Fundación Banco Municipal

Noviembre 2015

Documentos de trabajo

Análisis preliminar del Sector de la Salud Privada en Rosario.

FUNDACIÓN BANCO MUNICIPAL

Av. Alberdi 315

Tel: (0341) 4205600 Int: 946

investigaciones@fundacionbmr.org.ar

www.fundacionbmr.org.ar

FUNDACIÓN BANCO MUNICIPAL

Misión

Contribuir al debate sobre las estrategias más adecuadas para alcanzar un desarrollo económico sustentable a largo plazo que favorezca la calidad de vida y asegure la igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos.

Objetivos

- Fomentar el análisis de problemas económico-sociales desde una perspectiva federal, con visión de largo plazo y en el marco dinámico que impone el fenómeno de la nueva economía de la información y la globalización.
- Contribuir a la difusión de información económica y social mediante la recopilación y análisis de datos existentes en las diferentes reparticiones del sector público provincial y municipal.
- Construir un foro de discusión en el que especialistas, representantes del sector privado y del sector público, puedan debatir de manera abierta y con visión de largo plazo soluciones alternativas a los principales problemas que obstruyen el desarrollo económico, la igualdad de oportunidades y la movilidad social.
- Promover la interacción público-privada para la expansión de sectores con alto impacto en la calidad de vida de los ciudadanos, en los que se detecta capacidad potencial para insertarse competitivamente en el mundo globalizado.

Consejo de Administración

Presidente	Ana Inés Navarro de Gimbatti
Vicepresidente	Juan Francisco Dogliani
Secretario	Edgardo Varela
Vocales	Gabriela Filippini
	Eduardo Ripari
	Marcelo Rossi
	Dora Suárez de Ielpi
	Mario Tourn
Revisor de Cuentas Titular	Ricardo Giosa
Revisor de Cuentas suplente	Analía Berrocal

Staff

Investigadores	Lara Antonela Colombo
	Mailen Ross
	Agustina Thailinger
Administrativo	Juan Manuel Fortunato

Índice

Resumen ejecutivo: 4

El sector en Rosario 5

La salud privada y su relación con el empleo 9

Otras variables que afectan el desempeño del sector 11

Resumen y Conclusiones 14

Resumen ejecutivo:

- El sector de la salud privada representó, en promedio en el período julio 2010 - marzo 2014, 1,7% del valor bruto de la producción de la ciudad de Rosario. Esta participación ha crecido punta a punta aproximadamente10%.

- Se observa que la actividad del sector de la salud privada es menos volátil que la de la ciudad de Rosario.

- Independientemente del tipo de cobertura médica posean los trabajadores, la actividad del sector salud evidencia una correlación fuerte y positiva con el nivel de empleo, implicando esto que cuando aumenta el nivel de una variable la otra también lo hace y a la inversa.

- Se observó que el costo salarial así como le estructura particular del mercado son variables decisivas para el sector.

- La evolución del tipo de cambio es otro gran determinante de los costos de la salud privada, ya que es un factor fundamental del precio de las importaciones de equipamiento e insumos médicos.

El sector en Rosario

La presente investigación realiza un estudio del sector de salud privada (SSP) en la ciudad de Rosario, buscando determinar qué importancia tiene el mismo dentro de la economía de la ciudad y cuáles son las principales variables que determinan su evolución.

A tal fin se trabaja con datos de valor bruto de producción (VBP)[1], el cual mide el valor de todos los bienes y servicios producidos por una actividad económica. Es importante destacar que el VBP lleva al problema de doble contabilización ya que considera tanto el valor de los bienes finales como el de los bienes intermedios utilizados para producirlos. A diferencia del VBP, el valor agregado (VA) mide la diferencia entre el valor total de producción y el valor de los bienes intermedios utilizados por una actividad económica, es decir, deduce del valor total de la producción a los bienes intermedios para arribar a el valor de los bienes finales, siendo ésta una medida de la creación de valor de la actividad. En este sentido, sería más correcto utilizar datos de VA del sector salud privada, pero al no disponer de esa información, en esta primera instancia de análisis se trabaja con datos del valor bruto de la producción del SSP en Rosario y del VBP total de la ciudad para realizar un análisis estructural del sector en los últimos cinco años. Sería propicio que en una segunda instancia de análisis se indague más profundamente en las estadísticas para contar con datos de VA del sector y de la ciudad.

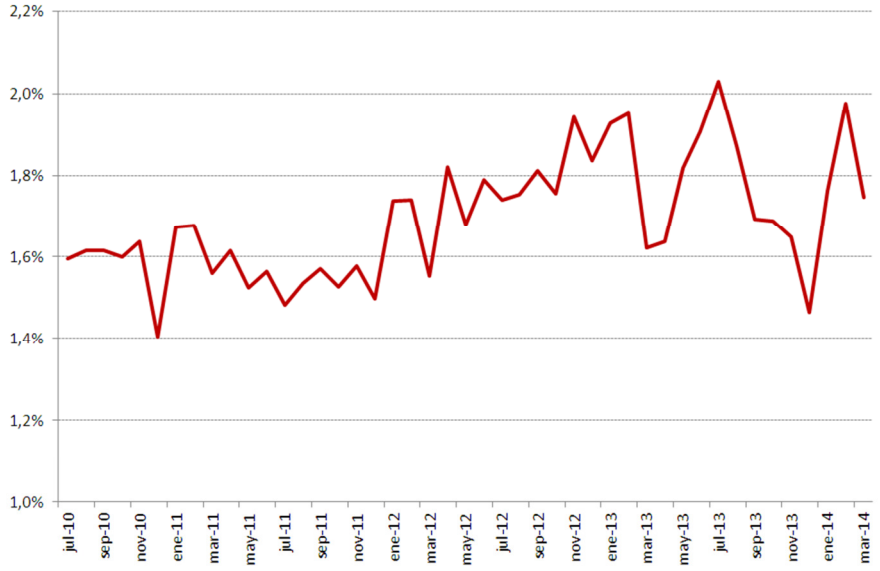
Cabe destacar que a la hora de estudiar el SSP es posible hacerlo desde dos perspectivas diferentes, ya sea por el lado de los prestadores de servicios de salud (Sanatorios, Clínicas, Centros médicos, etc.) o por el lado de los financiadores de los mismos (Obras Sociales, Mutuales, Prepagas, etc.). Estas no son sino dos caras de una misma moneda, con lo cual si se agruparan los resultados de ambos se estaría doble-contabilizando el valor bruto de producción del sector salud. A los fines de alcanzar los objetivos planteados por este trabajo, el análisis se considera tomando las estadísticas desde el lado de los prestadores de servicios de salud.

Como se observa en el Gráfico 1, el SSP explica en promedio para el período julio 2010 - marzo 2014 1,7% del VBP de la ciudad de Rosario. La participación, si bien con variaciones, es creciente desde inicios del período analizado hasta febrero de 2013 donde se produce un cambio en el comportamiento, a partir de entonces deja de crecer observándose a su vez un aumento en la volatilidad. Por su parte, si se mide la variación de la participación punta a punta (julio 2010 vs marzo 2014) se evidencia un crecimiento de casi el 10%.

[1] En rigor se trabaja con la base imponible de Derecho de Registro e Inspección (DRel) de la ciudad de Rosario.

Gráfico 1.- Participación del VBP del Sector Salud Privada en el VBP total de Rosario

En %. Período julio 2010-marzo 2014

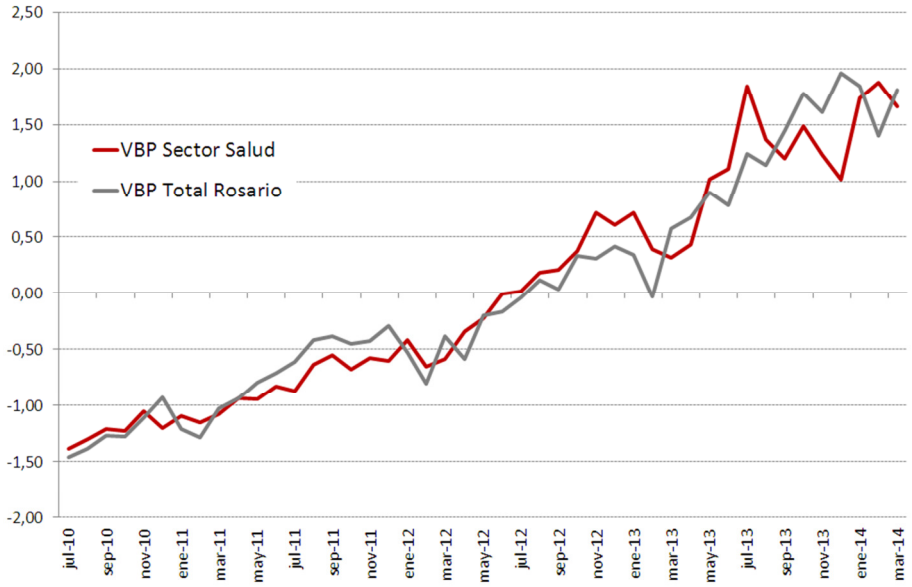


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda de la Municipalidad de Rosario.

Asimismo es interesante analizar el desempeño de ambas series por separado de manera de poder conocer si los cambios en la participación se deben a modificaciones del sector de la salud privada o a movimientos en el nivel de actividad general de la ciudad. De esta forma, se presenta la evolución de las series de VBP del SSP y del VBP total de la ciudad en valores nominales y estandarizados[2] (Gráfico 2).

Gráfico 2.- VBP Sector Salud Privada y VBP total de la Ciudad de Rosario

Series en valores nominales. Estandarizadas [(x-μ)/σ].



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda de la Municipalidad de Rosario.

[2] Para estandarizar las series se resta a cada valor la media aritmética (μ) y se lo divide por el desvío estándar de la serie (σ). Con este tratamiento se logra ubicar a ambas series en una misma escala a los fines de facilitar su análisis.

Se evidencia que ambas se mueven de manera sincrónica a lo largo del período analizado. Sin embargo, a principios de 2013 se observa una ruptura de este comportamiento, aumentando a su vez la volatilidad. En esta fase del período, mientras que la serie de VBP de la ciudad mantiene su crecimiento, la del sector de salud evidencia una caída pronunciada para luego ambas series invertir estos comportamientos.

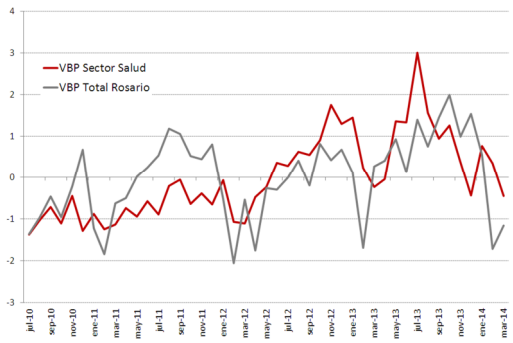
No obstante esto, dado que se está trabajando con series nominales, es decir, con valores influenciados por el devenir inflacionario, será necesario deflactarlas de manera de visualizar más claramente el fenómeno.

Para deflactar las series se utilizaron dos índices de precios: el IPC publicado por la provincia de San Luis (IPC-SL) y el IPC publicado por la Universidad Austral (IPC-UA). Cabe aclarar que el IPC-UA es un tanto más conservador que el IPC-SL, evidenciando tasas de inflación menores que este último. En el Gráfico 3 puede observarse que cuando se deflactan las series (con cualquiera de los dos índices de precios utilizados) el acompasamiento merma en gran medida.

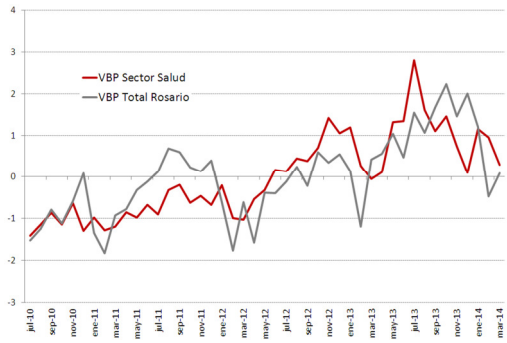
Gráfico 3.- VBP Sector Salud Privada y VBP total de la Ciudad de Rosario

Series deflactadas y estandarizadas [(x-μ)/σ]. Período julio 2010-marzo 2014.

Deflactadas por IPC-SL



Deflactadas por IPC-AU



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda de la Municipalidad de Rosario.

Asimismo, se observa en el Gráfico 3 que el nivel de volatilidad es considerablemente mayor que el evidenciado en las series sin deflactar con lo cual se hace necesario analizar este fenómeno en mayor detalle (Tabla 1). Esto se realiza utilizando tres medidas estadísticas: la media, el desvío estándar y el cociente entre éstas. Como puede apreciarse, independientemente del índice de precios que se utilice para deflactar, la volatilidad medida por el cociente entre la media y el desvío estándar, es mayor para la serie de VBP total Rosario que para la del VBP del SSP. Considerando este cociente, podría pensarse que la volatilidad es mayor en los casos en que se utiliza el IPC-SL para deflactar. Sin embargo, si se observa con detalle, el desvío estándar es mayor cuando se utiliza el IPC-AU para deflactar las series, siendo ésta la medida real de volatilidad.

No es sorprendente que el sector salud presente un nivel de volatilidad menor al de la actividad económica general de la ciudad. Esto puede explicarse porque la actividad del SSP no suele presentar modificaciones muy bruscas a lo largo del tiempo. Por ejemplo, la ampliación de la oferta, como puede ser la apertura de un nuevo sanatorio o clínica representa una inversión importante y que implica un tiempo de maduración considerable. Asimismo, desde el lado de la demanda, más allá de fenómenos climáticos adversos o brotes excepcionales de alguna enfermedad, puede esperarse que no muestre grandes sobresaltos en el corto plazo. Los cambios tecnológicos y demográficos lo harán pero en el mediano o largo plazo. En definitiva es un sector que oscila en torno a una media de actividad creciente pero considerablemente estable.

Tabla 1.- Volatilidad del VBP de Sector Salud Privada y del VBP total de la ciudad de Rosario.

Medidas calculadas para el período julio 2010-marzo 2014.

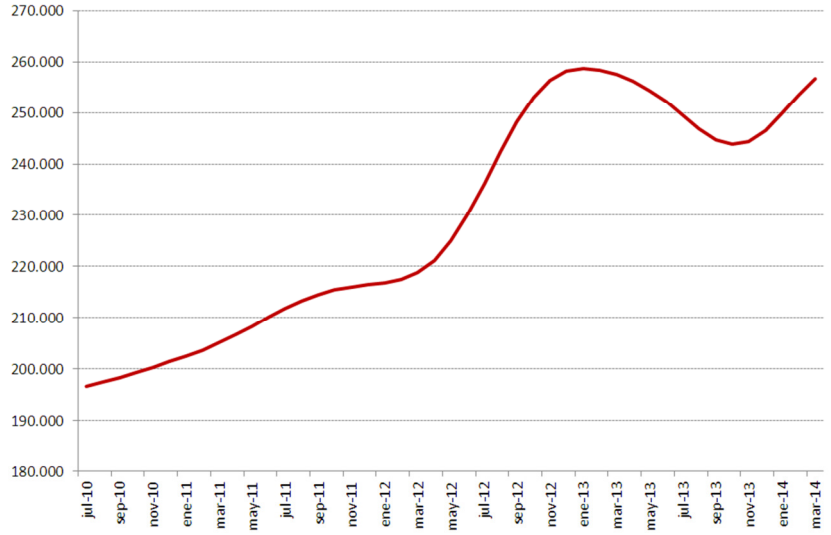
Volatilidad	VBP Sector Salud		VBP Total Rosario	
	Deflactado por IPC AU	Deflactado por IPC SL	Deflactado por IPC AU	Deflactado por IPC SL
Media	232.940	218.295	13.753.953	12.906.348
Desvío Estándar	29.569	22.497	1.162.933	852.510
Media/Desvío Estándar	7,88	9,70	11,83	15,14

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda de la Municipalidad de Rosario.

Un último factor que podría estar afectando el comportamiento de las series son los picos de demanda que pudieran existir en determinadas épocas del año, es decir, la estacionalidad[3]. Es por esto que se analiza en el Gráfico 4, el comportamiento de la serie Tendencia-Ciclo del SSP a fin de eliminar estas posibles distorsiones.

Gráfico 4.-Tendencia-Ciclo del VBP del Sector de la Salud Privada en Rosario

Período julio 2010-marzo 2014. Serie deflactada por IPC-AU.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda de la Municipalidad de Rosario.

Se aprecia que durante casi todo el período la Tendencia-Ciclo fue positiva, aumentando el ritmo de crecimiento entre fines de 2011 y hasta fines de 2012, sin embargo vuelve a notarse a principios de 2013 un quiebre muy marcado que, deviene en una caída, para recuperarse en el primer trimestre de 2014.

[3] Toda serie de tiempo puede descomponerse en 4 elementos principales: tendencia, ciclo, estacionalidad y variaciones aleatorias. La estacionalidad tiene que ver con que el valor medio de la variable observada dependa del período analizado, y es muy frecuente en las series de variables económicas, sociales o climáticas. El proceso de desestacionalización implica ajustar los datos sacándoles el comportamiento estacional a fin de que la comparación de los datos en el tiempo sea lo menos sesgada posible. Véase: http://www.fundacionbmr.org.ar/files/etiquetas_descripciones_adjuntos/breve_analisis_descriptivo_de_las_variaciones_a_observar_en_series_de_tiemp_00.pdf/.

La salud privada y su relación con el empleo

La salud privada se encuentra estrechamente vinculada a la creación de empleo formal debido a la obligatoriedad por parte del empleador de la afiliación del empleado a una obra social. A partir de esto, resulta interesante conocer el grado de influencia que las variaciones en el empleo tienen sobre el nivel de actividad del SSP en Rosario. Para esto se trabaja con los datos de empleo de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) elaborada por el INDEC y los datos del VBP del SSP.

Cabe destacar que los datos relevados por la EPH involucran tanto a los trabajadores registrados como a los no registrados. Una primera clasificación de estos permite agruparlos según se desempeñen como Obreros/empleados; Patrón; Cuenta propia y Trabajador familiar sin remuneración. A su vez, la EPH clasifica a los trabajadores según el tipo de cobertura médica que posean, obteniéndose de esta forma cinco categorías, a saber:

1. Trabajadores con Obra Social (incluye PAMI)
2. Trabajadores con Mutual/Prepaga/Servicios de Emergencia
3. Trabajadores con planes y seguros públicos
4. Trabajadores que no pagan ni les descuentan
5. Ns/Nc

Para fines prácticos se crea la categoría Empleo Total, siendo resultado de la suma de las anteriores, es decir:

6. Empleo Total = Trabajadores con Obra Social (incluye PAMI) +Trabajadores con Mutual/ Prepaga/ Servicios de Emergencia + Trabajadores con planes y seguros públicos + Trabajadores que no pagan ni les descuentan + Ns/Nc

Cabe remarcar que cada una de estas categorías de trabajadores clasificadas por cobertura médica está compuesta, a su vez, por trabajadores en todas sus formas de relación jurídica laboral, como se expone en la Tabla 2.

Tabla 2.- Composición del empleo por cobertura médica en la ciudad de Rosario

Datos promedio 2010-2014

Composición	Obra Social (PAMI)	Mutual/ Prepaga/ Serv. emergencia	No pagan ni le descuentan
Patrón	4%	7%	2%
Cuenta propia	15%	30%	34%
Obrero o empleado	80%	62%	62%
Trabajador familiar sin remuneración	1%	1%	1%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de EPH

A los fines de conocer en que grado los cambios en el nivel de empleo afectan la actividad del sector de la salud privada se realizó un análisis de correlaciones[4]. En la Tabla 3 se muestran los coeficientes[5] de correlación entre las series, tanto sean rezagadas como no rezagadas. Cuando se correlacionan dos series sin rezago significa que se esta buscando encontrar asociación entre los datos de dos series que pertenecen al mismo periodo de tiempo, por ejemplo, el dato de la serie 1 y la serie 2 para el periodo 0 (t_0), el dato de ambas series para el periodo t_1, etc. Al correlacionar dos series rezagadas se esta

[4] Una correlación es una medida del grado de asociación entre dos variables, es decir, mide la fuerza y dirección de una relación lineal y proporcional entre dos variables estadísticas.

[5] Las correlaciones se realizaron con el software Stata, el cual devuelve el coeficiente de correlación de Pearson.

intentando conocer en qué medida el valor de una serie en el momento t_0 esta relacionado con el valor de la otra serie en el momento $t_1, t_2, \ldots, t_n$. Los datos utilizados para estas correlaciones son trimestrales, con lo cual cada período de rezago corresponde a tres meses. Asimismo, es importante destacar que el valor de un coeficiente de correlación puede tomar valores entre 1 y -1 $(-1 \leq \rho \leq 1)$, cuanto más cercano a 1 mayor es la correlación positiva y cuanto más cercano a -1 mayor la correlación negativa.

Las correlaciones con rezago "0" implican que no hay rezago, es decir, se analizan los datos de las dos series correspondientes al mismo período de tiempo. Como puede observarse éstas son altas y positivas para las tres categorías de empleo, indicando que los aumentos en el numero de trabajadores, independientemente del tipo de cobertura médica posean, se mueve de igual manera que el VBP del sector salud (cuando aumenta el nivel de una variable la otra también lo hace y a la inversa).

Tabla 3.- Coeficientes de correlación entre el VBP del Sector Salud y los Trabajadores según tipo de cobertura médica. Datos trimestrales. Período julio 2010-marzo 2014.

Trabajadores según tipo de cobertura médica	Valor Bruto de Producción Sector Salud				
	Cantidad de rezagos				
	0	1	2	3	4
Empelo Total	0,751	0,757	**0,782**	0,684	0,607
Obra Social	0,724	0,743	**0,848**	0,674	0,520
Mutual/Prepaga/Ss Emergencia	**0,653**	0,598	0,223	0,516	0,486

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda de la Municipalidad de Rosario y EPH.

Por su parte, al analizar las correlaciones con rezago (se calcularon hasta 4 rezagos –trimestres-) se destaca que para el caso de Empleo Total y el de los trabajadores con Obra Social la correlación más alta se observa a los dos rezagos, en cambio para el caso de los trabajadores con Mutual, Prepaga y Servicios de Emergencia este fenómeno se produce en las series sin rezagar.

Esto puede interpretarse de la siguiente manera, al aumentar el Empleo Total[6] el mayor impacto en el valor bruto de producción del SSP se observa en el rezago dos, es decir, entre los cuatro y seis meses después que el individuo se incorpora a la actividad. Esto puede deberse por un lado, al hecho que las personas que comienzan a tener cobertura médica demoran unos meses en empezar a utilizarla, con lo cual, el impacto en la facturación de los prestadores se ve diferido en el tiempo. Por otro lado, también puede explicarse por el cambio en la condición laboral del empleado al pasar de la situación de no registrado a registrado, que se produce cada vez con mas frecuencia luego de un período de prueba de tres meses.

Al igual que en el caso de Empleo Total, las variaciones en el empleo de trabajadores con Obra social impactan en valor bruto de producción del SSP entre cuatro y seis meses después que el individuo se incorpora a la actividad. En este caso esta demora podría explicarse por la desfasaje en la utilización de los servicios de cobertura médica por parte de los individuos.

Por último, para el caso de los trabajadores con Mutual, Prepagas y Servicios de Emergencia, el impacto en la facturación de los prestadores se produce en el mismo período de afiliación ya que es esperable que en este caso la demanda por servicios de atención médica se satisfaga de manera inmediata.

[6] Recordemos que se trabaja con datos de EPH, la cual releva datos de empleo registrado y no registrado.

Otras variables que afectan el desempeño del sector

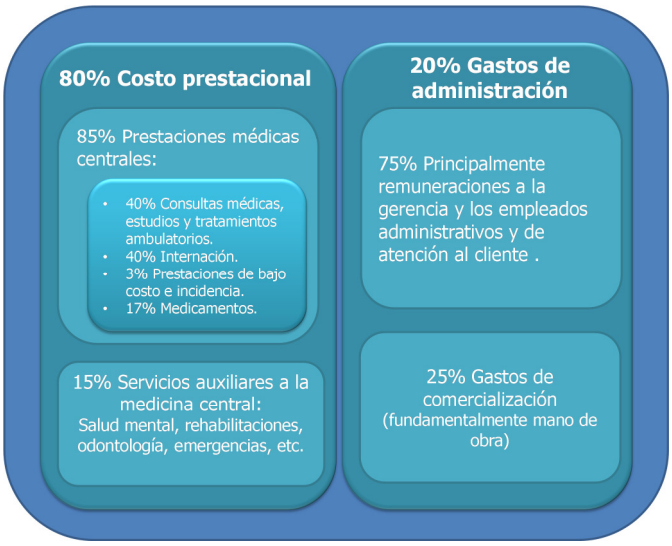
Por el lado de los financiadores de servicios de salud, una primera mirada sobre su estructura de costos muestra que ésta se divide principalmente en dos componentes[7]: Costo prestacional (80%) y Gastos de Administración (20%).

Analizando pormenorizadamente el costo prestacional, se observa que 80% está explicado por las consultas médicas, los estudios de diagnóstico y tratamiento e internaciones, componentes dominados por el costo salarial. En el caso de las consultas, 90% del costo corresponde a honorarios profesionales. Por su parte, de los estudios de diagnóstico y tratamiento –si bien son servicios intensivos en tecnología– 50% de sus costos corresponden a remuneraciones, mientras que en el caso de las internaciones, 60% es costo salarial. Asimismo los servicios auxiliares (salud mental, rehabilitación, odontología, emergencias, internación domiciliaria, etc.) también son muy intensivos en mano de obra. Sólo en las prestaciones de baja incidencia y los medicamentos (20% de las prestaciones médicas centrales) los costos salariales presentan una baja proporción.

Por su parte, los gastos de administración también se encuentran fuertemente influidos por las presiones salariales ya que son mano de obra intensivo y se componen casi en su totalidad por remuneraciones a la gerencia, a los empleados administrativos, de atención al cliente, etc.

De esta forma, puede arribarse a la conclusión que entre 60 y 70% de los costos de una entidad de cobertura médica está dominado por el costo salarial.

Diagrama 1.- Estructura de costos de los financiadores de Servicios de Salud Privada

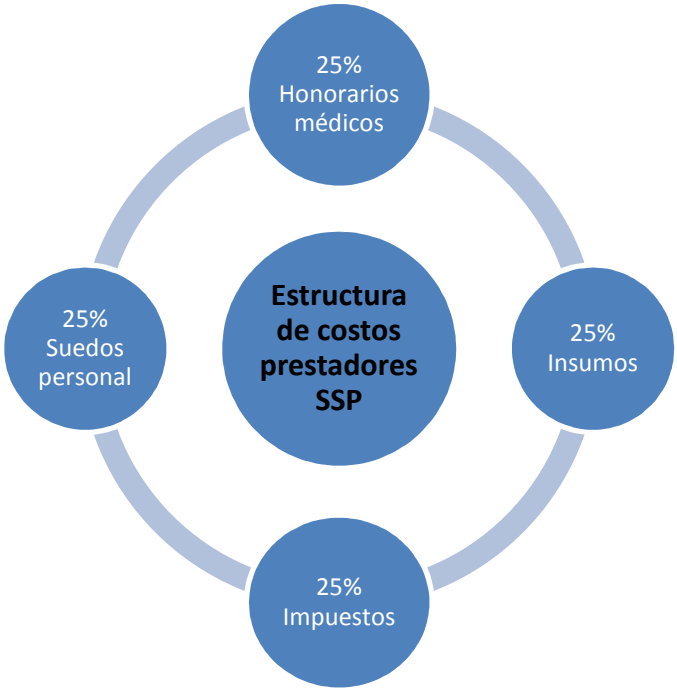


Fuente: Elaboración propia en base a Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP) e informantes calificados.

[7] La evolución de los salarios en el sector de la salud privada. Enfoques de Políticas Sanitarias N°38- ADEMP.

Por el lado de los prestadores la estructura de costos puede simplificarse a grandes rasgos de la siguiente manera:

Diagrama 2.- Estructura de costos de los prestadores de Servicios de Salud Privada



Fuente: Elaboración propia en base a Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP) e informantes calificados.

La política salarial del sector salud en Argentina no es determinada por las empresas sino que lo hacen los sindicatos y el Estado a través de la negociación colectiva. Los dos convenios colectivos que definen la evolución salarial en la salud son: el convenio colectivo de comercio y actividades civiles (se aplica al personal administrativo) y el convenio colectivo de la sanidad (aplicado al personal de los prestadores médicos).

Por otra parte, los dos precios más importantes para los financiadores privados (Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga) son, por un lado, los precios de los planes de salud que pagan los asociados (ingresos), y por otro, los precios de las prestaciones médicas que los financiadores pagan a los prestadores (Sanatorios, Clínicas, etc.) por los consumos de sus asociados (egreso).

Los incrementos anuales de los precios de los planes de salud no son determinados por cada financiador arbitrariamente sino que se fijan centralizadamente en la Superintendencia de Servicios de Salud y la Secretaría de Comercio. En cambio, la dinámica de los aumentos de precios de las prestaciones médicas es diferente debido a que el mercado de la salud está fuertemente segmentado. Por el lado de los financiadores privados de salud conviven menos de una decena de grandes actores que aglutina 63% de los beneficiarios totales del sistema, con aproximadamente 700 pequeñas y medianas entidades que reúnen 37% restante. La situación es la misma en el caso de los prestadores privados, donde hay un grupo de grandes actores y un universo de pequeños prestadores con una capacidad financiera mucho menor. En esta configuración estructural, los grandes financiadores privados imponen condiciones de mercado a los prestadores, haciendo que los ajustes de precio de las prestaciones médicas se realicen cuando la Superintendencia de Servicios de la Salud les autorice a ellos aumentos en sus planes de salud.

De esta forma, los prestadores de salud, presionados por el aumento de su principal costo –los salarios establecidos por los convenios colectivos-, afrontan un estrés financiero que tienden a descargar sobre los financiadores privados más pequeños y sin poder de mercado, imponiéndoles mayores aumentos de precio.

Como resultado, el ajuste de precios de las prestaciones médicas es asimétrico entre los financiadores grandes y chicos, desfavoreciendo en gran medida a estos últimos que son quiénes tienen menor capacidad financiera, incluso muchas veces los incrementos de precios de las prestaciones medicas que se imponen a los financiadores chicos están por encima de la autorización que ellos reciben para aumentar sus planes de salud a los asociados.

Por otro lado, otro gran determinante de los costos de la salud privada es la evolución del tipo de cambio ya que es un factor fundamental del precio de las importaciones de equipamiento e insumos médicos (laboratorio, imágenes y medicamentos). El último gran shock que sufrió el sector en este sentido fue la aceleración inflacionaria de fines de 2013 sumada la devaluación de enero de 2014, que generaron en conjunto ajustes en los precios de los insumos médicos que en promedio oscilaron entre 30% y 40%[8].

Sin embargo, más allá del efecto de las variables macroeconómicas monetarias y cambiarias, existen factores estructurales propios de la medicina privada que marcan una tendencia al aumento de costos, la cual se ha intensificado en los últimos años. En este sentido pueden mencionarse al menos tres aspectos.

En primer lugar, el aumento estructural de gastos tiene como uno de sus principales motores a los avances médicos y tecnológicos que mejoran la calidad de la atención pero que encarecen sus costos. La tendencia hacia la complejización de los tratamientos se ha acelerado en los últimos años haciendo que las prestaciones convencionales pierdan terreno frente a las más tecnológicamente avanzadas, lo que lleva a un incremento estructural del costo médico. Por ejemplo, en lo que respecta a prácticas de diagnóstico por imagen, los Rayos X han ido perdiendo importancia a mano de las ecografías, las resonancias magnéticas y demás prácticas computarizadas. Si bien esto no es una novedad, si lo es el hecho que esta tendencia se haya acelerado en los últimos años (desde 2010)[9].

En segundo lugar, el fenómeno de incremento de costos puede responder a la puja distributiva al interior del sector, incentivando a conductas médicas inapropiadas. En este sentido, y a fin de incrementar sus ganancias, algunos prestadores podrían compensar aranceles considerados bajos en determinadas prestaciones con un gran volumen. Tal es así que, por ejemplo, los auditores de los financiadores privados estiman que en promedio sólo un quinto de las resonancias magnéticas ordenadas por los profesionales arrojaron resultados patológicos. Esto sugiere una gran liviandad de los profesionales a la hora de solicitar estudios especializados, alimentando así la tendencia estructural al incremento del costo.

El tercer factor estructural que determina la tendencia, es el sesgo hacia la asistencia médica a la vejez. El gasto en salud aumenta con la edad de las personas y en el SSP la tasa de envejecimiento es más alta que la media de la población. En este sentido, la proporción de personas mayores a 60 años que es atendida por la medicina privada (27%) es superior a la media poblacional general (15%). Si se analiza la estructura etaria del gasto médico, se obtiene que el gasto del segmento de personas de más de 60 años representa 44% del gasto total. Esto se debe, por un lado, a una menor proporción relativa de niños y jóvenes en la salud privada, y por otro, a la baja calidad de la cobertura social (PAMI). Esto último implica una gran desventaja para la medicina prepaga respecto a las obras sociales, al estar obligadas a prestar

[8] Debajo de la puja de precios, marcha de una tendencia al aumento estructural del costo médico. ADEMP. Enfoques de Políticas Sanitarias N°39. Jorge Colina.
[9] ADEMP.

atención a la población mayor a 60 años e incluso el precio que pueden cobrar está limitado a no ser mayor a tres veces lo que se cobra a la población más joven. Las obras sociales pueden evitar la población mayor de 60 años en mujeres y de 65 años en hombres.

Resumen y Conclusiones

El sector de la salud privada explica aproximadamente 1,7% del valor bruto de la producción de la ciudad de Rosario. Asimismo, si bien las series de VBP del Sector Salud Privada y del VBP total de la ciudad se mueven de manera sincrónica, la actividad de la ciudad es más volátil que la del sector de salud privada.

Son múltiples y muy variados los factores que afectan el desempeño del SSP en Rosario. Por un lado, la salud privada se encuentra estrechamente vinculada a la creación de empleo. Al analizarse en qué grado es un determinante de la actividad del sector, se arribó a la conclusión que el valor bruto de producción del sector salud en general está influido por las variaciones en el nivel de empleo.

Por último, al indagar sobre otras variables que afectan el desempeño del sector, se observó que si bien la estructuras de costo de los financiadores y los prestadores de servicios de salud son diferentes, en ambas el costo salarial es una variable de importancia decisiva, así como la estructura de mercado particular del sector. Por otro lado, la evolución del tipo de cambio es otro gran determinante de los costos de la salud privada, ya que es un factor fundamental del precio de las importaciones de equipamiento e insumos médicos.