

Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino

Federico Tobar | Sofía Olaviaga | Romina Solano

El sistema de salud argentino presenta un desempeño por debajo de su potencial. Así lo evidencia la comparación con otros países de la región que destinan menos recursos a la salud, pero logran mejores resultados. Este documento analiza cómo la complejidad y la fragmentación —aspectos característicos del sistema sanitario argentino— explican, en parte, esos resultados. Para ello, se examinan la organización de la cobertura de salud en subsistemas, su financiamiento y, en especial, los flujos financieros al interior de cada subsistema y entre los mismos para 2010 (últimos datos disponibles).

El resultado de este examen confirma la complejidad del funcionamiento del sistema sanitario. Sin embargo, esta complejidad no explica su fragmentación, es decir la disolución de la responsabilidad por los cuidados de salud de la población, para construir su derecho a la salud.

Dentro de las interacciones detectadas entre los subsistemas merecen especial atención tres modalidades de subsidio cruzado: el que otorga el subsector público a las obras sociales y empresas de medicina prepaga cada vez que uno de sus beneficiarios es atendido en servicios públicos de salud; el que ocurre cuando hay beneficiarios del sistema del seguro social que recurren a obras sociales

como plataforma para acceder a la cobertura de empresas de medicina prepaga; y el que se registra cuando hay casos de doble cobertura. Cada vez que se concreta cualquiera de estas tres situaciones, se está disolviendo la responsabilidad por la salud de un ciudadano y se afecta el desempeño al interior de cada subsistema.

Un sistema integrado es aquel que identifica a un responsable único, o al menos principal, por los cuidados de salud de un ciudadano. Mientras haya en la Argentina personas que recurren a un servicio (o a un financiador) para algunas prestaciones y a uno diferente para otras, no habrá integración. Y la falta de integración de los cuidados afecta sin duda la eficiencia del sistema.

La multiplicidad de agentes no implica necesariamente fragmentación; pero cuando hay muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de división del trabajo, las responsabilidades se disuelven.

Si bien es posible que los subsistemas (público, obras sociales y prepagas) o sus agentes (profesionales e instituciones) consigan proveer servicios eficientes y de calidad, al no contar con una adecuada división del trabajo o con una asignación de los recursos basada en prioridades sanitarias, el sistema en su conjunto tenderá a funcionar cada vez peor.

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

El sistema de salud argentino funciona por debajo de su potencial. Así lo evidencia la comparación con otros países de la región que destinan menos recursos a la salud, pero logran mejores resultados (Tobar, Olaviaga y Solano, 2011). Este documento reseña dos aspectos característicos del sistema sanitario argentino que pueden explicar, en parte, esa situación: la complejidad y la fragmentación.

Concretamente, se considera que ambos aspectos afectan la producción de salud en el país al restringir su eficiencia sistémica. Para abordar esta hipótesis se indaga, primero, el significado de ambos conceptos y se analiza, luego, información empírica sobre el sistema sanitario, específicamente acerca de la organización de la cobertura y de su financiamiento.

Marco conceptual

Un **sistema complejo** está compuesto por diversos elementos que forman un conjunto intrincado. Lo integran distintas partes interconectadas o entrelazadas cuyos vínculos crean información adicional no disponible a simple vista. Es decir, como resultado de las interacciones entre elementos surgen propiedades nuevas que no pueden explicarse a partir de las características de cada elemento aislado.

La complejidad de un sistema es directamente proporcional a las funciones y agentes que en él operan. Sin embargo, el adjetivo **complejo** no se refiere a su tamaño. Tampoco equivale a **complicado**, sino a variables ocultas cuyo desconocimiento impide analizar al sistema con precisión: un sistema complejo posee más información que la que aporta cada parte en forma independiente. Para describirlo hace falta no solo conocer el funcionamiento de cada parte, sino también cómo se relacionan entre sí.

Cuando hablamos de un **sistema fragmentado** no aludimos a la multiplicidad de actores y roles que intervienen—esto se expresara mejor con el concepto **complejidad**—, sino a la ausencia de principios y criterios integradores. Es decir, un sistema fragmentado es lo contrario de uno integrado¹. **En el caso particular de un sis-**

tema de salud, la fragmentación debe entenderse como la disolución de las responsabilidades por los cuidados de la salud, en detrimento del derecho a la salud de la población.

Podemos afirmar que en un sistema de salud se cumplen las condiciones de complejidad y fragmentación si se verifican los siguientes requisitos: a) el sistema está compuesto por múltiples actores con funciones diferenciadas; b) los actores que integran el sistema establecen vínculos diversos entre sí; c) las interacciones entre los agentes pueden potenciarse y/o contrarrestarse.

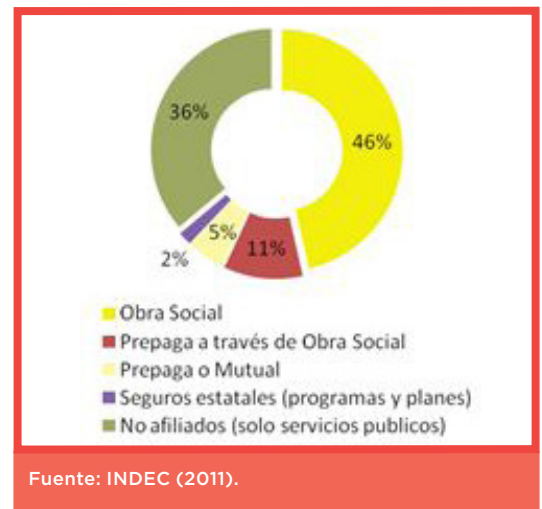
Morfología del sistema de salud argentino

Un sistema de salud se puede analizar a partir de la identificación de la oferta y la demanda como dimensiones estructurantes. La primera categoría incluye a las organizaciones que proveen bienes y servicios de salud; y la segunda, a la población que los requiere.

En el caso de la Argentina, del lado de la **demanda** es posible distinguir dos grandes grupos. Por un lado, aquellos que **solo acceden a los servicios públicos** y, por el otro, quienes, además, **tienen cobertura de seguros de salud**.

Cabe aquí hacer una digresión: es inexacto afirmar que en la Argentina hay población con cobertura y sin cobertura de salud, porque el subsistema público tiene un alcance universal. No obstante, es consistente afirmar que hay población con y sin cobertura de seguros de salud. Como se observa en el **gráfico 1**, en el primer grupo se encuentra un tercio de la población (alrededor de 14,3 millones o 36 %); y en el segundo, casi dos tercios (unos 25,3 millones o 64 %): se incluye en este grupo a las personas que tienen obras sociales nacionales, provinciales o de empresas de medicina prepaga (INDEC, 2011).

Gráfico 1.
Cobertura poblacional del sector salud. Argentina. 2010 (en porcentajes)



complejidad
fragmentación

¹ Sistema integrado y sistema único de salud no son conceptos equivalentes. En ambos casos se resuelve el problema de la disolución de responsabilidades por las protecciones de salud, pero los sistemas integrados aceptan una diversidad de esquemas de protección, con distintos grados de regulación. En cambio, los sistemas únicos contemplan un único modelo de atención, financiación y gestión como camino para concretar el derecho a la salud.

Como aporte a esta disquisición y en una lúcida crítica al abuso de los términos, en particular de fragmentación, Jorge Mera (2011) se pregunta ¿Por qué tanto temor a la diversidad si puede ser articulada, mediando una rectoría idónea y normas comunes consensuadas que no afecten la "propiedad" de cada institución?

En cuanto a la **oferta**, es posible distinguir tres subsistemas de cobertura compuestos por instituciones que ejercen funciones de provisión de servicios y financiación, y que cuentan con fuentes diversas de financiamiento. Estos subsistemas están constituidos por conjuntos de instituciones cuyas interacciones y lógicas de funcionamiento son relativamente homogéneas en su interior, pero diferentes entre sí:

- El **subsistema público** se financia mediante impuestos (o recursos del Tesoro Nacional) 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 consumos programados (pagos por las primas o mensualidades de las empresas de medicina prepaga o mutuales) y esporádicos (también denominados desembolsos directos).

En esta línea, el **diagrama 1** representa la conformación de la oferta y la demanda.

Diagrama 1.
Organización del sistema de salud.
Argentina



Fuente: CIPPEC.

Según los últimos datos disponibles, correspondientes a 2010 (**cuadro 1**), el gasto total en salud ascendió a \$132000 millones, aproximadamente (Tobar, 2011): el 36,5 % corresponde a las obras sociales; el 36,1 %, al gasto que realizan las familias y que, a su vez, puede desagregarse en afiliaciones a empresas de medicina prepaga (5,6 %) y en desembolso directo (30,5 %); y el 27,3 %, corresponde al gasto estatal que se compone, principalmente, del gasto que realizan las provincias (18,0 %)².

Cuadro 1.
Gasto en salud según fuente de financiamiento. En millones de pesos corrientes.
Argentina. 2010

Agente de gasto	2010	%
Nacional	7119	5,4
Provincial	23843	18,0
Municipal	5175	3,9
Gubernamental	36137	27,3
OSN	24941	18,9
OSP	11608	8,8
Pami	11765	8,9
Obras Sociales	48314	36,6
Desembolso directo	40301	30,5
Mensualidades de Prepagas	7449	5,6
Privado	47750	36,1
Gasto total en Salud	132201	100,0

Fuente: CIPPEC, sobre la base de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, CEDOP (2005-2010); Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía de la Nación (2011); Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación (2011) e IMS (2011).

Flujos financieros del subsistema público

El subsistema público está compuesto por 1271 hospitales y 6456 centros de salud sin internación³. La atención, por lo general, es gratuita⁴.

A diferencia de lo que sucede en los demás países de la región, el Estado nacional tiene una participación minoritaria (aproximadamente un 5 % del gasto total en salud del país y un 20 % del gasto gubernamental), que se concentra en programas. Mientras que la atención médica en servicios de salud pública es financiada predominantemente con recursos provinciales (66 % del gasto gubernamental) y, en menor medida, con recursos municipales (14 % del gasto gubernamental).

Es un error frecuente considerar que el gasto público en salud corresponde de forma exclusiva a la financiación de la atención médica de las personas sin cobertura de seguros de salud. En primer lugar, porque **no todo el gasto público en salud es asistencial**: una parte se destina a programas de promoción y acciones de regulación e investigación, que pueden ser considerados como bienes públicos (no hay restricciones ni en su distribución ni en su consumo) o bienes sociales (debido a las grandes ex-

sector público

obras sociales

sector privado

2 Para medir el gasto en salud en la Argentina se empleó la metodología propuesta por Tobar, Montiel, Falbo y Ventura (2002).

3 Indicadores Básicos 2011, Ministerio de Salud de la Nación y OPS.
4 Ejemplo de esta excepción lo constituyen las cooperadoras que operan como ONG y solicitan el pago de un bono contribución o el municipio de Malvinas Argentinas que cobra el servicio a los pacientes que viven en otras localidades.

ternalidades que generan). Entre estos últimos se destaca, por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunizaciones: aun cuando no alcance la cobertura universal, beneficia al conjunto de la población (la vacunación de algunos contra ciertas enfermedades reduce también el riesgo para el resto de la sociedad).

El gasto en **acciones de salud colectiva** se divide por el total de la población y representa un gasto per cápita mensual de \$16. El monto restante, que se destina a la **atención médica**, implica un gasto per cápita mensual de \$167 entre quienes no tienen cobertura de seguros de salud. Sin embargo, **un 30 % de las prestaciones que proveen los servicios públicos son recibidas por personas que tienen cobertura de seguros de salud**. Esto representa unos \$8,6 mil millones al año, lo que equivale a un **subsidio cruzado** desde el sector público a los seguros de salud (obras sociales y prepagas) del orden de los \$28 mensual por beneficiario con cobertura formal. En consecuencia, el gasto asistencial neto del sector público en la población sin cobertura de seguros es de \$117 por mes.

Utilizando la representación gráfica de la organización y financiación del sistema de salud formulada por González García y Tobar (2004), en el **diagrama 2** se presentan los flujos financieros que se conforman a partir de los recursos del subsector público de salud.

El aspecto más llamativo en la financiación del subsector público es la notable brecha que se registra entre las provincias en el gasto per cápita. En 2009, la provincia que más recursos asignó a la salud (Santa Cruz, \$3318,93 por habitante) detentaba un presupuesto 7,2 veces ma-

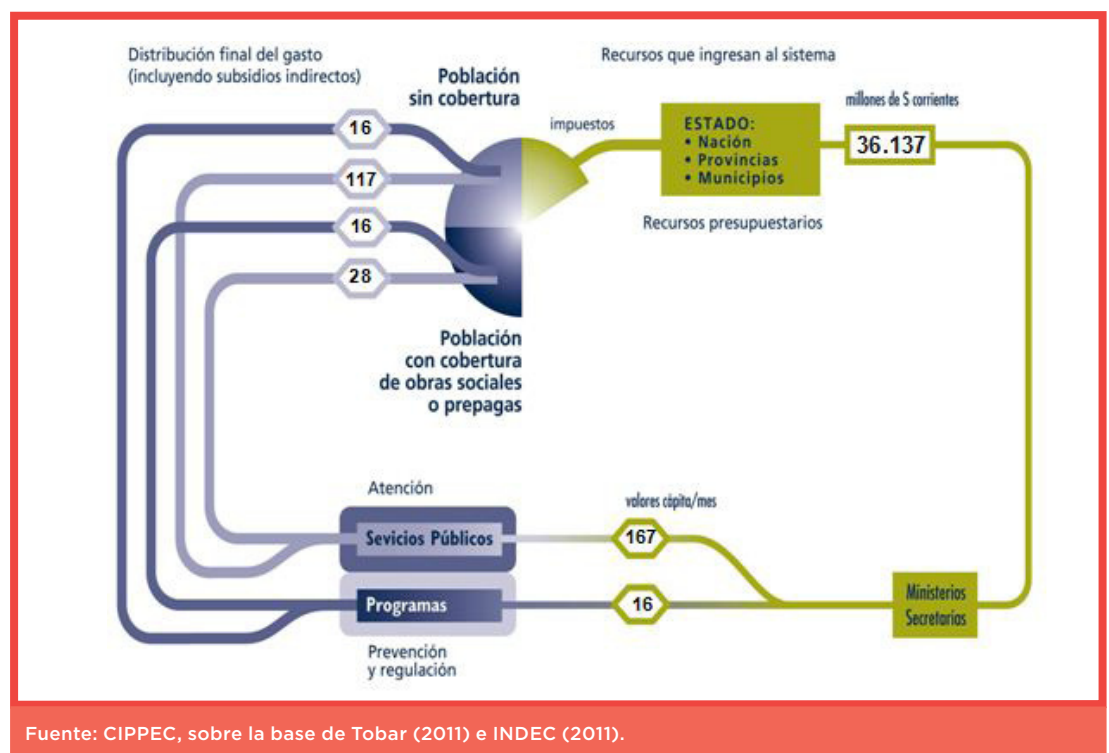
yor que la que destinó menos (Misiones, \$461,95 por habitante) (Tobar, Olaviaga y Solano, 2011). **Las transferencias que el Ministerio de Salud de la Nación realiza a través de sus programas buscan reducir esas brechas territoriales, pero su impacto es débil por la baja participación del Presupuesto nacional en la financiación sectorial (cuadro 1).**

Flujos financieros del subsistema obras sociales (seguro social)

Este subsistema está integrado por las obras sociales. Se trata de un esquema de protección social en salud (inspirado en el modelo ideado por el canciller Bismarck en la Alemania del siglo XIX) que se financia con contribuciones de los empleadores y aportes de los empleados, y brinda cobertura tanto a los trabajadores en relación de dependencia y a sus grupos familiares como a los jubilados y pensionados y a sus dependientes.

Al interior de este subsector existen significativas diferencias entre las obras sociales, en términos de población a cargo y financiamiento, entre otras. Por un lado, se encuentra la obra social de los jubilados (INSSJP, más conocido como PAMI) que reúne la mayor cantidad de población (con una cápita de \$233 por afiliado al mes). Por el otro, las obras sociales nacionales (OSN), que en promedio tienen una cápita de ingresos del orden de \$262 (aunque se trata de casi

Diagrama 2. Organización y flujos financieros del subsector público. Argentina. 2010

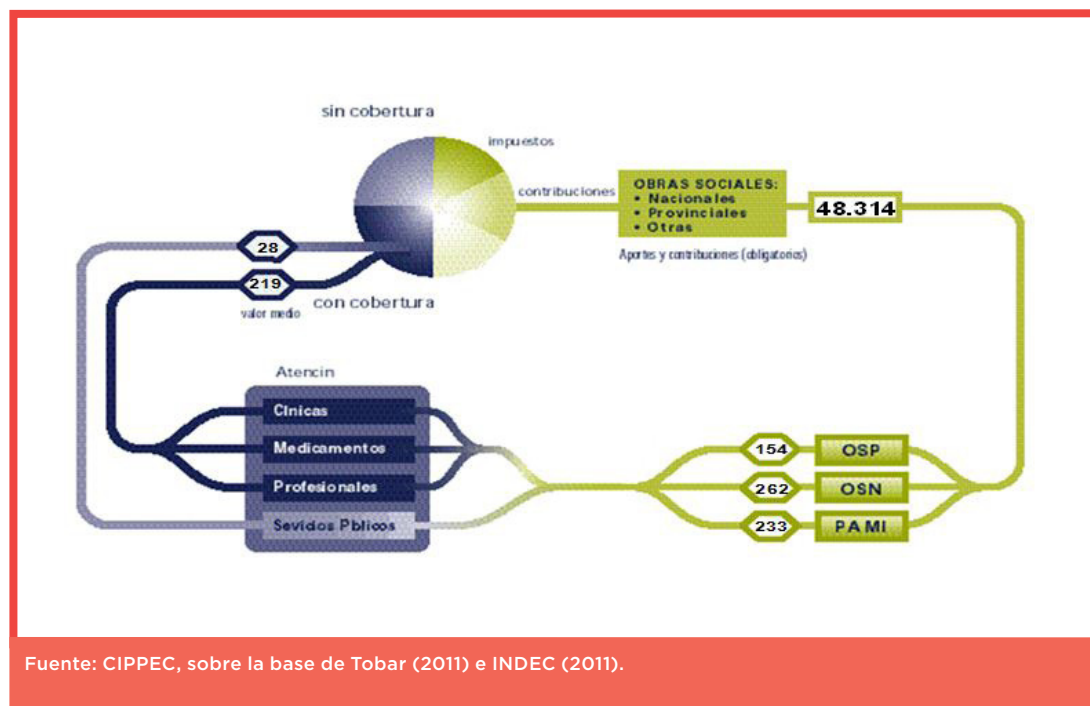


Fuente: CIPPEC, sobre la base de Tobar (2011) e INDEC (2011).

atención
promoción
prevención

Diagrama 3.

Organización y flujos financieros de Obras Sociales. Argentina. 2010.



300 entidades muy diferentes, donde la cápita de ingresos varía entre \$180 y \$661⁵. Además, existen 24 obras sociales provinciales (OSP) con un ingreso inferior, que promedia \$154 por afiliado al mes, aunque también presentan variaciones entre ellas⁶. El **diagrama 3** presenta los flujos financieros que se conforman a partir de los recursos del subsistema de obras sociales.

Aunque el ingreso medio de las OSN debería ser superior, su **descrime** es la tendencia más significativa durante la última década: según se registra en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010, un total de 4,2 millones de personas (el 10,6 % de la población) accede a la cobertura de empresas de medicina prepaga a través de las obras sociales. En otras palabras, **la población asalariada de mayores ingresos aprovecha sus aportes y contribuciones para substituir o complementar el pago de primas mensuales y acceder a la cobertura de empresas privadas de aseguramiento en salud**. Esto fue posible porque muchas obras sociales asumieron contratos con empresas de medicina prepaga a las que les transfieren la responsabilidad por la prestación de servicios.

Flujos financieros del subsector privado (medicina prepaga)

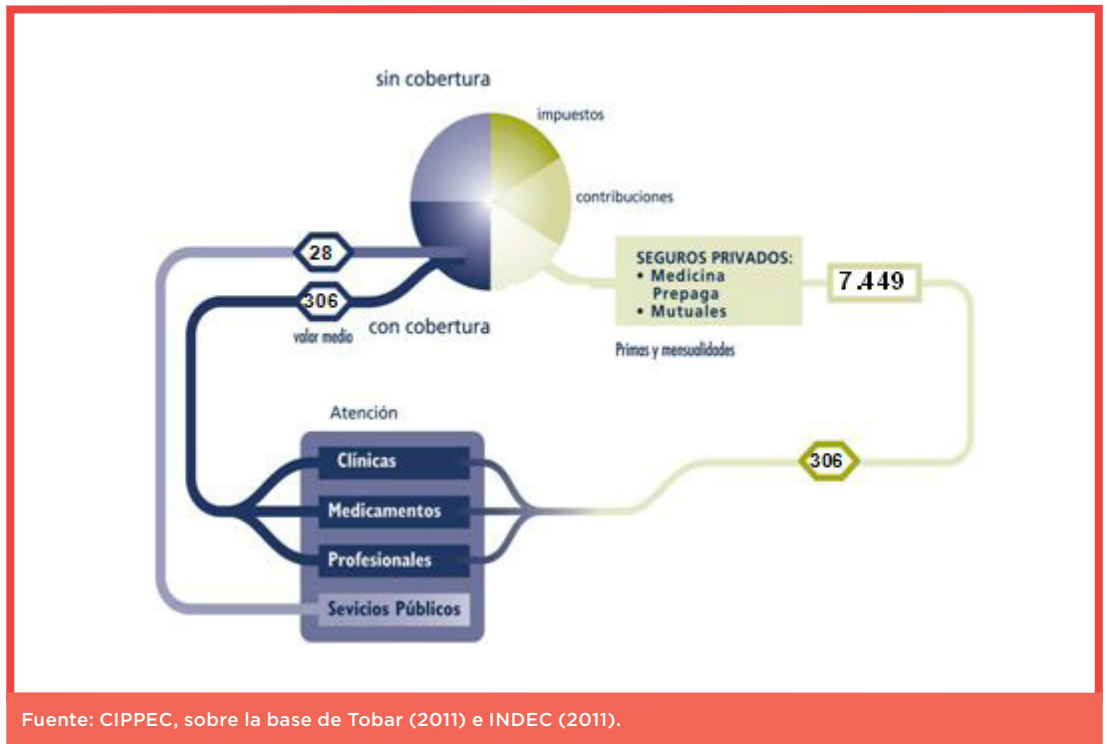
Este subsector involucra al aseguramiento voluntario. Mientras que en el seguro social el beneficiario no tiene margen de decisión sobre si puede o no estar asegurado (puede no afiliarse, pero igual debe contribuir), en este subsector la decisión pertenece al asegurado. Sin embargo, en la Argentina se trata de un segmento de contornos difusos. Por un lado, hay afiliaciones voluntarias a prepagas. Por otro lado, hay un gran número de mutuales y fundaciones que no constituyen seguros privados en el sentido estricto, pero brindan servicios a este segmento. Sumando estos dos tipos de instituciones, las prepagas casi duplican el número de obras sociales.

Además, en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 se registró que 4192897 de argentinos acceden a la cobertura de empresas de medicina prepaga a través de contribuciones parciales o totales de las obras sociales. Como se mencionó anteriormente, esto es posible porque hay convenios entre obras sociales y empresas de medicina prepaga que permiten a la población acceder a la red prestacional de una determinada prepaga. En algunos casos, no es necesario realizar pagos adicionales; en otros, los aportes se complementan con pagos mensuales.

5 Con la incorporación del Subsidio Automático Nominativo (SANO) a través del Decreto 292/1995 se redujeron las desigualdades de ingresos entre las obras sociales nacionales (OSN). Esto se potenció con la entrada en vigor del Decreto 1901/2006, que establece un valor mínimo de ingreso a la entidad en función del sexo y edad del beneficiario. Aun cuando su impacto se restringe a las OSN, es la reforma más relevante de los últimos años.

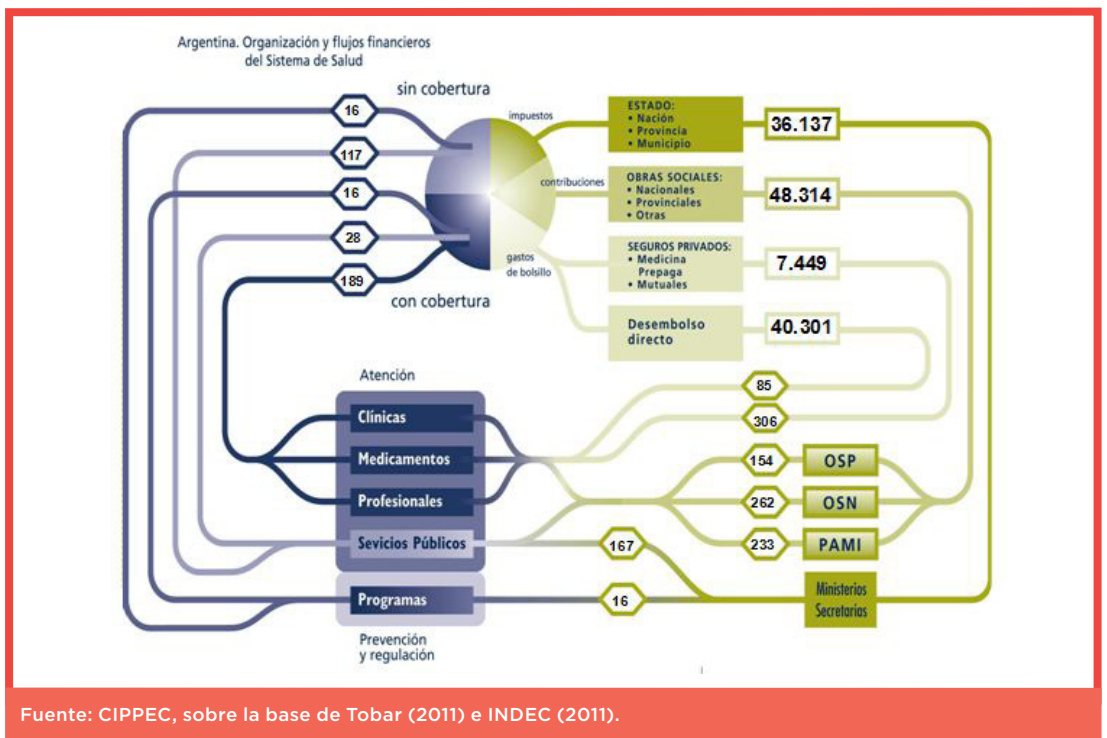
6 Mientras que la obra social provincial con mayores ingresos per cápita tuvo una cápita mensual de \$238 por afiliado, la obra social con menores ingresos obtuvo una de \$93 por afiliado. La brecha entre ambas es de 2,6 veces.

Diagrama 4.
Organización y financiamiento del subsector de medicina prepaga. Argentina. 2010



Fuente: CIPPEC, sobre la base de Tobar (2011) e INDEC (2011).

Diagrama 5.
Organización y financiamiento del Sistema de Salud. Argentina. 2010



Fuente: CIPPEC, sobre la base de Tobar (2011) e INDEC (2011).

De esta manera, el subsector de la medicina prepaga brinda cobertura a 6,2 millones de argentinos, de los cuales 2 millones acceden al servicio en forma directa y 4,2 millones, a través de una obra social. En otras palabras, **dos tercios de los afiliados a empresas de medicina prepaga contratan un servicio privado, pero como consumidores subsidiados desde el seguro social.**

En el año 2010, la cápita de ingreso mensual

de las prepagas ascendía a \$306 por afiliado. Ambos componentes (afiliación directa y afiliación a través de una obra social) generaron aportes similares. Aunque la segunda constituye un ingreso genuino de las empresas de medicina prepaga, no debería ser considerada afiliación voluntaria.

El promedio de ingresos de alrededor de \$306 también esconde variaciones entre la gran diversidad de instituciones que componen el

subsector. Sin embargo, el subsistema de medicina prepaga es el que registra las menores brechas de ingreso entre las instituciones con más y menos recursos. En efecto, mientras que **en el sector público la provincia más rica tiene un presupuesto per cápita siete veces mayor al de la más pobre, en las obras sociales nacionales la diferencia se reduce a 3,6 veces, en las obras sociales provinciales a 2,6 y entre las prepagas, a dos**⁷.

Además, y al igual que en el caso de los que reciben cobertura de las obras sociales, cada vez que uno de sus afiliados recibe atención en un servicio público las prepagas perciben un subsidio indirecto. En el caso de las obras sociales, una parte de ese gasto se puede recuperar mediante el registro de hospitales de gestión descentralizada. Pero los pacientes con cobertura de empresas de medicina prepaga no son identificados por el sistema de facturación de los hospitales y, por lo tanto, su atención no genera débitos a sus respectivas aseguradoras.

El **diagrama 4** presenta los flujos financieros que se conforman a partir de los recursos del subsector de medicina prepaga.

Finalmente, el **diagrama 5** presenta todos los flujos financieros que integran el sistema de salud argentino y da cuenta de una complejidad y fragmentación que generan a su vez una gran inequidad en la cobertura y financiación de la atención de la salud.

Conclusión

Los diagramas presentados pretenden esquematizar la organización y financiación del sistema de salud argentino. Como se puede apreciar, se trata de circuitos intrincados y con recorridos diversos.

Cabe preguntarse si esta complicación gráfica tiene un correlato en la complejidad sistémica. Se expuso que un sistema no es complejo por la cantidad de agentes que involucra, sino por la diversidad de interacciones y, fundamentalmente, como resultado de los intercambios entre elementos, porque surgen propiedades nuevas que no pueden explicarse a partir de las propiedades de los elementos aislados. Dentro de las interacciones detectadas, los **subsídios cruzados** merecen especial atención. Es posible identificar al menos tres modalidades de subsidios cruzados entre subsistemas.

La primera modalidad, y la más importante, es el subsidio indirecto que otorga el subsector público a favor de las obras sociales y empresas

de medicina prepaga cada vez que uno de sus beneficiarios es atendido en servicios públicos de salud. Se estima que ese subsidio equivale a \$28 mensuales por habitante con cobertura formal. Existen **mecanismos de recupero** de estos costos, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, por medio del Nomenclador del Hospital Público de Gestión Descentralizada para las obras sociales nacionales y de convenios específicos entre los ministerios correspondientes y las obras sociales provinciales. Sin embargo, **los valores recuperados siempre son inferiores a los cobrados en el sector privado e, incluso, inferiores a los costos de producción de los mismos servicios públicos**.

La segunda modalidad de subsidio cruzado tiene lugar cuando los beneficiarios del sistema de seguro social recurren a obras sociales como plataforma para acceder a la cobertura de empresas de medicina prepaga. Actualmente, un 10 % de la población nacional o un 17 % de la población con cobertura de seguros optan por esta modalidad: predominantemente, los sectores asalariados de ingresos medios y altos. Por eso se habla del **descreme** de las obras sociales. Es interesante señalar que esta migración repercute, en promedio, en una baja no solo de la cápita de ingresos de las obras sociales nacionales, sino también de la cápita de ingresos de las empresas de medicina prepaga. Estas últimas ganan en volumen, pero pierden en precios.

La tercera modalidad de subsidio cruzado se registra cuando hay casos de doble cobertura formal. Se trata de personas que tienen más de una obra social o que tienen obra social y prepaga. Cada vez que ese ciudadano utiliza un servicio de salud con el carnet de uno de sus seguros, se genera un subsidio indirecto desde ese seguro hacia el otro que no se utilizó.

Estas tres situaciones configuran interacciones que afectan el desempeño de cada subsistema. Por eso, puede concluirse que la complejidad del sistema de salud argentino constituye un fenómeno evidente.

Sin embargo, el carácter complejo del sistema no evidencia la fragmentación. Se afirmó que hay fragmentación cuando se disuelve la responsabilidad por los cuidados de salud a ser concretados en la población, para construir su derecho a la salud. A la luz de esta definición es posible afirmar que **cada vez que se concreta cualquiera de las tres modalidades de subsidio cruzado mencionadas se está disolviendo la responsabilidad por la salud de un ciudadano**.

En síntesis, un sistema integrado es aquel que permite identificar a un responsable único, o al menos principal, por los cuidados de salud de un ciudadano. Mientras haya en la Argentina personas que recurran a un servicio (o a un financiador) para algunas prestaciones y a uno diferente para otras prestaciones, no habrá integración. Y la falta de integración de los cuidados afecta sin duda la eficiencia del sistema.

⁷ Según constata un estudio del mercado sectorial (Key Market, 2011, pág. 20), entre las diez empresas más grandes (que representan el 94 % de la facturación y el 86 % de la población cubierta) la cápita de ingresos media más importante corresponde al plan de salud del Hospital Alemán (\$455) y la menor, a Medifé (\$225).

En este sentido, que existan muchos agentes no implica necesariamente que haya fragmentación. Pero cuando hay muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de división del trabajo, el resultado es que nadie es responsable. Los actores, en forma individual, pueden intentar un mejor desempeño; pero lo hacen nadando contra la corriente. Porque la desintegración sistémica genera condiciones adversas. Es decir, es posible que los subsistemas (público, obras sociales y prepagas) o sus agentes (profesionales e instituciones) consigan proveer servicios de calidad y con eficiencia en términos particulares. Pero, al no contar con una adecuada división del trabajo ni con una

asignación de los recursos alineada con objetivos sanitarios, es probable que el sistema funcione cada vez peor.

De esta manera, **la complejidad y fragmentación del sistema sanitario afectan a la producción de salud al restringir su eficiencia sistémica**. Y así como hay dos causas centrales (o enfermedades del sistema), podemos también afirmar que estas generan dos consecuencias principales. En primer lugar, la inequidad en el acceso, la financiación y los resultados de salud. En segundo lugar, un pobre desempeño del sistema en términos de relación entre los recursos que asignamos y la salud que conseguimos. 🌐

Bibliografía

CEDOP. (2005). *Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

González García, G. y Tobar, F. (2004). *Salud para los Argentinos*. Argentina: Ediciones Isalud.

INDEC. (2011). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. Argentina.

Key Market (junio de 2011). *Informe Obras Sociales y Prepagas*. Buenos Aires.

Mera, J (2011). No a la ley, sí a la fragmentación: Dos notas anarquistas sobre el sistema de salud. *Medicina y Sociedad Año 31*, N°3. Buenos Aires.

Tobar, F.; Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. *Documento de Políticas Públicas N° 99*. Buenos Aires: CIPPEC.

Tobar, F. (noviembre de 2011). Radiografía del sistema de salud argentino. 2010. *Consultor de salud N° 519*, págs. 1 y 2.

Tobar, F. y Lifschitz, E. (noviembre de 2011). *Modelo Argentino de Salud*. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, Buenos Aires.

Tobar, F. Montiel, L; Ventura, G y Falbo, R. (2002). *El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo*. Argentina: Ediciones Isalud N° 5.

Federico Tobar: investigador principal del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciado en Sociología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesor de Sociología, UBA. Magíster en Administración Pública, Fundação Getúlio Vargas (Brasil). Doctor en Ciencia Política, Universidad del Salvador. Es autor de dieciocho libros y publicó más de cien artículos científicos en revistas especializadas y periódicos de divulgación. En la gestión pública, fue jefe de gabinete de Ministerio de Salud (2002/2003) desde donde formuló e implementó el programa REMEDIAR.

La opinión de los autores no refleja necesariamente la posición de todos los miembros de CIPPEC en el tema analizado.

Sofía Olaviaga: coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciada en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Candidata a magíster en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO), tesis en curso. Coordinó varios proyectos de investigación y asistencia técnica en temas de políticas de salud y políticas sociales. Es autora de varios artículos y documentos en esa materia.

Romina Solano: analista del Programa de Salud. Licenciada en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Candidata a magíster en Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés.

Las publicaciones de **CIPPEC** son gratuitas y se pueden descargar en www.cippec.org.

CIPPEC alienta el uso y divulgación de sus producciones sin fines comerciales.

Si desea citar este documento: Tobar, F.; Olaviaga, S.; y Solano, R. Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. (agosto de 2012). **Documento de Políticas Públicas/Análisis N°108**. Buenos Aires: CIPPEC.

Para uso online agradecemos usar el hipervínculo al documento original en la web de **CIPPEC**.

Con los **Documentos de Análisis de Políticas Públicas**, CIPPEC acerca a funcionarios, legisladores, periodistas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general un análisis que sintetiza los principales diagnósticos y tomas de posición pública sobre un problema o una situación que afecta al país.

Estos documentos buscan mejorar el proceso de toma de decisiones en aquellos temas que ya forman parte de la agenda pública o bien lograr que problemas hasta el momento dejados de lado sean visibilizados y considerados por los tomadores de decisiones.

Por medio de sus publicaciones, CIPPEC aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, e Instituciones y Gestión Pública** a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Integración Global, Justicia, Transparencia, Política y Gestión de Gobierno, Incidencia, Monitoreo y Evaluación, y Desarrollo Local.