

Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina

Daniel Maceira*

PRESENTACIÓN

El sistema de financiamiento y atención de la salud en la Argentina se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, fondos de seguridad social y prepagas).

La organización federal en el caso particular argentino se manifiesta en la asignación y principalmente en la gestión de recursos en el sistema de salud. Los ministerios de Salud de cada provincia son responsables del presupuesto público del sector en su jurisdicción, con limitada injerencia de la autoridad nacional. Este esquema impacta en la disponibilidad de recursos financieros de cada provincia, con consecuencias sobre la equidad interjurisdiccional.

Paralelamente, el país cuenta con instituciones de aseguramiento social propias de cada jurisdicción y transversales entre jurisdicciones. Las obras sociales provinciales son las instituciones de seguridad social de los empleados públicos provinciales y sus familias. Entre las instituciones de aseguramiento social transversal, es decir, las obras sociales nacionales, se cuentan el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral, destinado principalmente a jubilados y pensionados) y las obras sociales sindicales o nacionales, organizadas por tipo de actividad económica, las que se financian con aportes patronales y salariales.

* Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires. Ph.D. en Economía, Universidad de Boston. Especializado en economía de la salud y organización industrial. Investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Director del Programa de Salud de CIPPEC.

✉ dmaceira@cippec.org

RECIBIDO: 20/11/2009.

ACEPTADO: 18/12/2009.

El objetivo de este documento es identificar mecanismos para alcanzar un sistema más equitativo y eficiente de asignación de recursos. Para ello, se profundizará en las siguientes cuestiones:

- Identificación de los mecanismos de cobertura formal y sus variaciones, con el fin de determinar los efectos en el gasto de bolsillo y en los mecanismos de aseguramiento de las familias en 2003 y 2005.
- Análisis de los cambios en los mecanismos de cobertura de los sistemas de aseguramiento social.
- Identificación de tendencias hacia una mayor cobertura del riesgo sanitario, tanto por tipo de consulta como por subsistema de aseguramiento.

Los datos para el análisis surgen de los resultados de los años 2003 y 2005 de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares que desarrolla el Ministerio de Salud de la Nación.

LA ARGENTINA EN CONTEXTO

En el contexto de la región latinoamericana, donde se corroboran enormes brechas entre las naciones en materia de distribución del ingreso, la Argentina es el país con mayor ingreso per cápita, con 13920 dólares, corregido por paridad del poder adquisitivo (Banco Mundial, 2006).

A pesar de ello, y del significativo crecimiento económico de los últimos años, los indicadores de mortalidad en menores de cinco años distan de ser satisfactorios. Ello ocurre independientemente del nivel de gasto, el que posiciona al país entre las naciones con mayor inversión total en salud (pública y privada) del año 2004 (Banco Mundial, 2006).

Para establecer, desde una perspectiva de política pública, mecanismos comparativos útiles, el cuadro 1 presenta información sobre ingresos, mortalidad infantil y gasto en salud per cápita tomando en consideración países con ingreso similar a la Argentina.

Cuadro 1. Ingreso y salud en población nacional de ingreso medio-alto

País	pbn per cápita PPP 2005	Crecimiento % per cápita del PBI 2004-2005	Mortalidad general en menores de 5 años, 2004 (o/oo)	Gasto total en salud per cápita 2004
Rep. Checa	20140	6,2	4	1412,4
Portugal	19730	-0,2	5	1896,9
Hungría	16940	4,3	8	1307,9
Eslovaquia	15760	5,9	9	1060,6
Arabia Saudita	14740	3,9	27	601,1
Omán	14680		13	418,9

Lituania	14220	8	8	843,1
Argentina	13920	8,2	18	1274,3
Polonia	13490	3,3	8	814,1
Letonia	13480	10,8	12	851,6
Croacia	12750	4,2	7	916,8
Sudáfrica	12120	5,6	67	748
Chile	11470	5,2	8	720,3
Rusia	10640	6,9	21	582,7
Malasia	10320	3,4	12	402,3
México	10300	1,9	28	655,4
Uruguay	9810	5,8	17	783,7
Costa Rica	9680	2,3	13	592

Fuente: Banco Mundial, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2006.

Se observa que los indicadores de mortalidad en menores de cinco años no presentan una correlación perfecta con los ingresos, así como tampoco con los niveles de gasto en salud. En este sentido, un ejemplo claro es el de la Argentina, que se encuentra en una posición intermedia en términos de ingreso, pero se ubica entre las cinco naciones con mayores desembolsos en salud para el 2004. Esta situación sugiere una falla en la estructura de prestación de los servicios de salud que va más allá de la capacidad de gasto en el sector, y que se vincula con los mecanismos de utilización, financiamiento y gestión de estos recursos.

A partir de aquí, se advierte una línea de investigación a desarrollar vinculada con la eficiencia del gasto en salud, que requiere detener la mirada en los mecanismos de aseguramiento y provisión de los servicios de salud. Desde esta perspectiva, se propone analizar la estructura de descentralización y equidad del modelo argentino (Maceira, 2006), donde la multiplicidad de fondos de aseguramiento y la fragmentación del sistema contribuyen a generar un impacto negativo en la eficiencia y en la equidad del sistema.

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

En la mayoría de los países de América Latina, así como en gran parte de las naciones en desarrollo, se identifican mecanismos de aseguramiento mixtos. Esto significa que los diferentes grupos poblacionales aportan a fondos alternativos para la cobertura de servicios de salud. En algunos casos estos fondos tienen naturaleza social, en la medida en que los aportes de grupos de ingresos diferentes financian paquetes homogéneos de servicios al interior del fondo de aseguramiento.

La Argentina posee un sistema de salud segmentado. Esto implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada

con la capacidad de pago, ya sea voluntaria (pago de bolsillo) o compulsiva (retenciones salariales), de los aportantes y sus familias.

Un esquema de aseguramiento social diseñado para toda la población permitiría contribuir en la reducción de los desembolsos individuales y, de esta forma, otorgar el derecho a toda persona de acceder a un paquete de servicios más homogéneo.

De acuerdo con la información provista por los últimos dos Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas (1991 y 2001) se puede concluir que la población que realiza aportes voluntarios o compulsivos al PAMI, a las obras sociales nacionales o provinciales, y a las prepagas ha disminuido a lo largo de la década en todas las provincias argentinas, con la excepción de Tierra del Fuego, donde se produjo un incremento en la cobertura de 1,5%. En el resto de las jurisdicciones, las caídas oscilan entre 8% en la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Santa Cruz, y 28% en Chaco, la provincia con el perfil epidemiológico más rezagado del país. Durante ese período, los ministerios de Salud provinciales debieron contener las necesidades de un grupo mayor de familias que perdieron su cobertura, y contaron principalmente con recursos propios altamente dispares entre ellos.

La existencia de 24 ministerios de Salud provinciales y un número equivalente de obras sociales provinciales, sumados a aproximadamente 250 fondos de seguridad social, 50 prepagas y múltiples fondos municipales de gestión y gasto en salud, plantea un enorme desafío a la política pública: determinar prioridades que puedan ser consensuadas y llevadas a cabo por los más de 500 fondos intervinientes.

En este contexto, y desde la perspectiva de las familias, los niveles de ingreso se constituyen en mecanismos de autoselección, que limitan las posibilidades de hacer frente a las necesidades de salud de sus miembros.

Por este motivo, la capacidad de los distintos grupos de población de acceder a servicios en el área sanitaria descansa en la posibilidad financiera de aportar a seguros de salud, y en la capacidad financiera y de gestión de estos fondos; o bien en la posibilidad con la que los sistemas públicos generan mecanismos alternativos para proveer cuidados sanitarios a las personas que no cuentan con sistemas de aseguramiento.

El cuadro 2 presenta la cobertura en salud por quintil de ingreso y por estructura de aseguramiento para el año 2005.

CUADRO 2. Cobertura por quintil de ingreso, 2005

Cobertura de salud	Quintiles de ingreso per cápita familiar (%)					Total
	I	II	III	IV	V	
Obra social	34,56	48,98	60,41	67,80	64,49	55,98
Sistema privado	3,53	4,73	6,87	10,52	23,16	10,13
Cobertura pública	61,44	45,76	32,22	21,56	12,11	33,53
ns/nc	0,47	0,53	0,49	0,12	0,25	0,36
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta de Consumo, 2005.

Aproximadamente 56 % de la población cuenta con algún mecanismo de seguro social, ya sea obra social sindical, provincial o PAMI, en tanto 10 % de los individuos aportan a una cobertura prepaga de seguro individual. Aproximadamente 34 % no tienen seguros formales y, por lo tanto, su cobertura se realiza a través del sistema público (hospitales y centros de atención primaria de salud).

Sin embargo, los porcentajes de incidencia mencionados varían significativamente entre quintiles de ingreso. Por ejemplo, 35 % de la población del primer quintil posee cobertura de la seguridad social, mientras que estos valores se elevan a 68 % y 65 % para los dos quintiles más ricos.

Paralelamente, el sistema privado cubre aproximadamente 4 % de la población más pobre del país, mientras que 23 % del sector más rico poseen un seguro privado de salud. En el extremo opuesto, el sistema público otorga cobertura a más de 61 % de la población más desprotegida, valor que se reduce hasta llegar a 12 % en los grupos más ricos.

No obstante, estos mecanismos de cobertura no se condicen con los patrones de utilización de los servicios de salud observados. De acuerdo con el cuadro 3, y según surge de la edición 1997 de la Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares, la primera fuente de atención utilizada por los individuos no necesariamente está relacionada con el mecanismo formal de aseguramiento que posee.

CUADRO 3. Sector público como fuente primaria de atención, según tipo de cobertura y por quintil de ingreso, 1997

Cobertura de salud	Quintiles de ingreso per cápita familiar (%)					Total
	I	II	III	IV	V	
Solo obra social	18,4	39,1	43,3	51,1	57,5	33,3
Solo sistema privado	1,8	5,2	8,1	10,8	12,4	5,2
Obra social y sistema privado	0,3	1,2	2,3	2,7	7,6	1,5
Cobertura pública	79,2	54,2	46	35,4	22,5	59,7
ns/nc	0,3	0,3	0,4	0,1	0	0,2
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares, 1997.

Se observa que 59,7 % de los adultos del país que se atienden en el sistema público de salud es considerado población objetivo tradicional de este sistema, en tanto no cuentan con cobertura formal. Sin embargo, 33,3 % de las personas que consultan como primera fuente al sector público aporta también a algún mecanismo de aseguramiento social.

Este valor alcanza a 5,2 % en la población que aporta al sistema privado (prepagas), y a 1,5 % entre aquellos que tienen doble cobertura.

Si bien los resultados obtenidos en el análisis de utilización de servicios de salud resultan fluctuantes a lo largo de los grupos de ingresos, reflejan una de las consecuencias no deseadas de un mecanismo no coordinado de financiamiento y atención: individuos

que aportan a un fondo de aseguramiento social o privado, que demandan servicios de salud en otro subsistema, independientemente de la capacidad de recupero de costos en función de la fuente de aporte.

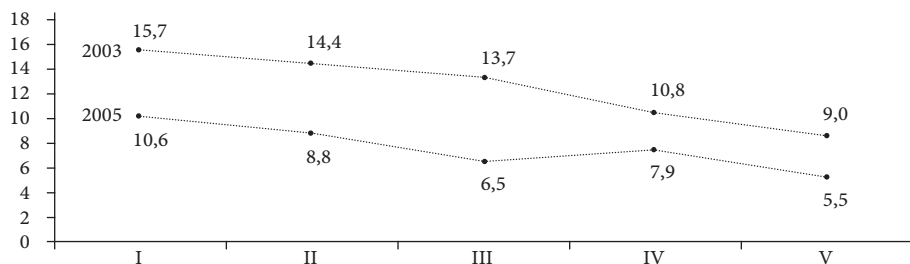
Las razones por las cuales 40 % de la población atendida en el sector público cuenta con un mecanismo de cobertura formal son variadas. Entre estas causas pueden considerarse las prestaciones de emergencia por accidentes en la vía pública que dirigen sistemáticamente la internación de urgencia a la institución pública más próxima. Alternativamente, la existencia de mecanismos de aseguramiento social cuya prestación es de muy baja calidad impone copagos que motivan a sus beneficiarios a acudir directamente al sector público como primera fuente de atención. Finalmente, es posible identificar casos en los que existen servicios públicos de alta calidad y referencia nacional, y por tanto son utilizados por grupos de ingreso muy variados. Todos ellos son producto de la segmentación del modelo que genera subsidios cruzados entre subsistemas.

GASTO DE BOLSILLO

Se considera gasto de bolsillo a todo aquel desembolso que las personas o familias deben realizar en forma adicional a los fondos que aportan a los sistemas de aseguramiento obligatorio y a sus aportes al sistema impositivo. Un ejemplo de esto son los copagos y las prácticas no cubiertas en los planes de salud. En este sentido, las variaciones en los mecanismos de cobertura formal de los subsistemas de salud tienen su correlato en el comportamiento del gasto de bolsillo de las familias.

En el gráfico 1 se presenta el gasto de bolsillo en salud por quintiles y como porcentaje del ingreso familiar. El porcentaje del ingreso erogado por cada quintil en el rubro sanitario en los años 2003 y 2005 establece una pendiente negativa que muestra la inequidad en la asignación de recursos en el interior del sistema de salud. A pesar de esto, se observa una reducción del gasto de bolsillo en salud en todos los quintiles de ingreso entre los años analizados, con diferencias más marcadas en los tres primeros quintiles.

GRÁFICO 1. Gasto de bolsillo en salud, como porcentaje del ingreso, por quintil de ingreso, 2003-2005



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares, 2003 y 2005.

Complementariamente, sobre la base de los datos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Salud de 2003 y 2005 y la Encuesta Permanente de Hogares de 2003 y 2005, se calcularon las variaciones porcentuales entre ambos períodos de los ingresos de las familias y del gasto total en salud, medidos ambos en términos reales (moneda constante del año 1999).

Se verifica un aumento del ingreso para todos los quintiles, especialmente en el grupo más pobre, que junto con la reducción del gasto de bolsillo en salud, sugiere una evolución positiva tanto en la distribución del ingreso como en el nivel de aseguramiento del sistema.

En términos relativos, el incremento de ingresos es más significativo en el primer quintil, en tanto que la reducción del gasto de bolsillo en salud afectaría de modo desigual el ingreso disponible de las familias, con mayor impacto en los grupos medios.

Sin embargo, la composición del gasto en salud de los hogares (en medicamentos, servicios, etc.) muestra variaciones a lo largo del tiempo. Mientras que se incrementa relativamente la participación de seguros y pagos complementarios, paralelamente se reducen las erogaciones de bolsillo en medicamentos. Esto último podría atribuirse a la existencia de programas sociales orientados a brindar una mayor protección a los hogares, por medio de la distribución gratuita o subsidiada de productos farmacéuticos (ley de prescripción por nombre genérico, Programa Remediar, programas locales de acceso a medicamentos, programas de gastos en medicamentos específicos) que reduciría el gasto de las familias en este concepto particular.

TIPOS DE CONSULTA

Complementariamente, las estadísticas descriptivas por quintil de ingreso y por tipo de cobertura muestran conductas diferentes muy marcadas en materia de atención preventiva, curativa y de realización de análisis clínicos y estudios.

Se verificó que las consultas curativas disminuyen a medida que aumenta el nivel de ingresos de las familias. Esto indica que los sectores más desfavorecidos solicitan atención médica solo ante la necesidad concreta, con menos posibilidades de acercarse al sistema de atención con fines preventivos. Bajo esta misma lógica, la realización de análisis clínicos y estudios se encuentra positivamente relacionada con el ingreso de las familias.

A fin de brindar una visión más precisa sobre los comportamientos en el cuidado de la salud de la población, se estableció el peso relativo de las consultas preventivas y curativas sobre el total de las prestaciones, por quintil de ingreso y por fuente de aseguramiento.

En los tres primeros quintiles las consultas curativas son predominantes, en tanto las consultas preventivas se incrementan a medida que aumenta el ingreso de las familias. Este hallazgo refuerza la creencia de que esta población no cuenta con los medios para financiar la prestación a recibir (pagos de bolsillo) o los costos indirectos asociados con la consulta (costos de transporte, pedido de días en el mercado de trabajo, entre otros).

Por su parte, las consultas curativas, preponderantes en los primeros quintiles de ingreso, tienen como fuente natural de consulta al sector público.

Se observó una correlación fluctuante entre la adquisición de medicamentos y el nivel de ingresos de las familias. Mientras que el primer y tercer quintil exhiben los valores más bajos de compra de medicamentos, el segundo quintil presenta el mayor valor, seguido del cuarto y el quinto.

No obstante, se observa una brecha entre el consumo de medicamentos y su compra. En función del tipo de cobertura, el consumo de medicamentos es muy similar para los cuatro tipos de aseguramiento (obras sociales, prepagas, doble cobertura y cobertura pública). Sin embargo, se corroboran diferencias sustantivas en términos de los mecanismos de adquisición utilizados.

CUADRO 4. Consumo de medicamentos por cobertura, 2005

	Tipo de cobertura (%)			
	Ambas	Obra social	Prepaga	Cobertura pública
Consumieron	66	66	70	67
Adquirieron	79	53	62	49
Brecha	17	13	9	18

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares, 2005.

En definitiva, la segmentación genera mayor inequidad en términos de acceso y de gasto de bolsillo. Una mayor coordinación entre fondos y uniformidad en las reglas de juego entre subsistemas y entre provincias tendería a reducir tales brechas de acceso. Por otro lado, se plantea la necesidad de indagar sobre los posibles determinantes que conducen a una mayor demanda de aseguramiento por las familias, y cuáles serían los motivos que llevan a realizar mayores desembolsos en salud, más allá de las estructuras de aseguramiento que poseen.

CONCLUSIONES

En la Argentina, la falta de un fondo coordinado y uniformemente regulado de financiamiento y aseguramiento que permita una cobertura universal, consecuencia de la descentralización (a nivel geográfico) y de la segmentación (entre subsistemas), acota las posibilidades de brindar una cobertura homogénea que garantice una equidad horizontal en la asignación de recursos de salud.

La presencia de un *fondo coordinado* permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de atender sus necesidades en materia del cuidado de la salud, ya sea que se trate de consultas, internaciones, análisis y estudios complementarios o medicamentos. Este mecanismo coordinado de aseguramiento involucraría la necesidad de establecer pautas homogéneas de atención, regulación y garantía de derechos que minimicen la exposición del sistema a subsidios cruzados no deseados.

El análisis de las dos últimas Encuestas Nacionales de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares (2003 y 2005) realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación, permite arribar a las siguientes conclusiones:

- Se corrobora una continuidad en la relación regresiva entre el gasto de bolsillo en salud de los hogares y los niveles de ingreso. Esto es así, aun cuando el gasto en salud en términos porcentuales se redujo en este período en todos los quintiles, a la par que se corroboraron aumentos en los ingresos de las familias.
- La atención curativa predomina en los quintiles más pobres. Esto refuerza la asociación entre ingresos y acceso al sistema de salud, y realza la ausencia de prevención en los hogares sin cobertura formal, lo que los lleva a actuar sobre la enfermedad.
- El gasto en medicamentos de los sectores más pobres se redujo, a pesar de que el porcentaje de familias que declaró en la encuesta algún consumo de fármacos no difiere significativamente entre quintiles. Estos resultados constituyen una novedad con respecto a encuestas anteriores, lo que reflejaría una mayor efectividad de la política pública en materia de medicamentos.

A partir de estas conclusiones surgen algunos elementos claves para el debate de la política sanitaria. En particular, sobre el alcance y las restricciones de diseño, gerencia e implementación de mecanismos sustentables de protección social en salud, y a su impacto sobre la equidad del sistema. Las limitaciones en este sentido perjudican particularmente al subsistema público y a su población prioritaria. Esto refuerza la necesidad de desarrollar estrategias públicas eficientes para el sector con la mira en alcanzar la equidad asignativa.

BIBLIOGRAFÍA

- BANCO MUNDIAL: *World Development Report*, 2006.
- BECKER, Gary; e Isaac EHRlich: «Market Insurance, Self Insurance, and Self Protection», en *The Journal of Political Economy*, vol. 80, n.º 4, University of Chicago Press, 1972.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSO (INDEC): *Censo Nacional de Población y Vivienda, Argentina*. Buenos Aires: 1991 y 2001.
- *Encuesta Permanente de Hogares, Argentina*. Buenos Aires: 2003 y 2005.
- LUSTIG, Nora: *Shielding the Poor. Social Protection in the Developing World*. Washington DC; Brookings Institution Press, 2001.
- MACEIRA, Daniel: «Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino», en María Cristina VARGAS DE FLOOD: *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*. Buenos Aires: La Colmena, 2006.
- *Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros: el caso argentino*, serie Seminarios Salud y Política Pública, WP n.º 6, Buenos Aires: CEDES, 2004.
- *Instituciones sanitarias en un país federal: Las Obras Sociales provinciales en contexto*, serie Seminarios Salud y Política Pública, WP n.º 4, Buenos Aires: CEDES, 2003.

- MACEIRA, Daniel; y Valeria CICCONI: *Obras sociales nacionales. Financiamiento y equidad*, Documento de Trabajo, Buenos Aires: CEDES, 2003.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN: *Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares, Argentina*, Buenos Aires: 1997, 2003 y 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): *World Health Report*, 2006.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD Y MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN: *Indicadores básicos, Argentina*. Buenos Aires: 2005.
- WAGSTAFF, Adam; y Eddy VAN DOORSLAER: «Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-1998», en *Health Economics*, vol. 12, 2003.

Resumen

En Argentina, el sistema sanitario descentralizado y fragmentado imposibilita brindar una cobertura homogénea y equitativa. Un mecanismo coordinado de regulación (en la definición de servicios y el control de prestadores) y de aseguramiento social en salud permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encontraran en condiciones de satisfacer sus necesidades en salud. Con el objetivo de identificar mecanismos para alcanzar un sistema equitativo y eficiente de asignación de recursos, este documento presenta los principales hallazgos del análisis comparado de dos ediciones (2003 y 2005) de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares, que realiza el Ministerio Nacional de Salud. Entre los principales resultados se observa una relación regresiva entre el gasto de bolsillo en salud de las familias y los niveles de ingreso; se corrobora que la atención curativa predomina en los estratos más pobres, reforzando la necesidad de vincular ingreso con capacidad de acceso para acciones preventivas; y se advierte que el componente de gasto en medicamentos se vio reducido, probablemente debido a políticas efectivas de provisión o subsidio. Del análisis surgen elementos relevantes para el debate de política sanitaria, resaltando la prioridad de implementar estrategias eficientes orientadas a alcanzar la equidad del sistema.

Palabras clave: salud pública, Argentina, financiamiento, sistema de salud, política sanitaria.

Abstract

Decentralization and segmentation of the Argentinean health care system makes it very difficult to offer a homogenous and equitable coverage. A coordinated regulation system (applied to definition of services and control of providers) and social health insurance will allow families -beyond their ability to pay- to meet their needs. In order to identify mechanisms to reach an equitable and efficient system of resource allocation, this document sets out the main findings of the compared analysis of two editions (2003 and 2005) of the National Household Survey. Among the main results we can observe a regressive correlation between families' out-of-pocket payments in health and their income. Also, healing care predominates in the poorest layers, reinforcing the need

to link income with the ability to access preventive actions. It is also noticed that the medicine cost component was reduced, probably due to effective supply and/or subsidy policies. It is also seen that medicine expenses have been reduced. The analysis shows relevant elements for a public debate on health reform, emphasizing on the priority to implement strategies that are efficient and orientated to reach the system equity.

Key words: public health, Argentina, funding, health system, health policy.