

Los programas con subsidio a la demanda y los indicadores de salud en Argentina

Carácter de la ponencia: Avance de investigación en curso

Grupo de trabajo: GT19 : Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

Autora: Lic. Susan López. FTS-UNLP

Resumen de la ponencia:

Este trabajo, que se enmarca en uno de los aspectos del proyecto de tesis de doctorado, pretende realizar un aporte al debate sobre el financiamiento en salud con subsidio a la demanda y el impacto en algunos indicadores de salud.

El mismo tiene como objetivos específicos: a) caracterizar los fundamentos que dieron lugar al cambio del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda b) analizar, a partir de datos cuantitativos, la variabilidad de algunos indicadores materno infantiles a partir de las reformas de los años 90 c) Comparar gasto total en programas, fuentes de financiamiento e impacto en los indicadores pretendidos.

En Argentina, como otros países de la región, la reforma en salud se inició en la década de los 90 del siglo próximo pasado. Una de las características de la política en salud impulsada a partir de la misma, ha sido dirigir las acciones a grupos seleccionados por problemáticas y riesgos específicos. Esta modalidad conocida como focalización - que surge como una alternativa a la provisión universal- propone el financiamiento con subsidio a la demanda como un modo eficaz para alcanzar equidad y mejorar los indicadores de salud de la población más vulnerable.

Dado que Argentina, a partir del año 2003 intenta recuperar el protagonismo y la garantía estatal en las políticas sociales, que habían sido minimizadas en la década anterior, cabe preguntarnos ¿La política de salud de este último periodo es de continuidad o ruptura? ¿El financiamiento de los programas de salud guarda relación con el periodo anterior? Y ¿Los indicadores, mejoraron, se estabilizaron o empeoraron?

Para aproximarnos a algunas respuestas a estas preguntas se realiza un análisis comparativo de programas materno-infantil en dos periodos: la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI.

Para la elaboración del trabajo se utilizaron fuentes de datos secundarios, financiamiento y presupuesto nacional de los programas de salud y fuentes bibliográficas específicas.

Palabras Claves: Financiamiento en salud/ Subsidio a la demanda/ Indicadores de salud/ Argentina

Introducción

El presente trabajo que esta enmarcado en uno de los aspectos del proceso de tesis doctoral: *Los subsidios públicos al sistema privado de salud*, y es además parte del proyecto de investigación *Las condiciones actuales de la intervención profesional en trabajo social: la relación salarial y sus representaciones. Estudio de tres campos de intervención: jurídico, discapacidad y salud comunitaria* de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP.

En Argentina, como otros países de la región, la reforma en salud que se inició en la década de los 90 del siglo próximo pasado, y conforme a los lineamientos banco mundialistas, direccionó su política publica de salud en acciones hacia grupos seleccionados por problemáticas y riesgos específicos. Esta modalidad conocida como focalización - que surge como una alternativa a la provisión universal- propone el financiamiento con subsidio a la demanda como un modo eficaz para alcanzar equidad y mejorar los indicadores de salud de la población más vulnerable.

Durante estos veinte años, y con claras diferencias entre los gobiernos sobre el protagonismo dado al Estado en el campo de la política social, se observa que la política pública en salud ha sido y sigue siendo de focalización y con predominio del subsidio a la demanda. Entonces cabe preguntarse, ¿Cuánto han mejorado los indicadores de salud durante este período? y ¿Cuánto de este mejoramiento responde a la forma de financiamientos con subsidio a la demanda?

En primer lugar, se realizará una breve explicación acerca del origen y el sentido de la demanda y el subsidio a la demanda. Luego se confrontarán algunos indicadores de salud en todo el período analizado con el período anterior donde predominaba el subsidio a la oferta. Por último, observará la relación entre el gasto y financiamiento en relación al mejoramiento pretendido por el subsidio a la demanda de los indicadores de salud.

Demanda en salud

¿Qué es la demanda de salud? ¿Cómo y cuándo surge?

La mayoría de los estudios sostienen que, hasta bien entrado el siglo XX el diseño de las políticas en salud estaba basado en criterios de necesidad establecidos por sanitaristas. En general estos criterios responden a prioridades que el Estado, en el entramado de relaciones con diferentes actores sociales, considera relevantes para la política pública de salud y que al mismo tiempo guarde cierto equilibrio entre los diferentes intereses sectoriales. Cabe resaltar que, -y para no caer en reduccionismo-, no existen formas únicas, ni lineales en el accionar, sino mas bien de lo que se trata es de considerar que las relaciones de poder en el mapa político están siempre subordinadas a macro determinaciones económicas, ideológicas y políticas en los diferentes momentos históricos.

Las epidemias han sido consideradas un problema central en la medida que afectaba a la organización y al sistema económico, por ello a partir de la Revolución Industrial y frente a la creciente demanda de mano de obra y la idea de tener un ejercito de reserva de futuros trabajadores, las epidemias y las enfermedades pasaron a ser un problema prioritario a dar respuesta por los Estados. Fue de la mano de higienistas se llevaron a cabo las primeras medidas, el saneamiento ambiental fue tal vez la mas importante en los siglos XVIII y XIX.

Como la salud no esta en oposición a la enfermedad, sino que es un proceso histórico, determinado por las condiciones de reproducción cotidiana de un grupo o población, la salud y la enfermedad son dinámicas al propio devenir de las transformaciones en la organización de la sociedad. Así como nos dice Mc Kweon (1990) que, en la época de los cazadores recolectores el homo sapiens no tenía enfermedades infecciosas y que estas aparecieron cuando el hombre se hizo sedentario, cuando se estableció en un lugar y convivió con otros humanos y animales. La Revolución Industrial creo condiciones para afrontar el flagelo de las enfermedades infecciosas, pero al mismo tiempo la expansión del sistema capitalista generó nuevas enfermedades no infecciosas y también nuevas respuestas aunque cada vez mas asociadas a su propia reproducción, tanto económicas, como políticas y de gobernabilidad.

Los sanitaristas fueron los primeros que construyeron registros de enfermedades y mortalidad, tablas sobre la cantidad de médicos, enfermeros, instituciones, camas, etc., para determinar la oferta de servicios para una población determinada. En base a estos criterios econométricos y en consonancia con las necesidades que priorizaran los Estados se conformaba la oferta de servicios y también la forma de financiarlos. Así las condiciones de salud de una población estaban determinadas en forma vertical y por definiciones de necesidad establecidas sin participación de la comunidad. Cabe destacar que el intento mas acabado de dar lugar a la participación horizontal, sin dudas fue la APS Integral.

En ese contexto y desde una perspectiva económica, el gasto de salud ascendía porque se consideraba necesario ampliar la oferta de salud – es decir subsidiar a la oferta- para satisfacer las necesidades de salud de la población, subyaciendo la idea que una vez logrado se contraería el gasto. Esto no sucedió, en parte por la propia lógica de desarrollo de la sociedad de consumo, el avance tecnológico y la acumulación desigual del capital.

Pero, ¿en qué momento se pasa de aplicar políticas diseñadas en la necesidad interpretada por los sanitaristas a las necesidades basadas en la demanda del mercado?

Antes, vale la pena hacer algunas consideraciones entre demanda y necesidad a fin de contribuir a despejar algunas confusiones. Demanda y necesidad muchas veces se confunden, están asociadas pero son diferentes. La demanda es manifestación de la necesidad. El que demanda siempre tiene una necesidad, sin embargo esta puede ser social, cultural, económica, de salud, etc. Si se refiere estrictamente y dentro del ámbito de la salud, esta puede ser biológica y básica, por ejemplo de nutrición-, de urgencia -frente a una enfermedad o hecho traumático-, indirecta, subjetiva etc., etc. Si se refiere en términos de organización económica, la necesidad es pensada como una deficiencia en bienes y servicios disponibles. Ambas perspectivas plantean la escasez, ausencia o falta de: acceso, atención, información, un bien, un producto o un servicio para la satisfacción de una necesidad. Así planteada, como escasez, la necesidad crea y/o se convierte en demanda.

Y ¿cómo se expresa esa demanda en salud? Por un lado, existen formas directas e explícitas, en reclamos concretos de la población o analizando la situación de salud de una población expresadas en indicadores de salud; por el otro, indirectas y complejas relacionadas con las condiciones de vida de la población, medio ambiente, distribución de recursos, relaciones de poder y la orientación del modelo de política pública, expresadas en desigualdad e inequidad social.

Aunque estas demandas no son sólo económicas, ni se resuelven desde lo económico, las demandas en salud, como se vio anteriormente, fueron interpretadas como necesidades de escasez de bienes y servicios al alcance de la población, por lo tanto la respuesta ha sido aumentar la oferta de los mismos. El predominio del subsidio a la oferta como modalidad de financiamiento de la política pública en salud se presentó en gran parte del siglo XX, sin embargo, esto cambió con la llegada del planteo neoliberal.

Sin dudas las discusiones habían sido planteadas en la década del 40 cuando en la reconstrucción de Europa se dirimió quien resolvería mejor la situación de sacar adelante a los países, si era el mercado o el Estado. Como el gasto en todo el período donde predominaron las políticas de Estado de Bienestar no se redujeron, las discusiones volvieron a plantearse centrándose en la ineficiencia del estado para reducir el déficit económico y entonces fue el mercado el que cobro protagonismo. Tobar (2008) sostiene que el gasto no se pudo reducir “porque la oferta de bienes y servicios de salud programados sobre la base de criterios de necesidad, genero una *necesidad sentida*. Es decir, la toma de conciencia del estado mórbido por parte de la población. La gente comenzó a confiar en el sistema de salud y los profesionales”... “De la necesidad sentida de un paciente se pasa a la demanda de un consumidor *impaciente* cuya satisfacción es cada vez mas difícil de lograr”¹. Lo que no aclara Tobar es que ese “consumidor impaciente” es creado y sujetado por nuevas necesidades creadas por el propio mercado, aumentado de este modo la demanda.

Para este mismo autor, economista de la salud, la demanda resulta un concepto claro para casi todas las áreas de la economía, pero cuando ella la ajustamos a bienes y servicios y dentro de esto a salud la cuestión es un poco más compleja. La demanda de un bien esta determinada por las preferencias de los potenciales consumidores y el precio con que es ofrecido en el mercado². Sin embargo, en el área de salud esto no se comporta en general de esta manera, como ya aseguraba en 1963 Kenneth Arrow -premio Nobel de Economía en 1972- “Los mecanismos habituales por los que los mercados aseguran cantidades y calidades de los productos no tienen grandes implicaciones en el sector salud”³.

Sin embargo, la forma asumida por la sociedad de consumo se esta ampliando en el área de salud. Hoy encontramos consumidores de tecnología aplicada a la medicina, tanto en equipamiento como en medicamentos, muchos generados por la propia industria médica

¹ Tobar, F (2008) pag. 2

² Idem

³ Arrow, K. (1963 pag. 941

empresarial al introducir cambios en parámetros de normalidad biológica con tendencia a medicalizar lo normal y a ofrecer servicios diagnósticos complejos y de alto costo con poca significancia terapéutica. Es decir, el mercado encuentra en este ámbito también maneras de generar consumidores para nuevas necesidades.

Entonces, si la satisfacción de necesidad por intermedio del subsidio a la oferta aumentaba los costos, para disminuirlos se retomó la idea de Von Hajek quien sostenía que el problema lo resolvería el subsidio a la demanda.

Subsidio a la demanda

La Real Academia Española define subsidio como la “*Prestación pública asistencial de carácter económico y de duración determinada*”⁴. Para las instituciones estrictamente económicas, se explicitan algunos alcances, por ejemplo “*Ayuda de carácter oficial que se concede a una persona o entidad. Ayuda económica concedida por el Estado u otro organismo oficial para cubrir una necesidad social o económica (subsidio de desempleo). A diferencia de la subvención, que tan sólo cubre una parte de la necesidad económica, el subsidio trata de ser una ayuda completa*”⁵.

Existe cierto consenso de que el objetivo de otorgar un subsidio puede ser alguna meta social como auxilio a los desocupados o a los más pobres, o alguna meta de fomento como el desarrollo de ciertas actividades industriales, y sin que el Estado reciba compensación alguna.

En cuanto a la cobertura se puede distinguir, los subsidios de carácter universal dirigidos a toda la población y los focalizados dirigidos a determinados estratos de la sociedad. Además, es posible realizar una distinción entre los **subsidios a la oferta** (los cuales se conceden a los productores o prestadores de servicios) y los **subsidios a la demanda** (que permiten disminuir parcial o totalmente lo que abona el destinatario final).

Dentro de estos últimos, existen los **subsidios directos** (a través de los cuales el **Estado** paga directamente una parte del servicio o prestación a los consumidores) y los **subsidios cruzados** - entre diferentes usuarios se paga el servicio e incluso no establece una tarifa única sino en relación a la posición económica de cada actor social y beneficiario. Es decir que, los subsidios pueden tener diferentes destinatarios, personas, empresas instituciones, etc., con la finalidad de alcanzar un propósito social. Por ejemplo, aumentar la posibilidad de acceso algún servicio o necesidad básica o favorecer el desarrollo económico de sectores de menores recursos. Sin embargo, este propósito puede no cumplirse tal cual fue diseñado pudiéndose hacer una diferenciación entre el “*destinatario*” y el “*beneficiario*”. Por ejemplo, un subsidio para un programa de salud puede tener como destinatarios a grupos familiares de bajos recursos sin cobertura en medicamentos y, como beneficiarios a esos destinatarios y otros no necesariamente contemplados como objeto del programa, beneficiarios indirectos que obtienen beneficios diferenciales con lógicas de mercado. El entramado de relaciones y lógicas

⁴ Real Academia Española. En www.rae.es

⁵ La gran enciclopedia económica. En <http://www.economia48.com>

que subyacen en los subsidios públicos, deja entrever y suponer que el propósito social para lo cual fueron diseñado podría tener beneficios para otros sectores económicamente no necesitados y con fines de lucro.

Las políticas actuales ya no discuten por el subsidio a la oferta o a la demanda, simplemente priorizan este último. El hecho que hoy la mayoría de los países tiendan a implementar políticas sociales basadas en esta forma de subsidio responde y como se dijo anteriormente a criterios económicos, y particularmente a restar protagonismo al Estado y enarbolar al mercado como mejor asignador de recursos. Por entonces, se sostenía que los programas universales eran muy costosos, que había que redirigir el gasto hacia los sectores mas necesitados, es decir focalizar. La focalización fue planteada como más eficiente que la impulsada por programas universales, con subsidio a la oferta, porque el subsidio es a demanda y entonces se llegaría a la población objetivo que se encuentra mas desdibujada en los subsidios universales. Stiglitz sostiene que con *la implementación de la focalización se considera que el subsidio a la demanda contribuye a aumentar la eficiencia y la equidad, porque toda la población en riesgo estaría alcanzada por uno o varios programas dirigidos a ciertas necesidades demandadas, sea en salud, alimentación, educación y porque la redistribución de recursos hacia el sector más vulnerable disminuiría la brecha de desigualdad aumentando la equidad y en consecuencia al colectivo social que nos mostraría mayor eficiencia*⁶. Sin embargo, esta afirmación es un reduccionismo que no reconoce, el disímil comportamiento de los mercados, los intereses en juegos, el control y regulación que los gobiernos ejercen, ni la idiosincrasia y lucha popular que pudieran realizar los pueblos en cada momento histórico.

Por otra parte se debe tener en cuenta que, así como en el subsidio a la oferta sólo se financia al efector que presta servicios de salud, en el subsidio a la demanda se amplía el abanico de prestadores posibles tanto para la gestión como provisión de servicios, quienes a su vez operan con lógicas de costo beneficio supeditadas a las reglas de la oferta y la demanda del mercado. Es en este sentido, donde se visualiza claramente la introducción de operatorias mercantiles en el ámbito de la salud.

En cuanto a la equidad, una perspectiva es que el subsidio a la demanda contribuye a la equidad porque toda la población en riesgo tendría el mismo tipo de beneficio, una ecuación que plantea: igual beneficio a igual situación. Así entendida la equidad funcionaria en forma horizontal por estrato o clase social, es decir, como una “**equidad estratificada**”⁷. Desde una perspectiva, estrictamente económica de distribución de recursos, la equidad se alcanzaría aumentando la proporción de los subsidios de salud que llega a los sectores pobre sin cobertura y reduciendo o eliminando aquellos que benefician a los no pobres, situación además que se contrapone con el derecho a la salud.⁸

⁶ Para ampliar sobre este tema ver Stiglitz (2000) “Economía del sector público”

⁷ véase López S. 2013.

⁸ Idem

Los programas maternos infantiles y su financiamiento.

En Argentina las políticas maternas infantiles comenzaron hacia fines de los años 30 por iniciativa del Senador Alfredo Palacios. En 1948, poco después de haberse creado el Ministerio de Salud, - 1946- al frente de Ramón Carrillo, se incorporó la copa de leche y desde entonces la salud materno infantil tuvo el complemento nutricional. El programa Materno Infantil (PMI) conservó su estructura programática, con cambio en algunas funciones principalmente de transferencia a las provincias, por casi 50 años y el mismo se modificó recién a mediados de los años '90.

El PMI, aun vigente, tiene como objetivo alcanzar la cobertura universal de la atención y promoción de la salud de las mujeres embarazadas, las madres y los niños y los adolescentes. El mismo se financiaba con recursos del tesoro nacional y a partir de 1993, y en el marco de la reforma se federalizaron los fondos, es decir se sostiene con aportes nacionales y provinciales.

A partir de 1993 y en el marco de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990) y del Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño (1991) se creó el Programa Materno Infantil y Nutrición, (PROMIN) cuyo financiamiento era principalmente con préstamos internacionales. Este programa combinó salud materna, salud infantil y nutrición.

Según Repetto (2001) este programa funcionó en forma paralela y no siempre coordinada con el PMI, aunque tuvo objetivos concurrentes y estuvieron bajo la órbita del mismo Ministerio. En el cuadro N° 1 se observa que el presupuesto del PROMIN constituyó el 30% del período 1993-1999. La creación de un programa similar, pero con financiamiento internacional responde, según la investigación llevada a cabo por Repetto a aumentar la eficiencia frente a un programa burocratizado como el PMI⁹.

Cuadro N°1
Presupuesto asignado al PMI y PROMIN 1993-1999

	PMI	PROMIN	Total
1993	63.973.732		
1994	66.936.933	31.700.000	98.636.933
1995	66.765.661	41.280.000	108.045.661
1996	60.925.548	30.036.000	90.961.548
1997	68.721.873*	21.800.300*	90.522.173
1998	59.831.478*	21.800.300*	81.631.778
1999	53.857.291	18.583.400	72.440.691
Total	441.012.516	165.200.000	542.238.784

Fuente. Repetto 2001

* Estimados en base a presupuesto del PROMIN

⁹ Para ampliar al respecto ver Repetto 2001. pag.27

El PROMIN I se llevó a cabo entre los años 1993 y 1997, año en que se ampliaron las bases que dieron lugar al PROMIN II hasta 2004.

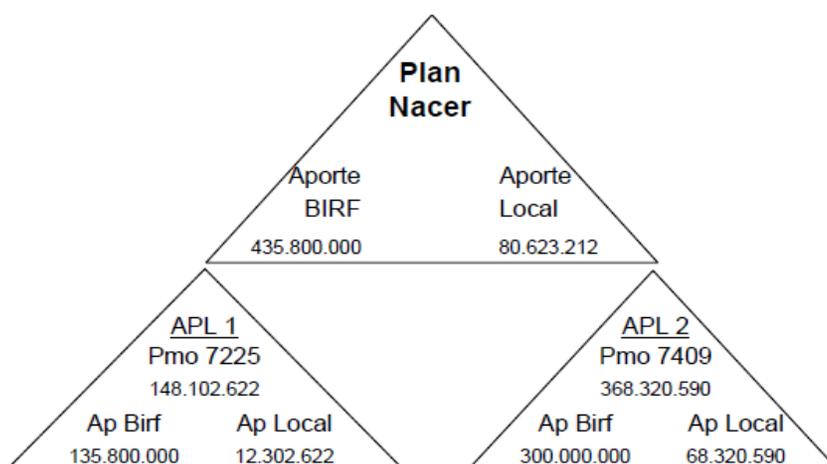
Si bien varios indicadores de salud materno infantil mejoraron durante la vigencia del PROMIN I y II, también se conoce que el mismo no ha sido ejecutado en su totalidad. Según Reborá, directora de la Subsecretaría de Salud Materno Infantil y Nutrición del Ministerio de Salud de Nación durante el periodo 2002-2004, el PROMIN tuvo un presupuesto de u\$s 100 millones y sólo se ejecutó el 10% en 10 años. Por su parte la Auditoría General de la Nación contabilizó que sólo se devengó el 20%. Sea como fuere, este programa a sido escasamente aplicado, por consiguiente los logros en los indicadores ponen en duda los beneficios otorgados por el mismo. El dinero no ejecutado ha sido gastado para la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004-2005.

A partir de 2005 y por 10 años se crea e implementa el Seguro Materno Infantil - Plan Nacer-, también con fuerte financiamiento del Banco Mundial pero que se diferencia por incorporar la modalidad de transferencia de recursos basados en resultados. Es decir, se paga al efector por práctica realizada, incorporando el sistema de incentivo dentro del propio sistema de salud como un mecanismo de aumentar la eficiencia.

Los datos del Grafico N°1 son concluyente acerca de los monto de financiamiento del seguro, que ahora tiene un componente mayor de financiamiento externo y un fondo de contrapartida de fondos nacionales de alrededor del 20%.

Grafico N°1

Detalle de los convenios de prestamos aplicados al Plan Nacer en millones de dólares



Fuente. Auditoría General de la Nación

Algunos indicadores de salud y maternos infantiles

Veamos entonces, partiendo de datos como han mejorado los indicadores de salud materno-infantil con programas focalizados con subsidio a la demanda implementados a partir de las reformas neoliberales.

Ambos Programas son parte del cumplimiento de la Meta de Desarrollo del Milenio en lo que respecta a la salud materno-infantil para el año 2015. A saber: a) reducir dos tercios el índice de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años, entre 1990 y 2015; b) reducir tres cuartos el índice de mortalidad materna entre 1990-y 2015.

Cuadro N°2

Algunos indicadores de salud de Argentina. 1980-2011

Indicadores/ AÑO	1980	1990	2001	2011
Tasa de Mortalidad Infantil por 1000 n.v.	33,2	25,6	16,3	11,7
Porcentaje de Mortalidad Neonatal Reducible	s/d	s/d	58,2	61,8
Tasa de Mortalidad <5 años de edad por 1000 n.v.	s/d	29	20	13,8
Tasa de Mortalidad Materna por 10.000 n.v.	7	5,2	3,5	4
Esperanza de vida al nacer (en años)	68,9	71,9	73,8	75,24
Tasa bruta de Natalidad	25,7	21	18,2	18,5
Tasa de fecundidad	3,3	2,9	2,4	2
Tasa Mortalidad General	8,6	8	7,6	7,9
NBI-personas en hogares	27,7	19,9	17,7	s/d
Analfabetismo	6,1	3,9	2,8	s/d

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas vitales DEIS. MS

Analizando los datos del cuadro N°2 se observa que con excepción del porcentaje de la mortalidad neonatal reducible todos los indicadores han mejorado, sin embargo la TMM no alcanza el objetivo. Es más, para el año 2009 la misma llegó a los 5,5 por 10.000 nacidos vivos, es decir, aumentó. Aunque Speranza y Kurlat¹⁰ sostienen que esto se debió a la gripe H1N1 que sufrió el país, esto no es real. Las provincias que más contribuyeron al ascenso de la mortalidad materna fueron causalmente las que tuvieron pocos o ningún caso de muerte por esta gripe, por ejemplo Catamarca no registró ningún muerto por Gripe H1N1 y tuvo una TMM de 16 por 10.000 nacidos vivos en 2009, la mas alta del país.

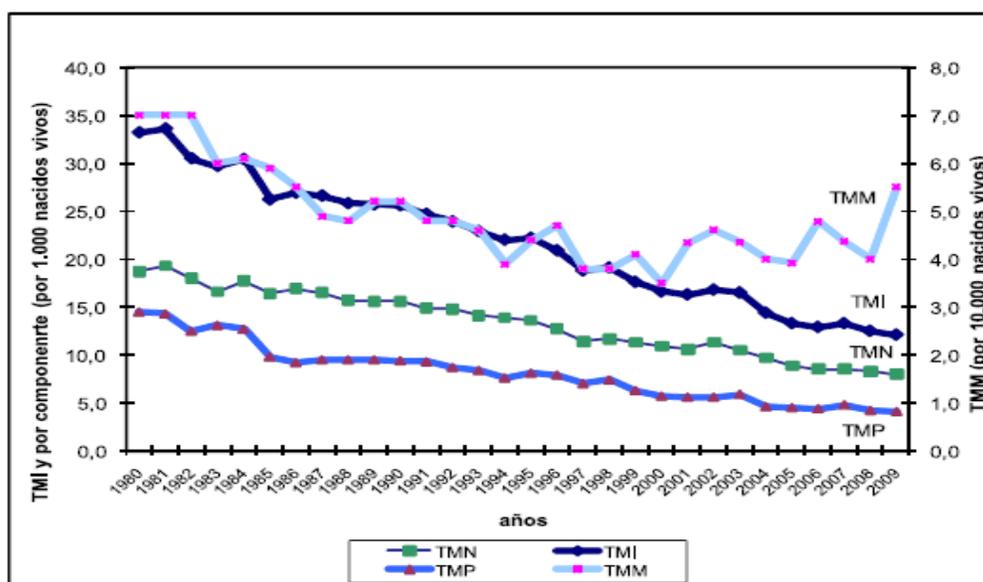
¹⁰ Para ampliar sobre este tema véase Speranza y Kurlat 2011

El gráfico N°2 nos muestra que, la Mortalidad Materna descendió mucho más en el período anterior a la aplicación de las políticas focalizadas y con subsidio a la demanda diseñadas a partir del Consenso de Washington. Algo similar ocurre con la mortalidad postneonatal.

En el caso de la TMM5, la misma descendió 15,2 puntos, pasó de 29 a 13,8, y esta más cerca de cumplir el objetivo para 2015, que debería alcanzar los 10 puntos.

Grafico N° 2

Tasas de Mortalidad Infantil, Neonatal, Postneonatal y Materna. Argentina 1980-2009



TMN: Tasa de Mortalidad Neonatal. TMI: Tasa de Mortalidad Infantil. TMP: Tasa de Mortalidad Postneonatal. TMM: Tasa de Mortalidad Materna

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. Anuario 2009.

A modo de conclusión

Desde la aplicación de las políticas focalizadas, a inicios de los años 90 se observa un leve mejoramiento en las Tasas de Mortalidad Infantil y un retroceso en Mortalidad Materna. Este último indicador mejoró notablemente en el período anterior a la aplicación de las políticas focalizadas, es decir cuando el programa se subsidiaban a la oferta de servicios y eran dirigidos a toda la población. Situación que pone bajo sospecha a los programas focalizados como más eficaz para el mejoramiento en la Tasa de Mortalidad Infantil dado que en gran parte del periodo subsistían dos programas de modalidades diferentes. El PMI, tradicional, con subsidio a la oferta y universal conjuntamente con el PROMIN focalizado y con subsidio a la demanda.

Dentro de los cambios más importantes después de los años 90 está el financiamiento internacional y las políticas cortoplacistas dirigidas a grupos definidos con categorías de riesgo. La equidad y eficiencia buscada a partir del subsidio a la demanda no parece haber dado el resultado esperado por lo menos medidos en el mejoramiento de los indicadores. En dable destacar que, a partir del año 2009 la Asignación Universal por Hijo, claro subsidio a la demanda, como transferencia monetaria condicionada, ha tenido un claro impacto en inmunización y educación.

Este breve análisis a partir de los programas maternos infantiles permite realizar alguna aproximación a la idea de que, no es necesariamente el subsidio a la demanda o a la oferta lo que determina los mejores niveles de salud, en tanto y en cuanto las decisiones sobre las necesidades de la población estén diseñadas por criterios económicos y técnicos ajenos a las culturas y verdaderas necesidades expresadas por la gente. Por último puede afirmarse que el interés por reducir fragmentariamente algunos indicadores desdibuja la intención de avanzar hacia un sistema integral de salud, universal con acceso por derecho de ciudadanía, solución global y deseable.

Bibliografía

1. Arrow, Kenneth. (1963). Uncertainty the welfare economic medical care. *The American Economics Review*. Vol 53: 941-973
2. Auditoria General de la Nación. Informe de auditoria de gestión sobre el “Plan Nacer” al 31/12/2008. Convenio de préstamo BIRF 7409-AR y 7225 AR.
3. Banco Mundial. Acceso en mayo de 2012. En: <http://datos.bancomundial.org/>
4. Escudero, José y Massa Cristina (2006). Cifras del retroceso: el deterioro relativo de la tasa de mortalidad infantil de argentina en la segunda mitad del siglo veinte. *Salud Colectiva*. Vol. 2, No.3 set-dic Buenos Aires. Argentina
5. INDEC. www.indec.gov.ar (Acceso. Abril-mayo de 2011)
6. López, Susan .2011. Perfil epidemiológico de argentina. *Voces en el Fenix*. Año 2, N° 7. En *Estado Critico*. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Economicas- UBA. Disponible en: www.vocesenelfenix.com
7. López Susan (2013). El derecho a la salud en el marco del financiamiento con subsidio a la demanda. Presentación en las XI Jornadas de Sociología. Julio de 2013. Buenos Aires. Disponible en: <http://sociologia.studiobam.com.ar/wp-content/uploads/ponencias/795.pdf>
8. Mc Keown, T. (1990). *El origen de las enfermedades humanas*. Crítica, Barcelona
9. Maceira, Daniel. (2002). Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino. *Serie Seminarios Salud y Política Pública VII*. CEDES. Buenos Aires. Argentina
10. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). *Estadísticas Vitales*. Serie N°5 años 1990 al 2012. . Buenos Aires. www.deis.gov.ar/publicaciones/
11. Ministerio de Salud. (2007) *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004-2005*. Ministerio de Salud. Buenos Aires. www.msal.gov.ar/hm/site/ennys/pdf/ENNyS_Documento-de-resultados-2007-II.pdf
12. OMS. (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. (Acceso junio de 2013) www.who.int/whosis/whostat/2012/es/index.html
13. Repetto, Fabián (2001) Transferencia de recursos para programas alimentarios en las provincias. Un análisis de lo sucedido en los años 90. *Centro de Estudios para el desarrollo Institucional*. Dto 54 Disponible en <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt54.pdf>
14. Speranza Ana M y Kurlat, Isabel (2011). Intervenciones sanitarias. *Revista argentina de Salud Publica*, vol.2 N°7 . Buenos Aires. Argentina
15. TOBAR, Federico (2008). Historia de la Demanda de Salud. *Economía de la Salud*. Argentina 2008. Disponible en: http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf1/Historia.pdf