

# **Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2021.**

**Noviembre 2023**

Secretaría de  
Acceso a la Salud



**Ministerio de Salud  
Argentina**

---

## Autoridades

**Presidente de la Nación**

**Dr. Alberto Fernández**

**Ministra de Salud**

**Dra. Carla Vizzotti**

**Jefa de Gabinete de Asesores**

**Lic. Sonia Tarragona**

**Secretaria de Acceso a la Salud**

**Dra. Sandra Tirado**

**Subsecretaria de Medicamentos e Información Estratégica**

**Dra. Natalia Grinblat**

**Directora Nacional de Epidemiología e Información Estratégica**

**Mag. Analía Rearte**

**Directora de Economía de la Salud**

**Lic. Mónica Levcovich**

### Equipo de trabajo

Laura De los Reyes

Mónica Levcovich

Carlos Vallejos

María José Varco

### Agradecimientos

Sonia Tarragona (Unidad Gabinete de Asesores del Ministerio de Salud de la Nación)

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

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

## 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 tales 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 que a lo largo del tiempo se han impulsado en el país diferentes iniciativas 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 de la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) con la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos del Ministerio de Economía de la Nación (MECON), posibilitó medir con cierta regularidad el gasto en salud para Argentina.

El presente documento tiene por objeto presentar las revisiones de las estimaciones del gasto en salud para el periodo 2017-2020, en función de los nuevos datos disponibles e incorporar una estimación para el año 2021, su relación con el producto bruto interno (PBI) y su apertura según financiador: gasto público, de la seguridad social y privado, actualizando los datos publicados anteriormente e incorporando los correspondientes a 2021.

## 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 los usuarios que exclusivamente acceden a esta cobertura, 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 cobertura de seguro de salud.

El subsistema de seguridad social<sup>1</sup>, 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 los poderes legislativos y judicial, 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.

---

<sup>1</sup> En este documento se denomina 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.

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 (directo) 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 financiare 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 para el periodo 2017-2021. 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 la seguridad social. Para esto, fue necesario redefinir los límites de salud incorporando el denominado gasto de consumo colectivo del gobierno no incluido en la estimación de gasto en salud de INDEC<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

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

<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.

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 sobre la base de 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:

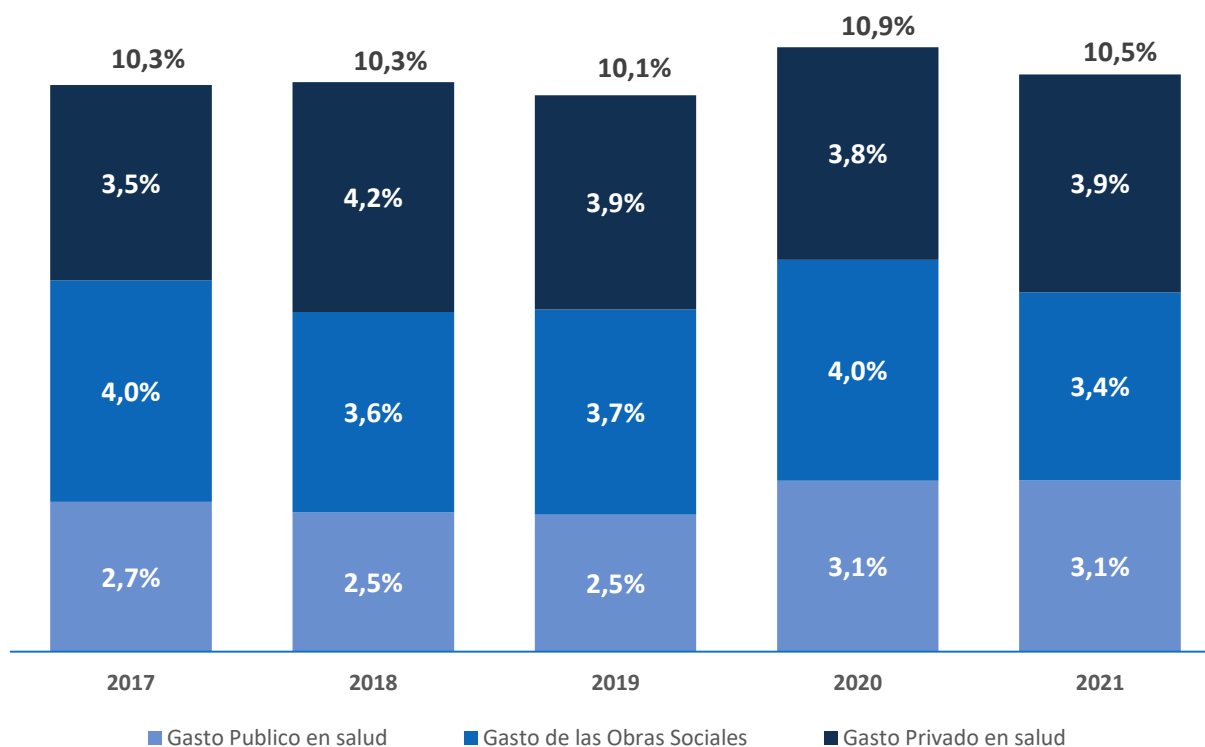
- Gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7.1), necesaria para el diseño, gestión y control de la política de la salud;
- Administración del financiamiento de la salud (HC.7.2), necesaria para administrar el proceso de financiación de la salud

## Resultados

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

Entre 2017 y 2021, el gasto total en salud en relación con el PBI se mantuvo relativamente estable en torno al 10%; con un máximo en 2020 de 10,9% y el mínimo en 2019 del 10,1%.

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%, superando en 2020 al 7% del PBI.

**Gráfico N° 1: Gasto en salud como porcentaje del PBI. Periodo 2017–2021.**


Fuente: Elaboración propia con base en 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.

En el año 2021, el gasto total en salud ascendió a \$ 4.846.578 millones (en valores corrientes), de los cuales el 29,7% corresponde al gasto consolidado del sector público, que incluye las erogaciones de la administración central, provincias y municipios (\$1.437.654 millones). El gasto de la seguridad social, representó un 32,6% (\$1.579.385 millones) mientras que el gasto privado con \$ 1.829.540 millones completa el 37,7% restante.

Para poder analizar la evolución del gasto en salud durante el periodo de referencia eliminando el efecto del componente inflacionario se emplean valores constantes<sup>4</sup>. En este caso, a valores constantes de 2017, se aprecia que el gasto total en salud se incrementa entre 2017 y 2018 y nuevamente entre 2020 y 2021. Entre los extremos de la serie el aumento es de 1,9%, y el valor máximo se alcanza en 2018 (Tabla N°1).

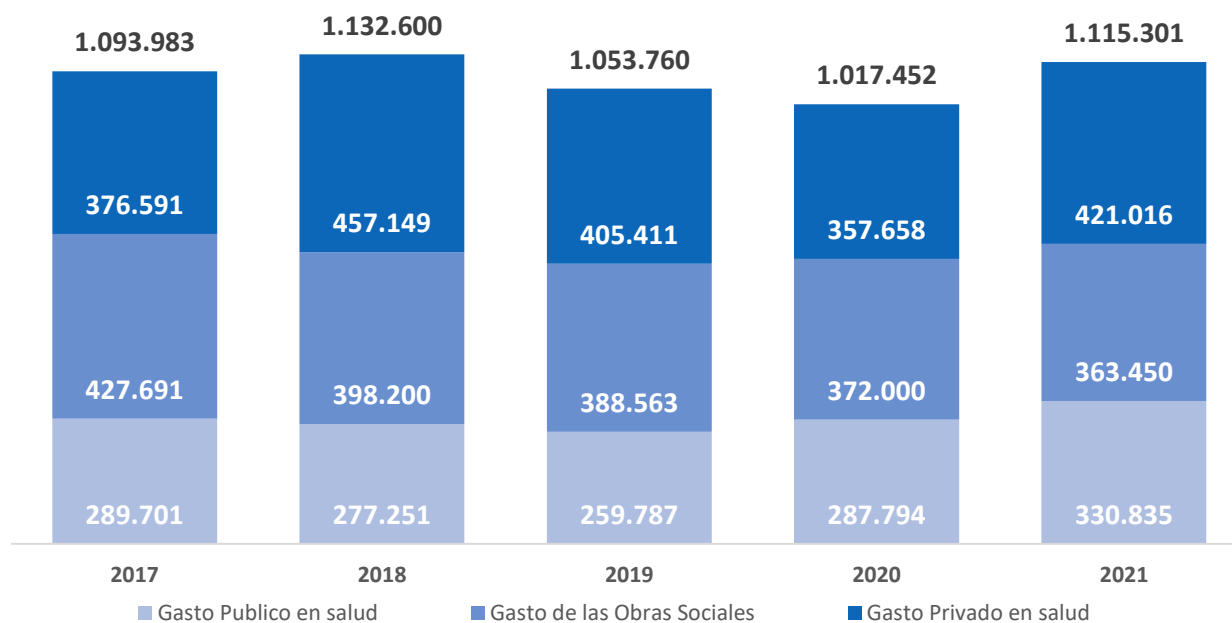
En cuanto al gasto público gubernamental se observa un aumento en su participación en 2020 y 2021 frente a los años previos, liderado por el incremento del gasto del gobierno nacional en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, en términos reales respecto del 2017 de un 24% y un 68%, respectivamente. En esa misma línea, para los años 2020 y 2021 se observan incrementos reales en los gastos anuales de los gobiernos provinciales.

En cambio, las Obras Sociales redujeron su gasto anual en términos reales a lo largo de todo el periodo con una caída de 15% entre los extremos de la serie, con escasa diferencia entre la OSN y las OSP.

<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.

Mayor variabilidad se observa en el comportamiento del sector privado que registra una variación positiva del gasto real en el año 2018 y nuevamente en 2021 aunque sin alcanzar los valores previos. En 2020 se observa su nivel mínimo con una retracción del 12% respecto del año anterior y del 22% en relación con el valor más alto de la serie (2018). En 2021 muestra una nueva variación positiva anual de 18%.

**Gráfico N° 2: Evolución del gasto en salud según financiador, en millones de pesos contantes 2017. Periodo 2017 –2021.**



Fuente: Elaboración propia con base en 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.

En términos per cápita se obtienen similares conclusiones. Si bien el gasto se incrementa en valores corrientes, cuando se lo expresa en pesos constantes de 2017 se aprecia en 2021 una reducción de 4% respecto del año 2018 –el más alto de la serie- y un aumento de 9% en relación con el año anterior que resulta el menor del periodo. Los valores extremos del gasto per cápita mensual son \$2.121,2 en 2018 y \$1.868 en el año 2020.

**Tabla 1: Evolución del gasto en salud en valores constantes de 2017, según financiador. Periodo 2017-2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Gasto total en salud</b>	<b>1.093.983</b>	<b>1.132.600</b>	<b>1.053.760</b>	<b>1.017.452</b>	<b>1.115.301</b>
<b>Gasto Público en salud</b>	<b>289.701</b>	<b>277.251</b>	<b>259.787</b>	<b>287.794</b>	<b>330.835</b>
Gasto Gobierno Nacional	49.393	46.421	41.292	61.196	83.270
Gasto Gobierno Provincial	195.430	184.646	177.246	186.092	202.688
Gasto Gobierno Municipal	44.878	46.183	41.248	40.507	44.877
<b>Gasto de las Obras Sociales</b>	<b>427.691</b>	<b>398.200</b>	<b>388.563</b>	<b>372.000</b>	<b>363.450</b>
Obra Sociales Nacionales	324.143	297.686	290.097	283.091	274.004
Obra Sociales Provinciales	103.548	100.514	98.465	88.909	89.446
<b>Gasto Privado en salud</b>	<b>376.591</b>	<b>457.149</b>	<b>405.411</b>	<b>357.658</b>	<b>421.016</b>

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.

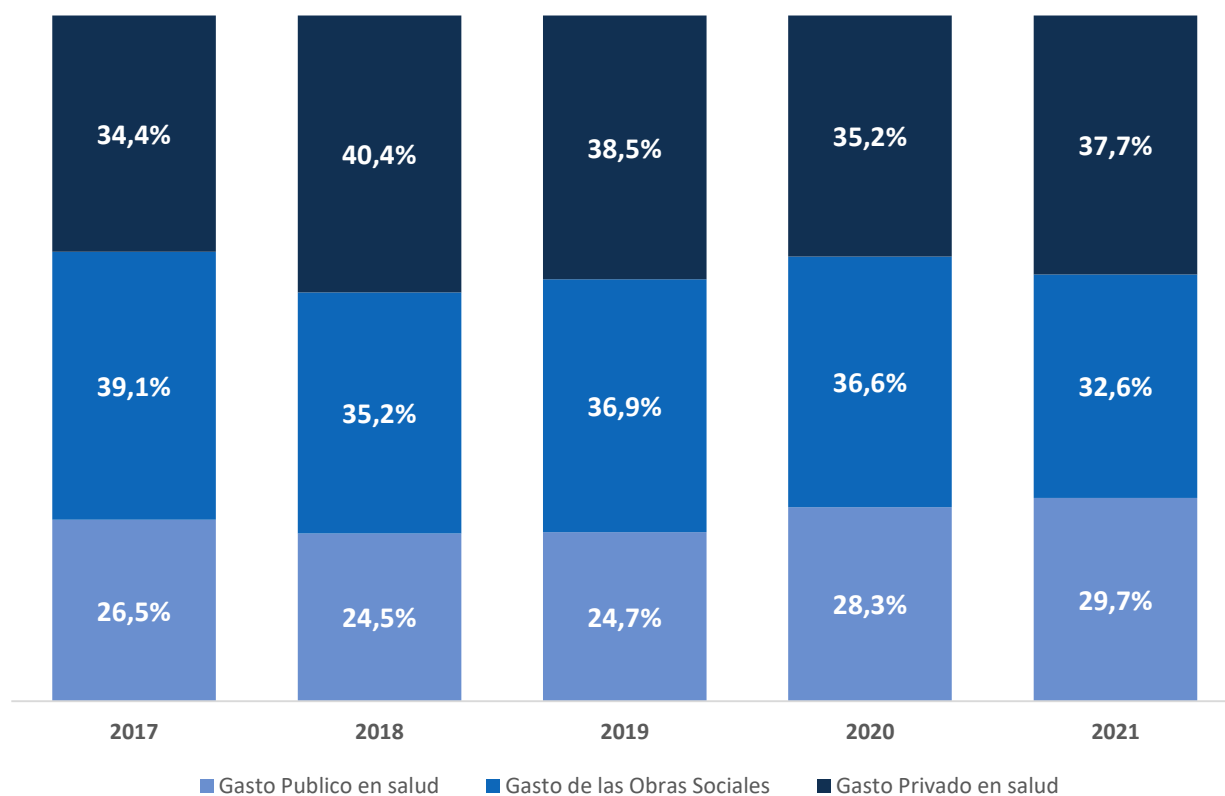
### Gasto en salud por financiador

Dentro del gasto total, la mayor participación relativa corresponde en tres de los cinco años analizados al sector privado y los otros dos a la seguridad social. El gasto privado alcanzó su máximo porcentaje en 2018 (40,4%) bajando en los años subsiguientes, aunque con un repunte de 2,6 p.p. en 2021 con respecto al año anterior.

El financiamiento de la seguridad social muestra, en valores constantes absolutos, una declinación a lo largo del periodo y en términos porcentuales alcanza su mayor participación en 2018 y su menor peso relativo en 2021 (Tabla 1).

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 los años 2020 y 2021 registró un significativo incremento alcanzando en este último año el mayor peso relativo del periodo (29,7%).

**Gráfico N° 3: Participación porcentual de cada financiador en el gasto total en salud. Periodo 2017 –2021.**



Fuente: Elaboración propia con base en 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.

Como se observa en la tabla 2, en el sector público son las provincias las que presentan mayor proporción relativa de gasto (entre el 61% 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 INSSYP y las de Régimen especial) las que más contribuyen al gasto total, lo que puede explicarse por la cantidad de beneficiarios que concentran, en función de que ofrecen servicios a lo largo de todo el territorio nacional, alcanzando a cerca



del 75%<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 descriptas previamente se mantuvieron relativamente estables entre el año 2017 y 2021, destacándose durante los años 2020 y 2021 la mayor participación del gasto del gobierno nacional a expensas de la de los otros niveles subnacionales.

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

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Gasto Público en salud</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Gasto Gobierno Nacional	17,0%	16,7%	15,9%	21,3%	25,2%
Gasto Gobierno Provincial	67,5%	66,6%	68,2%	64,7%	61,3%
Gasto Gobierno Municipal	15,5%	16,7%	15,9%	14,1%	13,6%
<b>Gasto de las Obras Sociales</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Obra Sociales Nacionales	75,8%	74,8%	74,7%	76,1%	75,4%
Obra Sociales Provinciales	24,2%	25,2%	25,3%	23,9%	24,6%

Fuente: Elaboración propia con base en 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 describió anteriormente, se utilizó como marco conceptual para las definiciones, las recomendaciones metodológicas del SHA 2011. Esto genera un primer desafío, dado que las fuentes de información empleadas se 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 cuestiones, las diferencias en cuanto a la inclusión o no de los denominados gastos de consumo colectivos, o de los gastos 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 (GPCS) del Ministerio de Economía 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 del gasto público en detrimento del gasto privado.

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

<sup>5</sup> <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>

## Principales resultados

Durante el periodo analizado el gasto total en salud mantuvo una participación relativamente estable en relación al PBI de alrededor del 10%, con un valor máximo en el 2020 (10,9%). 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 se revierte en 2020 y 2021, cuando alcanza el máximo del periodo. Por su parte, la seguridad social parte en 2017 del 4% del PBI, desciende en los dos años posteriores para volver a alcanzar ese nivel en 2020 y mostrar el menor peso en 2021 (3,4% del PBI).

En el año 2021, el sector público alcanza la mayor participación en el gasto total de periodo, compensado por una disminución en la participación del sector de la seguridad social. El gasto privado por su parte muestra una evolución irregular en este periodo y muestra su máxima participación en 2018.

El cambio en la composición relativa del gasto se refleja también al observar en valores constantes, donde el gasto público expresado en moneda del año 2017 se incrementa un 14% entre 2017 y 2021 y un 27% entre 2019 y 2021. En los últimos dos años fue el incremento del gasto del gobierno nacional, el que más incidió en el porcentaje mencionado con un aumento del 102% si se compara 2021 con 2019.

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.

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