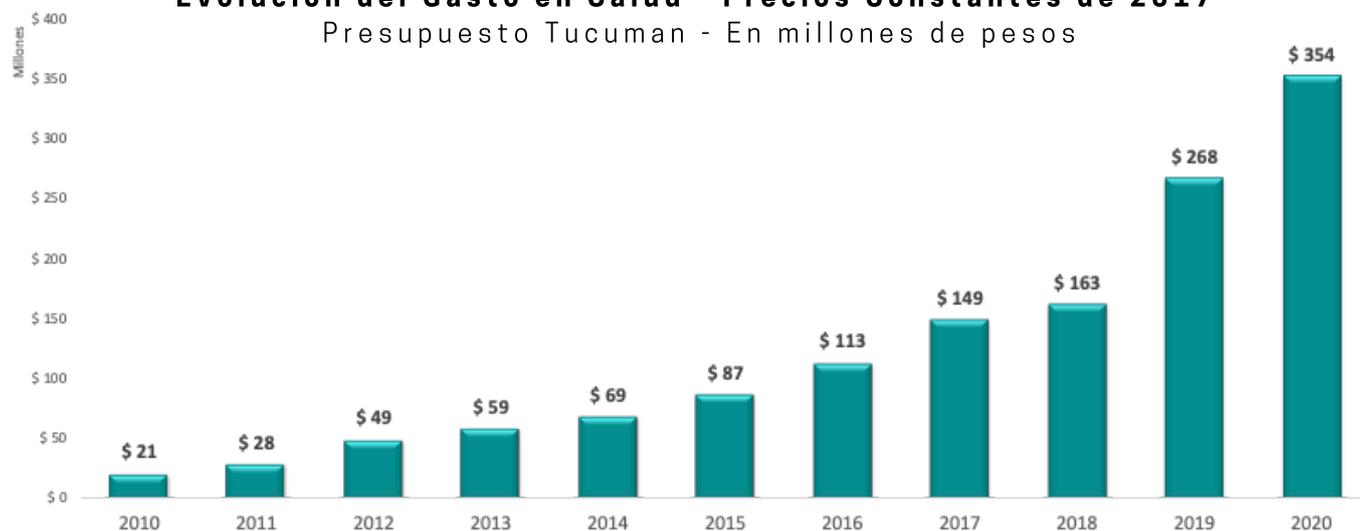


GRAFICO N°6

Evolución del Gasto en Salud - Precios Constantes de 2017
Presupuesto Tucuman - En millones de pesos

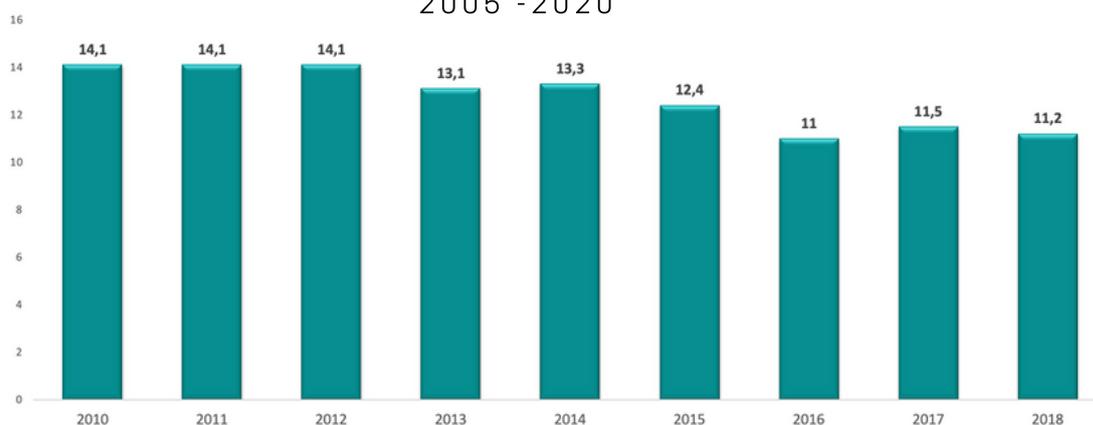


SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

Además, si se tiene en cuenta el avance de la inflación en las dos últimas décadas, podemos ver que el presupuesto de salud creció en términos reales. En otras palabras, las partidas de presupuesto para el área de salud crecieron más que la inflación.

La evolución de la TMI de la provincia también muestra mejoras con caídas en la última década. Entre 2010 y hasta 2018 la TMI disminuyó en poco más de dos puntos, pasando del 14,1 por mil al 11,2 por mil.

GRAFICO Nº7
Evolución Tasa de Mortalidad Infantil
2005 -2020



Fuente: INDEC



CONCLUSIONES

La Argentina se encuentra en una situación de ineficiencia relativa respecto a sus vecinos. Considerando la tasa de mortalidad infantil (TMI) como un parámetro del desempeño de la salud en el país, el nivel de gasto público en salud es superior a sus vecinos con una TMI mayor.

Dentro de Argentina, a nivel subnacional, Tucumán se encuentra en el fondo de la tabla de TMI, superando sólo por Corrientes y Formosa. Sin embargo, los recursos presupuestarios asignados son similares al promedio de las demás jurisdicciones. Con esto podemos afirmar que el nivel de gasto de Tucumán es ineficiente, ya que otras provincias con el mismo o menor nivel de gasto per cápita tienen TMI menores.

Las políticas de Estado deben orientarse a obtener los mejores resultados con los recursos óptimos. La restricción presupuestaria rige para todos los sectores, incluida la salud, bajo la lógica de que los recursos son escasos y para diferentes objetivos. Un peso mal gastado en salud podría ser bien gastado en educación, generando un mayor bienestar a la población.

Es estos meses se comenzará a elaborar el presupuesto de la provincia. Los funcionarios involucrados deben tener en cuenta los resultados

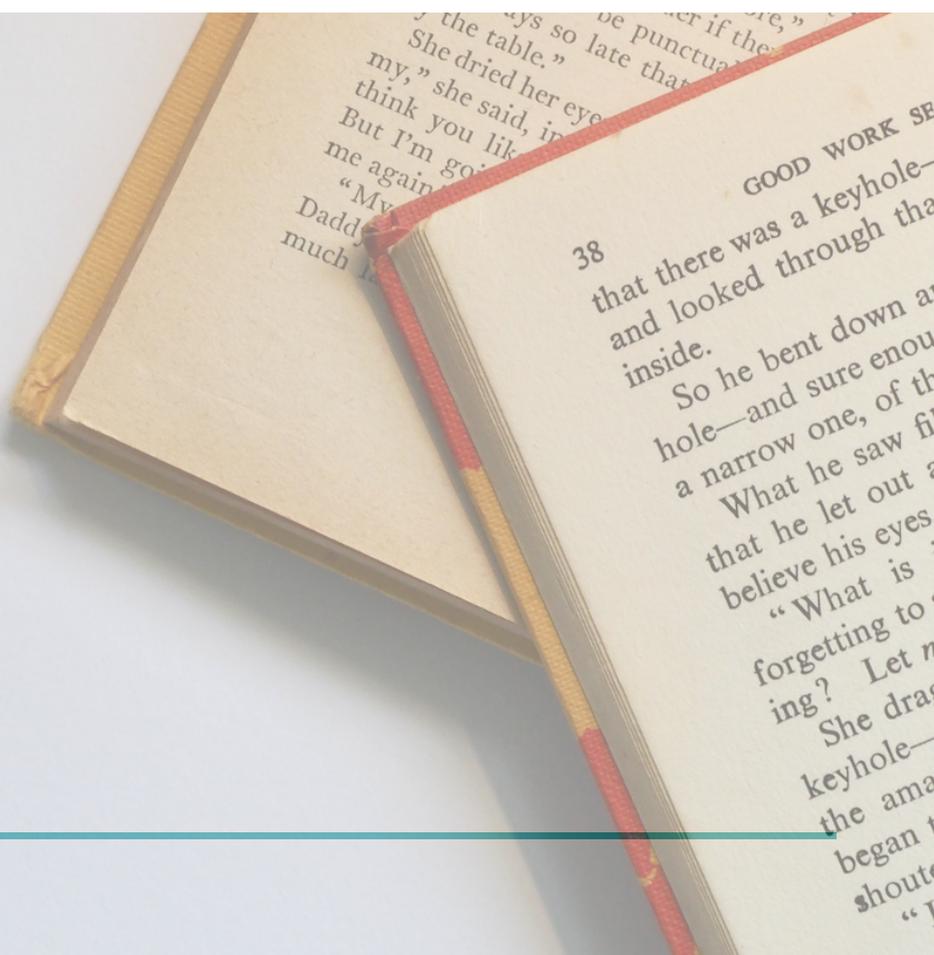
que se obtienen con los recursos asignados. La eficiencia del gasto público requiere vincular el nivel del gasto con los resultados obtenidos a partir de él. Para lograr esto, es fundamental que los funcionarios basen su gestión en construir indicadores para los productos y resultados que procuran obtener.

El presupuesto debe financiar un plan de gobierno con objetivos medibles que muestren claramente cómo los recursos, que los ciudadanos pagan con su esfuerzo a través de los impuestos, vuelvan en mejoras para la población.

En todos los casos, un mayor nivel de gasto no garantiza el cumplimiento de los objetivos; el foco debe estar puesto en la ejecución y los resultados. Un buen sistema de salud es el que obtiene los mejores resultados para su población y no el que asigne una partida presupuestaria mayor. Fueron de público conocimiento los reclamos por insumos básicos en el mes de marzo 2020 en el marco de la emergencia sanitaria generado por el COVID 19. Si Tucumán tiene un presupuesto cercano a la media del país, sería de esperar que este tipo de situaciones no se presenten. El gasto en el presupuesto es solo un número: la búsqueda de eficiencia en asignarlo correctamente ayudará a mejorar la calidad de vida de los tucumanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1. CIPPEC DPP N 99 S, Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino, Tobar, Olaviaga y Solano 2011
2. "Cuanto se gasta en la Argentina en Salud", noviembre 2019 Secretaria de Gobierno de Salud Ministerio de Salud y Desarrollo Social Argentina
3. "Estadísticas Vitales – Información Básica 2018", Ministerio de Salud Argentina. Serie 5 Número 62. Buenos Aires, diciembre de 2019
4. "Indicadores Básicos 2019"; Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud. <http://www.deis.msal.gov.ar>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) - <https://www.who.int/es>
6. INDEC - <https://www.indec.gob.ar/>
7. Dirección de Estadísticas de Tucumán - <http://estadistica.tucuman.gov.ar/>



CON LA COLABORACION DEL
EQUIPO DE POLITICAS PUBLICAS

AUTORES
ELABORADO POR:
CLEMENTE BABOT
NAHUEL RÍOS

DIRECTOR DE PP
GUSTAVO WALBERG

AYUDANTES INVESTIGACION
RICARDO LAUDANI (H)
IGNACIO TERÁN

COLABORACION:
DOLORES GARRETON
JOSE MANUEL RODRIGUEZ

Las opiniones vertidas en este documento son propias de los autores y no representan la opinión de la fundación



Fundación Federalismo y Libertad

Tel. +54 -381 - 4302747 / 4302186

Twitter - @fedyliber / Facebook - federalismoylibertad
Instagram - fedyliber / Youtube- Federalismo y Libertad

Mendoza 815, 1 piso. San Miguel de Tucumán /Tucumán / República Argentina

“Centro de estudios que promueve los valores de una sociedad libre y democrática”

www.federalismoylibertad.org