

Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina

• Daniel Maceira •

Resumen ejecutivo

En la Argentina, la posibilidad de brindar una cobertura homogénea y equitativa de recursos de salud se ve acotada en función de la descentralización y la fragmentación del sistema sanitario.

La presencia de un fondo único de aseguramiento en salud permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de satisfacer sus necesidades de consultas, internación, análisis y estudios complementarios, y/o medicamentos.

Con el objetivo de identificar mecanismos para alcanzar un sistema equitativo y eficiente de asignación de recursos, este documento presenta los principales hallazgos del análisis comparado de las dos últimas ediciones (2003 y 2005) de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares, que realiza el Ministerio de Salud de la Nación.

Entre los principales resultados, se observa una relación regresiva entre el gasto de bolsillo en salud de las familias y los niveles de ingreso. Asimismo, se corrobora que la atención curativa predomina en los estratos más pobres, lo que refuerza la necesidad de vincular ingreso con capacidad de acceso al sistema de salud para acciones preventivas. Por último, se advierte que el componente de gasto en medicamentos se vio reducido entre los períodos analizados, lo cual responde probablemente a políticas efectivas de provisión y/o subsidio.

Del análisis surge una serie de elementos relevantes para el debate de política sanitaria, asociados fundamentalmente con el alcance y las restricciones en el diseño, gerencia e implementación de mecanismos sustentables de protección social en salud. Estas limitaciones impactan de manera directa sobre la equidad del sistema, afectando en particular al subsistema público y a sus principales beneficiarios: los sectores sin cobertura formal. Por este motivo, resulta prioritario implementar estrategias eficientes y orientadas a alcanzar una asignación más justa de los recursos.

Presentación

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

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

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

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

- Identificación de los mecanismos de cobertura formal y sus variaciones, con el fin de determinar los efectos en el gasto de bolsillo y en los mecanismos de aseguramiento de las familias en 2003 y 2005.
- Análisis de los cambios en los mecanismos de cobertura de los sistemas de aseguramiento social.

- Identificación de tendencias hacia una mayor cobertura del riesgo sanitario, tanto por tipo de consulta como por subsistema de aseguramiento.

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

La Argentina en contexto

En el contexto de la región latinoamericana, donde se corroboran enormes brechas entre las naciones en materia de distribución del ingreso, la Argentina es el país con mayor ingreso per cápita con 13.920 dólares, corregido por paridad del poder adquisitivo (Banco Mundial, 2006).

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

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

Cuadro N°1: Ingreso y salud en naciones de ingreso medio-alto.

Pais	PBN per cápita PPP 2005	Crecimiento % per cápita del PBI 2004-2005	Mortalidad general en menores de 5 años 2004	Gasto total en Salud per cápita 2004
Rep. Checa	20.140	6,2	4	1.412,4
Portugal	19.730	-0,2	5	1.896,9
Hungría	16.940	4,3	8	1.307,9
Eslovaquia	15.760	5,9	9	1.060,6
Arabia Saudita	14.740	3,9	27	601,1
Oman	14.680	-	13	418,9
Lituania	14.220	8,0	8	843,1
Argentina	13.920	8,2	18	1.274,3
Polonia	13.490	3,3	8	814,1
Letonia	13.480	10,8	12	851,6
Croacia	12.750	4,2	7	916,8
Sudáfrica	12.120	5,6	67	748,0
Chile	11.470	5,2	8	720,3
Rusia	10.640	6,9	21	582,7
Malasia	10.320	3,4	12	402,3
México	10.300	1,9	28	655,4
Uruguay	9.810	5,8	17	783,7
Costa Rica	9.680	2,3	13	592,0

Fuente: World Development Report, 2006; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2006.

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

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

Cobertura del sistema de salud argentino

En la mayoría de los países de América Latina, así como en gran parte de las naciones

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

La Argentina posee un sistema de salud segmentado. Esto implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria (pago de bolsillo) o compulsiva (retenciones salariales), de los aportantes y sus familias.

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

De acuerdo con la información provista por los últimos dos Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas (1991 y 2001) se puede concluir que la población que realiza aportes voluntarios y/o compulsivos al PAMI, a las obras sociales nacionales o pro-

vinciales, y a las prepagas ha disminuido entre los dos años bajo análisis en todas las provincias argentinas, con la excepción de Tierra del Fuego, donde se produjo un incremento en la cobertura de 1,5%. En el resto de las jurisdicciones, las caídas oscilan entre 8% en la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Santa Cruz, y 28%, en Chaco. Durante ese período, los Ministerios de Salud debieron contener las necesidades de un grupo mayor de familias que perdieron su cobertura.

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

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

Por este motivo, la capacidad de los distintos grupos de población para acceder a servicios en el área sanitaria descansa en la posibilidad financiera de aportar a seguros de salud, y en la capacidad financiera y de gestión de estos fondos; o bien en la posibilidad con la que los sistemas públicos generan

mecanismos alternativos para proveer cuidados sanitarios a las personas que no cuentan con sistemas de aseguramiento.

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

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

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

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

Cuadro N°2: Cobertura por quintil de ingreso, 2005.

Cobertura de Salud	Quintiles de ingreso per cápita familiar (en %)					Total
	I	II	III	IV	V	
Obra social	34,58	48,98	60,41	67,8	64,49	55,98
Sistema privado	3,53	4,73	6,87	10,52	23,16	10,13
Cobertura pública	61,44	45,76	32,22	21,56	12,11	33,53
NS/NC	0,47	0,53	0,49	0,12	0,25	0,36
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

Cuadro N°3: Sector público como fuente primaria de atención, según tipo de cobertura y por quintil de ingreso, 1997.

Cobertura de Salud	Quintiles de ingreso per cápita familiar (en %)					Total
	I	II	III	IV	V	
Sólo obra social	18,4	39,1	43,3	51,1	57,5	33,3
Sólo sistema privado	1,8	5,2	8,1	10,8	12,4	5,2
Obra social y sistema privado	0,3	1,2	2,3	2,7	7,6	1,5
Cobertura pública	79,2	54,2	48,0	35,4	22,5	59,7
NS/NC	0,3	0,3	0,4	0,1	0,0	0,2
Total	100	100	100	100	100	100

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

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

Se observa que 59,7% de los adultos del país que se atiende en el sistema público de salud es considerado población objetivo tradicional de este sistema, en tanto no cuentan con cobertura formal. Sin embargo, 33,3% de las personas que consulta como primera fuente al sector público aporta también a algún mecanismo de aseguramiento social. Este valor alcanza a 5,2% en la población que aporta al sistema privado (prepagas), y a 1,5% entre aquellos que tienen doble cobertura.

Si bien los resultados obtenidos en el análisis de utilización de servicios de salud resultan fluctuantes a lo largo de los grupos de ingresos, reflejan una de las consecuencias no deseadas de un mecanismo no coordinado de financiamiento y atención: individuos que aportan a un fondo de aseguramiento social o privado, que demandan servicios de salud en otro subsistema, independientemente de la capacidad de recupero de costos en función de la fuente de aporte.

Las razones por las cuales 40% de la población atendida en el sector público cuenta con un mecanismo de cobertura formal son variadas. En algún caso, ello puede atribuirse a las prestaciones de emergencia por accidentes en la vía pública que dirigen la internación de urgencia a la institución pública más próxima. Alternativamente, la existencia de mecanismos de aseguramiento social cuya prestación es de muy baja calidad motiva a sus beneficiarios a acudir directamente al sector público como primera fuente de atención. Finalmente, es posible identificar casos en los que existen servicios públicos de alta calidad y referencia nacional, y por tanto son utilizados por grupos de ingreso muy variados.

Gasto de bolsillo

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

En el **Gráfico 1**, se presenta el gasto de bolsillo en salud por quintiles y como porcentaje del ingreso familiar. El porcentaje del

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

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

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

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

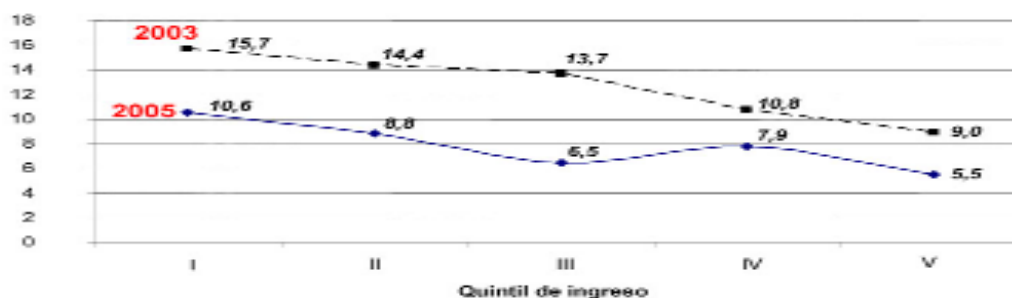
Sin embargo, la composición del gasto en salud de los hogares (en medicamentos, servicios, etc.) muestra variaciones a lo largo del tiempo. Mientras que se incrementa relativamente la participación de seguros y pagos complementarios, paralelamente se reducen las erogaciones de bolsillo en medicamentos.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

Tipos de consulta

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

Se verificó que las consultas curativas disminuyen a medida que aumenta el nivel de ingresos de las familias. Esto indica que los sectores más desfavorecidos solicitan atención médica sólo ante la necesidad concreta, con menos posibilidades de acercarse al sistema de atención con fines preventivos.

Gráfico N°1: Gasto de bolsillo en salud, como porcentaje del ingreso, por quintil de ingreso, 2003-2005.



Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta de Utilización y Gasto en Salud, 2003 y 2005.

Bajo esta misma lógica, la realización de análisis clínicos y estudios se encuentra positivamente relacionada con el ingreso de las familias.

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

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

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

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

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

En definitiva, a mayor segmentación se genera por un lado, mayor inequidad en términos de acceso y de gasto de bolsillo. Por otro lado, se plantea la necesidad de indagar sobre los posibles determinantes que conducen a una mayor demanda de aseguramiento por parte de las familias, y cuáles serían los motivos que llevan a realizar mayores desembolsos en salud, más allá de las estructuras de aseguramiento que poseen.

Conclusiones

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

La presencia de un "fondo único o coordinado" permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de atender sus necesidades en

Cuadro N°4: Consumo de medicamentos, por cobertura, 2005.

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

Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base del Ministerio de Salud de la Nación, Encuesta de Utilización y Gasto en Salud, 2005.

materia del cuidado de la salud, ya sea que se trate de consultas, internaciones, análisis y estudios complementarios y/o medicamentos.

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

- Se corrobora una continuidad en la relación regresiva entre el gasto de bolsillo en salud de los hogares y los niveles de ingreso. Esto es así, aún cuando el gasto en salud en términos porcentuales se redujo en este período en todos los quintiles, a la par que se corroboraron aumentos en los ingresos de las familias.
- La atención curativa predomina en los quintiles más pobres. Esto refuerza la asociación entre ingresos y acceso al sistema de salud, y corrobora la ausencia de prevención en los hogares sin cobertura formal, lo que los lleva a actuar sobre la enfermedad.

- El gasto en medicamentos de los sectores más pobres se redujo, a pesar de que el porcentaje de familias que declaró en la encuesta consumo de fármacos no difiere significativamente entre quintiles. Estos resultados constituyen una novedad con respecto a encuestas anteriores, lo que reflejaría una mayor efectividad de la política pública en materia de medicamentos.

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

Bibliografía

Banco Mundial: *World Development Report*, 2006.

Becker, Gary y Ehrlich, Isaac: "Market Insurance, Self Insurance, and Self Protection", en *The Journal of Political Economy*, Vol. 80, N° 4, University of Chicago Press, 1972.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC): *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 1991.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC): *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 2001.

Lustig, Nora: *Shielding the Poor. Social Protection in the Developing World*, Brookings Institution Press, Washington DC, 2001.

Maceira, Daniel: "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto", *Serie Seminarios Salud y Política Pública WP N°4*, CEDES, Buenos Aires, 2003.

Maceira, Daniel: "Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros: el caso argentino", *Serie Seminarios Salud y Política Pública WP N°6*, CEDES, Buenos Aires, 2004.

Maceira, Daniel: "Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino", en Vargas de Flood, María Cristina: *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*, Editorial La Colmena, Buenos Aires, 2006.

Maceira, Daniel y Cicconi, Valeria: "Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad", *Documento de Trabajo*, CEDES, Buenos Aires, 2003.

Ministerio de Salud de la Nación: *Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares*, Argentina, 1997.

Ministerio de Salud de la Nación: *Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares*, Argentina, 2003.

Ministerio de Salud de la Nación: *Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares*, Argentina, 2005.

Organización Mundial de la Salud (OMS): *World Health Report*, 2006.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS) y Ministerio de Salud de la Nación: *Indicadores Básicos*, Argentina, 2005.

Wagstaff, Adam, y Van Doorslaer, Eddy: "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-1998", en *Health Economics*, Vol. 12, 2003.

Acerca del autor

Daniel Maceira: director del Programa de Salud de CIPPEC. Es Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA); Ph.D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, y la Beca Rosestein-Rodan de la Boston University, entre otras. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET.

Si desea citar este documento: Maceira, Daniel: "Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina", *Documento de Políticas Públicas / Análisis N°52*, CIPPEC, Buenos Aires, octubre de 2009.

Todas las **publicaciones de CIPPEC** son de distribución gratuita y se encuentran disponibles en www.cippec.org. No está permitida su comercialización.

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

Acerca de CIPPEC

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente 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. Nuestro desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Fortalecimiento de las Instituciones, y Gestión Pública, a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Inserción Internacional, Justicia, Transparencia, Desarrollo Local, y Política y Gestión de Gobierno.

Este documento se realizó gracias al apoyo de Merck Sharp & Dohme.

