

# Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2020.

Diciembre 2022

Dirección de Economía de la Salud

Dirección Nacional de Epidemiología  
e Información Estratégica

Subsecretaría de Medicamentos  
e Información Estratégica

Secretaría de Acceso a la Salud



Ministerio de Salud  
Argentina

## Introducción

Dimensionar los recursos que un país destina a financiar bienes y servicios de salud es esencial para la toma de decisiones en políticas de salud, permitiendo 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.

Pese a diferentes iniciativas que a lo largo del tiempo se han impulsado para implementar una medición sistemática del gasto en salud bajo un esquema ordenador, 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 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 cierta regularidad el gasto en salud para Argentina.

El presente documento tiene por objeto presentar las estimaciones del gasto en salud para el periodo 2017-2020, su relación con el producto bruto interno (PBI) y su apertura según financiador: gasto público, de seguridad social y privado.

En este documento denominamos Seguridad Social al conjunto de las Obras Sociales, a pesar de que para el Sistema de Cuentas Nacionales el concepto de Seguridad Social incluye solo a aquellas que tienen administración pública siendo el resto consideradas seguros sociales.

## Sistema de salud argentino

Aun en el entendimiento de concebir al sistema de salud como un único sistema que debe ser integrado progresivamente, el sistema de salud argentino—tal como ocurre en otros países del mundo—se caracteriza por su fragmentación en tres subsistemas: el subsistema público, el de la seguridad social y el privado, atendiendo al origen de los fondos que lo financian.

El subsistema público, a su vez, se consolida a través de la agregación del gasto de los tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal. Si bien la utilización de los servicios públicos de atención de la salud, se concentra mayoritariamente en usuarios con cobertura exclusiva, sus prestaciones son de acceso universal y, en consecuencia, toda la población del país puede utilizar sus servicios con independencia de que tenga algún otro tipo de seguro de salud.

El subsistema de seguridad social, está compuesto por las Obras Sociales Nacionales comprendidas en la Ley 23.660 (OSN), las de regímenes especiales como las de las universidades, la de las fuerzas armadas y de seguridad, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), y las Obras Sociales Provinciales (OSP).

Las OSN brindan cobertura de salud a trabajadores en relación de dependencia que se desempeñan en distintos ámbitos privados o público nacional y a sus grupos familiares, así como a monotributistas. El INSSJP es la institución que otorga cobertura a 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 CABA, a sus familiares y en algunos casos a adherentes voluntarios.

Por último, desde el punto de vista del financiamiento, el subsistema privado se compone de las empresas de medicina prepaga, planes de salud de hospitales (de comunidad y/o privados), mutuales y cooperativas que brindan cobertura a asociados voluntarios principalmente de ingresos medio-altos mediante una contratación directa, a aquellos que teniendo cobertura de una obra social derivan sus aportes a estas instituciones y otros que optan por un plan superador y que adicionan a los aportes derivados de sus obras sociales de origen un pago directo voluntario. Además, incluye 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 sería 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.
- 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 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 que se financian con recursos provenientes de filantropía, de individuos o de fundaciones y/o empresas.

Siguiendo la metodología SHA 2011, dentro de la clasificación de esquemas de financiamiento tanto el gasto público como el de las obras sociales, se contabilizan dentro de la categoría “Esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios”, mientras que el gasto privado por no ser obligatorio ni contributivo integra los “Esquemas de pago voluntario de servicios de salud”.

## Método

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 de INDEC, que para el periodo 2017 -2019<sup>1</sup> presentan datos definitivos, mientras que el dato para el año 2020 es aún provisorio. Adicionalmente, para desagregar el gasto total en salud según subsistema financiador –sector público y de seguridad social– se utilizan los datos 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<sup>2</sup>. El gasto privado fue obtenido por diferencia entre el gasto total en salud y el gasto del subsistema público y el de las obras sociales. Para esto, fue necesario redefinir los límites de salud incorporando el denominado gasto de consumo colectivo del gobierno no incluido en la

<sup>1</sup> Estas cifras definitivas reemplazan las estimaciones difundidas en el año 2019 por la Dirección de Economía de la Salud en el documento “¿Cuánto gasta Argentina en salud?”;

<sup>2</sup> <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicaeconomica/macroeconomica/gastopublicoconsolidado>

estimación de gasto en salud de INDEC<sup>3</sup> y que sí debería formar parte del gasto en salud siguiendo las recomendaciones del SHA 2011. Es decir, para la elaboración del presente informe se toman las definiciones de salud utilizadas en la elaboración de cuentas en salud según el SHA 2011, que se presentaran más adelante.

La estimación del INDEC, por su parte, 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. Los gastos realizados por el gobierno 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 los Ministerios de Salud ya que se refieren a asuntos de política, regulación y normas de carácter general. 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 en base a las estimaciones del MECON de modo que el gasto total incluya tanto el consumo individual como el colectivo (gubernamental).

La metodología presentada, emplea la definición de salud 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”. La administración, es una actividad incluida en los bienes y servicios de salud (...). De este modo, en la clasificación funcional del SHA2011 se establece como parte del concepto “salud” las categorías de gobernanza y administración que realizan por ejemplo los ministerios de sanidad 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

## Resultados

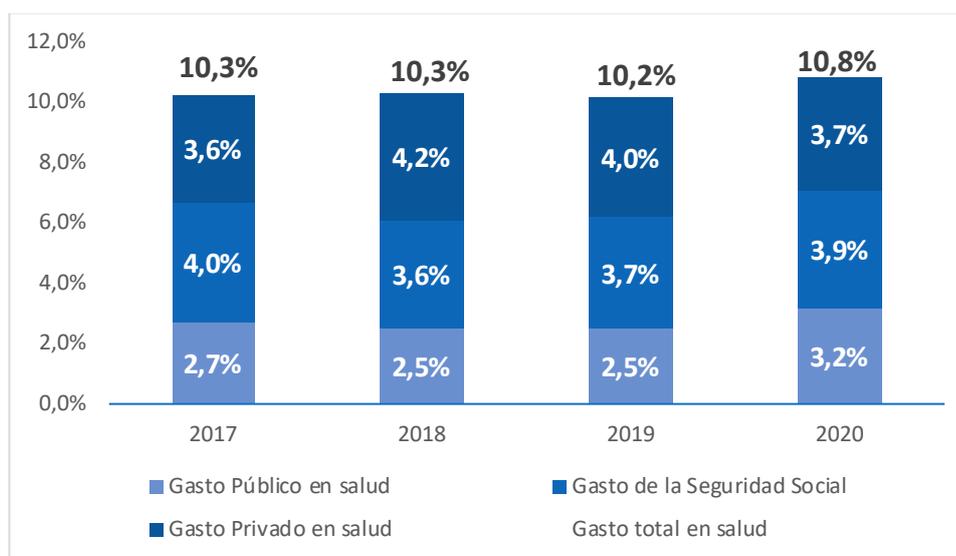
### Gasto total en salud en relación al PBI.

Entre 2017 y 2020, el gasto total en salud en relación con el PBI se mantuvo relativamente estable en torno al 10%; con un máximo en 2020 de 10,84% y el mínimo en 2019 del 10,16%.

Durante el periodo analizado, la relación entre el gasto en salud del sector público y la seguridad social (seguros obligatorios) y el PBI, superó el nivel mínimo sugerido por la OMS para la inversión pública en salud necesaria para alcanzar la Cobertura Universal de Salud que se fija en el 6%, alcanzando en 2020 al 7% del PBI.

---

<sup>3</sup> El gasto en administración realizado por los diferentes organismos públicos del sector salud, es incluido como gasto de consumo colectivo en la metodología empleado por INDEC pero no es asignado específicamente a salud.

**Gráfico N° 1: Gasto en salud como porcentaje del PBI. Periodo 2017–2020.**


Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y de la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos de la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación. Año 2017 y 2018: datos definitivos; Año 2019: datos provisorios; Año 2020: datos preliminares.

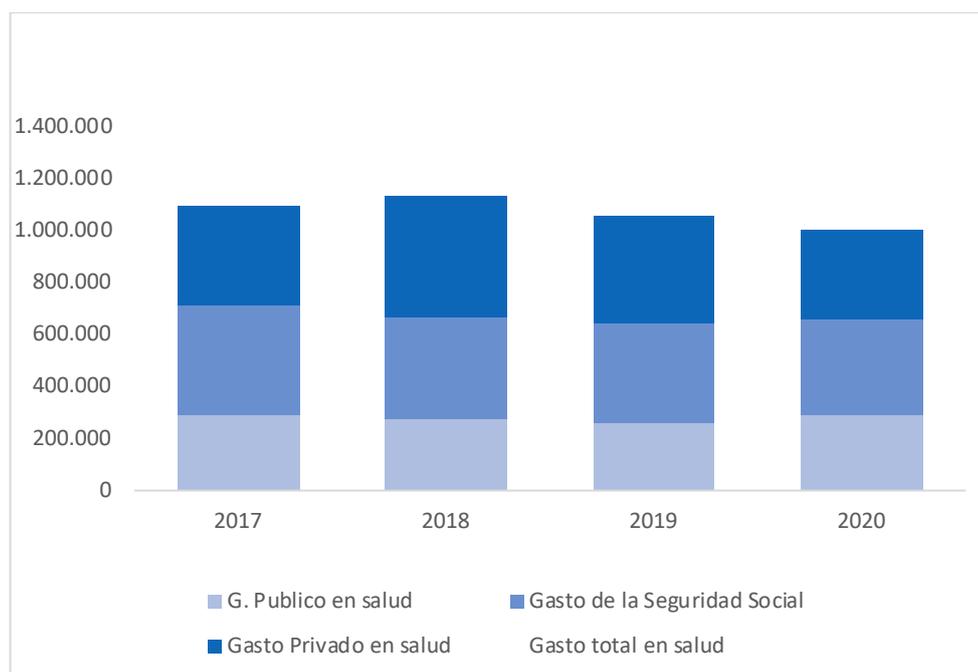
En el año 2020, el gasto total en salud ascendió a \$ 2.947.103 millones (en valores corrientes), de los cuales el 29,2% corresponde al gasto consolidado del sector público, que incluye las erogaciones de la administración central, provincias y municipios (\$861.285 millones). El gasto de la seguridad social, representó un 36,3% (\$1.069.406 millones) mientras que el financiamiento privado con \$ 1.016.412 millones completa el 34,5% restante.

Para poder analizar la evolución del gasto en salud durante el periodo de referencia se emplean valores reales con el fin de eliminar el efecto del componente inflacionario<sup>4</sup>. En este caso, se aprecia una caída del gasto en salud a lo largo de toda la serie que representa el 8% punta a punta. El gasto total en salud pasa de \$ 1.093.983 millones en el año 2017 a \$ 1.006.499 millones en 2020 a valores constantes de 2017. No obstante, se observa un significativo incremento del gasto público, liderado por el incremento del gasto del gobierno nacional de un 25% en términos reales respecto del 2017 y con un incremento del 50% en el último año. Es el año 2020, el único año de la serie donde se observan incrementos reales en los gastos del gobierno nacional y los gobiernos provinciales. Mientras que el gasto total en salud, se incrementa en términos reales solamente entre 2017 y 2018.

En cambio, tanto las OSN como las OSP redujeron su gasto en términos reales a lo largo de todo el periodo. Mientras que, en el sector privado, el gasto real registra una variación positiva sólo en el año 2018, y se reduce en 2019 y 2020, alcanzando su mínimo nivel en el último ejercicio con una retracción del 16,6% respecto del año anterior.

<sup>4</sup> Para deflactar los valores se considera como año base el 2017, y se utiliza el Índice de Precios al Consumir (IPC) con cobertura nacional.

**Gráfico Nº 2: Evolución del gasto en salud según financiador, en millones de pesos contantes 2017. Periodo 2017 – 2020.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y de la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos de la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación. Año 2017 y 2018: datos definitivos; Año 2019: datos provisorios; Año 2020: datos preliminares.

En términos per cápita se obtienen similares conclusiones. Si bien el gasto se incrementa en términos corrientes, cuando se lo expresa en pesos constantes de 2017 se aprecia una reducción punta a punta del 11% debido a que el gasto mensual por habitantes pasa de \$2.070 en el año 2017 a \$1.848 en el año 2020, con un único incremento en términos reales entre 2017 y 2018 del 2,5%.

Tabla 1: Evolución del gasto en salud en valores constantes de 2017, según financiador. Periodo 2017-2020

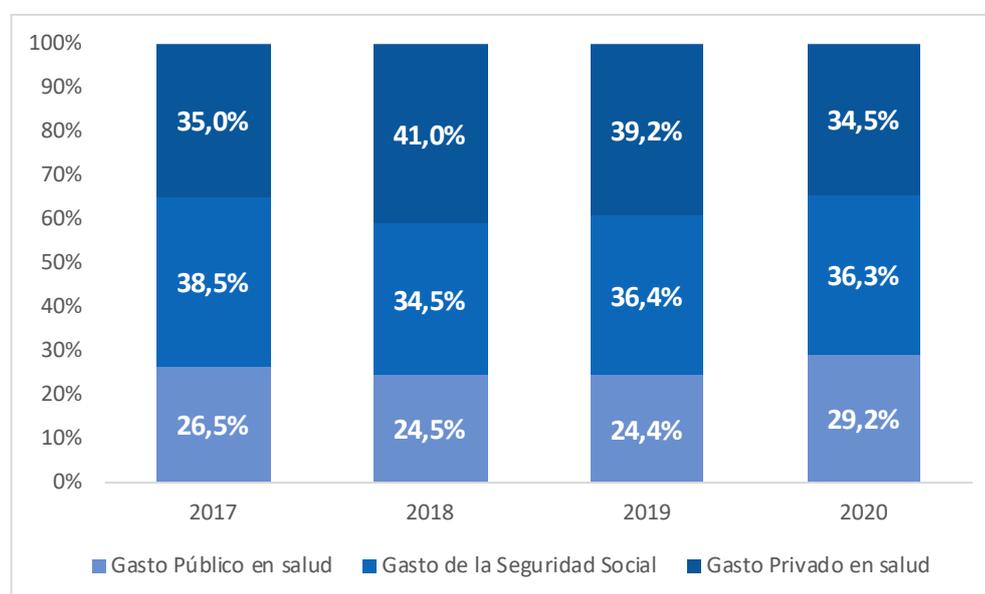
	2017	2018	2019	2020
<b>Gasto total en salud</b>	<b>1.093.983</b>	<b>1.132.594</b>	<b>1.062.285</b>	<b>1.006.499</b>
<b>G. Publico en salud</b>	<b>289.701</b>	<b>277.245</b>	<b>259.230</b>	<b>294.147</b>
Gasto Gobierno Nacional	49.393	46.421	41.292	61.868
Gasto Gobiernos Provinciales	195.430	184.641	177.245	192.068
Gasto Gobiernos Municipales	44.878	46.183	40.693	40.212
<b>Gasto de la Seguridad Social</b>	<b>421.461</b>	<b>390.602</b>	<b>386.694</b>	<b>365.225</b>
Obra Sociales Nacionales	317.912	290.088	288.229	275.899
Obra Sociales Provinciales	103.549	100.514	98.465	89.326
<b>Gasto Privado en salud</b>	<b>382.821</b>	<b>464.747</b>	<b>416.360</b>	<b>347.126</b>
Gasto total per cápita mensual	2.070	2.121	1.970	1.848

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y de la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos de la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación. Año 2017 y 2018: datos definitivos; Año 2019: datos provisorios; Año 2020: datos preliminares

### Gasto en salud por financiador

Dentro del gasto total, la mayor participación relativa corresponde a la seguridad social que representó en el año 2017 cerca del 38% del gasto total, esta proporción cayó levemente en 2018 para subir en los años siguientes sin alcanzar el porcentaje del primer año de análisis. El gasto privado, por su parte, compensó en el año 2018 esta caída incrementando su peso relativo para luego, en 2020, registrar su menor participación (34,5%). El financiamiento público bajó su participación en 2018 respecto del año previo, permaneció estable en torno al 24% en ese año y el siguiente, mientras que en el año 2020 registró un significativo incremento alcanzando el mayor peso relativo del periodo (29,2%).

Gráfico N° 3: Participación porcentual de cada financiador en el gasto total en salud. Periodo 2017–2020.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y de la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos de la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación. Año 2017 y 2018: datos definitivos; Año 2019: datos provisorios; Año 2020: datos preliminares.

En el sector público son las provincias las que presentan mayor proporción relativa de gasto (entre el 65% y 68%). Esto obedece al 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) las que más contribuyen al gasto total, lo que puede explicarse por la cantidad de beneficiarios que concentran, ya que las mismas brindan servicios a lo largo de todo el territorio, alcanzando a cerca del 74%<sup>5</sup> de los beneficiarios de la seguridad social con un nivel de gasto per cápita más elevado en relación a las OSP.

Para el gasto privado, no fue posible disponer de una mayor desagregación, aun cuando sería de gran utilidad conocer el gasto que realizan los hogares, diferenciando el pago de cuotas de seguros de aquél otro pago que se corresponde con el gasto de bolsillo, lo que permitiría avanzar en el análisis de aquellos gastos que podrían significar barreras de acceso a los bienes y servicios de salud. Tampoco se conoce el aporte de las instituciones sin fines de lucro, o el gasto de empresas diferentes a las de medicina prepagas que también realizan gastos en bienes y servicios de salud.

Como se observa en la tabla 2, las estructuras descritas previamente se mantuvieron relativamente estables entre el año 2017 y 2020, destacándose durante el año 2020 la mayor participación del gasto del gobierno nacional.

**Tabla 2: Composición del gasto público en salud por subsistema.**

	2017	2018	2019	2020
<b>Gasto Público en salud</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Gasto Gobierno Nacional	17%	17%	16%	21%
Gasto Gobiernos Provinciales	67%	67%	68%	65%
Gasto Gobiernos Municipales	15%	17%	16%	14%
<b>Gasto de la seguridad social</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Obra Sociales Nacionales	75%	74%	75%	76%
Obra Sociales Provinciales	25%	26%	25%	24%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos de la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación.

## Limitaciones

Para estimar el gasto total en salud y las desagregaciones presentadas, como se dijo anteriormente, se utilizó como marco conceptual para las definiciones de las fronteras en el concepto de “salud”, las recomendaciones metodológicas del SHA 2011. Esto genera un primer desafío, dado que las fuentes de información empleadas se basan en metodologías de análisis que son 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 implica entre otras, las diferencias en cuanto a la inclusión o no de los denominados gastos de consumo colectivos, o de gasto de capital.

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, mientras que las mediciones del gasto público consolidado en salud contemplan 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 gasto público en detrimento del gasto privado.

<sup>5</sup> Ministerio de Salud de la Nación. ¿Cuánto gasta Argentina en Salud?, 2019.

Sin embargo, teniendo en cuenta las consideraciones vertidas al inicio de este documento, entendemos que ante la falta de datos más ajustados y habiendo explicitado las limitaciones de la metodología propuesta prevalece la utilidad de contar con una aproximación al gasto en salud en el país.

## Principales resultados

Durante el periodo analizado el gasto total en salud mantuvo una participación relativamente estable en relación al PBI, con un incremento en el 2020. En los primeros tres años de análisis, el gasto público presenta una leve disminución en lo que respecta a su participación en el PBI, que es compensada con un incremento en el peso relativo del gasto privado mientras que las obras sociales reducen levemente su participación en 2018 y comienzan a recuperarse los años siguientes sin recuperar el peso que tenían en 2017.

En el año 2020, el sector público alcanza la mayor participación en el gasto total de periodo, compensado por una disminución en la participación del sector privado.

El cambio en la composición relativa del gasto se refleja también al observar los valores constantes, donde el gasto público expresado en moneda del año 2017 se incrementa un 1,5% entre los años 2017 y 2020 y un 13,5% entre 2019 y 2020. En este último año fue el incremento del gasto del gobierno nacional, el que más incidió en el porcentaje mencionado con un aumento interanual del 50%.

Para un análisis más exhaustivo del gasto en salud, con foco en el financiamiento y la inversión, el origen y aplicación de los fondos, se torna indispensable contar con estadísticas más específicas y registros que den cuenta de la asignación de recursos por cada subsistema y del gasto de los hogares. Existe un consenso creciente sobre la necesidad de adoptar metodologías y normas de registro comunes entre países, con fines comparativos. Esto permite aumentar la potencialidad de los sistemas de información, y mejorar la capacidad de análisis para un adecuado monitoreo de los sistemas de salud que se encuentran en constante evolución.

## Anexo I. Intervenciones del Ministerio de Salud durante la pandemia Covid-19

Ante la pandemia de covid-19 el Ministerio de Salud de la Nación, implementó diferentes intervenciones con el objetivo de ampliar la capacidad de respuesta del sistema de salud en su conjunto, y particularmente la capacidad operativa de las provincias complementando las inversiones realizadas por las jurisdicciones, y preparando de este modo el sistema sanitario para afrontar el riesgo y garantizar sus capacidades. Tales intervenciones implicaron, en su mayoría, una ampliación de la inversión en salud mediante incrementos tanto en el presupuesto del Ministerio de Salud como de los Organismos Descentralizados que se desempeñan bajo su órbita. De esta manera se vieron fortalecidos no solo los programas que gestiona directamente el nivel central sino también los hospitales denominados SAMIC (Sistema de Atención Médica de la Comunidad)<sup>6</sup>, mediante transferencias desde el nivel central. Asimismo, todos los organismos descentralizados recibieron recursos adicionales, en particular el Hospital Posadas, la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos Malbrán y la Superintendencia de Servicios de Salud, por mencionar solo los que mayor actividad desarrollaron durante la pandemia.

Así, el presupuesto del nivel central del Ministerio de Salud se amplió en \$69.399,43 millones, terminando el ejercicio con un crédito 164% superior al inicial. Por su parte, los organismos descentralizados (excepto la Superintendencia de Servicios de Salud) ampliaron sus recursos en \$7.005,94 millones y la Superintendencia de Servicios de Salud en \$10.603,86 millones.

A continuación, se resumen las principales intervenciones:

- Se amplió la oferta de camas disponibles, tanto en UTI como para internación de menor complejidad, a la vez que se proveyó de equipamiento, insumos y recursos humanos para su funcionamiento.
- Se adquirió y distribuyó entre las provincias equipamiento para diagnóstico, así como equipos de protección personal.
- Se incrementó la oferta de recurso humano en salud, al tiempo que se brindaron capacitaciones y se dispuso de fondos para mejorar su retribución.
- Se aumentó la adquisición y distribución de vacunas incluidas en el calendario nacional, y de medicamentos esenciales.
- Se inició la compra de vacunas contra COVID-19, con la consiguiente asignación en servicios de transporte y logística para atender su traslado hacia todo el país.
- Se adelantó y amplió la transferencia de recursos monetarios de los programas orientados al desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria de la salud.
- Se realizaron acciones de asistencia técnica a las provincias para mejorar su organización y respuesta a los desafíos que implica la atención de la pandemia, tanto mediante la movilización de recursos humanos del Ministerio como proveyendo tecnologías y protocolos de actuación.
- Se atendieron las necesidades del sistema de seguridad social, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Un análisis más completo sobre la gestión presupuestaria en el año 2020 puede encontrarse en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/06/estudio-sobre-financiamiento-del-msal-en-marco-de-pandemia-por-covid19-2020.pdf>.

<sup>6</sup> Financiados de manera compartida entre el municipio y/o la provincia donde se encuentra radicado el establecimiento. Actualmente existen 5 (cinco) hospitales con estas características: HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE “DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER” S.A.M.I.C., HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD “EL CALAFATE” S.A.M.I.C., HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CUENCA ALTA “NÉSTOR KIRCHNER” S.A.M.I.C., HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. RENÉ FAVALORO” S.A.M.I.C. y el HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. “PROFESOR DR. JUAN P. GARRAHAN”.

*primero  
la gente*



[argentina.gob.ar/salud](https://argentina.gob.ar/salud)