

REMEDIAR

Cálculo de Equidad Horizontal del Programa Remediador

Estudio de
impacto distributivo
del Programa utilizando
el método de análisis de
incidencia de los beneficios.

Informe Final

Diciembre 2013

ARGENTINA
NOS INCLUYE



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

**Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud
Programa REMEDIAR
ÁREA de Monitoreo y Evaluación.-**

**Cálculo de Equidad Horizontal del Programa Remediar.-
Estudio de impacto distributivo del Programa
utilizando el método de análisis de incidencia de los
beneficios.**

Informe Final¹

Diciembre 2013

¹ Este trabajo fue realizado a pedido del Programa por el la Universidad de la Plata (UNLP), el presente documento se entrega como producto 3: Informe final.

Índice

Introducción	3
I. Antecedentes	4
II. Marco metodológico	6
Información requerida para realizar este tipo de análisis.....	9
III. Descripción de los datos.....	10
1. Las bases de datos.....	10
2. Comparación de la estimación de medias poblacionales entre las encuestas de utilización y gasto (EUGSS) y la Encuesta permanente de hogares (EPH).....	11
2.1. Características demográficas.....	11
2.2. Características socio-económicas.....	16
3. Descripción de las principales variables de utilización de servicios de salud	19
Características socio-demográficas de las personas que consultan en CAPS vs personas que consultan en CAPS y declaran haber consumido medicamentos en 2010	30
IV. Análisis de incidencia.....	36
a. Resultados generales.....	36
b. Reponderación por estructura demográfica	44
c. Análisis de las curvas de concentración por sexo - -Año 2010.....	46
d. Análisis de curvas de concentración por cronicidad - Año 2010.....	48
e. Resultados del acceso a medicamentos.....	49
V. Limitaciones.....	51
VI. Conclusiones.....	52
Bibliografía.....	54
Anexo.....	56

Introducción

A fines del año 2001, luego de tres años de recesión económica y de un deterioro progresivo del bienestar social del país, Argentina se sumergió en un período de crisis económico-institucional, marcado por una sucesión de presidentes interinos, la cesación de pago de sus compromisos externos, la caída del crédito y el rebrote inflacionario.

A lo largo del 2002 se agudizó la recesión económica, que repercutió con fuerza en el Sector Salud. Tuvo lugar un importante aumento de precios de los medicamentos y se incrementó la demanda sobre el sector público, profundizando el deterioro del sistema público de salud.

En este contexto económico, social y político, amparado en el Decreto de Necesidad y Urgencia DNU 486, se diseña e implementa el Programa Remediar para garantizar la provisión de medicamentos, en los Centros de Atención Primaria (CAPs), para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social. Sus objetivos iniciales eran:

1. Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a medicamentos esenciales.
2. Fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

La consolidación del Programa como una política de Estado, el dinamismo propio de su funcionamiento y su reestructuración modificó su objetivo original, ampliando su accionar desde una Estrategia de Política Farmacéutica (EPF) a una Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS).

En la actualidad, el programa cambia su nombre a Programa Remediar+Redes expandiendo su ámbito de actuación para *“garantizar el acceso de medicamentos esenciales a la población de mayor vulnerabilidad, universalizar la cobertura y disminuir la inequidad en salud, fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud al incrementar la capacidad resolutive y asistencial de los efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) de los sistemas públicos provinciales, financiar en forma centralizada insumos críticos y de alto impacto redistributivo, y promover el uso racional de medicamentos.”* (Ministerio de Salud, 2006). De esta manera, se fortalece el funcionamiento en red de los servicios públicos de salud en las provincias argentinas, como parte del proceso de implementación de la EAPS, para contribuir a mejorar el estado de salud de la población, ampliando las líneas de acción y expandiendo su intervención en otros espacios sanitarios y sociales.

El presente estudio se propone conocer quiénes se benefician con el programa y cuáles son sus principales características, para ello, se plantea como objetivo analizar la incidencia distributiva del programa Remediar+Redes.

El presente trabajo está estructurado en 5 secciones. La primera presenta los antecedentes de estudios que indagan sobre el tema, en la segunda sección se realiza una descripción de la metodología utilizada en el estudio según la disponibilidad de información, la tercera sección presenta el análisis de las fuentes de datos disponibles (Encuestas de Gasto y Utilización de los Servicios de Salud – EGUSS 2003, 2005 y 2010), se describen las variables que serán utilizadas, y se analiza la dimensión del error muestral comparando los datos de las EUGSS con las estimaciones poblacionales de las principales variables obtenidas con otras fuentes de información (EPH y censo). En la cuarta sección se realiza el análisis de incidencia presentando los resultados del modelo y, finalmente en las últimas dos secciones, se plasman las limitaciones que posee el estudio y las conclusiones a las que se arriba.

I. Antecedentes

El programa Remediar+Redes para cumplir con sus objetivos implementa acciones que mejoran la provisión pública de los bienes y servicios de salud, principalmente en los CAPs, que se traduce en una mejora global del sistema público de salud. El concepto implícito que subyace a los objetivos del programa es el de equidad, “en cuanto a la forma de reducir la desigualdad de acceso a los servicios entre individuos y grupos, y la *sensibilidad* en relación a la capacidad de respuesta a las legítimas expectativas de la población. En particular la preocupación está centrada en la situación de los individuos carentes de recursos para financiar sus necesidades de atención” y en los efectos redistributivos sobre el bienestar de la sociedad. (Barbieri, de la Puente, & Tarragona, 2005, pág. 9)

La distribución de los problemas de salud no es igualitaria, los determinantes de la salud son multicausales y pueden originarse en el ambiente socioeconómico, el entorno físico, los hábitos personales de salud, la capacidad individual y los servicios de salud (Alessandro & Munist, 2003). La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud reconoce a las condiciones sociales desfavorables en las que viven y trabajan las personas como la causa más importante de su mala salud. (CSDSS, 2005) (CSDSS, 2008)

En este sentido, la provisión pública de bienes y servicios de salud podría resultar equivalente a un subsidio no uniforme para la población, y por este motivo es importante evaluar la efectividad de los programas en garantizar una igualdad de acceso a los tratamientos.

La respuesta a la pregunta ¿Ha permitido el programa reducir las desigualdades en salud? implica poder comparar las desigualdades observadas o los cambios en las desigualdades observadas con y sin el programa. Esto es, quisiéramos poder observar a la Argentina, a sus habitantes, en una situación en donde el Programa no se aplica y al mismo tiempo observarla como responde cuando se aplica. Esto no es posible dado que la realidad sin programa luego del año 2002 no es posible de observar.

Para subsanar, parcialmente, el problema del contrafactual no observable en la literatura se proponen diferentes metodologías. Por ejemplo, un enfoque es comparar las desigualdades (o cambios en las desigualdades en el tiempo) en las zonas donde se implementa un programa con las desigualdades en las zonas donde no se implementa el programa (Davidson et al., 2005); otro enfoque es comparar las mencionadas desigualdades entre la población inscrita en un programa y la población no inscrita en el programa. En ambos casos, para que el análisis sea válido, es necesario que la asignación (regiones o individuos programa) haya sido aleatoria. Cuando este no es el caso el resultado final probablemente esté sesgado (O Donnell et al., 2008). Este tipo de estudios, por otro lado, requiere de información que muchas veces no se encuentra disponible y de un contrafactual válido para realizar la comparación. Este análisis no es posible llevarlo a cabo debido a que no se cuenta con la información necesaria para su desarrollo.

Cuando el objetivo es estudiar el efecto redistributivo de un programa, la metodología más utilizada en la literatura es la de incidencia distributiva. Mediante esta metodología se puede obtener información de quién es el beneficiario en relación con el bienestar (Demery, 2003). Esta metodología fue popularizada a partir del estudio de van de Walle y Nead (1995) e impulsada gracias a la mayor disponibilidad de las encuestas de hogares e información sobre el gasto en los programas públicos, (Gasparini, Cicowiez y Sosa Escudero, 2013). Las preguntas que intenta responder este tipo de análisis van desde qué grupos socio-económicos están recibiendo los “beneficios” de, por ejemplo, los programas públicos de salud, hasta si es adecuada la distribución de “beneficios” de los mencionados programas entre grupos sociales en relación a las necesidades de salud de dichos grupos.

Una primera alternativa para el análisis, desarrollada en Aaron y McGuire (1970) considera los gastos en salud como una transferencia en especie, y tiene en cuenta las preferencias y disposición a pagar de los

individuos por los servicios provistos por el estado, este enfoque requiere conocer las funciones de demanda de las familias y, al igual que en el caso anterior, las limitaciones de información imposibilitan el análisis.

Un segundo enfoque, considera el uso efectivo de los servicios públicos de salud, combinándolo con el costo de la provisión de los mismos, de forma tal de construir distribuciones comparables y evaluar el impacto del programa en la distribución del bienestar. Este enfoque es el que se utiliza más frecuentemente y fue difundido por Demery (2003). Algunos ejemplos de esta metodología para Argentina incluyen el trabajo de Crosta (2009), (DGSC (2002), Gasparini *et al.* (2000), DGSC (1999), Flood *et al.* (1994) y Petrei (1988)), que como resultado general, encuentran que los gastos sociales suelen tener como destino los individuos de menores ingresos a la par que su significatividad como porcentaje del ingreso también es mayor en ese grupo socioeconómico². Además la intensidad de este efecto es tan importante que logran compensar la menor focalización en estos grupos de los programas relacionados con la Seguridad Social³.

Los estudios citados utilizan como definición de ingreso a los recursos monetarios (salario, alquileres, ganancias, transferencias monetarias del gobierno, etc.) de los individuos. Si se dispusiese de una encuesta de utilización de servicios de salud detallada y con cobertura a nivel nacional podría estimarse una distribución del ingreso alternativa, donde se tuviera en cuenta no solo el ingreso en efectivo y en especie, sino también una valorización del servicio de salud para los individuos (y potencialmente del resto de los servicios públicos), medido no solo para aquellos que los utilizaron, sino para toda la población, teniendo en cuenta que la existencia de un servicio público de salud funciona como un mecanismo de seguro. Para esto se requiere estimar los perfiles de riesgo para los individuos de acuerdo a sus características demográficas, la información de una encuesta de utilización de servicios de salud y el costo unitario de los distintos servicios. Este enfoque, con sus exigentes requisitos de información, ha sido utilizado principalmente en países de Europa. (Aaberge & Langørgen, 2006), (Spadaro *et al.*, 2012). Estos autores puntualizan que al incorporar al ingreso disponible la valoración monetaria de los servicios de salud, es importante considerar que este ingreso aumentado se asocia con necesidades de salud, por lo que se usa una escala de equivalencia ajustada a las necesidades, para analizar y hacer comparaciones sobre pobreza y desigualdad.

La explicación de por qué los estudios sobre la equidad en salud se concentran en un tipo particular de metodología se relaciona principalmente con la información disponible y de calidad. La limitación en el acceso a información, los problemas con la escasa cantidad de encuestas específicas al sector salud y la inexistencia de relevamientos sistemáticos son aspectos comunes a otros sectores sociales y están relacionados con la insuficiencia de sistemas adecuados de información en los países en desarrollo. (Tobar, 2000a). Por esta razón, la utilización de diferentes metodologías está limitada y se acota y adapta a la disponibilidad de información.

² En términos técnicos, ver sección III, se dice que estos gastos son pro pobres y progresivos.

³ Que en la Argentina suelen ser pro ricos pero progresivos

II. Marco metodológico

A fin de estudiar los efectos distributivos del programa, se seguirán los lineamientos del análisis de incidencia de beneficios (van der Walle, 1998; Demery, 2003) midiendo la incidencia distributiva de los beneficios del programa sobre distintos grupos de interés, definidos en este caso por su nivel de ingresos.

Teniendo en cuenta las limitaciones de los datos disponibles, el análisis se concentrará en la utilización de (o acceso a) los CAPs y el acceso a medicamentos por parte de los individuos, quienes serán los potenciales beneficiarios del Programa Remediar+Redes.

El estudio prevé la cuantificación de la incidencia del acceso para los años 2003, 2005 y 2010, la evaluación de los cambios en la incidencia distributiva entre las encuestas, y la identificación y evaluación de los cambios en los potenciales determinantes de estos cambios (decisión de aseguramiento, de atención médica, y de acceso a la provisión pública). Para ello la metodología de incidencia distributiva implica en el caso de estudio:

1. Identificar en una encuesta de hogares los usuarios, y la intensidad con que usan, del programa Remediar+Redes.
2. En esa misma encuesta identificar para toda la población un criterio para ordenar a los individuos, para ello se utilizan todos los ingresos corrientes.

A partir de esta metodología se puede disponer de información que permite evaluar qué proporción del beneficio que entrega el programa la recibe determinado grupo de ingresos. Una forma de presentar gráficamente la información es con **curvas de concentración**. Estas curvas muestran la relación entre la distribución de una variable, en nuestro caso la decisión de aseguramiento, de atención médica y de acceso a la provisión pública, con el nivel de ingreso.

Siguiendo la notación de Gasparini, Cicowiez y Sosa Escudero (2013) la curva de concentración se puede definir como

$$L_q(p) = \int_0^y \frac{q(x)f(x)dx}{\mu_q}; \quad p = F(y)$$

donde $q(x)$ indica el valor promedio de la variable q correspondiente a las personas con ingreso x , e.g. la proporción de individuos que acceden a los CAPs, $f(x)$ es la función de densidad del ingreso y μ_q es el promedio de q . La curva L_q se construye marcando el porcentaje acumulado de la variable q en cada $p\%$ de menores ingresos de la población. Como la curva de Lorenz, L_q se grafica en una caja de dimensiones 1×1 , parte del punto $(0,0)$ y llega a $(1,1)$. Esta caja se divide en dos zonas a partir de la diagonal que unifica los puntos de salida y llegada, conocida como línea de perfecta igualdad (LPI), la cual refleja que el $p\%$ de la población recibe una proporción del programa que también es del $p\%$.

Esta curva puede adoptar tres formas generales según el grupo de ingresos (x) que tiene un mayor valor de q , o sea, esquemáticamente, según si los pobres tienen mayor, menor o igual proporción de acceso que el resto de la población:

1. Si toda la población tuviera el mismo valor de q , todos los individuos acceden a los servicios de atención médica sin importar los niveles de ingreso, la curva de concentración L_q coincidiría con la diagonal o LPI.

2. Si los valores de la variable q fueran decrecientes en el ingreso, L_q sería cóncava, ubicándose en el triángulo superior de la caja.
3. Si los valores de la variable q fueran crecientes en el ingreso, L_q sería convexa, ubicándose en el triángulo inferior de la caja.

¿Cómo obtener conclusiones sobre la distribución de los beneficios del programa siguiendo la forma que adoptan la curva de concentración y la curva de Lorenz?

La distribución de los beneficios del programa puede caracterizarse mediante el análisis de dominancia estocástica de las curvas:

1. La comparación de las curvas de concentración con la curva de Lorenz, permite describir cuán progresiva o regresiva es la variable. Si las curvas de concentración se ubican por arriba de la curva de Lorenz⁴, indican que la variable se distribuye más igualitariamente que el ingreso, y por lo tanto los individuos más pobres reciben una mayor proporción de la variable. Esta es la idea de progresividad.
2. Si se compara la curva de concentración con la línea de 45° o LPI se puede analizar el foco de la variable, o el programa. Por ejemplo, considerando la variable acceso a los CAPs, si la curva coincide con la diagonal, el acceso al servicio es igualitario entre niveles de ingreso, si la curva se ubica por sobre la diagonal⁵, los pobres acceden en una mayor proporción a la provisión pública de salud en CAPs, y se puede decir que es un servicio pro-pobre.
3. Si tomamos los dos puntos anteriores y hacemos un análisis conjunto, podemos clasificar los programas como pro-pobres o pro-ricos y como progresivos o regresivos. Un caso particular, es el de algunos programas que pueden ser simultáneamente pro-rico y progresivo, en ese caso, los beneficios individuales crecen con el ingreso, pero los beneficios como proporción del ingreso caen con el ingreso.

Como hemos dicho previamente, la fuente principal de información para este tipo de estudios son encuestas de hogares. Éstas se conforman a partir de obtener información sobre una muestra que se considera representativa de cierta población. Son los componente aleatorios relacionados con estos procesos que llevan a considerar a los indicadores por lo cual surge la necesidad de construir intervalos de confianza para estas curvas de forma tal de analizar la significatividad estadística de las conclusiones, y permitir las comparaciones entre periodos. En otras palabras, si una curva se encuentra siempre por encima de otra, la primer curva observada domina en sentido estocástico a la segunda, pero si al construir intervalos de confianza de las curvas observamos que los intervalos de la primer y segunda curva se solapan entonces la diferencia no es estadísticamente significativa y por ende no la dominancia estocástica no será estadísticamente significativa⁶.

Otra forma de resumir información es por el uso de indicadores construidos sobre la distribución de uso del programa. Uno de estos indicadores es el índice de concentración el cual se deriva de la curva de

⁴ Técnicamente si la curva de Concentración domina en sentido estocástico a la curva de Lorenz

⁵ Es decir que la curva de Concentración domina en sentido estocástico a la curva de perfecta igualdad

⁶ De forma análoga si los intervalos de confianza de dos indicadores de desigualdad o concentración se encuentran solapados entonces la diferencia entre indicadores no es estadísticamente significativa.

concentración del beneficio del programa de manera análoga a como se construye el coeficiente de Gini en función de la curva de Lorenz. Este indicador en términos continuos se escribe como:⁷

$$C_q = 1 - 2 \int_0^1 L_q(p) dp$$

Dado que, a diferencia de la curva de Lorenz, L_q puede ubicarse por encima de la línea de perfecta igualdad, C_q toma valores en el intervalo $[-1,1]$, y no en $[0,1]$ como el coeficiente de Gini. A menudo los índices se multiplican por 100 para una lectura más simple por lo que $C_q \in [-100,100]$. Números negativos de C_q indican una estructura de beneficios pro-pobre, que se puede visualizar con una curva de concentración por encima de la LPI y números positivos indican una distribución de la variable q más concentrada en los estratos de ingreso más alto, y la curva de concentración se ubica por debajo de la LPI.

Una de las formas de medir formalmente la progresividad, es comparar el índice de concentración con el índice de Gini⁸ mediante el índice de Kakwani, que se define como:

$$K_q = 2 \int_0^1 [L_q(p) - L_x(p)] dp = G_x - C_q$$

El índice de Kakwani crece a medida que la curva de concentración del gasto L_q se aleja de la curva inicial de Lorenz L_x y se lo puede reescribir como el coeficiente de Gini del ingreso inicial menos el índice de concentración. Cuanto más pro-pobre es la variable (más negativo es C_q) o más desigual es la distribución del ingreso inicial más progresiva es la variable.

Dado que la información con la que contamos para el análisis proviene de una muestra, y toma valores discretos que, en algunos casos pueden expandirse a valores poblaciones gracias a la presencia de ponderadores, es posible reescribir la fórmula utilizada para el cálculo de los índices de concentración como se detalla a continuación:

$$C_q = 1 + \frac{1}{N} - \left(\frac{2}{\mu * N^2} \right) * \delta$$

Donde:

$$N = \sum_{i=1}^n \text{pond}_i$$

es el total de la población

$$\mu = \frac{\sum_{i=1}^n q_i * \text{pond}_i}{N}$$

es la tasa media de uso del programa

⁷ Siguiendo la misma notación, el índice de Gini de la distribución del ingreso observada es: $G_x = 1 - 2 \int_0^1 L_x(p) dp$, donde

$L_x(p)$ es la curva de Lorenz, es decir: $L_x(p) = \int_0^y \frac{xf(x)}{\mu_x} dx$; $p = F(y)$.

⁸ Debe observarse que previamente se ha definido a la progresividad a partir de comparar la curva de Lorenz con la curva de concentración, por lo que este indicador de Kakwani no hace otra cosa que sintetizar ese ejercicio.

$$\delta = \sum_{i=1}^n q_i * (N - I_i + 1) * pond_i$$

individual

la suma ponderada por la posición en el ranking del uso

$$I_i = \frac{(2 * \sum_{k=1}^i pond_k) + 1}{2}$$

posición del individuo i en el ranking

$i = 1, \dots, n$ son los individuos (n es el total de observaciones sin ponderar), ordenados por ingreso, es decir: $tpcf_1 < tpcf_2 < \dots < tpcf_n$

$tpcf_i$ es el ingreso per cápita familiar del individuo i

q_i es una variable dicotómica, si el individuo tiene acceso al bien o servicio vale **1** y 0 si no tiene acceso.

$pond_i$ es la ponderación del individuo i , que en el caso de las encuestas a hogares es el factor de expansión

Información requerida para realizar este tipo de análisis

Para llevar adelante este tipo de análisis se requiere información obtenida a través de encuestas a hogares que incorporen tanto variables sobre utilización de servicios de salud como variables que permitan medir la situación socio-económica. Si la encuesta incluye además medidas de salud es posible aproximar alguna relación entre utilización y necesidad. Lamentablemente, es muy difícil encontrar una encuesta nacional que mida con suficiente grado de precisión los tres grupos de variables mencionadas (de utilización de los servicios de salud, de situación socio-económica y de resultados de salud).

En el ideal, se busca obtener información sobre la utilización de los servicios de salud en las semanas previas a la encuesta (medida de forma tal que no estuvieran asociados a estados específicos de enfermedad), tener una medida de la intensidad de uso (es decir, información sobre todas las visitas) y poder identificar el lugar en dónde se realizaron las consultas (efectores públicos o privados según la complejidad de la atención). No obstante, aún en el caso de que las encuestas recopilaran esta información, las medidas que se obtienen de las mismas no están eximidas de limitaciones (sesgo de auto-declaración, estacionalidad, incorrecta formulación de las preguntas, entre otras) y antes de realizar el análisis es necesario identificarlas.

Con respecto a la medición de la posición socio-económica la variable utilizada principalmente es el ingreso per cápita familiar. No obstante, son conocidos los problemas que la misma presenta tanto por las dificultades de medición como también porque para la mayoría de los hogares la fluctuación en los ingresos en el corto plazo no implica cambios proporcionales en los niveles de vida. En otras palabras, si un hogar sufre un shock de ingreso negativo (temporal) a causa de una enfermedad, pero es capaz de mantener el consumo a través del ahorro o seguros, podría ser “engañoso” rankear el hogar por su nivel de ingreso (O Donnell et al., 2008). No obstante, es la medida generalmente utilizada y a la que se tiene acceso.

Con respecto a la utilización de las encuestas de hogares para llevar adelante este tipo de análisis hay que tener presente ciertas limitaciones. Por un lado, este tipo de encuestas tienden a ser implementadas

sólo periódicamente. Por otro lado, el alcance, enfoque y métodos de medición pueden variar a través de las encuestas y con el tiempo, limitando el alcance de las comparaciones (O Donnell et al. 2008). En Argentina, la encuesta permanente de hogares, permite aproximar muy bien las variables socio-económicas pero no incluye variables de utilización de servicios de salud. Por otro lado, la Encuesta de utilización y gasto de los servicios de salud (EUGSS) si bien incorpora los tres grupos de variables necesarios para llevar adelante un análisis de este tipo tiene un reducido tamaño muestral que compromete las estimaciones a nivel poblacional.

En la misma línea es importante tener en cuenta la "representatividad" de los datos de la encuesta y considerar este aspecto al momento de extrapolar los resultados a la población general. Todo proceso observacional de tipo aleatorio está sujeto a errores experimentales. Estos errores, que dificultan la inferencia e impactan sobre la estimación de los verdaderos parámetros poblacionales, pueden ser de distinta magnitud. "Cuando este "error" no es controlado por el experimentador y se manifiesta con gran variabilidad en las diferentes unidades muestrales, la primera consecuencia suele ser que los aspectos relevantes y de interés se diluyan, pues aparecen ocultas tras esa fuerte dispersión de los resultados" (Ledesma, 2009).

Por lo tanto, el primer paso para evitar conclusiones erróneas es analizar la dimensión del error muestral. Para ello, en la siguiente sección, se realiza un análisis del muestreo llevado adelante en las EUGSS y se comparan las estimaciones poblacionales de las principales variables obtenidas con otras fuentes de información.

III. Descripción de los datos

Uno de los principales aspectos a tener en cuenta cuando se utiliza información muestral es garantizar que las estadísticas describen la población y no la muestra particular disponible. Para ello es necesario conocer el diseño muestral y entender la relación con la población de interés (Deaton, 1997).

1. Las bases de datos

La principal fuente de información en este análisis es la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud (EUGSS) para los años 2003, 2005 y 2010. Estas encuestas estudian la cobertura, la utilización y el gasto directo en salud de la población.⁹

"Es necesario enfatizar que las encuestas de utilización y gasto en servicios de salud 2003 y 2005 son el único relevamiento estadístico, dentro de la metodología de encuestas a hogares o a población, que posibilita analizar en una misma unidad –conceptual y operativamente– la cobertura, la utilización y el gasto directo en salud de la población." (Jorrot et al. 2005)

"El acento de estas encuestas está puesto más en explorar las bases sociales de la utilización y gasto en salud que en estimaciones precisas..., atento a la demanda de mayores datos que esto implica."(Jorrot et al. 2005)

Según la correspondiente fuente, la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2003 se realizó en los meses de junio y julio. La muestra fue de 2.317 individuos de todas las edades, incluyendo población rural agrupada y dispersa. El diseño fue estratificado por etapas.

⁹ El diseño muestral de las EUGSS de 2003, 2005, 2010 se encuentra descripto en los documentos "Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud, Argentina – Año 2003. Serie 10 num 19. , "Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud, Argentina – Año 2005. Serie 10 num 20. y Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud, Argentina – Año 2010. Resultados preliminares. Serie 10 num 21.

La encuesta del año 2005 se realizó entre los meses de septiembre y diciembre del mencionado año. La unidad de observación fue el individuo, en hogares particulares. Tiene cobertura urbana y rural. El diseño muestral fue estratificado por áreas en función del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por radio censal y multietápico, con la elección del encuestado por cuotas de sexo y edad. El tamaño muestral efectivo fue de 1.546 individuos de todas las edades (0 y más años).

La encuesta del año 2010 se realizó entre los meses de agosto y octubre del mencionado año. El diseño muestral fue estratificado en tres etapas; tuvo cobertura urbana y rural. El tamaño muestral efectivo alcanzó los 3.128 individuos de todas las edades (0 y más años). La unidad de referencia son nuevamente los individuos en hogares particulares. En ambas encuestas el período de referencia en las preguntas sobre utilización es un mes (30 días anteriores a la realización de la encuesta) con excepción de las preguntas sobre hospitalizaciones en las cuales el período de referencia es el año (12 meses anteriores a la realización de la encuesta).

La principal limitación que presentan las encuestas, especialmente la del año 2005, es el reducido tamaño muestral que impacta directamente sobre la precisión de las estimaciones. Para el año 2010 la fracción de muestreo efectiva fue de 2.263 entre 24.090.463 individuos mayores de 17 años, lo cual implica la selección de un individuo cada 10.645,37 casos. Por otro lado, las encuestas se realizaron en distintos meses del año pudiendo encontrarse diferencias debido a estacionalidad en la utilización de servicios de salud.

2. Comparación de la estimación de medias poblacionales entre las encuestas de utilización y gasto (EUGSS) y la Encuesta permanente de hogares (EPH).

A fin de realizar un análisis sobre la confiabilidad de la información provista por la encuesta, se compara la información con los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

Desde mediados de 2003 las EPH se relevan en forma continua. Para la comparación de la EUGSS 2003 se utilizó la información correspondiente al segundo semestre de 2003, para las EUGSS 2005 y 2010 se muestran las estadísticas de la EPH computadas en base al primer y segundo semestre de cada año. La EPH reúne información sobre características sociodemográficas, condición laboral, horas de trabajo, salarios, ingresos, tipo de empleo, educación, cobertura de seguro de salud, pero no sobre utilización y gasto de salud, y por lo tanto utilizamos las primeras categorías para analizar si el comportamiento de las dos encuestas es similar, y a partir de eso aumentar la confianza sobre los resultados en salud.

2.1. Características demográficas

Este punto es importante en tanto la estructura demográfica condiciona los indicadores que miden el riesgo de enfermar y morir, la utilización de servicios y los perfiles epidemiológicos que presenta la comunidad. Una subestimación o sobreestimación de alguno de los grupos que conforman estas variables afectaría directamente los resultados del estudio.

El porcentaje de hombres en las EUGSS ronda el 50% al igual que en las EPH (ver Tabla 1), aunque en 2005 y 2010 ese porcentaje supera ligeramente el 50%, lo que no es esperable dada la estructura de género del país. Según los censos de 2001 y 2010 el porcentaje de varones ascendía al 48.70% y 48.67%, respectivamente, no superando en ningún grupo quinquenal de edad el 51% (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Por otra parte, el reducido tamaño muestral genera intervalos de confianza de la media grandes, aumentando la imprecisión de las estimaciones poblacionales de las EUGSS. La amplitud de los intervalos de las EUGSS (entre 6.6 y 3.6 p.p.) llega a septuplicar la de los

intervalos de la EPH (entre 0.9 y 1.1 p.p.), por ende el intervalo de confianza contiene solo marginalmente al porcentaje de hombres esperado (48.67%-48.70%)¹⁰.

La edad promedio según datos de las EUGSS se estima en 30.6, 29.6 y 36 años en las encuestas de 2003, 2005 y 2010 respectivamente. En la EPH la edad promedio estimada para 2003 fue 32.1 años, en 2005 32.6 años y en 2010 33.4 años.

Si se comparan las estimaciones de la media de edad poblacional según datos de las EUGSS con los datos censales (edad promedio: 31.32 años en 2001 y 32.5 años en 2010), se observa que los datos de las EUGSS subestiman la edad promedio en 2003 y 2005 y sobreestiman significativamente dicha edad en el 2010.

En relación a la variabilidad respecto a la edad promedio en las EUGSS, los problemas son similares a los observados con la variable anterior, los intervalos en la EUGSS tienen un rango de variación que entre cuadruplica y septuplica los intervalos de la EPH, (entre 1,6 y 2.7 años para la EUGSS versus 0.4/0.5 para la EPH). La edad promedio tiende a ser significativamente menor en las EUGSS de 2003 y 2005 respecto de las EPH (al 95% de confianza) pero significativamente mayor en la EUGSS 2010. La amplitud de los intervalos impide analizar la evolución de la edad promedio entre 2003 y 2005, aunque se muestra un envejecimiento poblacional en 2010, en las EPH la edad se ha incrementado a lo largo del tiempo aunque a una tasa mucho menor que la experimentada por los datos de las EUGSS de 2005 y 2010. En ambas encuestas, la edad promedio estimada para 2010 supera la edad promedio esperada (32.5 años).

Tabla 1. Comparación de EUGSS y EPH para variables demográficas: sexo y edad promedio – 2003/2005/2010-

Variable	Encuesta	Población de referencia			Intervalo del 95% de la media		
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío		
% hombres	eugss2003	2,316	36.2	48.6%	50.0%	51.5%	45.6%
	eph2003s2	93,244	23.0	47.8%	50.0%	48.3%	47.3%
	eugss2005	1,546	36.3	51.1%	50.0%	54.4%	47.8%
	eph2005s1	93,942	23.3	47.9%	50.0%	48.3%	47.4%
	eph2005s2	94,813	23.4	48.0%	50.0%	48.5%	47.6%
	eugss2010	3,128	36.3	50.4%	50.0%	52.2%	48.6%
edad promedio	eph2010s1	118,222	24.8	47.9%	50.0%	48.4%	47.4%
	eph2010s2	118,833	24.9	47.9%	50.0%	48.4%	47.4%
	eugss2003	2,316	36.2	30.6	21.2	31.8	29.4
	eph2003s2	93,190	22.9	32.1	21.9	32.3	31.9
	eugss2005	1,546	36.3	29.6	20.9	31.0	28.3
	eph2005s1	93,942	23.3	32.6	21.9	32.8	32.4
edad promedio	eph2005s2	94,813	23.4	32.6	22.0	32.8	32.4
	eugss2010	3,128	36.3	36.0	22.8	36.8	35.2
	eph2010s1	118,222	24.8	33.3	22.0	33.5	33.1
	eph2010s2	118,833	24.9	33.4	22.0	33.6	33.1

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010. eph2003s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2003, semestre 2. eph2005s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 1. eph2005s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 2. eph2010s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 1. eph2010s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 2. Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS y EPH.

¹⁰ Valores observados en los censos de 2001 y 2010.

Al analizar la estructura etaria por grupos (ver Tabla 2) se observa que el sesgo muestral de la encuesta de 2010 tiende a situarse en todos los grupos de mayores de 15 años. Con respecto a los sesgos que la diferencia en la estructura de edad de las EUGSS puede inducir en el estudio a realizarse, la dimensión de los mismos están directamente relacionado con la correlación existente entre edad y utilización de los servicios de salud. Como se mencionó anteriormente, la estructura demográfica condiciona los indicadores que miden la utilización de servicios.

Las EUGSS de 2003 y 2005 subestiman significativamente el porcentaje de población mayor de 65 años respecto a los valores estimados en la EPH. Los datos censales de los años 2001 y 2010 arrojan un porcentaje de población mayor de 65 años del 9.20% para 2001 y del 9.48% para 2010. El intervalo de confianza para el porcentaje de individuos mayores de 65 años no incluye el valor esperado para la mencionada proporción ni para el año 2003 ni para el año 2005. Por otro lado, cuando se analiza esta proporción para el año 2010 con la EUGSS se observa que el intervalo de confianza se encuentra entre 11.4% y 13.8%, sobreestimando significativamente la participación de este grupo etario en la estructura por edades de la población. Dado que este grupo de edades de suma importancia en el análisis en función de la mayor utilización de los servicios de salud y de consumo de medicamentos, es necesario tener en cuenta este aspecto a la hora de describir los resultados del estudio.

Otro grupo crítico en cuanto a la utilización es el de los niños menores de 6 años. Respecto de este grupo etario no se observan diferencias significativas respecto a los valores estimados en la EPH y los datos censales.

Con respecto a los restantes grupos de edad, la EUGS 2010 también presenta un desvío significativo respecto al porcentaje estimado por la EPH y los datos censales de 2010 en los grupos de edad entre 16 y 45 años, en el cual nuevamente se subestima la participación de dicho grupo y en el grupo de 46 a 65 años en el cual se sobre estima dicha participación.

Tabla 2. Comparación de EUGSS y EPH para grupo etario – 2003/2005/2010-

Variable	Encuesta	Población de referencia			Intervalo del 95% de la media		
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío		
% de 0 a 6 años de edad	eugss2003	2,316	36.2	12.9%	33.5%	14.9%	10.8%
	eph2003s2	93,190	22.9	11.6%	32.0%	12.0%	11.2%
	eugss2005	1,546	36.3	15.9%	36.6%	18.5%	13.4%
	eph2005s1	93,942	23.3	11.1%	31.5%	11.4%	10.9%
	eph2005s2	94,813	23.4	11.1%	31.4%	11.3%	10.8%
	eugss2010	3,128	36.3	10.5%	30.6%	11.6%	9.4%
	eph2010s1	118,222	24.8	10.8%	31.1%	11.1%	10.5%
	eph2010s2	118,833	24.9	10.7%	30.9%	11.0%	10.4%
% de 7 a 15 años de edad	eugss2003	2,316	36.2	18.3%	38.7%	20.7%	15.8%
	eph2003s2	93,190	22.9	16.0%	36.7%	16.4%	15.6%
	eugss2005	1,546	36.3	16.5%	37.1%	19.0%	14.0%
	eph2005s1	93,942	23.3	15.6%	36.2%	15.9%	15.2%
	eph2005s2	94,813	23.4	15.7%	36.4%	16.0%	15.3%
	eugss2010	3,128	36.3	13.7%	34.4%	14.9%	12.5%
	eph2010s1	118,222	24.8	14.6%	35.3%	14.9%	14.2%
	eph2010s2	118,833	24.9	14.7%	35.4%	15.1%	14.4%
% de 16 a 45 años de edad	eugss2003	2,316	36.2	43.9%	49.6%	46.8%	40.9%
	eph2003s2	93,190	22.9	44.7%	49.7%	45.2%	44.1%
	eugss2005	1,546	36.3	42.4%	49.4%	45.6%	39.1%
	eph2005s1	93,942	23.3	44.9%	49.7%	45.4%	44.4%
	eph2005s2	94,813	23.4	44.9%	49.7%	45.4%	44.5%
	eugss2010	3,128	36.3	39.9%	49.0%	41.6%	38.1%
	eph2010s1	118,222	24.8	45.3%	49.8%	45.8%	44.8%
	eph2010s2	118,833	24.9	45.2%	49.8%	45.7%	44.8%
% de 46 a 65 años de edad	eugss2003	2,316	36.2	17.6%	38.1%	19.8%	15.3%
	eph2003s2	93,190	22.9	18.4%	38.7%	18.7%	18.0%
	eugss2005	1,546	36.3	19.5%	39.6%	22.1%	16.9%
	eph2005s1	93,942	23.3	18.8%	39.1%	19.2%	18.5%
	eph2005s2	94,813	23.4	18.7%	39.0%	19.1%	18.4%
	eugss2010	3,128	36.3	23.3%	42.3%	24.8%	21.8%
	eph2010s1	118,222	24.8	19.5%	39.6%	19.9%	19.1%
	eph2010s2	118,833	24.9	19.5%	39.6%	19.9%	19.1%
% de 66 o más años de edad	eugss2003	2,316	36.2	7.4%	26.2%	8.8%	6.0%
	eph2003s2	93,190	22.9	9.4%	29.1%	9.6%	9.1%
	eugss2005	1,546	36.3	5.7%	23.2%	7.1%	4.4%
	eph2005s1	93,942	23.3	9.6%	29.4%	9.8%	9.3%
	eph2005s2	94,813	23.4	9.6%	29.5%	9.9%	9.4%
	eugss2010	3,128	36.3	12.6%	33.2%	13.8%	11.4%
	eph2010s1	118,222	24.8	9.8%	29.7%	10.1%	9.5%
	eph2010s2	118,833	24.9	9.8%	29.8%	10.1%	9.5%

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010. eph2003s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2003, semestre 2. eph2005s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 1. eph2005s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 2. eph2010s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 1. eph2010s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 2. Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS y EPH.

Dado que la EUGSS permite desagregar por subregiones, dadas las diferencias encontradas entre las variable demográficas, se han analizado las diferencias para una muestra restringida de 18 subregiones (Tabla 3) que logran aproximar 18 aglomerados de la EPH, reduciendo las diferencias generadas a partir de diferencias en el diseño de las encuestas. Al restringir la muestra a esta región, la población representada en ambas encuestas es similar en tanto aproxima la misma cobertura geográfica.

El análisis de la comparación enunciada se muestra en Tabla 3. Se observa que si bien las diferencias en términos de género se morigeran levemente, las diferencias en términos de estructura etaria se mantienen. Esto sugiere que los sesgos encontrados no parecen responder a diferencias de cobertura geográfica entre encuestas.

Tabla 3. Comparación de EUGSS 2010 y EPH de variables demográficas para 18 aglomerados de EPH –2010-

Variable	Encuesta	Población de referencia			Intervalo del 95% de la media		
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío		
% hombres	eugss2010	1,998	23.9	49.9%	50.0%	52.1%	47.6%
	eph2010s1	76,427	22.4	47.8%	50.0%	48.4%	47.3%
	eph2010s2	76,992	22.5	47.8%	50.0%	48.4%	47.3%
edad promedio	eugss2010	1,998	23.9	37.1	23.0	38.1	36.1
	eph2010s1	76,427	22.4	33.6	22.1	33.9	33.4
	eph2010s2	76,992	22.5	33.7	22.1	33.9	33.4
% de 0 a 6 años de edad	eugss2010	1,998	23.9	9.3%	29.1%	10.6%	8.1%
	eph2010s1	76,427	22.4	10.7%	30.9%	11.1%	10.4%
	eph2010s2	76,992	22.5	10.6%	30.8%	10.9%	10.3%
% de 7 a 15 años de edad	eugss2010	1,998	23.9	13.6%	34.3%	15.1%	12.1%
	eph2010s1	76,427	22.4	14.3%	35.0%	14.7%	13.9%
	eph2010s2	76,992	22.5	14.5%	35.2%	14.9%	14.1%
% de 16 a 45 años de edad	eugss2010	1,998	23.9	39.3%	48.8%	41.4%	37.1%
	eph2010s1	76,427	22.4	45.1%	49.8%	45.7%	44.6%
	eph2010s2	76,992	22.5	45.1%	49.8%	45.6%	44.6%
% de 46 a 65 años de edad	eugss2010	1,998	23.9	24.2%	42.8%	26.1%	22.3%
	eph2010s1	76,427	22.4	19.7%	39.8%	20.2%	19.3%
	eph2010s2	76,992	22.5	19.7%	39.8%	20.1%	19.3%
% de 66 o más años de edad	eugss2010	1,998	23.9	13.6%	34.3%	15.1%	12.1%
	eph2010s1	76,427	22.4	10.1%	30.2%	10.4%	9.8%
	eph2010s2	76,992	22.5	10.1%	30.2%	10.4%	9.8%

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010. eph2003s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2003, semestre 2. eph2005s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 1. eph2005s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 2. eph2010s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 1. eph2010s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 2. Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS y EPH.

2.2. Características socio-económicas

Educación

La variable educación es otra variable relevante en el análisis. Al comparar los niveles educativos se observa una mayor concentración de individuos con bajo nivel educativo (hasta primaria incompleta) en las EUGSS respecto de las EPH (ver Tabla 4). La diferencia ronda los 2 puntos porcentuales aunque solo es estadísticamente significativa en 2010. El porcentaje de individuos con niveles medios de educación es similar entre EUGSS y EPH para 2003 y 2005 pero no para 2010, donde se evidencia una mayor concentración de este grupo en la EUGSS (con una diferencia de 5.6 p.p.). Como contrapartida, el grupo de individuos con educación secundaria completa o superior presenta una proporción similar entre EUGSS y EPH para 2003 y 2005 pero en 2010 la EPH tiene un porcentaje que supera en más de 8 puntos porcentuales los de la EUGSS (de 44.9% a 53.1%). Parte de estas divergencias se aminoran al restringir el análisis a 18 subregiones para 2010 (ver Tabla 5).

Tabla 4. Comparación de EUGSS y EPH por nivel educativo para mayores de 17 años – 2003/2005/2010-

Variable	Encuesta	Población de referencia				Intervalo del 95% de la media	
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío		
años de educación promedio (>=18 años de edad)	eugss2005	992	23.2	10.3	4.3	10.6	9.9
	eph2005s1	63,701	16.2	10.3	4.1	10.3	10.2
	eph2005s2	64,099	16.3	10.3	4.0	10.4	10.3
	eugss2010	2,260	26.2	10.2	4.1	10.4	10.0
	eph2010s1	81,610	17.6	10.7	4.0	10.8	10.7
	eph2010s2	82,948	17.7	10.8	3.9	10.8	10.7
% hasta primaria incompleta (>=18 años de edad)	eugss2003	1,538	23.4	12.6%	33.2%	15.5%	9.8%
	eph2003s2	62,682	15.8	10.8%	31.1%	11.3%	10.4%
	eugss2005	993	23.2	11.7%	32.2%	14.4%	9.1%
	eph2005s1	64,010	16.2	10.2%	30.3%	10.6%	9.9%
	eph2005s2	64,387	16.3	9.9%	29.9%	10.2%	9.6%
	eugss2010	2,263	26.3	11.0%	31.2%	12.3%	9.6%
% entre primaria completa y secundaria incompleta (>=18 años de edad)	eugss2003	1,538	23.4	43.4%	49.6%	47.0%	39.7%
	eph2003s2	62,682	15.8	43.1%	49.5%	43.7%	42.4%
	eugss2005	993	23.2	41.3%	49.3%	45.4%	37.2%
	eph2005s1	64,010	16.2	41.9%	49.3%	42.4%	41.3%
	eph2005s2	64,387	16.3	42.0%	49.4%	42.5%	41.4%
	eugss2010	2,263	26.3	44.1%	49.7%	46.2%	42.1%
% secundaria completa y más educación (>=18 años de edad)	eph2010s1	82,004	17.7	38.5%	48.7%	39.1%	38.0%
	eph2010s2	83,384	17.8	38.7%	48.7%	39.3%	38.2%
	eugss2003	1,538	23.4	44.0%	49.7%	47.5%	40.5%
	eph2003s2	62,682	15.8	46.1%	49.8%	46.7%	45.5%
	eugss2005	993	23.2	47.0%	49.9%	51.0%	42.9%
	eph2005s1	64,010	16.2	47.9%	50.0%	48.4%	47.3%
eph2005s2	64,387	16.3	48.1%	50.0%	48.7%	47.6%	
eugss2010	2,263	26.3	44.9%	49.7%	47.0%	42.8%	
	eph2010s1	82,004	17.7	53.1%	49.9%	53.7%	52.5%
	eph2010s2	83,384	17.8	53.2%	49.9%	53.7%	52.6%

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010. eph2003s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2003, semestre 2. eph2005s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 1. eph2005s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 2. eph2010s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 1. eph2010s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 2. Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS y EPH.

Tabla 5 Comparación de EUGSS 2010 y EPH por nivel educativo para 18 aglomerados de EPH –2010

Variable	Encuesta	Población de referencia			Intervalo del 95% de la media		
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío		
años de educación promedio (>=18 años de edad)	eugss2010	1,475	17.6	10.8	4.0	11.0	10.6
	eph2010s1	53,613	16.0	10.7	4.0	10.8	10.7
	eph2010s2	54,450	16.0	10.8	3.9	10.8	10.7
% hasta primaria incompleta (>=18 años de edad)	eugss2010	1,476	17.6	8.0%	27.2%	9.5%	6.6%
	eph2010s1	53,891	16.1	8.2%	27.5%	8.6%	7.9%
	eph2010s2	54,741	16.1	8.0%	27.1%	8.3%	7.6%
% entre primaria completa y secundaria	eugss2010	1,476	17.6	41.8%	49.3%	44.4%	39.3%
	eph2010s1	53,891	16.1	38.5%	48.7%	39.1%	37.9%
	eph2010s2	54,741	16.1	38.8%	48.7%	39.4%	38.2%
% secundaria completa y más educación (>=18 años de edad)	eugss2010	1,476	17.6	50.1%	50.0%	52.7%	47.5%
	eph2010s1	53,891	16.1	53.2%	49.9%	53.9%	52.6%
	eph2010s2	54,741	16.1	53.3%	49.9%	53.9%	52.6%

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010. eph2003s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2003, semestre 2. eph2005s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 1. eph2005s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 2. eph2010s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 1. eph2010s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 2. Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS y EPH.

Ingresos

Los ingresos son menores en las EUGSS que en las EPH, lo que es esperable dado que la primera releva ingresos en forma menos sofisticada. El crecimiento del ingreso (nominal) es significativo incluso en las EUGSS y su evolución es similar al de las EPH (ver Tabla 6), aunque se observa que el crecimiento es menor para las EUGSS en el período 2003-2005. Esto hace que al comparar las EUGSS con las EPH el ratio de ingresos entre EUGSS y EPH pase de 85%, para 2003, al 74% y 75% para 2005 y 2010, respectivamente (comparando con los valores del segundo semestre de cada año). Si restringimos en 2010, a las regiones de cobertura común este ratio aumenta al 82%.

La desigualdad del ingreso se ha reducido significativamente a lo largo de las EPH. Al observar el coeficiente de Gini para el ingreso per cápita familiar, sus valores caen de 0.522 en 2003 a 0.485 y 0.440 en los segundos semestres de 2005 y 2010, respectivamente. Como se mencionó en la sección anterior dicho indicador toma valores entre cero (distribución perfectamente equitativa) y uno (total inequidad). Para las EUGSS en cambio se observa una fuerte reducción de la desigualdad entre 2003 y 2005 (de 0.501 a 0.433) para luego mantenerse constante entre 2005 y 2010. Esta discrepancia en términos de evolución se explica principalmente por la baja desigualdad en la EUGSS de 2005. Aun teniendo en cuenta que las pocas observaciones de esta encuesta generan un amplio intervalo de confianza, para 2005 el coeficiente de Gini de la EUGSS es significativamente menor que el observado en las EPH (lo que no ocurre en 2003 y 2010).

Tabla 6. Comparación de EUGSS y EPH según ingreso per cápita familiar e Índice de desigualdad–2003/2005/2010

Variable	Encuesta	Población de referencia		Intervalo del 95% de la media				Intervalo del 95% del Gini		
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío			Gini		
Ingreso per cápita familiar	eugss2003	2,134	33.6	265.90	418.48	288.41	243.40	0.501	0.472	0.539
	eph2003s2	93,244	23.0	313.34	892.35	323.27	303.41	0.522	0.510	0.535
	eugss2005	1,266	30.0	332.35	323.45	354.93	309.77	0.433	0.414	0.456
	eph2005s1	93,942	23.3	387.14	489.00	392.11	382.16	0.488	0.484	0.495
	eph2005s2	94,813	23.4	448.43	602.99	454.71	442.15	0.485	0.479	0.489
	eugss2010	2,467	28.6	1,014.31	1,116.14	1,060.25	968.37	0.435	0.420	0.457
eph2010s1	118,222	24.8	1,188.59	1,335.26	1,202.74	1,174.45	0.441	0.438	0.448	
eph2010s2	118,833	24.9	1,352.20	1,367.94	1,366.01	1,338.39	0.440	0.436	0.444	
18 Sub-regiones										
Ingreso per cápita familiar	eugss2010	1,460	17.5	1,120.42	1,218.06	1,184.71	1,056.14	0.435	0.415	0.460
	eph2010s1	76,427	22.4	1,197.03	1,339.95	1,212.66	1,181.41	0.437	0.433	0.443
	eph2010s2	76,992	22.5	1,363.27	1,353.55	1,378.50	1,348.04	0.436	0.433	0.443

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010. eph2003s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2003, semestre 2. eph2005s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 1. eph2005s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 2. eph2010s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 1. eph2010s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 2. Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS y EPH.

Cobertura de Salud

El porcentaje de individuos afiliados a alguna cobertura de seguro de salud (Obra social, Prepaga, Emergencias y otros), estimada por la EUGS es de 58.2% para 2003, 62.6% para 2005 y 66.6% para 2010. Según estos datos para el año 2010 dos tercios de los encuestados estarían afiliados a algún sistema de protección de salud y un tercio (3 de cada 10) no estaría afiliado a ningún sistema y solo contaría con la cobertura universal provista por el sector público.

Al comparar los resultados mencionados con los que arroja la estimación utilizando la EPH, se observa que el porcentaje de individuos con cobertura de seguro de salud tiende a ser unos 5p.p. mayor en las EUGSS que en las EPH para 2003 y 2005 y se vuelve muy similar para 2010. Según la EPH 5 de cada 10 declaran tener alguna cobertura de seguro de salud en 2003 vs. casi 6 de la EUGSS. En el 2010, casi 7 de cada 10 en ambas encuestas declaran estar cubiertos por algún tipo de cobertura. Según el censo 2010 el 62% de la población en hogares particulares estaría cubierta por cobertura de seguro de salud (obra social o prepaga), el 1.8% de la población estaría afiliado, más allá de la cobertura universal pública a planes o programas estatales de salud y el 36% restante (casi 4 de cada 10) tendría acceso solo a la cobertura universal.

La evolución del porcentaje de individuos con cobertura de seguro de salud es creciente a lo largo del período en ambas encuestas aunque como en los casos anteriores la significatividad estadística de los cambios en las EUGSS se reduce por la falta de observaciones (ver Tabla 7). Entre 2003 y 2010 se observa un aumento de 8 p.p. en el porcentaje de individuos que declara estar cubierto por algún seguro de salud según los datos de las EUGSS y alcanza los 13.4 p.p. según datos de la EPH.

Tabla 7. Comparación de EUGSS y EPH según cobertura de salud–2003/2005/2010

Variable	Encuesta	Población de referencia			Intervalo del 95% de la media		
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío		
% de personas con algún tipo de cobertura de salud	eugss2003	2,316	36.2	58.2%	49.3%	61.2%	55.2%
	eph2003s2	89,477	22.3	53.8%	49.9%	54.3%	53.2%
	eugss2005	1,544	36.2	62.6%	48.4%	65.8%	59.4%
	eph2005s1	90,884	22.7	57.2%	49.5%	57.6%	56.7%
	eph2005s2	91,713	22.8	58.1%	49.3%	58.5%	57.6%
	eugss2010	3,128	36.3	66.6%	47.2%	68.3%	64.9%
	eph2010s1	115,031	24.2	66.4%	47.2%	66.9%	66.0%
	eph2010s2	115,270	24.3	67.2%	47.0%	67.7%	66.7%

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010. eph2003s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2003, semestre 2. eph2005s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 1. eph2005s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2005, semestre 2. eph2010s1: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 1. eph2010s2: Encuesta Permanente de Hogares, año 2010, semestre 2. Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS y EPH.

De la comparación de la EUGSS con la EPH surgen diferencias en la estimación de los parámetros poblacionales. En algunos casos dichas diferencias son estadísticamente significativas y en otros casos no lo son. La reducida cantidad de observaciones de las EUGSS hacen que las estimaciones de las medias poblacionales tengan una varianza e intervalos de confianza al 95% demasiado grandes lo que condiciona el análisis.

3. Descripción de las principales variables de utilización de servicios de salud

A continuación se realiza una descripción de la muestra, el análisis se centra en las principales variables de interés. Las limitaciones expuestas en la sección anterior deben tenerse presentes a la hora de interpretar, en términos poblacionales, la descripción de las variables.

En términos generales, se observa un incremento del acceso a la salud por parte de la población entre 2003-2010. Dicho incremento se explica por un aumento en la cobertura de salud que pasó del 54% de la población en 2003 a 66% en 2010. Este aumento de la cobertura está ocasionado por un aumento del empleo formal que da acceso a cobertura a través de la seguridad social (Jorrat et al, 2008). Sin embargo, el significativo incremento en el porcentaje de cobertura explícita de salud no se ve reflejado en un aumento de igual magnitud en el porcentaje de consultas. Cuando se analizan las consultas realizadas en los últimos 30 días se observa un leve incremento de 3 p.p en las mismas, pero los intervalos de confianza muestran que las diferencias no son estadísticamente significativas entre los períodos analizados. De los consultantes, entre un 35% y un 45% concurren al menos una vez a una entidad de salud pública (entre un 15% y un 18% de la población total). De estos, aproximadamente el 40% consultaron el menos una vez en un centro de atención primaria (un 6-7% de la población total) según las encuestas de 2005 y 2010 (dado que en 2003 no pueden identificarse las consultas a CAPs). El aumento en la cobertura de salud, puede haber incidido en la aparente reducción de las consultas a entidades públicas y de las consultas a CAPs, pero la amplitud de los intervalos de confianza muestran que no hay cambios significativos en estos porcentajes que resulten de la estimación de la encuesta. De la muestra de 2005 se cuenta con solo 106 observaciones de individuos que han asistido a un CAP en la primera consulta y 114 incluyendo cualquier consulta durante el mes. De la muestra de 2010 se cuentan con 186 (primer consulta) y 192 (alguna de 3 consultas) observaciones.

Tabla 8 Porcentaje de consultas últimos 30 días. Consultas totales y consultas en el sector público (CAPs y hospitales). EUGSS 2003/2005/2010 (Población de referencia: 36.2 MM)

Variable	Encuesta	Población de referencia				Intervalo del 95% de la media	
		Observaciones	(MM)	Media	Desvío		
% de personas con obra social o pre-paga	eugss2003	2,316	36.2	54.3%	49.8%	57.3%	51.3%
	eugss2005	1,544	36.2	61.8%	48.6%	65.0%	58.6%
	eugss2010	3,128	36.3	66.1%	47.3%	67.8%	64.4%
% de personas que consultaron en los últimos 30 días	eugss2003	2,316	36.2	39.3%	48.9%	42.3%	36.4%
	eugss2005	1,546	36.3	40.6%	49.1%	43.8%	37.3%
	eugss2010	3,128	36.3	42.0%	49.4%	43.8%	40.3%
% de personas que fue a hospital público o CAPs (primer consulta, últimos 30 días)	eugss2003	2,316	36.2	17.3%	37.8%	19.7%	14.8%
	eugss2005	1,546	36.3	15.5%	36.2%	18.0%	13.1%
	eugss2010	3,128	36.3	14.6%	35.3%	15.8%	13.3%
% de personas que fue a hospital público o CAPs (en alguna de 3 consultas, últimos 30 días)	eugss2003	2,316	36.2	17.6%	38.1%	20.1%	15.1%
	eugss2005	1,546	36.3	16.2%	36.8%	18.6%	13.7%
	eugss2010	3,128	36.3	14.9%	35.6%	16.2%	13.6%
% de personas que fue a CAPs (primer consulta, últimos 30 días)	eugss2005	1,546	36.3	6.6%	24.9%	8.4%	4.9%
	eugss2010	3,128	36.3	6.0%	23.7%	6.8%	5.1%
% de personas que fue a CAPs (en alguna de 3 consultas, últimos 30 días)	eugss2005	1,546	36.3	7.0%	25.6%	8.8%	5.3%
	eugss2010	3,128	36.3	6.2%	24.2%	7.1%	5.3%

Notas: eugss2003: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2003. eugss2005: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2005. eugss2010: Encuesta de Utilización y Gastos en Servicio de Salud, año 2010.

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS.

A continuación, se analizan las pautas de utilización de servicios de salud según segmentos sociodemográficos (sexo, edad, educación, quintil de ingreso).¹¹

Como puede observarse en la Tabla 9 resulta que las mujeres consultaron, en promedio, más que los hombres en todos los períodos analizados (en 2010 casi 5 de cada 10 mujeres declara haber consultado en los últimos 30 días en comparación con 3.5 cada 10 en el caso de los hombres). En el caso de las consultas al sector público (definida como alguna de 3 consultas) se observa que si bien las mujeres parecen consultar más, en el año 2010 1.7 mujeres de cada 10 declara haber consultado en el sistema público en comparación con 1.3 cada 10 en el caso de los hombres, las diferencias son menos evidentes.

Tabla 9. Porcentaje de consultas últimos 30 días. Consultas y consultas en el sector público (CAPs y hospitales) condicionadas por sexo. EUGSS 2003/2005/2010

	Encuesta	Observaciones	Porcentaje de consultas	Intervalo del 95%	Porcentaje de consultas al sector público	Intervalo del 95%
Hombre	2003	1097	31.60%	[0.278,0.358]	12.6%	[0.099,0.160]
	2005	776	35.70%	[0.314,0.404]	14.0%	[0.111,0.176]
	2010	1571	35.12%	[0.327,0.375]	13.1%	[0.114,0.149]
Mujer	2003	1220	46.60%	[0.425,0.507]	22.3%	[0.187,0.263]
	2005	770	45.60%	[0.410,0.503]	18.4%	[0.149,0.223]
	2010	1557	48.99%	[0.465,0.516]	16.7%	[0.149,0.187]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

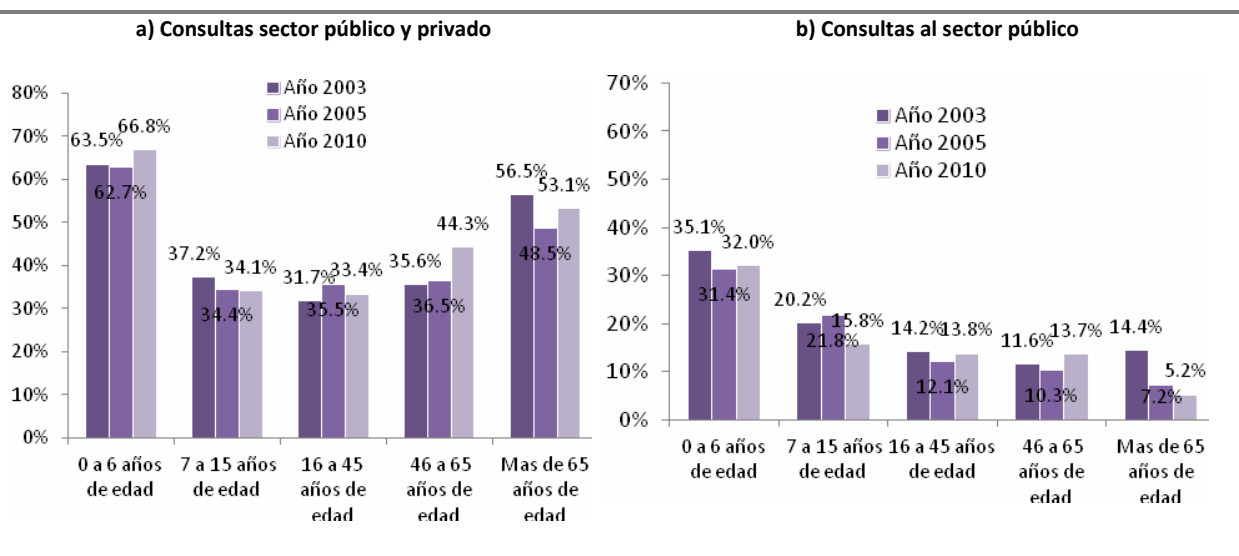
¹¹ Las personas de 18 años y más respondían sobre su propio estado de salud, y que en el caso de los aspectos de salud de los menores de 18 era un adulto responsable quien brindaba la información solicitada en la encuesta.

Al analizar las consultas al sector público se observa una tasa de consultas inferior en 2010 respecto a 2003. Resalta el hecho del incremento de la tasa de consultas en hombres en 2005, pero dado el comportamiento de la variable y la amplitud de los intervalos de confianza en las estimaciones, el incremento observado se debe a variabilidad muestral. Por otro lado, la tasa de consultas en el sector público en mujeres tiene una evolución decreciente, pasando de 22.3% en 2003 al 16.7% en 2010.

Al realizar el análisis de las consultas por grupo etario se observan grandes diferencias. Casi 7 de cada 10 menores de 7 años de edad concurre al médico según la encuesta de 2010, porcentaje que desciende significativamente (al 34% en 2010) en los niños de entre 7 años y 14 años de edad. Para el grupo de entre 16 y 45 años de edad dicho porcentaje se mantiene en 33% para 2010; a partir de allí los porcentajes de consulta tienen una tendencia creciente con la edad y alcanzan un pico para el grupo de edad de más de 65 años en el cual 5.3 de cada 10 personas de más de 65 años declaran haber consultado al médico en los últimos 30 días en el año 2010.

Al analizar el comportamiento de las consultas al sector público, el porcentaje de consultas disminuye con la edad (**Gráfico 1**). Para el año 2010, 3 de cada 10 menores de 7 años consultaron al médico en el sector público, dicho porcentaje disminuye para los grupos de edad subsiguientes y presenta un mínimo para el grupo de edad de mayores de 65 años en los cuales menos de 1 individuo cada 10 consulta al médico en el sector público.

Gráfico 1. Porcentaje de consultas últimos 30 días por grupos de edad. Consultas y consultas en el sector público (CAPs y hospitales). EUGSS 2003/2005/2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

La comparación de los porcentajes de consulta entre encuestas está limitada por la cantidad de observaciones y el consecuente tamaño de los intervalos de confianza estimados. Al analizar la información en forma desagregada dicho problema se incrementa (ver Tabla 10). Por ejemplo, en el grupo de edad de mayores de 65 años, el porcentaje de consultas es del 57% en 2003, disminuye al 48% en 2005 y se vuelve a incrementar al 53% en 2010. Es poco probable que se observe un comportamiento tal en la población general. No obstante, en términos generales, el porcentaje de consulta por grupos de edad tiene una forma de u. Las consultas disminuyen paulatinamente con la edad y luego aumentan, alcanzando niveles de utilización similares a los del primer grupo de edad, comportamiento esperable.

Tabla 10. Porcentaje de consultas en los últimos 30 días por grupos de edad. Consultas totales y consultas en el sector público (CAPs y hospitales). EUGSS 2003/2005/2010

	Encuesta	Observaciones	Porcentaje de consultas	Intervalo del 95%	Porcentaje de consultas al sector público	Intervalo del 95%
Rangos de edad						
0 a 6 años de edad	2003	285	63.50%	[0.549,0.713]	35.1%	[0.273,0.438]
	2005	237	62.70%	[0.541,0.705]	31.4%	[0.240,0.399]
	2010	336	66.80%	[0.615,0.717]	32.0%	[0.271,0.373]
7 a 15 años de edad	2003	384	37.20%	[0.299,0.451]	20.2%	[0.142,0.281]
	2005	249	34.40%	[0.272,0.424]	21.8%	[0.160,0.291]
	2010	424	34.10%	[0.297,0.389]	15.8%	[0.126,0.197]
16 a 45 años de edad	2003	1028	31.70%	[0.277,0.360]	14.2%	[0.112,0.179]
	2005	660	35.50%	[0.307,0.405]	12.1%	[0.090,0.160]
	2010	1253	33.40%	[0.308,0.361]	13.8%	[0.119,0.159]
46 a 65 años de edad	2003	425	35.60%	[0.296,0.422]	11.6%	[0.078,0.170]
	2005	297	36.50%	[0.297,0.439]	10.3%	[0.066,0.157]
	2010	718	44.30%	[0.406,0.480]	13.7%	[0.114,0.165]
Más de 65 años de edad	2003	195	56.50%	[0.469,0.657]	14.4%	[0.081,0.244]
	2005	103	48.50%	[0.370,0.602]	7.2%	[0.034,0.146]
	2010	397	53.10%	[0.481,0.581]	5.2%	[0.034,0.078]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

La consulta médica está poco diferenciada tanto por nivel educacional (Tabla 11) como por quintiles de ingresos familiares (Gráfico 2). Sin embargo, como es de esperar, la consulta al sector público es decreciente tanto en relación al nivel educativo como por quintiles de ingreso. En otras palabras la utilización del subsector público para la realización de consultas disminuye a medida que mejora el nivel educativo o el nivel de ingreso per cápita familiar.

El porcentaje de consultas del nivel educativo con primaria incompleta disminuye más de 2 p.p entre 2003 y 2005. Sin embargo, los intervalos de confianza de ambos períodos se solapan con lo cual a partir de la encuesta no se puede decir que el porcentaje de consultas presenta diferencias entre las encuestas (2003-2005-2010) para los individuos con primaria incompleta. Nuevamente, el tamaño de los intervalos de confianza incide en el análisis. Por otro lado, el porcentaje de consultas al sector público presenta una tendencia decreciente en los años analizados. Punta a punta (2010-2003) la disminución en el porcentaje de consultas al sector público en el grupo bajo análisis (primaria incompleta) es casi 10 p.p., pasando de 29.6% en 2003 a 19.05 en 2010 (Tabla 11). Este hecho está relacionado con el aumento de la cobertura explícita de salud.

El porcentaje de consultas en los individuos con primaria completa – secundaria incompleta (33% en 2003, 34% en 2005, 41% en 2010) es inferior al porcentaje de consultas para los individuos con primaria incompleta en 2003 y 2005 y levemente superior en 2010. El porcentaje de consultas realizadas en el sector público no presenta una tendencia temporal clara, alcanza el 16% en 2003, disminuye al 13% en 2005 y se incrementa hasta casi el 19% en 2010. Nuevamente, no es de esperar un comportamiento

temporal tan errático en la población general; la gran variabilidad de las estimaciones generada por la poca cantidad de observaciones estaría influenciando este resultado.

Por último, el grupo compuesto por los individuos que declararon secundaria completa y más estudios presenta un porcentaje de consultas levemente superior al de los dos grupo anteriores, con variabilidad en los resultados obtenidos entre las encuestas realizadas en distintos años; el porcentaje de consultas al sector público fue de casi el 17% en 2003, porcentaje que disminuye significativamente en 2005 (alcanzando el 9.8%) para mantenerse en un rango similar en 2010 (9.5%).

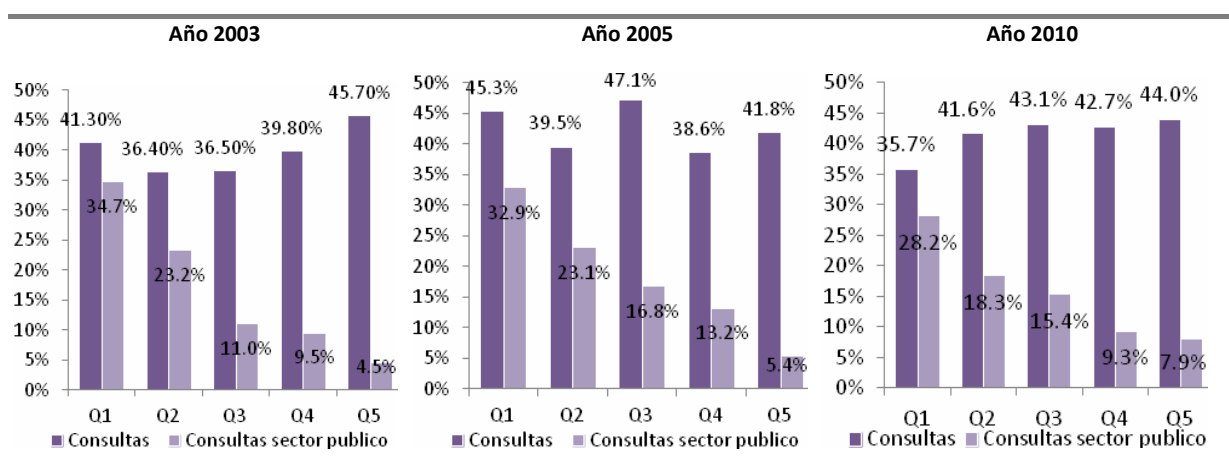
Tabla 11. Porcentaje de consultas en los últimos 30 días por niveles de educación. Consultas totales y consultas en el sector público (CAPs y hospitales). EUGSS 2003/2005/2010

	Encuesta	Observaciones	Porcentaje de consultas	Intervalo del 95%	Porcentaje de consultas al sector público	Intervalo del 95%
Nivel de educación						
Hasta primaria incompleta	2003	145	42.40%	[0.308,0.549]	29.9%	[0.196,0.428]
	2005	122	40.20%	[0.293,0.523]	22.9%	[0.137,0.359]
	2010	324	40.30%	[0.349,0.459]	19.3%	[0.153,0.240]
Primaria completa secundaria incompleta	2003	640	32.50%	[0.274,0.380]	15.8%	[0.119,0.206]
	2005	478	34.20%	[0.287,0.401]	13.3%	[0.101,0.173]
	2010	1418	41.20%	[0.386,0.438]	19.0%	[0.170,0.212]
Secundaria completa y más estudios	2003	1532	41.90%	[0.384,0.456]	16.8%	[0.140,0.200]
	2005	531	40.90%	[0.356,0.465]	9.9%	[0.070,0.138]
	2010	1386	43.30%	[0.407,0.460]	9.6%	[0.081,0.112]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

En cuanto al porcentaje de consultas por quintiles de ingreso, no se observan diferencias significativas para el total de consultas. Asimismo, como era de esperar, se observa una relación inversa con las consultas al sector público. El porcentaje de consultas en el sector público disminuye en forma monótona por quintiles de ingreso.

Gráfico 2. Porcentaje de consultas en los últimos 30 días por quintiles de ingreso. (Totales y sector público). EUGSS 2003/2005/2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Si comparamos las encuestas de 2003 y 2010, el porcentaje de consultas al sector público en el primer quintil de ingreso disminuye entre 2003 y 2010 (35% para 2003 - 28.2% para 2010); el porcentaje de consultas en el segundo quintil disminuye en la misma proporción que en el primer quintil entre estos dos períodos y se mantiene cercano al 20% (23.2% para 2003 - 18.3% para 2010). El mínimo porcentaje de consultas al sector público se observa en el quinto quintil, con un porcentaje de consultas de 4.5% en 2003, incrementándose en 2010 a 7.9% (Gráfico 2).

Tabla 12 Porcentaje de consultas en los últimos 30 días por quintiles de ingreso. Consultas totales y consultas en el sector público (CAPs y hospitales). EUGSS 2003/2005/2010

	Encuesta	Observaciones	Porcentaje de consultas	Intervalo del 95%	Porcentaje de consultas al sector público	Intervalo del 95%
Quintiles de ingreso						
1	2003	448	41.30%	[0.346,0.483]	34.7%	[0.282,0.417]
	2005	265	45.30%	[0.377,0.532]	32.9%	[0.259,0.407]
	2010	518	35.70%	[0.316,0.401]	28.2%	[0.243,0.324]
2	2003	426	36.40%	[0.297,0.437]	23.2%	[0.173,0.303]
	2005	252	39.50%	[0.320,0.475]	23.1%	[0.177,0.295]
	2010	493	41.60%	[0.372,0.461]	18.3%	[0.150,0.220]
3	2003	427	36.50%	[0.303,0.431]	11.0%	[0.076,0.157]
	2005	252	47.10%	[0.386,0.557]	16.8%	[0.109,0.250]
	2010	493	43.10%	[0.387,0.476]	15.4%	[0.124,0.190]
4	2003	427	39.80%	[0.331,0.469]	9.5%	[0.059,0.148]
	2005	253	38.60%	[0.307,0.473]	13.2%	[0.083,0.204]
	2010	240	42.70%	[0.384,0.472]	9.3%	[0.070,0.122]
5	2003	406	45.70%	[0.395,0.520]	4.5%	[0.021,0.096]
	2005	494	41.80%	[0.336,0.504]	5.4%	[0.025,0.113]
	2010	469	44.00%	[0.395,0.486]	7.9%	[0.057,0.107]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Como puede verse en la Tabla 13, sí surgen diferencias en las consultas realizadas según la afiliación a seguro explícito de salud. En el año 2010, El 34.6% de las personas no afiliadas consultaron al médico en los últimos treinta días, mientras que entre los afiliados, ese porcentaje fue de 45.7%, 11 p.p. por encima de los consultantes que no cuentan con afiliación a seguro explícito de salud. Por otro lado, esta diferencia se ha ido incrementando en el tiempo. (5.9 p.p en 2003, 8.6 p.p. en 2005 y 11 p.p. en 2010).

En cuanto al porcentaje de consultas en el sector público la diferencia entre los que tienen y no tienen cobertura es significativa y se mantiene en torno a los 22 p.p. Aproximadamente el 30% de los que no tienen cobertura explícita de salud concurren al sector público en comparación con el (7.6% - 8.0%) que concurren al sector público teniendo cobertura explícita de salud. No se observan diferencias significativas entre los distintos períodos analizados.

Tabla 13. Porcentaje de consultas en los últimos 30 días según afiliación a seguro de salud. Consultas totales y consultas en el sector público (CAPs y hospitales). EUGSS 2003/2005/2010

		Observaciones	Porcentaje de consultas	Intervalo del 95%	Porcentaje de consultas al sector público	Intervalo del 95%
Tiene seguro explícito de salud						
SI	2003	1366	41.80%	[0.381,0.456]	8.0%	[0.059,0.108]
	2005	948	43.80%	[0.396,0.481]	7.5%	[0.053,0.105]
	2010	2066	45.70%	[0.435,0.479]	7.6%	[0.065,0.088]
NO	2003	951	35.90%	[0.314,0.408]	30.9%	[0.265,0.356]
	2005	598	35.20%	[0.304,0.402]	30.7%	[0.261,0.356]
	2010	1062	34.60%	[0.318,0.376]	29.4%	[0.267,0.323]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Uso de medicamentos

Si bien las EUGSS indagan sobre el uso y la compra de medicamentos en los últimos 30 días, estas preguntas son independientes del árbol de preguntas referidas a las consultas médicas por lo que no se puede conocer si el medicamento usado o comprado fue prescrito o entregado en el lugar de la consulta, lo cual limita el estudio. No obstante, hemos incorporado la descripción de la mencionada variable.

A continuación presentamos las estimaciones poblacionales de las frecuencias de consumo y compra de medicamentos desagregadas por categorías sociodemográficas.

Según las EUGSS 2003-2005-2010, cerca de 7 de cada 10 personas declaran haber usado medicamentos en los últimos 30 días; no se observan diferencias entre los años analizados. La compra de medicamentos presenta un incremento de casi 5 p.p entre 2005 y 2010. En el 2010 casi 6 de cada 10 declaran haber comprado algún medicamento.

Tabla 14. Uso y compra de medicamentos en los últimos 30 días. EUGSS 2003/2005/2010

		Observaciones	Frecuencia relativa	Intervalo del 95%
Usaron medicamentos	2003	2317	69.30%	[0.666,0.719]
	2005	1546	69.20%	[0.661,0.721]
	2010	3128	69.30%	[0.676,0.709]
Compraron medicamentos	2003	2317	55.7%	[0.527,0.586]
	2005	1546	55.5%	[0.522,0.588]
	2010	3128	60.1%	[0.583,0.618]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

El consumo de medicamentos es superior en las mujeres que en los varones. El 75% de las mujeres declaró haber consumido algún tipo de medicación en los últimos 30 días en comparación con el 64% de los hombres. La estructura por edades de las mujeres puede ser un factor que influye sobre este resultado (en la encuesta de 2010, por ejemplo, las mujeres son el 56% de los mayores de 65 años). La esperanza de vida de las mujeres es mayor y, por lo tanto, en los grupos de edad más avanzada el porcentaje de mujeres también lo es. Este resultado podría estar directamente asociado al grupo de edad, el mayor consumo en mujeres no está vinculado a una cuestión de género, sino más bien a las características propias de esa banda etaria que presenta mayor niveles de consumo.

Tabla 15. Uso y compra de medicamentos en los últimos 30 días por sexo. EUGSS 2003/2005/2010

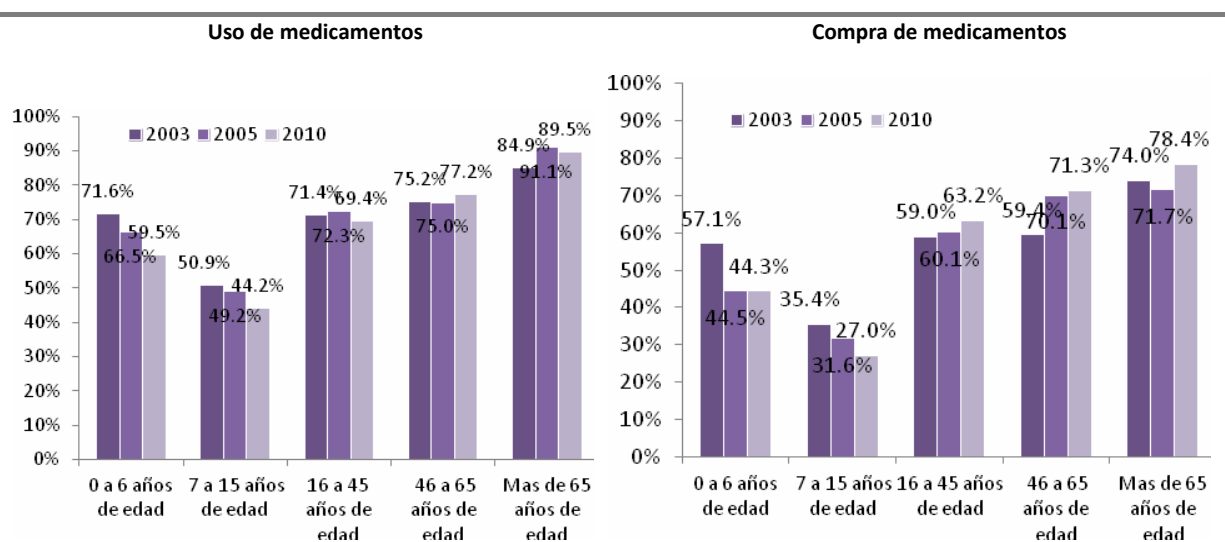
		Observaciones	usaron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%	compraron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%
Hombre	2003	1097	65.8%	[0.616,0.697]	53.4%	[0.490,0.577]
	2005	776	69.0%	[0.647,0.730]	53.2%	[0.485,0.578]
	2010	1571	64.0%	[0.615,0.663]	55.5%	[0.529,0.580]
Mujer	2003	1220	72.7%	[0.691,0.760]	57.8%	[0.538,0.617]
	2005	770	69.4%	[0.650,0.734]	57.9%	[0.533,0.624]
	2010	1557	74.7%	[0.724,0.768]	64.7%	[0.623,0.671]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

El uso de medicamentos presenta una relación directa con la edad a partir de la adolescencia. En el año 2010, 9 de cada 10 personas mayores de 65 años declara haber consumido algún medicamentos en los último 30 días; casi 8 de cada 10 declara haber consumido medicamentos en los últimos 30 días en el grupo de entre 46 y 65 años de edad; 7 de cada 10 en el grupo de entre 16 y 45 años. El grupo de edad entre 7 y 15 años es el grupo etario que menos medicamentos consume (4 de cada 10, en 2010); entre los niños menores de 7 años el consumo de medicamentos en los últimos 30 días se incrementa a casi 6 de cada 10 niños.

En cuanto a la comparación entre encuestas, es significativa la disminución del porcentaje de consumo de medicamentos entre 2003 y 2010 entre los menores de 7 años (71% en 2003 - 60% en 2010) y en los niños entre 7 y 14 años de edad (51% en 2003 - 44.5% en 2010). El comportamiento inverso se observa en el grupo de edad de mayores de 65 años, grupo en el cual el porcentaje de consumo de medicamentos se incrementó de 85% en 2003 al 90% en 2010 (Gráfico 3). Este resultado puede estar afectado por imprecisiones en las estimaciones debido al reducido tamaño muestral.

Gráfico 3. Uso y compra de medicamentos por grandes grupos de edad. EUGSS 2003/2005/2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Cuando se analiza la variable compra de medicamentos (Tabla 16) se observa que el porcentaje de compra de medicamentos es superior entre aquellos grupos de mediana edad respecto a los menores y a los mayores de 65 años. Este comportamiento se observa en todos los períodos.

Tabla 16. Uso y compra de medicamentos por grandes grupos de edad. EUGSS 2003/2005/2010

		Observaciones	usaron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%	compraron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%
Rangos de edad						
0 a 6 años de edad	2003	285	71.6%	[0.646,0.778]	57.1%	[0.489,0.649]
	2005	237	66.5%	[0.583,0.739]	44.5%	[0.361,0.532]
	2010	336	59.5%	[0.541,0.647]	44.3%	[0.389,0.498]
7 a 15 años de edad	2003	384	50.9%	[0.434,0.583]	35.4%	[0.282,0.433]
	2005	249	49.2%	[0.410,0.574]	31.6%	[0.242,0.399]
	2010	424	44.2%	[0.394,0.491]	27.0%	[0.229,0.316]
16 a 45 años de edad	2003	1028	71.4%	[0.675,0.751]	59.0%	[0.547,0.632]
	2005	660	72.3%	[0.678,0.764]	60.1%	[0.551,0.648]
	2010	1253	69.4%	[0.668,0.720]	63.2%	[0.604,0.659]
46 a 65 años de edad	2003	425	75.2%	[0.682,0.811]	59.4%	[0.522,0.663]
	2005	297	75.0%	[0.678,0.810]	70.1%	[0.630,0.764]
	2010	718	77.2%	[0.739,0.802]	71.3%	[0.678,0.745]
Más de 65 años de edad	2003	195	84.9%	[0.751,0.913]	74.0%	[0.646,0.817]
	2005	103	91.1%	[0.837,0.953]	71.7%	[0.597,0.813]
	2010	397	89.5%	[0.860,0.922]	78.4%	[0.739,0.823]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

La apertura por nivel educativo presenta los mismos problemas que las variables anteriores respecto a la variabilidad en las estimaciones (Tabla 17). Las conclusiones en cuanto a la posible relación entre la variable educación y el uso de medicamentos difiere según la encuesta que se analice (2010-2005-2003). Si se analiza el año 2010 la variable educación no parece presentar una asociación con el nivel educativo; el porcentaje de uso de medicamentos en el primer nivel de educación (hasta primaria incompleta) fue del 69% en comparación con el 68% entre los que se encuentran en el segundo grupo (primaria completa y secundaria incompleta) y con el 71% entre los que se encuentran en el tercer grupo (71%).

Por otro lado, en el 2005 se observa un incremento en el porcentaje que declara haber utilizado medicamentos a medida que mejora el nivel educativo (68.8%, 71.8% y 75.7% para primaria incompleta, primaria completa- secundaria incompleta y secundaria completa, respectivamente). En contraposición, la encuesta del año 2003 refleja lo contrario, los porcentajes de utilización de medicamentos disminuyen a medida que mejora el nivel educativo (74.3%, 73.2% y 66.9%, respectivamente). Nuevamente, el tamaño muestral está afectando estos resultados, lo cual se refleja en el tamaño de los intervalos de confianza.

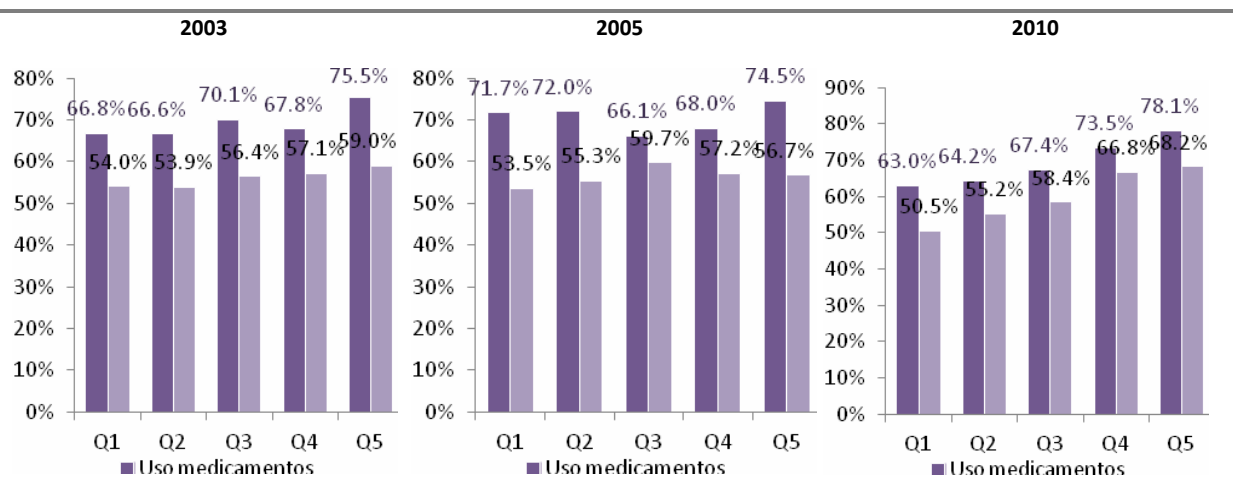
Tabla 17. Uso y compra de medicamentos según niveles de educación. EUGSS 2003/2005/2010

		Observaciones	usaron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%	compraron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%
Nivel de educación						
Hasta primaria incompleta	2003	145	74.3%	[0.618,0.839]	56.4%	[0.438,0.682]
	2005	122	69.2%	[0.560,0.798]	65.0%	[0.531,0.752]
	2010	324	69.3%	[0.638,0.742]	59.7%	[0.541,0.650]
G2: Primaria completa secundaria incompleta	2003	640	73.3%	[0.678,0.781]	61.1%	[0.554,0.666]
	2005	478	71.8%	[0.663,0.766]	60.1%	[0.542,0.658]
	2010	1418	67.6%	[0.651,0.700]	56.1%	[0.535,0.588]
Secundaria completa y más estudios	2003	1532	67.0%	[0.637,0.701]	53.2%	[0.496,0.567]
	2005	531	75.7%	[0.711,0.799]	63.8%	[0.584,0.688]
	2010	1386	71.0%	[0.685,0.733]	64.2%	[0.616,0.667]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Si se analiza el uso de medicamentos por quintiles de ingreso, se reiteran los problemas mencionados en los párrafos anteriores para otras variables. No obstante, los porcentajes de uso de medicamentos son bastante similares entre los quintiles de ingreso y la compra de medicamentos parecería ser levemente creciente en los mismos (Gráfico 4).

Gráfico 4. Uso y compra de medicamentos según quintiles de ingreso. EUGSS 2003/2005/2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Tabla 18. Uso y compra de medicamentos según quintiles de ingreso. EUGSS 2003/2005/2010

		Observaciones	usaron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%	compraron medicamentos 30 días anteriores (%)	Intervalo del 95%
Quintiles de ingreso						
1	2003	448	66.8%	[0.604,0.727]	54.0%	[0.471,0.607]
	2005	265	71.7%	[0.643,0.781]	53.5%	[0.456,0.611]
	2010	518	63.0%	[0.587,0.672]	50.5%	[0.460,0.549]
2	2003	426	66.6%	[0.597,0.729]	53.9%	[0.467,0.610]
	2005	252	72.0%	[0.648,0.782]	55.3%	[0.468,0.634]
	2010	493	64.2%	[0.598,0.684]	55.2%	[0.507,0.597]
3	2003	427	70.1%	[0.642,0.754]	56.4%	[0.498,0.628]
	2005	252	66.1%	[0.577,0.737]	59.7%	[0.513,0.676]
	2010	493	67.4%	[0.630,0.714]	58.4%	[0.539,0.628]
4	2003	427	67.8%	[0.610,0.739]	57.1%	[0.501,0.639]
	2005	253	68.0%	[0.599,0.752]	57.2%	[0.491,0.650]
	2010	240	73.5%	[0.693,0.772]	66.8%	[0.625,0.709]
5	2003	406	75.5%	[0.696,0.807]	59.0%	[0.528,0.650]
	2005	494	74.5%	[0.665,0.812]	56.7%	[0.480,0.651]
	2010	469	78.1%	[0.741,0.817]	68.2%	[0.637,0.723]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Con respecto al uso de medicamentos según afiliación a un seguro explícito de salud las diferencias en las frecuencias relativas entre ambos grupos son menores a las esperadas, parecería que el uso de medicamentos es levemente superior entre aquellos que tienen seguro explícito.

Tabla 19. Consumo y compra de medicamentos según afiliación a seguro de salud. EUGSS 2003/2005/2010

		Observaciones	Porcentaje usaron medicamentos 30 días anteriores	Intervalo del 95%	Porcentaje compraron medicamentos 30 días anteriores	Intervalo del 95%
Tiene seguro explícito de salud						
SI	2003	1366	71.2%	[0.677,0.744]	56.5%	[0.527,0.602]
	2005	948	69.3%	[0.653,0.730]	58.7%	[0.545,0.627]
	2010	2066	71.7%	[0.696,0.736]	63.5%	[0.614,0.656]
NO	2003	951	66.8%	[0.624,0.710]	54.5%	[0.497,0.591]
	2005	598	69.1%	[0.643,0.734]	50.2%	[0.449,0.555]
	2010	1062	64.5%	[0.615,0.674]	53.2%	[0.501,0.563]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Si bien el porcentaje de personas que declararon haber consumido medicamentos es relativamente estable entre los tres períodos (2003, 2005, 2010), al desagregar esta variable el comportamiento en ciertas categorías es algo más errático entre períodos (Tabla 15, Tabla 16 y Tabla 17).

Características socio-demográficas de las personas que consultan en CAPS vs personas que consultan en CAPS y declaran haber consumido medicamentos en 2010

El análisis de incidencia distributiva de la utilización de (o acceso a) los CAPs, permite evaluar el nivel de progresividad de los potenciales beneficiarios del programa Remediar+Redes. Las EUGSS no permiten detectar específicamente a quienes reciben medicamentos del programa, y el reducido número de observaciones invalida cualquier intento de aproximación utilizando estos datos.

Debemos tener en cuenta que si dentro de los consultantes a CAPs, hubiera una asociación positiva entre nivel de ingresos y acceso a los medicamentos del programa, entonces la incidencia distributiva del componente de medicamentos del programa será en principio menos progresiva que la incidencia distributiva de la utilización de CAPs. Si existiera en cambio, una asociación negativa entonces la incidencia distributiva de este componente del programa será más progresiva que la de CAPs. Por último si no hubiera una asociación significativa entre el nivel de ingresos y el acceso a medicamentos del programa (siempre dentro de aquellos que utilizan los CAPs), entonces el análisis de incidencia distributiva de la utilización de CAPs, será semejante al de la incidencia del programa.

La Tabla 20 muestra las características socio demográficas de los consultantes a CAPS (1 de 3 consultas) y de los consultantes a CAPS que declaran haber consumido medicamentos. Como puede observarse si bien existen algunas diferencias en los porcentajes de respuestas a las mismas, a priori, no parecen ser muy significativas.

Tabla 20 Comparación características socio demográficas entre los que realizaron consultas médicas en CAPS y los que además de realizar consultas médicas en CAPS consumieron medicamentos

	1 de 3 consultas en CAPS			Consultas médicas y consumo de medicamentos		
	NO	SI	Total	NO	SI	Total
Rangos de edad						
0 a 6 años de edad	8.6%	1.8%	10.5%	9.3%	1.2%	10.5%
7 a 15 años de edad	12.9%	0.8%	13.7%	13.0%	0.7%	13.7%
16 a 45 años de edad	37.4%	2.5%	39.9%	37.9%	2.0%	39.9%
46 a 65 años de edad	22.4%	0.9%	23.3%	22.5%	0.8%	23.3%
Más de 65 años de edad	12.4%	0.2%	12.6%	12.5%	0.2%	12.6%
Total	93.8%	6.2%	100.0%	95.1%	4.9%	100.0%
Nivel educativo						
Hasta primaria incompleta	9.7%	0.9%	10.5%	9.8%	0.7%	10.5%
Primaria completa secundaria incompleta	41.6%	3.8%	45.4%	42.3%	3.1%	45.4%
Secundaria completa y más estudios	42.6%	1.5%	44.1%	42.9%	1.2%	44.1%
Total	93.8%	6.2%	100.0%	95.1%	4.9%	100.0%
Quintiles de ingreso						
1	18.1%	3.0%	21.1%	18.9%	2.2%	21.1%
2	18.0%	2.0%	20.0%	18.4%	1.6%	20.0%
3	19.1%	0.9%	20.0%	19.2%	0.8%	20.0%
4	19.5%	0.6%	20.2%	19.6%	0.5%	20.2%
5	18.2%	0.6%	18.7%	18.3%	0.5%	18.7%
Total	92.9%	7.1%	100.0%	94.4%	5.6%	100.0%
Cobertura explícita de salud						
NO	28.9%	4.5%	33.4%	30.0%	3.4%	33.4%
SI	64.8%	1.7%	66.6%	65.1%	1.5%	66.6%
Total	93.8%	6.2%	100.0%	95.1%	4.9%	100.0%
Tamaño muestral	2936	192		2977	151	

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Relación entre necesidades de salud y utilización

En general, los estudios de incidencia beneficio suponen implícitamente que la necesidad de atención de salud es independiente de la posición socio-económica. Sin embargo, en general, la validez de este supuesto no se analiza (McIntyre et al, 2011) aunque hay evidencia de que los sistemas de salud son inequitativos; proporcionan mayor cantidad y calidad de servicios sanitarios a los más favorecidos, que en promedio tienen menores necesidades, que a los pobres (Gwatkin et al., 2004).

En esta sección se intentará describir la relación entre posición socio económica (definida por quintiles de ingreso y niveles de educación) y estado de salud (definida como una proxy de la presencia de enfermedades crónicas) para los encuestados de 18 años y más que resulta de los datos de las EUGSS de 2005 y 2010. La relación entre estas variables se plantea debido a que “se suele considerar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas de edad (...)En los países de ingresos bajos y medios, los adultos de edad madura son especialmente vulnerables, (...) y tienden a desarrollar enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo - a menudo con complicaciones prevenibles - y fallecer antes que en los países de altos ingresos”. (OMS, 2013)¹² Por esta razón, los cambios en la estructura por edad entre las encuestas podrían afectar los resultados de salud.

La variable proxy de enfermedad crónica se definió, en función de la información disponible, como el porcentaje de individuos a la que alguna vez un médico le diagnosticó la presencia de una enfermedad que se extiende en el tiempo y que requiere tratamiento prolongado, como son artritis, reumatismo, cáncer, diabetes, asma, Enfisema o Bronquitis Crónica, presión alta, enfermedades del corazón, arteriales, osteoporosis, epilepsia, enfermedades del tipo hepatitis B, tuberculosis, enfermedades del hígado, gastritis, úlcera y otras. Sin embargo, con los datos disponibles no es posible estimar la prevalencia de enfermedades crónicas a nivel poblacional¹³, pero si es posible utilizar dichos datos con el objeto de aproximar la prevalencia y realizar una comparación entre grupos poblacionales.

Como surge de la Tabla 21, el porcentaje de encuestados que declaran haber sido diagnosticados alguna vez con alguna enfermedad crónica, en los encuestados de 18 años y más, es superior en los grupos con menor nivel educativo en relación a los grupos con mayor nivel educativo. Este patrón se observa tanto en la EUGSS de 2005 como en la EUGSS de 2010.

Con respecto al aumento en el porcentaje de encuestados que declaran haber sido diagnosticados alguna vez con alguna enfermedad crónica este resultado está afectado por las diferencias en la estructura de edades entre la encuesta de 2005 y la de 2010. La EUGSS 2005 subestima el porcentaje de población mayor de 65 años (que se estima entre 4.4% y 7.1%) respecto a los valores estimados en la EPH mientras que sobreestima dicha proporción para el año 2010 (el intervalo de confianza se encuentra entre 11.4% y 13.8%).

El análisis por grupos de edad (Tabla del anexo) muestra cómo se incrementa el porcentaje declarado a medida que aumenta la edad y, específicamente para el grupo mayor de 65 años, como la proporción estimada supera el 80%. En síntesis, cambios en la estructura de edades entre las encuestas afectan los resultados observados de salud y hay que tenerlo en cuenta en todas las relaciones a analizar.

¹² http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index8.html

¹³ Tal como fuera formulada la pregunta en la encuesta no es posible estimar prevalencia de las enfermedades crónicas, por ello no hablamos de prevalencia sino de variable proxy.

Tabla 21. Porcentaje de encuestados que declaran haber sido diagnosticados alguna vez con alguna enfermedad crónica según nivel educativo en mayores de 17 años (EUGSS 2003/2005/2010)

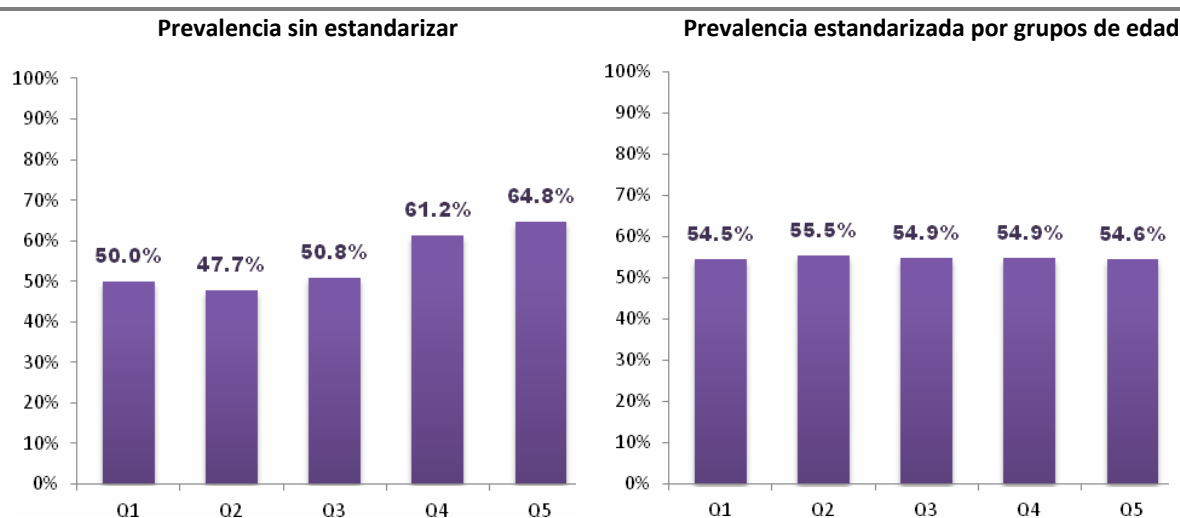
		Observaciones	Porcentaje enfermedades crónicas	Intervalo del 95%
Nivel de educación				
Hasta primaria incompleta	2005	118	60.1%	[0.473,0.716]
	2010	246	71.6%	[0.654,0.770]
Primaria completa secundaria incompleta	2005	403	40.9%	[0.347,0.474]
	2010	1 001	56.9%	[0.537,0.600]
Secundaria completa y más estudios	2005	472	32.5%	[0.273,0.383]
	2010	1 016	50.8%	[0.477,0.540]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Al realizar el análisis respecto del ingreso familiar per cápita si bien no se observa una relación monótona ya sea creciente o decreciente entre las variables (Gráfico 5) la prevalencia de enfermedades crónicas parece superior en los quintiles superiores de renta. Los primeros quintiles de ingreso representan, en promedio, una población más joven. Esto se puede ver reflejado en la edad promedio de los encuestados por quintiles de renta. Para el año 2010 la edad promedio en el primer quintil de ingreso para los mayores de 17 años fue de 40.1 años en comparación con 42.4, 47.6, 49.5 y 48.6 años en el segundo, tercero, cuarto y quinto quintil, respectivamente. En el caso de la EUGSS de 2005 las edades promedio dentro de cada quintil eran 40 años, 42.1 años, 41.6 años, 44.4 años y 41.3 años, para el primer, segundo, tercer, cuarto y quinto quintil, respectivamente. Para realizar correctamente la comparación se estandariza por la estructura de edad llevando la estructura de población de cada quintil de ingreso a la estructura de población global. Las diferencias se diluyen y se puede decir que en su mayoría son inducidas por diferencias en la estructura de edad.

Para estandarizar la prevalencia se utilizó el método de estandarización directa tomando como base de ponderación la estructura por grandes grupos de edad de la población bajo estudio. El método utiliza las tasas específicas por grupo de edad en cada quintil de renta, las cuáles se aplican a una población estándar (en nuestro caso, la población general). De esta manera, se obtiene un número de casos estandarizados para cada estrato. En otras palabras, aplicamos el mismo conjunto de pesos o ponderadores a las tasas específicas por edad dentro de cada quintil de ingreso. De esta manera se obtiene la tasa de prevalencia esperada (no observable) bajo el supuesto de que todos los quintiles de ingreso tienen la misma estructura por grandes grupos de edad. En síntesis, con respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas las mismas están muy relacionadas con la edad. En cuanto a la asociación entre estado de salud y grupo socioeconómico, a priori y con los datos con que se cuenta no se observa una relación clara entre ambas variables.

Gráfico 5. Porcentaje de encuestados que declaran haber sido diagnosticados alguna vez con alguna enfermedad crónica según quintiles de ingreso per cápita familiar para los mayores de 17 años de edad. EUGSS – 2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

22. Porcentaje de encuestados que declaran haber sido diagnosticados alguna vez con alguna enfermedad crónica según nivel de ingreso en mayores de 17 años (EUGSS 2003/2005/2010)

Quintiles de ingreso		Observaciones	Porcentaje con alguna enfermedad crónicas	Intervalo del 95%
1	2005	142	32.4%	[0.240,0.421]
	2010	302	50.0%	[0.441,0.558]
2	2005	143	53.6%	[0.427,0.642]
	2010	331	47.7%	[0.421,0.535]
3	2005	153	35.0%	[0.263,0.447]
	2010	353	50.8%	[0.453,0.563]
4	2005	181	43.9%	[0.345,0.537]
	2010	376	61.2%	[0.561,0.661]
5	2005	179	44.1%	[0.346,0.541]
	2010	389	64.8%	[0.601,0.692]

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Porcentaje de encuestados que declaran haber sido diagnosticados alguna vez con alguna enfermedad crónica y utilización según nivel educativo e ingreso para 2010

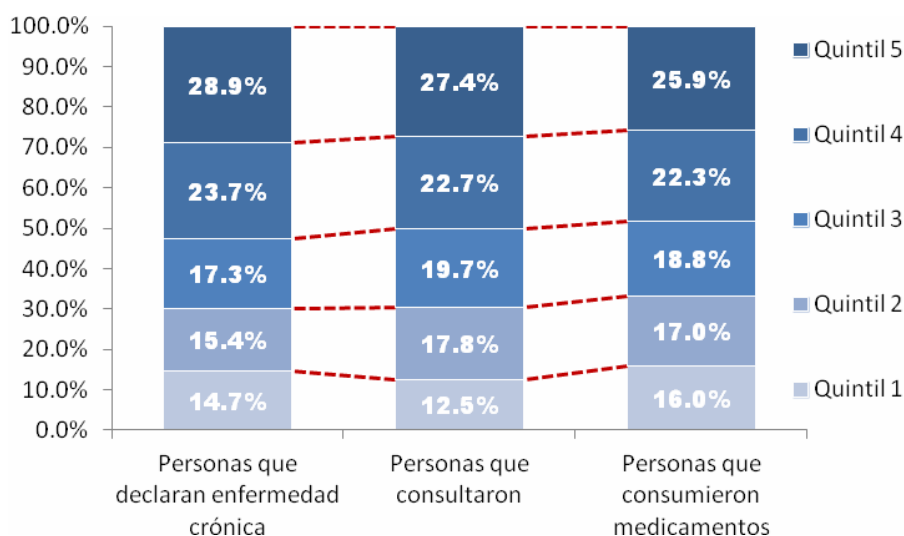
Por último, se realiza una comparación entre la proporción declarada de la variable proxy de enfermedades crónicas por niveles educativos y quintiles de ingreso en relación a la proporción de las dos medidas de utilización analizadas previamente (consultas en los últimos 30 días y consumo de

medicamentos¹⁴) para el año 2010. Este tipo de análisis permite aproximar la relación entre necesidad (en este caso medida por la presencia de alguna enfermedad crónica) y utilización para grupo específicos.

Para facilitar la comparación entre lo que se definió como necesidad y utilización se realizaron dos gráficos, en el primero se comparó la variable de necesidad (proxy enfermedad crónica) con las variables de utilización (consultas en los últimos 30 días y consumo de medicamentos) por nivel de ingreso (quintiles).

La lectura del gráfico es la siguiente: la columna **personas que declaran enfermedades crónicas** muestra el porcentaje del total de personas que declaran haber sido diagnosticadas con una enfermedad crónica (EC) según el nivel de ingresos medido por quintiles, por ejemplo, el 14,73% de las personas diagnosticadas con enfermedad crónica pertenecen al primer quintil. Análogamente se muestra la columna **Personas que consultaron** y **Personas que consumieron medicamentos** que muestra la participación porcentual de la variable ingreso (quintiles) de aquellas personas que consultaron en los últimos 3 meses y que consumieron medicamentos. El objetivo de esta comparación es identificar si hay diferencias entre una variable que sea proxy de necesidad y las variables que denotan acceso.

Gráfico 6. Relación entre la variable proxy de prevalencia de enfermedades crónicas con porcentaje de consultas en los últimos 3 meses y de consumo de medicamentos por quintil de ingreso en mayores de 17 años – 2010

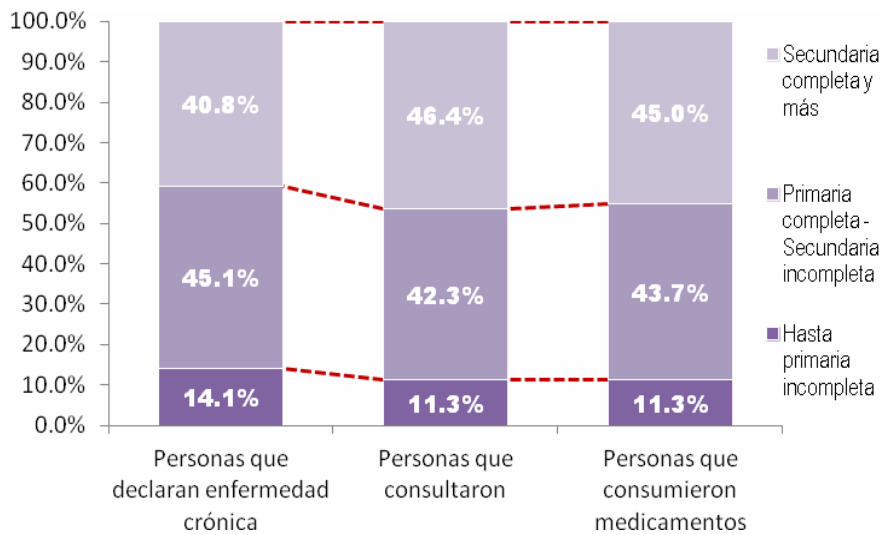


Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Si bien es un análisis preliminar para el año 2010, a priori, no se observan diferencias significativas en las proporciones de presencia de enfermedades crónicas vs. utilización (consultas médicas en los últimos 30 días y consumo de medicamentos) cuando se agrupan las variables por quintiles de ingreso en los encuestados mayores de 17 años. Asumiendo la necesidad con la declaración de crónicos, llama la atención que las personas del primer quintil consultan menos y consumen más medicamentos, relación que se invierte para el caso del último quintil, habiendo presentado el mayor porcentaje de declaración de necesidad en crónicos.

¹⁴ Para definir el consumo de medicamentos no se tuvo en cuenta la concurrencia a CAPs

Gráfico 7. Relación entre la variable proxy de prevalencia de enfermedades crónicas con porcentaje de consultas en los últimos 3 meses y de consumo de medicamentos por quintil de ingreso en mayores de 17 años – 2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

El análisis por niveles educativos muestra que mientras el 14% de las enfermedades crónicas las concentran los encuestados con primaria incompleta y esto se refleja sólo en el 11% tanto de las consultas como del consumo de medicamentos. Lo contrario ocurre con los encuestados en el tercer nivel de educación (secundaria completa y más estudios), este grupo concentra el 41% de la presencia de enfermedades crónicas, con el 46.4% de las consultas y el 45% del consumo de medicamentos.

En síntesis, a partir de este primer análisis, no se aprecian diferencias muy marcadas en la proporción de la utilización por quintiles de ingreso respecto a la participación relativa de cada grupo en el total de enfermedades crónicas en el año 2010. Este resultado convalida, al menos para los datos bajo análisis, el supuesto implícito en los estudios de incidencia beneficio acerca de la relación entre necesidades y posición socio-económica.

IV. Análisis de incidencia

El objetivo del estudio es **conocer quiénes se benefician con el programa y cuáles son sus principales características**, para ello, dado que las acciones desarrolladas por el programa favorecen a todas las personas que concurren a los CAPs se utiliza la variable acceso a CAPs como proxy de la población beneficiaria.

Este apartado busca identificar los individuos que acceden a las consultas en el sector público, en general, y en los CAPs, en particular, y analizar su posición relativa por nivel socio-económico medido por la distribución del ingreso. El análisis incluye la presentación de los índices de concentración (IC) para el acceso a las consultas médicas, acceso al sector público (CAPs + hospitales) y acceso a CAPs con las curvas de concentración asociadas y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Estos intervalos establecen los límites entre los cuales puede localizarse el verdadero valor del IC y la verdadera curva de concentración, dada la proporción de población que utiliza cada servicio.

La lectura de los índices y curvas de concentración se realiza en forma conjunta y complementaria. Si la curva de concentración del acceso a un determinado servicio se ubica siempre por encima de la recta de 45º entonces ese servicio presenta una concentración a favor de los más pobres (distribución pro-pobre), y el IC tendrá un valor negativo. En contraposición, si la curva de concentración del acceso a un determinado servicio se ubica siempre por debajo de la recta de 45º entonces ese servicio presenta una concentración a favor de los más ricos (distribución pro-rico), y el IC tendrá un valor positivo. Asimismo, cuanto más se aleja la curva de concentración de la recta de 45º ya sea que se encuentre por encima o por debajo, el IC tendrá valores mayores en términos absolutos.

El IC dimensiona el grado de concentración del acceso a un determinado servicio, es decir, que proporciona una medida cuantitativa, para lo cual implícitamente establece un juicio normativo sobre la distribución deseada. En particular, dado que el IC es un derivado del Coeficiente de Gini estos indicadores ponderan el acceso a un determinado servicio por la posición en el ranking de ingresos de cada uno de los individuos. Las curvas de concentración sólo proporcionan información cualitativa, pero permiten evaluar la dominancia estocástica del acceso¹⁵. Por ejemplo, si el valor de IC para un determinado bien o servicio es negativo, entonces la distribución del acceso será pro-pobre, bajo un criterio normativo específico (basado en el ranking de ingresos), lo que no implica necesariamente que la distribución será pro-pobre bajo otra ponderación, pero si además se observa que la curva de concentración se encuentra siempre por encima de la recta de 45º, entonces la distribución del acceso será pro-pobre bajo cualquier indicador de concentración alternativo.

a. Resultados generales

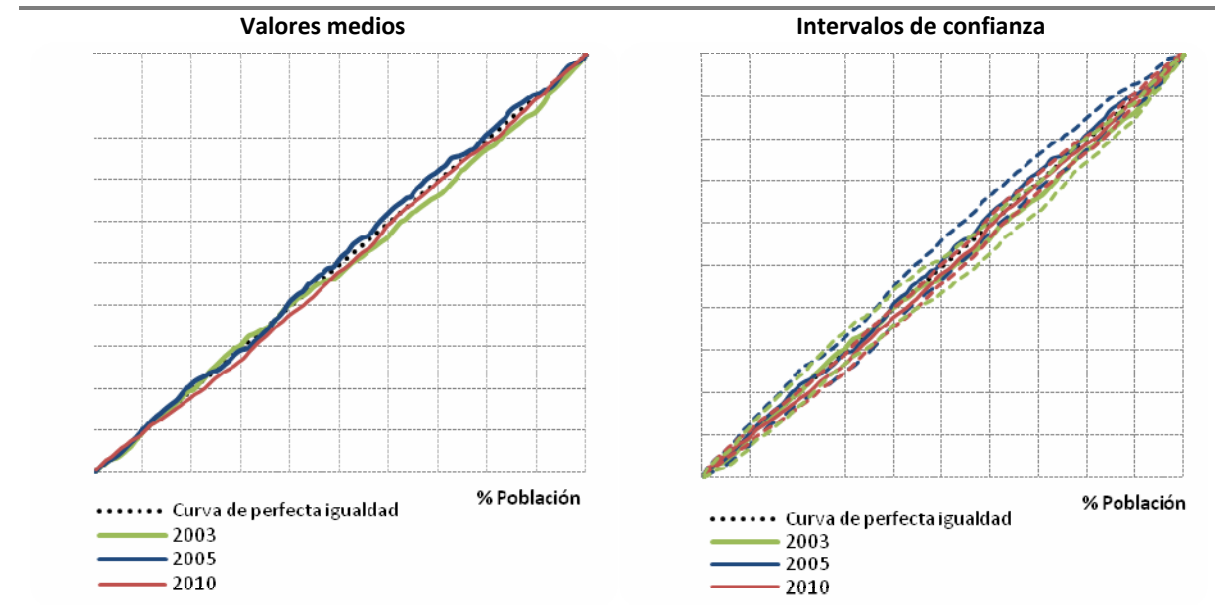
El índice de concentración para **las consultas en los últimos 30 días** (ignorando el lugar de realización de las mismas) es muy cercano a cero en todos los años bajo estudio, indicando cierta proporcionalidad en las consultas por nivel de ingreso. En el Gráfico 8 se representa la curva de concentración de acceso a las consultas médicas. Dicha curva no se aparta demasiado de la diagonal principal (LPI) para ninguno de los años bajo análisis, indicando que la participación acumulada en el uso de servicios de consultas médicas es muy cercana al porcentaje de población acumulado ordenado por el nivel de ingreso.

En un sistema de salud con cobertura universal como el argentino este resultado podría interpretarse como equidad en el acceso a las consultas médicas, sin embargo, para llegar a esa conclusión es

¹⁵ Ver sección 3 página 7.

necesario vincularlo con medidas que aproximen las necesidades de atención por niveles de ingreso, variables no disponibles en la encuesta.

Gráfico 8 Curva de concentración para acceso a consultas médicas en los últimos 30 días – 2003-2005-2010-



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

A su vez, las consultas son tratadas como un bien homogéneo cuando en realidad no lo son. La diferencia no sólo reside entre las consultas del sector público y el privado, sino entre consultas del mismo sector público. El estudio de Barbieri y otros (2005) explora la problemática de la “equidad” en el acceso a una canasta de bienes y servicios de salud provistos por el sector público. El criterio de equidad empleado se relaciona con la equidad en sentido horizontal, es decir, dos individuos igualmente pobres debieran tener acceso a iguales canastas de salud, sin embargo los resultados muestran que esto no se cumple: un usuario pobre que reside en un municipio considerado entre el 20% más rico, se beneficia potencialmente de una canasta de servicios de salud que duplica a la canasta que recibe un usuario pobre que vive en un municipio perteneciente al 20% de menor riqueza. Esto implica que el sólo hecho de poseer residencia habitual en un municipio considerado pobre restringe la posibilidad de acceder a una canasta de servicios de salud de mayor valor, hecho que aplicado a las consultas del sector público, también muestran su heterogeneidad. (Barbieri y otros, 2005, pag.88-89)

Si se analiza la **distribución de acceso a las consultas médicas** se observa que en el año 2010 el 20% más pobre de la población concentra entre el 16% y el 20% de las mismas, en el año 2005 entre el 17% y el 24%, y en el año 2003 entre el 6% y el 23%. Estos resultados se resumen en el IC para consultas médicas que, para el año 2010, se estimó en 0.027 con un intervalo de confianza de 0.05 en valores absolutos (entre 0 y 0.05). Un resultado similar se obtiene para el año 2003 en el cual el IC se estimó en 0.012 con un intervalo de confianza entre -0.033 y 0.056. Para el año 2005 el índice se estimó en -0.06 y el intervalo de confianza asociado fue mayor (0.10 en valores absolutos).

Con respecto a los intervalos de confianza, debido a que en la encuesta del año 2010 el tamaño muestral es mayor, durante todo el análisis se observa que el tamaño de los intervalos de confianza en ese año es menor que en las encuestas de años anteriores.

Tabla 22. IC para acceso a consultas: totales, en el sector público, en CAPs y en seguro explícito de salud.

Variable	Encuesta	Índice de Concentración	Intervalo del 95% de la media	
% de personas que consultaron en los últimos 30 días	eugss2003	0.012	-0.033	0.056
	eugss2005	-0.057	-0.102	-0.012
	eugss2010	0.027	0.004	0.053
% de personas que fue a hospital público o CAPs (primer consulta, últimos 30 días)	eugss2003	-0.316	-0.386	-0.226
	eugss2005	-0.344	-0.415	-0.254
	eugss2010	-0.263	-0.310	-0.210
% de personas que fue a CAPs (primer consulta, últimos 30 días)	eugss2005	-0.485	-0.569	-0.392
	eugss2010	-0.380	-0.458	-0.305
% de personas con obra social o pre-paga	eugss2003	0.215	0.183	0.251
	eugss2005	0.130	0.098	0.161
	eugss2010	0.115	0.101	0.133

Nota: Se refiere al acceso a consultas en los últimos 30 días.

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Una vez que la persona decide realizar la consulta médica la siguiente decisión que toma es acerca del lugar de la consulta, si la consulta va a ser realizada en un prestador público (hospital o CAPs) ó privado (clínica o sanatorio).

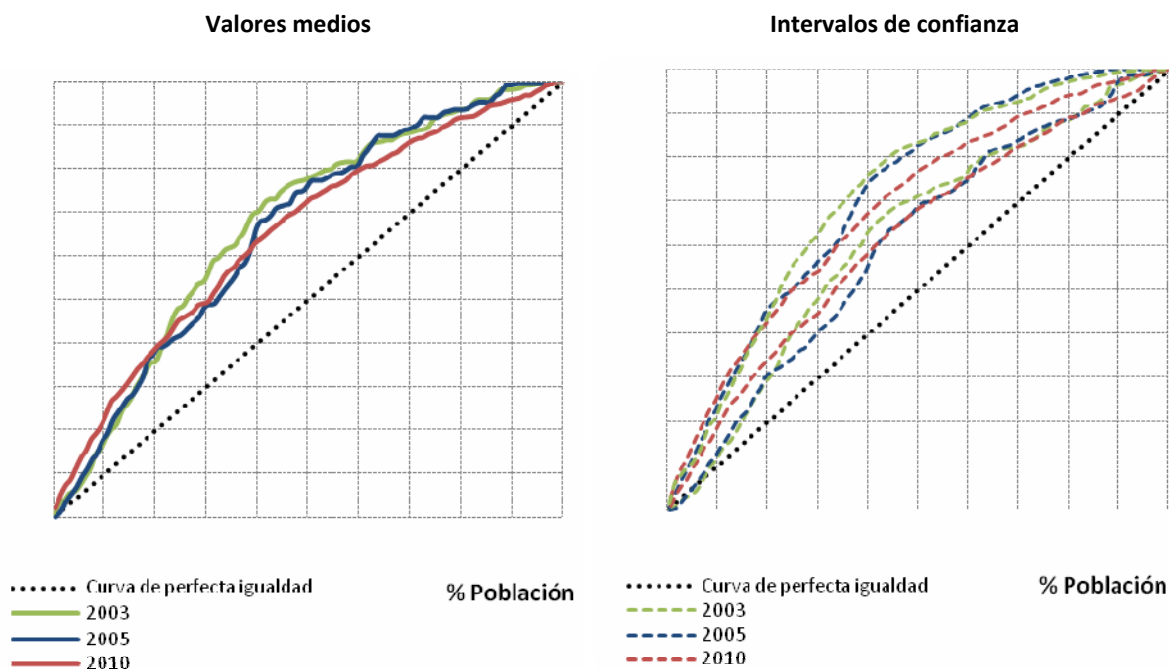
En los establecimientos públicos no se cobra al paciente por los servicios brindados, ni se presentan limitaciones o preferencias para su utilización, aunque ante el exceso de demanda se raciona por colas.¹⁶ En el sector privado, la asignación es por precio, los individuos deben pagar por los servicios prestados ya sea por el pago directo de la consulta o mediante el pago de un seguro de salud que le dé acceso a las consultas médicas en dicho sector. Condicionado en la posesión explícita de seguro de salud, el individuo decide si realizar la consulta en el sector público o privado en función de sus características personales, de la urgencia asociada al estado de salud percibido, de la calidad de atención percibida en el sector público y de costos monetarios y no monetarios (tiempo de espera, colas) asociados a la consulta. (Crosta, 2010)

En el caso argentino estudios previos (Crosta, 2010) muestran que las consultas en el sector público se concentran en la población con menor nivel de ingresos. Los datos obtenidos a partir de las encuestas de utilización y gasto confirman este resultado. En el caso de la utilización del sector público (Hospitales y CAPs) para la realización de consultas médicas se estima un IC negativo (Curva de concentración por encima de la diagonal principal) de entre -0.31,-0.21 para 2010, -0.25,-0.41 para 2005 y -0.23,-0.39 para 2003. Si bien en valores absolutos el IC disminuyó de 0.31 en 2003 a 0.26 en 2010, lo que induciría a pensar en una distribución menos pro-pobre en las consultas al sector público, la amplitud de los intervalos de confianza y su solapamiento entre períodos no permite concluir que haya diferencias

¹⁶ Sin embargo, especialmente en el caso de los Hospitales existen cooperadoras que ofrecen bonos de contribución voluntaria.

estadísticamente significativas. El año 2010 es el año que menor intervalo de confianza presenta y es el que mayor precisión presenta en la estimación del IC.¹⁷

Gráfico 9. Curva de concentración para acceso a consultas médicas en el sector público en los últimos 30 días – 2003-2005-2010-



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

En el Gráfico 9 se presenta la **curva de concentración de las consultas al sector público** para todos los años bajo análisis (2003-2005-2010) y sus intervalos de confianza. En primer lugar, las curvas (y los intervalos) se encuentran siempre por encima de la curva de equi-utilización, lo que implica que los servicios públicos de salud son pro-pobre bajo cualquier indicador de concentración alternativo al IC.

Al comparar las curvas entre años se observa que la curva de concentración del 2010 se encuentra por encima de la curva de concentración de 2003 para el primer quintil de ingresos lo cual muestra una mayor concentración de la utilización en los deciles más bajos de ingreso en el 2010 respecto al 2003. A partir del percentil 23 la curva de concentración de 2010 se “aplana” respecto a la curva de concentración de 2003 y se mantiene por debajo hasta valores muy cercanos al 100% (Ver Gráfico 10), lo cual se refleja en la disminución del IC en valores absolutos entre 2003 y 2010. En media, se observa que en el año 2003 el 20% más pobre concentraba el 35.5% de las consultas al sector público, porcentaje que se incrementan al 37.3% en 2005 y 38.0% en 2010. Nuevamente, el tamaño de los intervalos de confianza limita las conclusiones. Los intervalos correspondientes a los mencionados años se solapan entre sí no pudiendo concluir que haya diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios estimados entre ambos períodos.

¹⁷ El intervalo de confianza de 2005 incluye los intervalos de confianza estimados para 2003 y 2010 y el intervalo de confianza de 2003 incluye el estimado para 2010.

Distintos efectos se combinan para alcanzar el mencionado resultado. Por un lado, la aparición y fortalecimiento de programas como el programa Remediar+redes mejoran la calidad de atención en los CAPs, en el caso del mencionado programa mediante un acceso sin costo e inmediato a medicamentos esenciales, el fortalecimiento de las redes de atención y el mejoramiento de la infraestructura del CAPs. La aparición de estos programas, por lo tanto, tiene un efecto positivo sobre la demanda de consultas en los CAPs independiente del nivel de ingreso:

- Para integrantes de las familias sin cobertura explícita de salud podría modificar la decisión entre realizar una consulta al médico o no al aumentar los incentivos para que dicha consulta se realice;
- para integrantes de familias con cobertura explícita de salud, la mejora en la calidad de atención en los CAPs podría inducir a una mayor utilización del sector público,

Por otro lado, se encuentra el efecto sobre la demanda de asistencia sanitaria en el sector público, dado que durante el período de análisis se observó un incremento en el nivel de cobertura explícita, puede haberse trasladado parte de la demanda de asistencia del sector público al sector privado. En otras palabras, personas que se atendían en el sector público porque carecían de seguro explícito de salud puede que se atiendan en el sector privado una vez que pasan a tener cobertura explícita. Si se considera sólo este efecto (todo lo demás constante) el resultado un es aumento de la focalización del programa.

La concentración del **acceso a las consultas médicas en CAPs** respecto al nivel de ingreso sólo puede realizarse para los años 2005 y 2010 debido a que la encuesta de 2003 no permite identificar las consultas en CAPs. **Como resultado general, las consultas en CAPs son pro-pobres es decir que las personas de menores ingresos concentran un porcentaje muy significativo de las consultas en CAPs, concentración aún mayor a la observada para el total del sector público (Tabla 22). El IC de las consultas a CAPs para 2010 se estimó en -0.38, con un intervalo de confianza de 0.16 en valores absolutos (-0.46;-0.30).** El IC estimado para 2005 fue de -0.48 con un intervalo de confianza de 0.18 en valores absolutos (-0.57;-0.39).

Como se ha visto, los estudios de incidencia distributiva se basan en relacionar el bienestar de los individuos con el uso de los servicios de salud. La definición, y precisión, empírica de estas variables depende sustancialmente de la disponibilidad de información y de la evolución de los criterios y estudios sobre la metodología. Lo antedicho es relevante al momento de tratar de obtener puntos de referencia para este estudio a partir de los resultados de trabajos anteriores. En este contexto, a continuación se muestran los pocos estudios que tienen como referencia al total del país, los cuales se distinguen según la fuente de información utilizada. En este sentido tanto los estudios de la ex Dirección de Gastos Sociales del Ministerio de Economía como los estudios realizados por diversos investigadores muestran que el índice de concentración de la asistencia a establecimiento público siempre es negativo en valores que van de 0.2099 hasta 0.402. Obviamente dadas las características permanentes de la desigualdad del ingreso, el índice de Kakwani siempre es positivo. Adicionalmente, se observa en estos estudios que más del 60% de los beneficios son recibidos por los quintiles 1 y 2. (Petrei, 1988; Dieguez et al., 1991; Flood et al., 1994; DNP GS, 1999; Llach y Montoya, 1999; DGSC, 2002; Crosta, 2009)

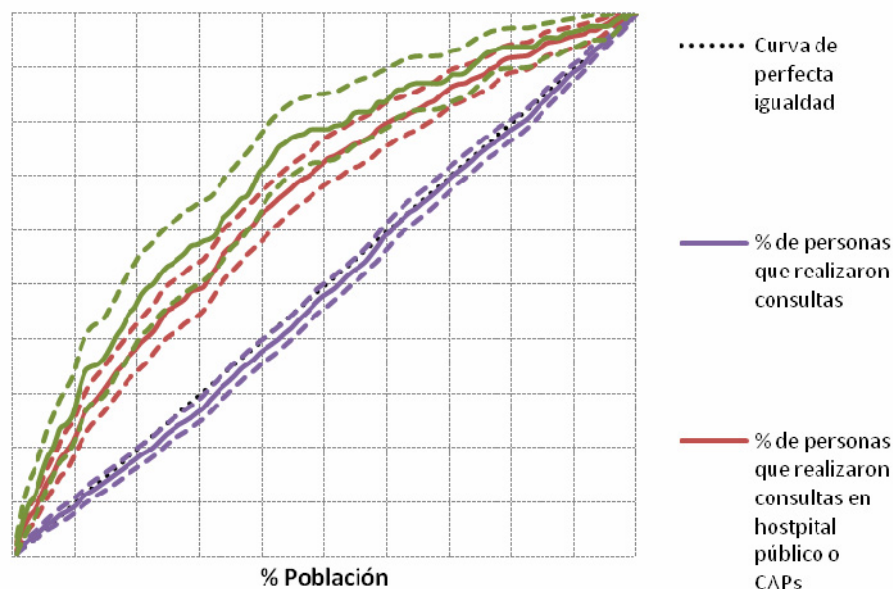
Del análisis de las curvas de concentración surge que en el año 2010 el 20% de la población con menor nivel de ingresos concentraba casi el 46% de las consultas médicas en CAPs lo que significa que aproximadamente la mitad de las consultas en CAPs las realizaba la población perteneciente al primer quintil de ingresos; por otra parte, 7 de cada 10 consultas eran realizadas por el primer y segundo quintil de ingresos (40% de la población con menores niveles de ingreso) y algo más de 8 de cada 10 consultas se concentraban entre el primer y el tercer quintil de ingresos (60 % de la población más pobre). Para el 2005, el 20% de la población con menor nivel de ingresos era aproximadamente el 50%, 8 de cada 10

consultas eran realizadas por el primer y segundo quintil de ingresos y algo más de 9 de cada 10 consultas se concentraban entre el primer y el tercer quintil de ingresos.

Estos valores son superiores a los observados para el total del sector público en el cual casi 4 de cada 10 y 6 de cada diez y consultas eran realizadas por el primer y primer y segundo quintil de ingresos, respectivamente (Ver Gráfico 10). **Las curvas de concentración de consultas a CAPs tienden a ubicarse siempre por encima de las curvas de concentración de las consultas en el sector público general, esto indicaría que tiende a ser más pro-pobre a lo largo de toda la distribución, pero nuevamente el tamaño de los intervalos de confianza impiden encontrar significancia estadística, los intervalos de confianza para ambas variables se solapan y no es posible determinar si las diferencias en media se deben a verdaderas diferencias en los parámetros poblacionales o a aspectos muestrales.** No obstante, es esperable que el comportamiento de las consulta en CAPs sea más pro-pobre que las consultas para el total del sector público (CAPS+hospitales). Poblaciones rurales y vulnerables probablemente tengan acceso más directo al CAP por razones de cercanía y costo de transporte que a los hospitales, que se sitúan, por razones de economías de escala, en zonas urbanas. En algunos casos, puede ser que el CAP sea el único acceso al sistema de salud por parte de algunos grupos poblacionales rurales.

Por otro lado, Argentina presenta una gran heterogeneidad no sólo en la calidad de los servicios sino en la oferta por regiones, provincias y hacia el interior de las mismas. En ciudades poco pobladas la oferta del servicio de salud es sólo de hospitales siendo la única opción para la población en general con independencia del nivel de ingreso, y más allá de las listas de espera y otras percepciones negativas, gozan de una elevada percepción de calidad en cuanto a los profesionales que en ellos ejercen. Es probable que ante la decisión de realizar la consulta médica que requiera algún nivel de complejidad la población con mayor nivel de educación y renta acuda al hospital, pero ante la alternativa de una consulta en consultorio privado de un profesional o CAP prefiera el primero.

Gráfico 10. Curva de concentración para acceso a consultas médicas, acceso a consultas médicas en el sector público y acceso a consultas médicas en CAPs en los últimos 30 días -2010-

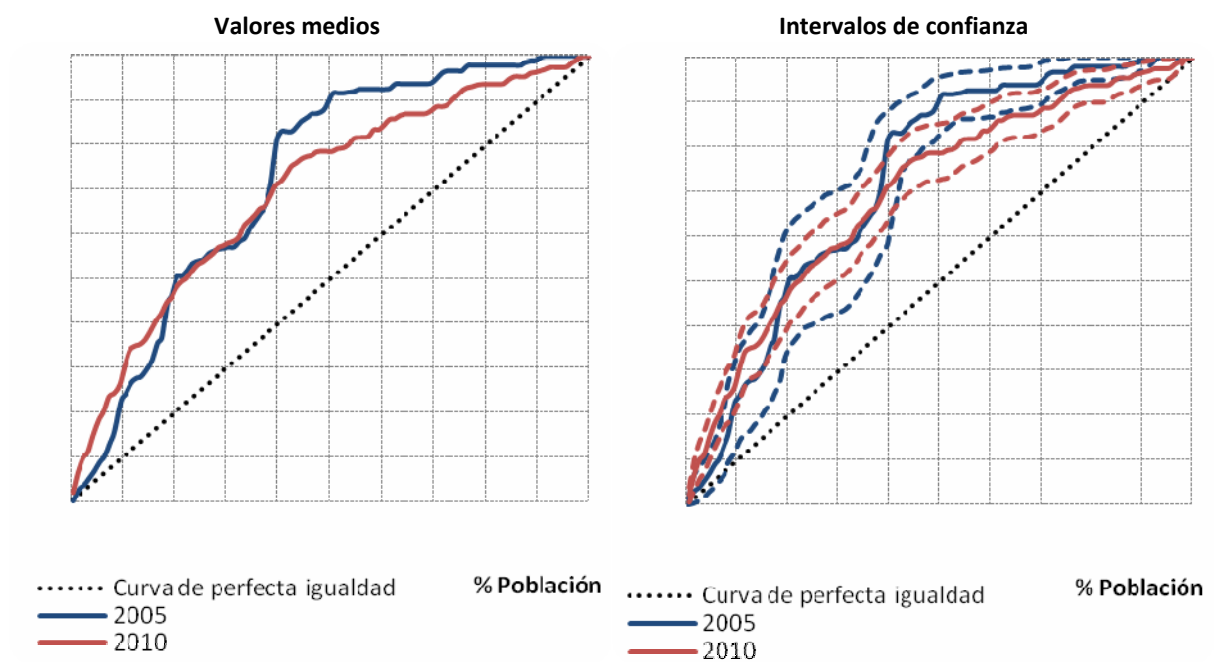


Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

El Gráfico 11 muestra las curvas de concentración con sus intervalos de confianza para el acceso de consultas médicas en CAPs en los últimos 30 días para 2005 y 2010. Los intervalos de confianza entre ambos períodos se solapan y las diferencias no son estadísticamente significativas

Teniendo presente que en la Tabla 22 se presenta una aparente reducción en el grado de progresividad de las consultas a CAPs, de -0.485 a -0.380 en el IC (omitiendo la significatividad estadística), vemos que al observar el gráfico existen cruces en las curvas, lo que indica que los resultados de comparar ambas distribuciones dependerán de la importancia relativa que asignemos a cada sector de ingresos. Si tenemos en cuenta la concentración en el acceso para los individuos de menores ingresos vemos que la concentración parece similar entre ambos años, e incluso la curva del año 2010 tiende a situarse por encima de la del año 2005 indicando una mayor progresividad (siempre no estadísticamente significativa), por lo que la caída del IC se explica por las diferencias en la población restante.¹⁸

Gráfico 11. Curva de concentración para acceso a consultas médicas en CAPs en los últimos 30 días – 2005-2010-



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

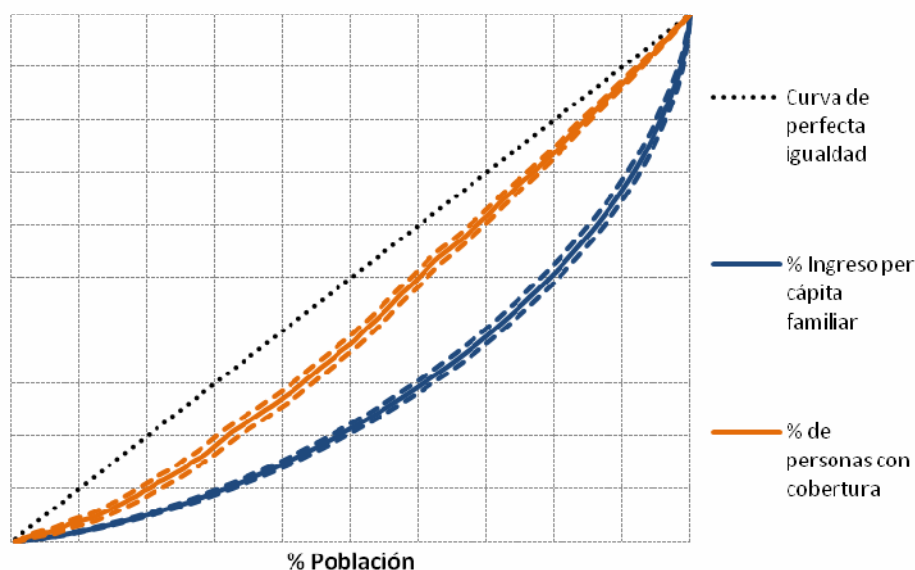
Evaluar los cambios en el uso de los servicios públicos de salud también incluye analizar los aspectos relacionados con el aseguramiento (Crosta, 2010). Para realizar el análisis la encuesta solo permite identificar en conjunto aquellos que tienen seguro explícito de salud, pero no es posible desagregar entre aquellos que tienen seguro explícito de salud por haber comprado un seguro de salud privado de aquellos que lo tienen en relación al empleo formal mediante la seguridad social.

El índice de concentración para las **personas con cobertura explícita de salud** (obra social-pre paga) es positivo en todos los años bajo estudio (2003-2005-2010), esto significa que se encuentra debajo de la diagonal principal, pero como muestra el gráfico 12 se encuentra por encima de la curva de Lorenz. Esto

¹⁸ Debemos tener en cuenta adicionalmente que dado que la mayor parte de los beneficiarios se concentra en los primeros tramos, el área debajo de la curva (y por lo tanto también el IC) se verá fuertemente afectada por las reducidas observaciones restantes, por lo que problemas muestrales pueden estar afectando fuertemente este resultado.

significa que el primer quintil de ingreso que acumula el 4.8% de la renta concentra el 9.6% del acceso a la cobertura explícita de salud. Esto significa que no es pro-pobre pero es progresiva, es decir, que el gasto en salud va aumentando conforme aumenta el ingreso. Lo que no se puede saber con la información disponible es cuál es la distribución de los pagos para el acceso a dicha cobertura, dado que desconocemos la distribución del gasto, ésta podría ser regresiva si los individuos con mayores ingresos tienen pagos lo suficientemente mayores que los individuos de menores ingresos.

Gráfico 12. Curva de concentración para acceso a cobertura explícita de salud y curva de Lorenz –2010-

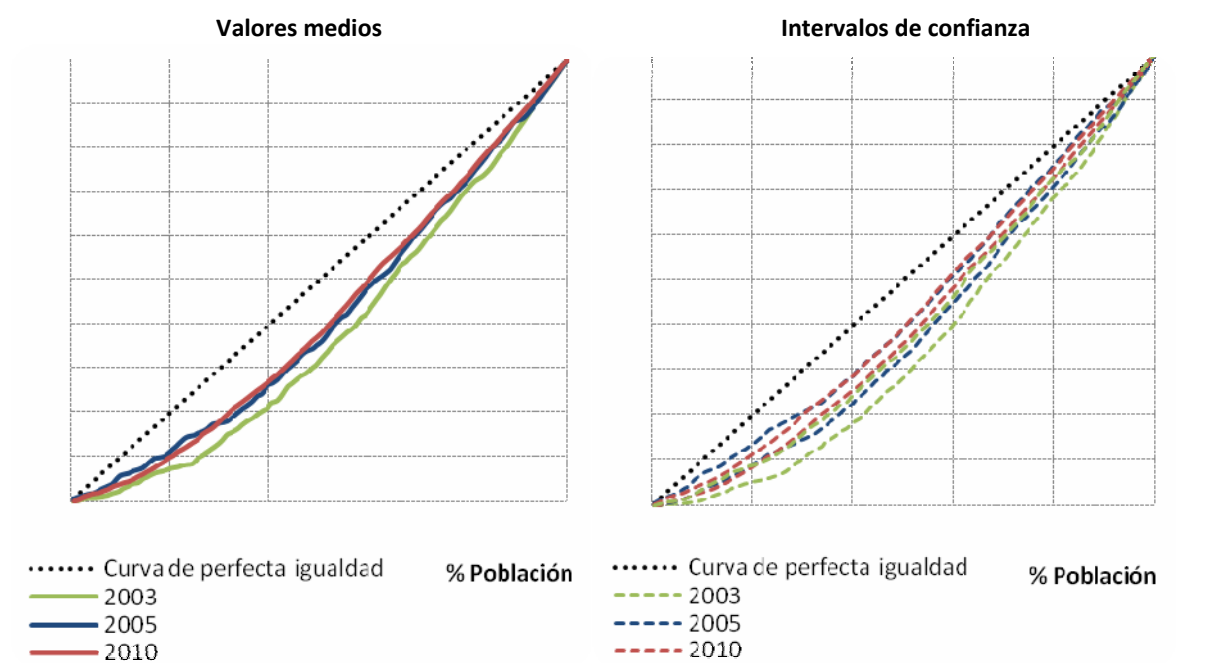


Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Con respecto a la evolución de los indicadores de acceso a cobertura, el IC ha disminuido en valores absolutos entre 2003 y 2010 pasando de 0.21 en 2003 a 0.13 en 2005 y 0.11 en 2010. La diferencia entre los indicadores no es estadísticamente significativa entre 2005 y 2010 pero sí al comparar los índices de 2005 y 2010 con los de 2003. Al analizar los intervalos de confianza de las curvas de concentración se obtienen similares conclusiones.¹⁹ La mayor proporcionalidad en el acceso a la cobertura médica estaría relacionada con una mejora en el acceso al empleo que ha permitido que los estratos relativamente más bajos en la distribución de ingreso accedan a cobertura explícita de salud.

¹⁹ Para ser estrictos entre 2005 y 2010 los intervalos se solapan y por lo tanto las conclusiones son idénticas, pero dado que hay solapamientos de las curvas entre 2003 y años posteriores esto significa que si bien hay diferencias significativas en los índices de concentración las diferencias podrían no ser significativas si utilizáramos otros indicadores de concentración alternativos. En otras palabras, la significatividad estadística de la mayor proporcionalidad dependerá en alguna medida del tipo de indicador de concentración utilizado.

Gráfico 13. Curva de concentración para acceso a seguro explícito de salud y curva de Lorenz 2003-2005-2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

b. Reponderación por estructura demográfica

En la subsección 2 de la sección IV, se evidenciaron diferencias en la estructura demográfica de las EUGSS y las observadas en los censos y en la EPH, especialmente en términos de la estructura etaria. Como ejercicio adicional se realizó una reponderación de las encuestas en función del sexo y edad a los valores censales.

Para realizar este ejercicio en la EUGSS de 2010, se computó el porcentaje de personas por tramos de edad a 10 años y por sexo, en función de la población representada de la encuesta y del censo 2010 ajustando los ponderadores originales por el coeficiente resultante entre estas estructuras, es decir:

1) se computó el porcentaje de la población total del censo 2010 que representan los hombres de 0 a 9 años, luego el porcentaje de los hombres de 10 a 19 años, y así sucesivamente, incluyendo en el último grupo todos los hombres mayores de 80 años, luego se replicó el procedimiento para las mujeres obteniendo un total de 20 porcentajes representativos de la pirámide poblacional del censo 2010 (10 para los hombres y 10 para las mujeres).

2) se replicó el procedimiento utilizando los datos de la EUGSS porcentajes representativos de la pirámide poblacional que surge de la EUGSS 2010 (10 para los hombres y 10 para las mujeres).

3) se computó el coeficiente de ajuste como el ratio entre cada porcentaje de la EUGSS y el censo, es decir:

$$coef_{sj} = \frac{p_{sj}^{CENSO}}{p_{sj}^{EUGSS}}$$

donde $s = \text{hombre, mujer}$, $j = 0 \text{ a } 9 \text{ años, } 10 \text{ a } 19 \text{ años, } \dots, > 80 \text{ años}$

4) se ajustó el ponderador (expansor original) de cada individuo de la encuesta por el coeficiente correspondiente según su sexo y edad, es decir

$$pondera_i = expansion_i * coef_{sj}$$

De este modo la encuesta se ajusta por completo a la estructura del censo.

Para los años 2003 y 2005, en lugar de utilizar directamente los datos censales para realizar el ajuste, previamente se procedió a computar los 20 porcentajes de la estructura poblacional del censo 2001. Luego, en función de las diferencias entre éstos y los obtenidos para el censo 2010 se interpolaron los 20 porcentajes de los años 2003 y 2005 asumiendo una evolución uniforme de cada porcentaje entre los años 2001 y 2010.

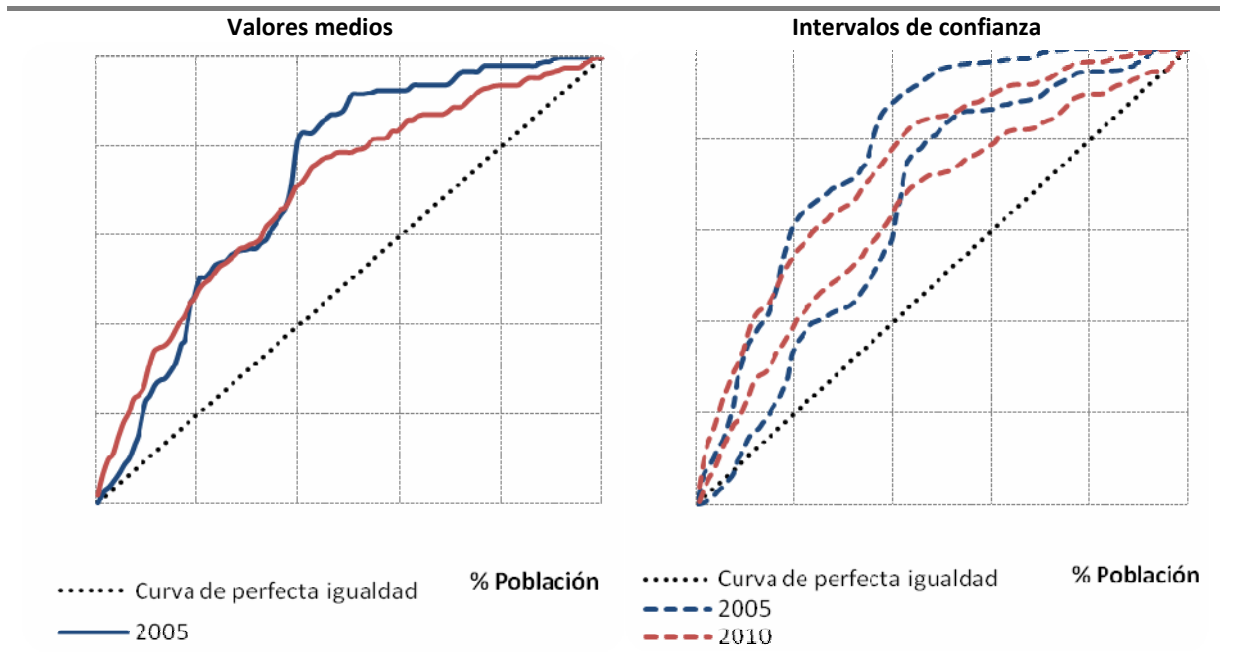
Los resultados de este ejercicio se presentan en la Tabla 23 y el Gráfico 13. Vemos que al realizar este ejercicio, los valores de los índices de concentración no se alteran significativamente, por lo que las principales conclusiones se mantienen, la cobertura de salud presenta una distribución pro-rica, las consultas presentan un patrón neutral, las consultas en sector público presentan una distribución significativamente pro-pobre y las consultas a CAPs tienden a ser aún más pro-pobres.

Tabla 23. Índices de concentración para el acceso a seguro explícito de salud, consultas en los últimos 30 días, consultas en el sector público en los últimos 30 días y consultas en CAPs en los últimos 30 días

Variable	Encuesta	Índice de Concentración Original	Índice de Concentración Reponderado	Intervalo del 95% de la media. Reponderado	
% de personas que consultaron en los últimos 30 días	eugss2003	0.012	0.011	-0.034	0.054
	eugss2005	-0.057	-0.050	-0.098	-0.006
	eugss2010	0.027	0.024	-0.001	0.050
% de personas que fue a hospital público o CAPs (primer consulta, últimos 30 días)	eugss2003	-0.316	-0.317	-0.386	-0.232
	eugss2005	-0.344	-0.348	-0.416	-0.261
	eugss2010	-0.263	-0.259	-0.309	-0.207
% de personas que fue a CAPs (primer consulta, últimos 30 días)	eugss2005	-0.485	-0.492	-0.572	-0.399
	eugss2010	-0.380	-0.368	-0.445	-0.290
% de personas con obra social o pre-paga	eugss2003	0.215	0.211	0.178	0.244
	eugss2005	0.130	0.127	0.095	0.157
	eugss2010	0.115	0.123	0.108	0.143

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Gráfico 14. Curva de concentración para acceso a consultas médicas en CAPs en los últimos 30 días – 2003-2005-2010- reponderando las encuestas según la estructura demográfica censal



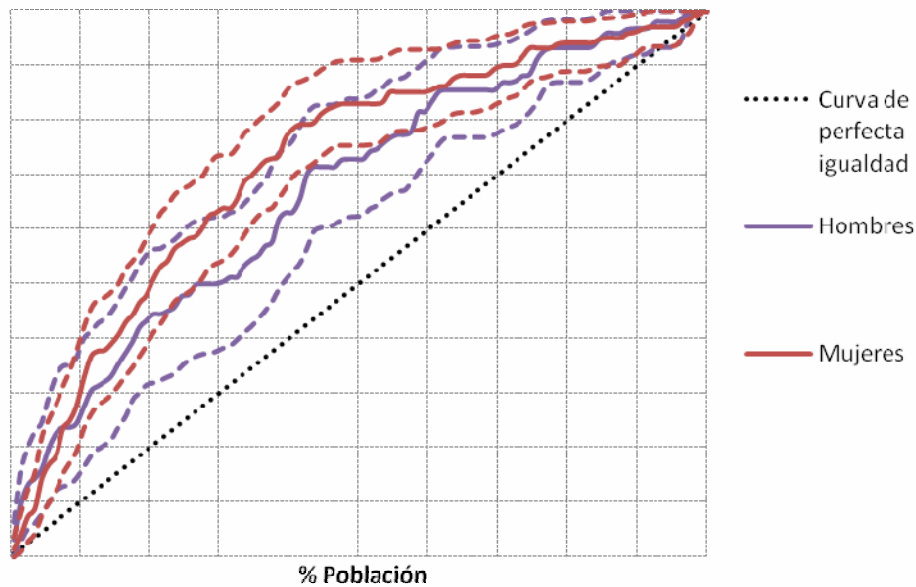
Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

c. Análisis de las curvas de concentración por sexo - -Año 2010

Como se ha visto en la sección 3, las mujeres presentan tasas de uso diferentes a la de los hombres, por eso, a continuación se presentan las curvas de concentración que permiten analizar las posibles diferencias en los comportamientos de los grupos según el género. El mayor tamaño muestral de la encuesta del año 2010 permite realizar algunas desagregaciones que en las otras encuestas no es posible. No obstante, como se mencionó en repetidas ocasiones debe tenerse presente la sensible disminución en la precisión que implica particionar la población que accede a CAPs en dos grupos (hombres y mujeres).

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, la pregunta es: ¿Existe diferencia en el acceso a CAPS según género? El gráfico a continuación intenta brindar evidencia al respecto. Claramente, hay diferencias que no pueden ser aseveradas por la amplitud de los intervalos de confianza, a la par que se observa un comportamiento algo extraño en las colas de las curvas ya que se producen cruces entre ellas y por lo tanto se dificulta poder concluir sobre cuál es más pro-pobre.

Gráfico 15. Curva de concentración para acceso a consultas médicas en CAPs en los últimos 30 días –2010-



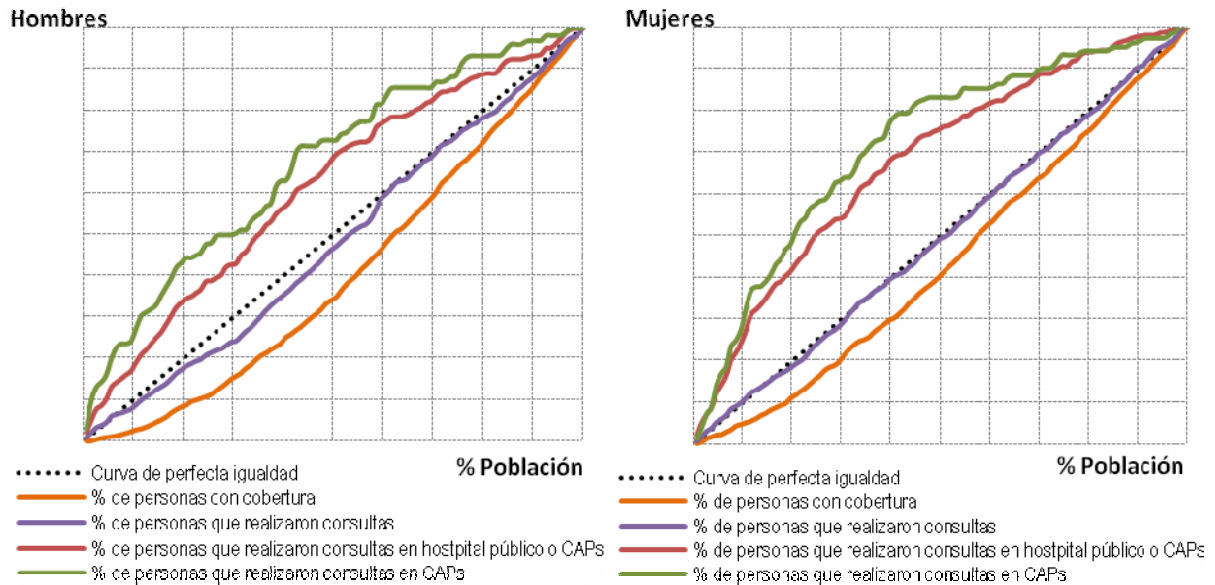
Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

Para comprender estos resultados se ha realizado el ejercicio de ver las fuentes que determinan estos comportamientos en las variables que fueron analizadas con anterioridad (cobertura, consultas generales, consultas en el sector público y consultas en CAPs). Los resultados se observan en el gráfico siguiente y se puede destacar que las curvas de concentración de los hombres tienden a estar más cercanas que entre las mujeres lo cual sugiere que para este grupo poblacional (los hombres) los efectos del programa tienden a ser menores. La explicación de esta conclusión se puede ver si se reflexiona sobre las diferencias según las curvas:

1. las curvas de aseguramiento y realización de consultas de las mujeres tienden a ubicarse más cerca de la LPI que las mismas para los hombres. la curva de concentración (media) para el acceso a consultas de los hombres se encuentra levemente por debajo de la LPI y algo más distante que en el caso de las mujeres, lo que podría inducir a pensar en una distribución algo menos proporcional y levemente mas pro-rico de las consultas en hombres que en mujeres²⁰. Asimismo, la curva de concentración para el acceso a la cobertura explícita de salud se encuentra más cercana a la LPI en el caso de las mujeres que en el caso de los hombres. Nuevamente, esta observación no puede demostrarse estadísticamente debido a las limitaciones de la información.
2. Si se comparan las curvas de concentración de consultas al sector público y consultas a CAPs entre hombres y mujeres se observa que, en el caso de las mujeres, tanto la curva de concentración de acceso al sector público como la curva de concentración de acceso a CAPs se encuentran más alejadas de la LPI que en el caso de los hombres. Es decir, se podría plantear la siguiente hipótesis (no testeable estadísticamente con los datos disponibles): El acceso a consultas al SP y CAPs en el caso de las mujeres presenta una distribución más pro-pobre que en el caso de los hombres.

²⁰ La falta de precisión en las estimaciones impiden demostrar estadísticamente estas hipótesis que sólo se incluyen a modo especulativo y de manera meramente descriptiva.

Gráfico 16. Curva de concentración: determinantes de acceso a consultas en CAPs en los últimos 30 días –2010-

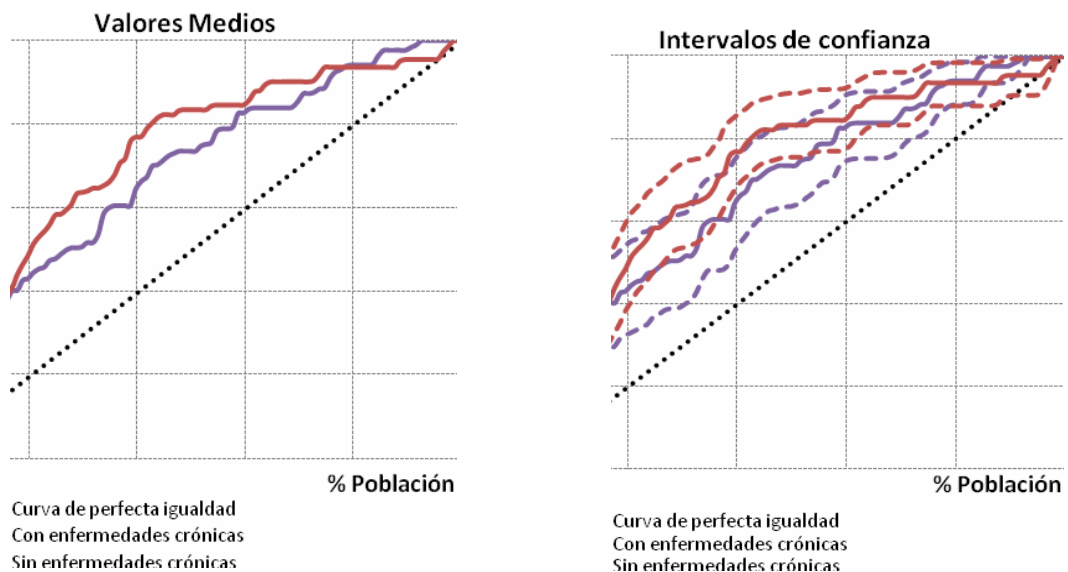


Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

d. Análisis de curvas de concentración por cronicidad - Año 2010

Como fuera definido en la sección de *necesidad y utilización*, la variable proxy de enfermedad crónica se estableció considerando a aquellas personas a las que alguna vez un médico le diagnosticó la presencia de una enfermedad que se extiende en el tiempo y requiere tratamiento prolongado. Como ejercicio teórico se analizó, para el año 2010 (que el mayor tamaño de la muestra lo permite) la relación entre la utilización de los CAPs de aquellos pacientes a los que denominamos crónicos con los que no lo son, si no fueron diagnosticados como crónicos se puede suponer que la utilización del servicio se realiza por una consulta aguda, o al menos no crónica.

Gráfico 17. Curva de concentración: Consultas médicas en CAPs en los últimos 30 días según cronicidad - 2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de EUGSS

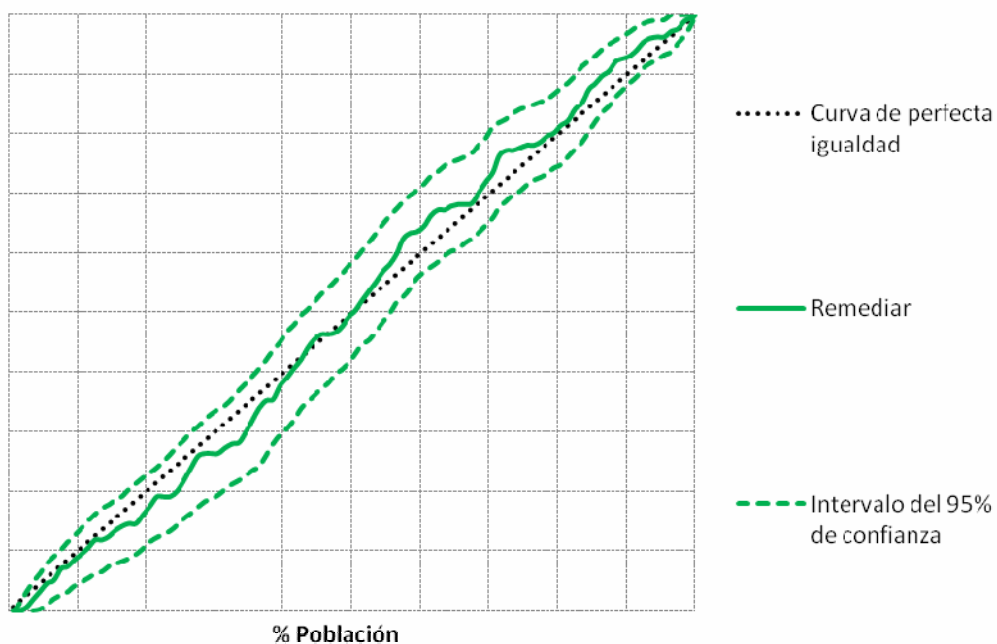
Los valores en media muestran una utilización similar hasta aproximadamente el 20%, para luego ser superada por la utilización de los denominados pacientes no crónicos. Sin embargo, y en semejanza a lo observado en el análisis por sexo, no puede afirmarse la diferencia de mayor utilización de no crónicos debido a la amplitud y solapamiento de los intervalos de confianza, y comportamientos “extraños” en las colas, que no permiten concluir cual de la curvas es más pro-pobre si la de pacientes crónicos o no crónicos.

e. Resultados del acceso a medicamentos

La encuesta de Consultantes a CAPs no permite analizar la incidencia distributiva del acceso a medicamentos en forma directa, dado que sólo contiene información de un grupo particular de individuos u hogares, pero sí resulta útil para evaluar cómo se distribuye el acceso a los medicamentos del programa dentro de la distribución de ingresos de los consultantes a CAPs, esto permite conocer cuáles son las potenciales diferencias entre la incidencia de las consultas a CAPs y la incidencia del acceso a medicamentos del Programa Remediar. Y en el caso de no existir, justificar la utilización de incidencia a las consultas como proxy de incidencia del acceso a medicamentos.

La correlación entre acceso a medicamentos del programa y el ingreso per cápita es cercana a 0 (de -0.03) y no significativa (con un p-valor de 0.6) sobre la muestra que incluye a todos los consultantes para los que se dispone de información sobre ingreso del hogar (343 observaciones). El Gráfico 17 muestra adicionalmente que la relación es relativamente uniforme a lo largo de toda la distribución. Estos resultados sugieren que la incidencia del acceso a medicamentos del programa debería ser similar a la incidencia observada de consultantes a CAPs. En otras palabras, si se contara con información sobre acceso a medicamentos del programa en la encuesta EUGSS 2010, por ejemplo, los resultados del análisis de incidencia de acceso a medicamentos del programa deberían ser similares a los estimados para la utilización de los CAPs (o al menos no se evidencia un sesgo claro y aparente en los datos disponibles).

Gráfico 18. Curva de concentración para acceso a medicamentos del programa - 2010



Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de la encuesta de consultantes a CAPs

En la Tabla 24, como ejercicio adicional y solo con fines ilustrativos muestra los resultados de ubicar a los individuos que obtuvieron medicamentos del programa entre los quintiles de ingreso de la Encuesta Permanente de Hogares, este procedimiento puede sesgar los resultados en términos de reflejar una mayor progresividad de la real, si los ingresos de la encuesta de consultantes a CAPs son menores a los de la EPH (por ejemplo por contener una definición más simple del ingreso). Pero a los fines ilustrativos podemos ver que la distribución es similar a la observada al replicar el ejercicio para todos los consultantes a CAPs de la encuesta (columna 2), y también es similar al resultado que se puede obtener de replicar el ejercicio para los consultantes a CAPs de la EUGSS 2010. **Esto muestra que en principio las distribuciones entre utilización de CAPs y acceso a medicamentos son similares.**

El sesgo en la incidencia distributiva de este ejercicio puede observarse al computar la distribución de consultantes a CAPs de la EUGSS 2010 con los quintiles que surgen de la misma encuesta (y no con los quintiles de la EPH), ejercicio realizado en la última columna de la tabla (columna 4). Aquí puede observarse cómo el ejercicio de la columna 3 (y probablemente los de la columnas 1 y 2) sobreestiman el grado de progresividad.

Tabla 24. Distribución de consultantes a CAPs y Remediar por quintiles de ingreso

	(1)	(2)	(3)	(4)
Quintil	Distribución de individuos con acceso a medicamentos del programa remediar según quintiles de EPH del 4º trimestre de 2011	Distribución de individuos consultantes a CAPs según quintiles de EPH del 4º trimestre de 2011	Distribución de individuos consultantes a CAPs según quintiles de EPH del segundo semestre 2010	Distribución de individuos consultantes a CAPs según quintiles de la EUGSS
1	57%	55%	56%	47%
2	22%	23%	25%	25%
3	15%	13%	9%	12%
4	5%	7%	5%	10%
5	2%	2%	3%	6%
Observaciones	110	343	165	165
Fuente	Encuesta remediar	Encuesta remediar	EUGSS 2010	EUGSS 2010

Fuente: Cálculos propios en base a microdatos de la encuesta de consultantes a CAPs, EUGSS y EPH

V. Limitaciones

La principal limitante del estudio es el reducido tamaño muestral que impacta directamente sobre la precisión de las estimaciones. Esto implica que por ejemplo, pueda resultar difícil identificar si existe una mejora o un empeoramiento (estadísticamente significativo) en términos de incidencia distributiva entre períodos, dado que existe una alta probabilidad de obtener un resultado en un determinado sentido cuando en realidad la verdadera distribución puede ir en el sentido opuesto.

Por otro lado, el reducido número de observaciones de la EUGSS (y especialmente el reducido número de observaciones de consultantes a CAPs) impide realizar un análisis de descomposiciones que permita cuantificar la influencia de los determinantes de la incidencia distributiva del programa Remediar+Redes.

De todas formas resulta factible, y así se realizó, analizar la incidencia distributiva del programa basado en la incidencia de uso de CAPs, utilizando la metodología propuesta, para los años 2005 y 2010 (años en que esto puede ser identificado). También resulta factible analizar la incidencia en los determinantes del uso de CAPs en base a las EUGSS a fin de obtener información cualitativa sobre cómo estos determinantes pueden haber influido en la evolución de la incidencia del programa.

Con respecto al análisis utilizando la variable de consumo y compra de medicamentos. Si bien las EUGSS indagan sobre uso y la compra de medicamentos en los últimos 30 días, estas preguntas son independientes del árbol de preguntas referidas a las consultas médicas por lo que no se puede conocer si el medicamento usado o comprado fue prescripto o entregado en el lugar de la consulta. Esto impide identificar fehacientemente los individuos que además de asistir a un CAPs recibieron un medicamento del programa remediar, y por otro lado el número de observaciones de este grupo será más reducido aún (dado que es un subgrupo de los individuos consultantes a CAPs). En vista de esto, parece más relevante concentrar el análisis de incidencia sobre el grupo de individuos consultantes a CAPs, sin desagregar las observaciones de la EUGSS en otros subgrupos, dado que las diferencias socio-demográficas encontradas no parecen ser muy significativas.

De todas formas el grupo de individuos consultantes a CAPs puede ser interpretado, y así se interpretó, como el grupo de los potenciales beneficiarios del programa, y algunos datos relevantes como qué porcentaje de individuos consultantes a CAPs recibieron efectivamente medicamentos del programa remediar, y qué relación existe entre nivel de ingresos y acceso a medicamentos dentro de los consultantes, pueden ser obtenidos de la Encuesta de Consultantes a CAPs.²¹ A su vez, el cambio en los objetivos del programa, en el fortalecimiento de la red de atención del sector público amplía el escenario de actuación, dado que la incidencia del mismo no recae únicamente en la utilización o no de medicamentos, sino en la atención del servicio en su conjunto.

²¹ El estudio de la relación entre nivel de ingresos y acceso a medicamentos del programa remediar, utilizando los datos de la encuesta de Encuesta de Consultantes a CAPs, permitirá evaluar si la incidencia distributiva de este componente del programa tiende a ser mayor, menor o similar a la incidencia distributiva de la utilización de los CAPs.

VI. Conclusiones

Más allá de las limitaciones presentes en el estudio se ha podido concluir y demostrar que **el Programa Remediar+redes, utilizando como variable proxy el acceso a CAPS, es un programa Pro-pobre, es decir que las personas de menores ingresos concentran un porcentaje muy significativo de las consultas a CAPs, concentración aún mayor a la observada para el total de las consultas al sector público.**

Asimismo, dado que las mujeres presentan tasas de uso diferentes a la de los hombres, se estimaron las curvas de concentración para analizar las diferencias de género. El mayor tamaño muestral de la encuesta del año 2010 permite realizar algunas desagregaciones que en las otras encuestas no es posible, siempre teniendo presente la sensible disminución en la precisión que implica particionar la población que accede a CAPs en dos grupos (hombres y mujeres). **La conclusión general al realizar esta desagregación (y sólo a modo de hipótesis) es que el grupo mujeres parecería ser el grupo poblacional para el cual los efectos del programa tienden a ser mayores.**

Con respecto a las demás variables analizadas, los resultados encontrados se condicen con lo esperado. **En términos generales, se observa cierta proporcionalidad en el acceso a las consultas médicas por nivel de ingreso, una distribución pro-rico del acceso a cobertura explícita de salud y una distribución pro-pobre de las consultas al sector público, distribución aún más pronunciada en el caso de las consultas a CAPs.**

Se demuestra que el análisis de la distribución del acceso a las consultas en CAPs es una buena proxy del análisis de la distribución del acceso a medicamentos provistos por el programa Remediar+redes, demostrándose que la incidencia del acceso a medicamentos del programa debería ser similar a la incidencia observada de consultantes a CAPs. Esto se origina en tanto la correlación entre acceso a medicamentos del programa y el ingreso per cápita es cercana a 0 (de -0.03) y no significativa (con un p-valor de 0.6) sobre la muestra que incluye a todos los consultantes para los que se dispone de información sobre ingreso del hogar (343 observaciones). En otras palabras, si se contara con información sobre acceso a medicamentos del programa en la encuesta EUGSS 2010, por ejemplo, los resultados del análisis de incidencia de acceso a medicamentos del programa deberían ser similares a los estimados para la utilización de los CAPs (o al menos no se evidencia un sesgo claro y aparente en los datos disponibles).

En este sentido, la concentración del **acceso a las consultas médicas en CAPs** respecto al nivel de ingreso solo puede realizarse para los años 2005 y 2010 debido a que la encuesta de 2003 no permite identificar las consultas en CAPs. **Como resultado general, las consultas en CAPs son pro-pobres es decir que las personas de menores ingresos concentran un porcentaje muy significativo de las consultas en CAPs, concentración aún mayor a la observada para el total del sector público.** El IC de las consultas a CAPs para 2010 se estimó en -0.38 , con un intervalo de confianza de 0.16 en valores absolutos (-0.46 ; -0.30). El IC estimado para 2005 fue de -0.48 con un intervalo de confianza de 0.18 en valores absolutos (-0.57 ; -0.39).

Con respecto a la evolución temporal de estos indicadores (2005-2010) no se puede aservertar que la distribución sea mas o menos pro pobre: los intervalos de confianza entre ambos períodos se solapan y las diferencias no son estadísticamente significativas. No obstante, se puede realizar un análisis cualitativo a partir de la observación de las curvas de concentración: las diferencias se presentan a partir del segundo quintil de ingreso. Sin embargo, el análisis mediante intervalos de confianza muestra la

imprecisión de las estimaciones. **En 2005 entre casi 6 y 9 consultas en CAPs se realizaban en los dos primeros quintiles de ingreso en comparación con entre 6 y casi 8 consultas en 2010.**

Para finalizar, en la subsección 2 de la sección IV, se evidenciaron diferencias en la estructura demográfica de las EUGSS y las observadas en los censos y en la EPH, especialmente en términos de la estructura etaria. Como ejercicio adicional se realizó una reponderación de las encuestas en función del sexo y edad a los valores censales y se replicaron los ejercicios propuestos en el trabajo. Vemos que al realizar este ejercicio, los valores de los índices de concentración no se alteran significativamente, por lo que las principales conclusiones se mantienen, la cobertura de salud presenta una distribución pro-rica, las consultas presentan un patrón neutral, las consultas en sector público presentan una distribución significativamente pro-pobre y las consultas a CAPs tienden a ser aún más pro-pobres

Bibliografía

1. Aaberge, R. y Langørgen, A. (2006). Measuring the benefits from public services: the effects of local government spending on the distribution of income in Norway. *Rev. Income Wealth* 52(1), 61–83
2. Aaberge, R., Langørgen, A. y Lindgreen, P (2010). The impact of basic public services on the distribution of income in European countries. In: Atkinson, A.B., Marlier, E. (eds.) *Income and Living Conditions in Europe*, pp. 329–344. Eurostat Statistical Books, Publications Office of the European Union, Luxembourg
3. Aaron, H. y McGuire, M. (1970). Public goods and income distribution. *Econometrica* 38 (6).
4. Alessandro, L. y Munist M. (2003). *Municipios saludables: una opción de política pública.*- 1ª. ed. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires .160 p. ISBN 950-710-074-1
5. Arce, H. E. (2012) *Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina.* Medicina (B. Aires) [online]. vol.72, n.5, pp. 414-418. ISSN 0025-7680
6. Barbieri, N., de la Puente, C.; Tarragona, S. (2005). *La equidad en el gasto público en salud.* Ediciones ISALUD, Buenos Aires. ISBN: 987-22285-3-1. Pag. 109.
7. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - CSDSS (2005). “Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores”. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
8. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - CSDSS (2008). *Subsanar las desigualdades de una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
9. Crosta, F. (2009) *Los Efectos de las Políticas Públicas sobre la Distribución del Ingreso. Evidencia para la Argentina*
10. Davidson G, Wagstaff A., and Yazbeck (2005). *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why.* Washington, DC: World Bank Publication.
11. Deaton, A. (1997). *The Analysis of Household Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
12. Demery, L. (2003). “Analyzing the incidence of public spending.” Capítulo 2 de *The impact of economic policies on poverty and income distribution.* Bourguignon, F. y L. Pereira da Silva (editores) Banco Mundial y Oxford University Press.
13. Diéguez, H.; Llach, J. y Petrecolla, A.: “El gasto público social”. PRONATASS-ITDT, Buenos Aires. 1991.
14. Dirección de Gastos Sociales Consolidados (2002). *El impacto distributivo de la política social en la Argentina. Análisis basado en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares .* Ministerio de economía, República Argentina.
15. Dirección Nacional de Programación del Gasto Público Social-DNPGPS (1999). *El Impacto Redistributivo del Gasto Público en los Sectores Sociales.* Documento de Trabajo Nº GP/08 Secretaría de Programación Económica y Regional. Serie Gasto Público.
16. Donell O., Van Doorslaer E., Wagstaff A., Lindelow M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data.* A Guide to techniques and their implementation. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington.

17. Flood, C., Gasparini, L., Harriague, M. y Vélez, B. (1994). El impacto distributivo del gasto público social en Argentina. Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.
18. Gasparini, L., Alaimo, V., Cuenin, F., Rabassa, M. y Vuletin, G. (2000). El Impacto Distributivo del Gasto Público en Sectores Sociales en la Provincia de Buenos Aires. Cuadernos de Economía Nº 50, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, La Plata.
19. Gasparini, L., Cicowiez, M y Sosa Escudero, W. (2013) *Pobreza y Desigualdad en América Latina. Conceptos, herramientas y aplicaciones*. Editorial Temas.
20. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364:1273-80.
21. Jorrat R., Fernandez MM, Marconi E. (2008) Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 4(1):57-76.
22. Ledema A. Documentos de la cátedra de estadística. Carrera Ing. Electrónica y Electricista. Facultad de Ingeniería. UNLP. En http://www.ing.unlp.edu.ar/fismat/estadistica/estadistica/archivos/Capitulo5_ESTIMACION_PO R INTERVALO ES DE CONFIANZA.pdf
23. Llach, J. y Montoya, S. (1999): "En pos de la equidad. La pobreza y la distribución del ingreso en el Area Metropolitana de Buenos Aires: diagnóstico y alternativas de política". IERAL, Buenos Aires.
24. Petrei, H. (1988). El gasto público social y sus efectos distributivos. Un examen comparativo de cinco países de América Latina. ECIEL: Río de Janeiro.
25. Spadaro, A., Mangiavacchi, L., Moral-Arce, I., Adiego-Estella, M., y Blanco-Moreno, A. (2011). Evaluating the redistributive impact of public health expenditure using an insurance value approach. *The European Journal of Health Economics*, 1-13.
26. Tobar, F.; Vargas, J.E.; Velazquez, G.y Zerda, A. (2000). Financiación de los medicamentos en la seguridad social. Buenos Aires, OMS-OPS. 2000.
27. Van de Walle, D. (1998). "Assessing the welfare impacts of public spending." *World Development* Vol 26 Nº 3 pp. 365-79. van de Walle, D. y Nead, K. (editores) *Public Spending and the Poor. Theory and evidence*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Anexo

Tabla A1. Prevalencia de enfermedades crónicas por sexo

		Observaciones	Prevalencia enfermedades crónicas	Intervalo del 95%
sexo				
Hombre	2005	776	30.3%	[0.289,0.318]
	2010	1571	41.9%	[0.414,0.422]
Mujer	2005	770	33.5%	[0.325,0.345]
	2010	1557	51.8%	[0.519,0.517]

fuentes: elaboración propia en base a datos de las EUGSS 2003-2005-2010

Tabla A2. Prevalencia de enfermedades crónicas por grandes grupos de edad

		Observaciones	Prevalencia enfermedades crónicas	Intervalo del 95%
Rangos de edad				
0 a 6 años de edad	2005	237	15.1%	[0.124,0.192]
	2010	336	22.9%	[0.211,0.248]
7 a 15 años de edad	2005	249	18.8%	[0.157,0.217]
	2010	424	21.9%	[0.2,0.237]
16 a 45 años de edad	2005	660	24.5%	[0.229,0.263]
	2010	1253	36.1%	[0.353,0.367]
46 a 65 años de edad	2005	297	58.2%	[0.585,0.576]
	2010	718	67.0%	[0.679,0.661]
Mas de 65 años de edad	2005	103	80.7%	[0.833,0.779]
	2010	397	89.8%	[0.92,0.880]

0800-666-3300
www.remediar.gob.ar

Seguinos en :



@Remediar_Nación



Remediar

REMEDIAR - Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio N° 1925 piso 8 - (C1073 ABA)
Buenos Aires - República Argentina