

Universidad Nacional del Sur
Departamento de Economía
Licenciatura en Economía



INGRESO RELATIVO Y SALUD. UN ANÁLISIS PARA LA ARGENTINA

Trabajo final de grado

Florencia Blanco

L.U: 105891

Asesor:

Dra. Karina Temporelli

Bahía Blanca-Argentina

Febrero del 2018

**Ingreso relativo y salud. Un análisis para la
Argentina**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Metodología	8
I. RELACIÓN ENTRE INGRESO Y SALUD	9
II. SISTEMA DE SALUD ARGENTINO	14
II.A Los componentes del Sistema de Salud Argentino	14
II.B El proceso de descentralización de la salud	16
III. ANÁLISIS DE CLÚSTERES PARA LAS PROVINCIAS ARGENTINAS	20
IV. TEORÍA DEL INGRESO RELATIVO EN LA ARGENTINA	26
V. CONCLUSIONES	31
Referencias bibliográficas	33

ÍNDICE DE ANEXOS

Tabla 1: Indicadores de salud para el análisis de clústeres (año 2010)	36
Tabla 2: Gasto público en salud per cápita para el año 2010	37
Tabla 3: Ingresos corrientes per cápita por provincia para el año 2010..	38
Tabla 4: Porcentaje de población sin cobertura médica (Seguridad Social ni Prepaga) para el año 2010.....	38
Tabla 5: Variables categóricas utilizadas en el análisis de clústeres.....	40

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se encargará de analizar la relación existente entre el ingreso relativo y la salud en la Argentina a través de la denominada Teoría del Ingreso Relativo con el objetivo de comprobar si la misma se verifica en países en vías de desarrollo. Para poder hacerlo es necesario detallar y analizar el particular y fragmentado sistema de salud que se desarrolla en el territorio argentino, más aún para poder contemplar resultados. Si bien la Constitución Nacional Argentina considera el acceso a la salud como un derecho universal, la fragmentada oferta y la inevitable desigualdad de ingresos, genera que sectores más vulnerables se encuentren en peores condiciones para acceder a un sistema sanitario de calidad, contribuyendo finalmente a empeorar su situación.

El trabajo comenzará con un análisis descriptivo acerca de las diversas formas que la literatura ofrece para relacionar el ingreso con el status de salud (Capítulo I). Luego, se analizará el Sistema de Salud argentino, los agentes que intervienen y la forma en que se financia. Inevitablemente se desarrollará el proceso de descentralización de la atención de la salud que derivó en numerosos centros de decisión para el financiamiento del sector (Capítulo II). A modo de demostrar empíricamente las consecuencias de dicho proceso, en el tercer capítulo (III) se aplicará el análisis de clústeres para detectar las provincias con características similares en cuanto a status de salud a lo largo del territorio argentino. El siguiente (IV) incluirá un análisis econométrico para comprobar la Teoría del ingreso relativo en la Argentina, y, por último, se desarrollarán las principales conclusiones acerca del Sistema de Salud argentino, las ventajas y las dificultades del mismo.

Metodología

La metodología a utilizar será distinta en cada uno de los capítulos que componen el trabajo. El primero de ellos consistirá en un análisis meramente descriptivo de las distintas formas de relacionar el ingreso y la salud. La misma forma de análisis utilizará el segundo capítulo, a través de la descripción del Sistema de Salud argentino junto con el proceso de descentralización de los años 90. El tercero abordará el tema a través de un análisis de clústeres utilizando el programa *IBM SPSS Software* para evidenciar los sectores más vulnerables del territorio argentino siguiendo los datos provistos por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) para el año 2010. El análisis de conglomerados o clústeres permite formar grupos de individuos, regiones u otros elementos de acuerdo con determinados criterios y se caracterizan por su homogeneidad según las variables que se seleccionan para conformarlos (Alazraqui *et al*, 2007). Existen tres tipos de análisis de conglomerados: análisis jerárquico, de k-medias y bietápico. El objetivo de todos ellos es maximizar la heterogeneidad entre grupos y minimizar las diferencias intragrupo, agrupando las unidades más semejantes, y que cada grupo sea diferente al resto. El primero de ellos conforma clústeres sin arrojar el número óptimo de los mismos, por lo que depende de la subjetividad del investigador. El segundo exige especificar cuál es la cantidad de clústeres a formar mientras que el tercero arroja el número de conglomerados que considera óptimo. Sin embargo, el presente trabajo únicamente arrojará datos provistos por el análisis bietápico debido a que se puede considerar como el más preciso de los tres.

Por último, el cuarto capítulo desarrollará un análisis econométrico a través del programa *StataSE 13 (64-bit)* con el objetivo de comprobar la existencia del Ingreso Relativo en la Argentina. El mismo utilizará datos provistos por la base de datos del Banco Mundial, del SEDLAC y del INDEC a través de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

I. RELACIÓN ENTRE INGRESO Y SALUD

En su libro denominado “Nuevo Examen de la desigualdad” (1995), Amartya Sen analiza el concepto de igualdad entre los seres humanos a partir de la comparación de algunas condiciones específicas de una persona (ingresos, riqueza, oportunidades, derechos) con las mismas condiciones de otra. La condición elegida se expresa a través de una variable, por lo que el análisis y el consecuente juicio dependen de la misma. La desigualdad en el ingreso entre individuos puede ser considerada como la variable más utilizada al momento de establecer diferencias entre la sociedad, y su análisis resulta fundamental principalmente para la formulación de políticas públicas y la toma de decisiones por parte del Estado. Sin embargo, un importante cuerpo de estudios la utilizan para explicar desigualdades que afectan a los individuos en otros campos de análisis, como es el de salud.

La salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946). La posesión del mejor estado de salud que cada individuo es capaz de conseguir constituye uno de sus derechos fundamentales. Los comportamientos de una persona y los estilos de vida, los ingresos y la posición social, la educación, el acceso a servicios sanitarios adecuados, entre otros, son los principales determinantes del estado de salud que una persona puede poseer, los cuales crean distintas condiciones de vida para cada individuo en particular. Además, la salud resulta un pilar sumamente importante para el análisis del crecimiento económico. Siguiendo a Monterubbianesi (2016), la incorporación de indicadores de salud para la estimación de tasas de crecimiento a partir de regresiones econométricas es la última metodología utilizada por los investigadores que se dedican a identificar el conjunto de elementos que explican el crecimiento económico de un país.

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas

(Álvarez Castaño, 2009). Sin embargo, el modo en el que el estado de la salud de un individuo se relaciona con su ingreso ha sido investigado desde diversas perspectivas a través del análisis de la inequidad en salud, la cual ocurre cuando existe una desigualdad evitable, injusta e innecesaria (Restrepo y Málaga, 2001). Una de ellas puede relacionar ambos conceptos mediante una asociación de causalidad bidireccional (Wagstaff, 2002). Las enfermedades o las tasas de fecundidad excesivamente altas pueden afectar directamente al ingreso familiar debido a la incapacidad de trabajar, ya sea por inhabilidad física o cuidado de los hijos. Además, la pobreza y los bajos ingresos también son la causa de mala salud debido a que limitan el acceso a servicios de sanidad de calidad adecuada para tratar los problemas que surgen en gran medida por la condición socioeconómica de la persona, tales como mal nutrición, mal de Chagas, entre otros. Siguiendo la investigación realizada por Pritchett y Summers (1996) para el Banco Mundial es posible afirmar que un país más rico es también más sano, explicando así la existencia de un círculo vicioso en donde las personas pobres quedan atrapadas: la pobreza engendra la mala salud y ésta mantiene la situación de pobreza. Las desigualdades sanitarias son, en su mayoría, en perjuicio de los pobres, los cuales tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que quienes tienen más dinero.

Un importante conjunto de trabajos analiza la relación entre ingreso y salud a partir de la hipótesis del Ingreso Absoluto. Ésta establece que el estado de salud de un individuo depende únicamente de su nivel de ingreso y no de lo que los otros individuos ganan. Siguiendo la misma, los países con un mayor nivel de ingreso per cápita deberían presentar un mejor estado de salud que aquellos en donde dicho indicador es menor. En el artículo de Mathers et al. (2002) publicado en *World Health Report* se trabaja con datos sobre la esperanza de vida de 191 países, permitiendo así evidenciar que un país pobre como es el caso de Haití presenta una esperanza de vida de 43 años mientras que en países desarrollados como Alemania la esperanza de vida de un hombre promedio supera los 70 años. La expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9; la probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4% en Rusia y 90,2 % en Lesotho, y la expectativa de vida en los países

desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo (Álvarez Castaño, 2009).

Otra forma de relacionar el estado de salud con el ingreso fue abordada en los trabajos de investigación que desarrollaron la Teoría del Ingreso Relativo. Esta última considera que las desigualdades en la distribución del ingreso y no el nivel del mismo pueden explicar mejor las variaciones en el nivel medio de salud (London, Monterubbianesi y Temporelli, 2009). El estado de salud de un individuo depende de la ubicación en la distribución del ingreso que posee y/o de la distancia entre dicho ingreso y su media con respecto a la sociedad en conjunto. Un cuerpo importante de trabajos que tratan la Teoría del Ingreso Relativo la analizan a través de la asociación entre la distribución del ingreso e indicadores que muestran el estado de salud de un individuo o bien de una sociedad. El indicador más utilizado para incluir dicha distribución es el coeficiente de Gini, el cual permite condensar en un indicador único la desigualdad de ingresos, y al mismo tiempo es posible descomponerlo algebraicamente (Petrecolla, 1997). Si el ingreso de la población está perfectamente distribuido, el coeficiente de Gini toma valor cero. Si el ingreso se concentra únicamente en una persona, dicho indicador es igual a 1. El análisis de las desigualdades en salud desde la perspectiva de la distribución del ingreso desde grupos sociales puede ayudar a orientar las intervenciones, permitir la vigilancia de asuntos de equidad y promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a disminuir dichas desigualdades al acceso de servicios de sanidad.

El análisis que propone la Teoría del Ingreso Relativo fue realizado en numerosos países. Uno de estos es Chile, en donde Sánchez R. H. y Albala B. C. (2004) investigan las desigualdades en salud a partir de la tasa de mortalidad de adultos en comunas del Gran Santiago. El objetivo del trabajo consiste en estudiar la relación entre la segregación socioeconómica y dichas tasas utilizando fuentes de datos de tipo secundaria (Encuestas de Hogares y Estadísticas de Natalidad y Mortalidad del Ministerio de Salud). Los autores representan la inequidad socioeconómica a través del ingreso por hogar mientras que las tasas de mortalidad fueron ajustadas por método directo debido a la diferente composición por grupo de edad en las comunas del Gran Santiago (45-64, 65-79, y 80 y más años). Se

utilizó la población de la Región Metropolitana estimada para el año 2000 como población de referencia (Sánchez R. y Albala B., 2004). El trabajo estudia la relación entre mortalidad e ingreso en cada comuna del Gran Santiago a través de la construcción de curvas de Lorenz y el cálculo del coeficiente de Gini utilizando la fórmula de Brown. Además, para unificar los resultados entre comunas, los autores plantean el coeficiente de Spearman, el cual muestra la misma relación que los indicadores anteriores, y permite evidenciar la existencia de una relación negativa entre ingreso y mortalidad. Sin embargo, esta es significativa en los hombres, pero no en las mujeres, lo cual puede deberse al modelo de atención sanitaria chileno, el cual prioriza la atención de las mujeres, especialmente en edades reproductivas.

El trabajo denominado “Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: Análisis para el caso de Bogotá” (2005) estudia la relación para el caso de Colombia. Los autores citan a Sen (2002) para afirmar que un detallado estudio de salud debe tener en cuenta también la forma en cómo los individuos valoran su estado de salud. Es por esto que en su análisis se utiliza una variable para referenciar la autopercepción de la salud por parte de cada individuo, la cual se plantea a partir del Auto Reporte de salud (AS) de la Encuesta de calidad de vida realizada en el año 2003 en aquel país. Un resultado particular del estudio sugiere que se deben investigar las desigualdades estructurales que moldean las preferencias y la autopercepción de cada individuo sobre su salud.

Siguiendo el informe realizado por la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sensibilidad del estado de salud frente al contexto social al que se enfrenta una persona se debe tener en cuenta al momento de pensar en políticas públicas orientadas a mejorar el sector de sanidad de un país. Además, ponen énfasis en la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud, de manera coordinada y coherente, a fin de mejorar y reducir las inequidades en su acceso. La OMS destaca la importancia de enfocarse en lograr una mejora en el estado de salud de una sociedad, debido a que conduce a mayor bienestar, educación, cohesión social, protección medioambiental, mayor productividad y desarrollo económico. En este “círculo virtuoso”, las mejoras en salud y sus determinantes se retroalimentan y se ofrecen beneficios mutuos (OMS, 2011). Esto se

debe a que un ser humano sano presenta una capacidad de comprensión apta para fomentar su educación, y así formarse para poder obtener un empleo digno que le permita un óptimo acceso a la salud por su parte y la de sus hijos, incentivando este círculo virtuoso al cual se refiere el informe.

En síntesis, la relación entre ingreso y salud ha sido profundamente analizada por la literatura. Existe evidencia clara sobre la importancia de los ingresos en la determinación del status de salud de la población (Teoría del Ingreso absoluto) como también sobre la relevancia de la salud en la determinación de los ingresos (Teorías de crecimiento económico). Esta doble causalidad puede generar círculos viciosos difíciles de revertir en el caso de los países de bajos ingresos.

En el cuanto a la teoría del ingreso relativo, y teniendo en cuenta que, si bien la relación entre distribución del ingreso y status de salud ha sido abordada por la literatura, este abordaje no ha sido tan extenso como los anteriores y los resultados no han sido contundentes, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.

II. SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

II.A Los componentes del Sistema de Salud Argentino

Dentro del territorio argentino, el acceso a la atención de la salud es considerado un derecho fundamental que debe garantizar el Estado, el cual destina un elevado porcentaje del PBI (alrededor del 8%) para financiarlo (Centrángolo, 2014). El sector salud está compuesto por subsectores muy desiguales entre sí. La provisión universal y gratuita de las prestaciones convive con la participación del régimen de la seguridad social y con la oferta privada de la atención sanitaria permitiendo encontrar al sector público, al sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y al sector privado. El primero de ellos comprende estructuras administrativas tanto provinciales como nacionales, redes de hospitales y centros de salud. El segundo asegura el acceso a la salud a los trabajadores asalariados, los cuales participan en su financiamiento a través de un porcentaje de su salario, mientras que el tercero incluye profesionales independientes que brindan servicios y las entidades de seguro voluntario denominadas Empresas de Medicina Prepaga (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Si bien formalmente se hace referencia al “sistema de salud” argentino, la ausencia de articulación entre los sectores que lo componen dificultan su análisis de sistema como un todo debido a que cada uno actúa de manera independiente, generando fuertes deficiencias en materia de eficiencia y equidad (Centrángolo, 2012). A pesar de ello, todo habitante del territorio argentino tiene derecho a la provisión pública, con independencia de que sean beneficiarios de los dos subsectores restantes. Además, a partir de 1998 los trabajadores beneficiarios de obras sociales nacionales tienen la posibilidad de elegir dónde asociarse, siendo que antes cada uno de ellos percibía la obra social correspondiente de acuerdo a su ocupación. Es así que la múltiple cobertura es muy común en el territorio argentino, lo que se puede deber a la duplicación de cobertura entre el sector público y los diferentes tipos de seguros. Sin embargo, en muchos casos los problemas que condicionan el acceso a los servicios de atención sanitaria pública propios de un bien privado suministrado públicamente (colas, cupos, listas de esperas) ocasionan que los individuos opten por acceder a la atención sanitaria a través de obras sociales o prepagas. En muchas

oportunidades, los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades en el acceso a la atención pública de salud, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado, lo que representa una carga onerosa para estos hogares y constituye un importante factor de inequidad (Centrángolo, 2014). Dichas dificultades pueden deberse a cuestiones burocráticas, limitaciones geográficas, o bien ineficiencias presentes en la oferta pública. La múltiple cobertura puede perjudicar en mayor medida al sector público que se encarga de la atención de la salud, debido a que debe afrontar los gastos de atención médica de individuos que tienen la posibilidad de percibir cobertura por parte del sector de la seguridad social o del privado, haciendo que éstos afronten los mismos. El Estado Nacional intenta solucionar la inequidad resultante a través de un Fondo Solidario de Redistribución, el cual retiene un 10% del total de ingresos por Obra Social. Una de las funciones del mismo consiste en deducir los gastos generados por prestaciones a afiliados del Sistema de Seguridad Social en hospitales públicos de autogestión (Maceira, 2006). Para incorporar un componente de equidad en la distribución de recursos entre cada entidad.

La fragmentación latente en el particular sistema de salud también se hace presente en el subsistema de la Seguridad Social. El mismo se compone por obras sociales muy diferentes entre sí, debido a que dependen del nivel salarial y de los aportes de los trabajadores, generando que algunas tengan mayor poder adquisitivo que otras, y brinden mayor capacidad de cobertura a sus adherentes. Además, se divide en aquellas Obras Sociales garantizadas por el Estado Nación y las que dependen de cada provincia. Ambas se financian a partir del aporte de los empleados y de los empleadores¹, aunque difieren los porcentajes de ingresos destinados en cada caso. Además, al igual que las Empresas de Medicina Prepaga, las Obras Sociales deben garantizar el Paquete Médico Obligatorio impuesto por ley, aunque el mecanismo tiende a la consolidación de un sistema con menor grado de solidaridad (Centrángolo, 2012).

Otro componente muy importante del Sistema de Seguridad Social es el PAMI (Programa de Atención Médica Integral). Es la institución que otorga cobertura a la población jubilada y pensionada. Su financiamiento es más complejo que el de las Obras

¹ En el caso de las Obras Sociales provinciales, las provincias actúan en su rol de empleadores ya que los beneficiarios son los empleados de instituciones públicas provinciales.

Sociales ya que proviene de tres fuentes distintas: los aportes de trabajadores en actividad, el de los pasivos y contribuciones del Tesoro Nacional. Ésta última es la fuente más importante de ingresos, ya que aporta el 20% de los mismos.

II.B El proceso de descentralización de la salud

El rasgo más relevante del sistema de salud argentino está determinado por la organización federal de su financiamiento (Arce, 2012). La Constitución Nacional define potestades federales y concurrentes generando que todo poder residual no especificado quede en manos de los gobiernos provinciales (Centrángolo, 2012). Siguiendo lo establecido por ley, el Ministerio de Salud de la Nación tiene como principal tarea el dictado de normas y el diseño de programa y ejecución de acciones, delegando en cada provincia la decisión en políticas de salud. Las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud, acentuando la dispersión de los centros de decisión. A su vez, cada una de ellas forma una relación particular con los gobiernos locales o municipios que la integran, adicionando una nueva forma de organización a lo largo del territorio argentino (Centrángolo, 2012). Sin embargo, el actual federalismo que caracteriza al área fue gestándose a partir de un largo proceso de descentralización que se consolida hacia los años '90, pero que comienza en el año 1979 aproximadamente.

Con la llegada del peronismo al poder, la salud era considerada una obligación de Estado, el cual tenía como prioridad asegurar el acceso a la atención a todo el pueblo argentino. La creación de un Ministerio, la construcción de hospitales nuevos y la nacionalización de los ya existentes evidencian la postura del Estado nacional de garantizar atención de la salud a todos los habitantes. Durante la gestión peronista, la cantidad de camas hospitalarias en el país se duplicó, pasó de 60.000 a 120.000 (Demarche, 2004). Además, el surgimiento y fortalecimiento de las Obras Sociales permitió que, a partir de aportes de los trabajadores, estos mejoren la calidad de atención a su salud en el sector privado.

En el año 1955, con el derrocamiento de Juan Domingo Perón, se produce un profundo cambio en el área de la salud. La planificación estatal centralizada vigente se

comienza a disolver y, siguiendo indicaciones de organismos internacionales, se comienza a delegar las facultades decisorias a las provincias. El principal objetivo del gobierno militar que llega al poder a partir de la Revolución Libertadora era afianzar el federalismo transfiriendo a las provincias y municipios las actividades de la salud pública: sus funciones, infraestructura, competencias y gobernabilidad. Dicha transferencia se consolidó cuatro décadas más tarde, aunque simultáneamente se promovió la formación de recursos humanos para la atención de la salud, fortaleciendo las delegaciones sanitarias federales. En 1970, el gobierno militar termina de consolidar las Obras Sociales a partir de la sanción de la Ley N° 18.610, la cual extiende la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia ya que hace obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social de su rama de actividad.

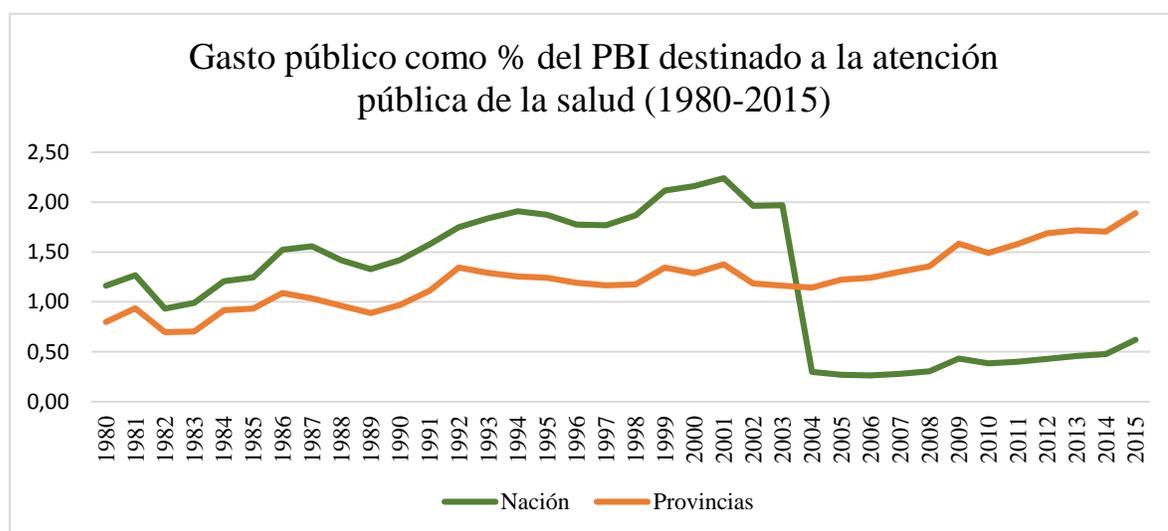
En 1971, a partir de la Ley 19.032 se crea el INSSJyP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) el cual se encarga de cubrir las prestaciones médicas para los jubilados y pensionados. Por su parte, el Decreto-Ley 21.882/78 sancionado en el año 1978 concluye de forma casi total la transferencia de los hospitales a las provincias y municipios que comienza en el gobierno militar. A partir del mismo, sólo el 20% de los establecimientos públicos quedaron bajo jurisdicción nacional (Demarche, 2004). El marco legal acompaña el proceso de descentralización de la salud sancionando leyes que justifiquen el comportamiento del Estado Nación, tal como lo hace la Ley 11.07 también denominada Ley “Nuestro Hospital”. La misma se pone en vigencia a partir del año 1991, período en donde termina de consolidarse la transferencia de responsabilidades en el ámbito sanitario a las provincias. La misma tenía por objetivo buscar mayor transferencia y eficiencia en la administración del hospital público a partir del traspaso efectivo de funciones administrativas, manejo presupuestario y poder de decisión sobre la asignación de recursos.

A pesar de la marcada descentralización del área de la salud hacia las provincias, el Estado Nación participa en parte del financiamiento de la misma, aunque podría considerarse no significativo en términos relativos. Del total del gasto público destinado a salud, aproximadamente una cuarta parte es ejecutada por el Estado Nación. No obstante, dicha parte se distribuye entre diferentes carteras, generando que la máxima autoridad

gubernamental sólo ejecute menos del 4% del gasto global del sector (Arce, 2012). Un aspecto importante a destacar es la existencia del Consejo Federal de Salud² que tiene como objetivo principal la detección de problemas de la salud comunes a toda la Argentina, como también aquellos propios de cada provincia o región en particular. Además, el mismo busca fortalecer y promover un correcto sistema federal de salud. Además, dicho organismo delimita las funciones del Estado nacional estableciendo su rol de orientador, conductor general, articulador y distribuidor de recursos. El Estado nación deberá planificar, evaluar y controlar el sistema federal siguiendo normas constitucionales.

El comportamiento del gasto público evidencia la reorganización del gobierno durante el proceso de descentralización. Si bien el análisis se limita a la disponibilidad de información, el Gráfico 1 muestra el declive de la participación del Estado Nación en el financiamiento de la atención sanitaria a partir del año 2000 aproximadamente. Si bien el proceso de descentralización se consolida años luego de su inicio, el importante descenso que se puede apreciar en el Gráfico 1 puede deberse a la crisis económica que atraviesa el país en aquellos años. Por lo tanto, es relevante destacar el significativo gasto que las provincias destinan al financiamiento de la salud que, a partir del año 2003 aproximadamente, supera al del Estado nación.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia. Información extraída de la Secretaría de Política Económica-Ministerio de Hacienda.

² Creado en 1981 a partir de la Ley 22.373

Tal como se desarrolla a lo largo del apartado, durante el gobierno militar el Estado nacional argentino delega las facultades de decisión y financiamiento en cada provincia bajo el objetivo explícito de incrementar la calidad de la atención sanitaria federalizando el acceso. Sin embargo, el acceso a atención médica de calidad seguía y sigue siendo un derecho universal de cada argentino. En un contexto donde cada provincia presenta distinta cantidad de recursos y de capacidad de financiamiento, puede resultar utópico pensar en el acceso homogéneo a la atención de la salud a lo largo del territorio. En el siguiente capítulo se tratará de comprobar las consecuentes diferencias que pueden existir en la Argentina luego del período de descentralización con respecto a la atención de la salud a través de un análisis de clústeres.

III. ANÁLISIS DE CLÚSTERES PARA LAS PROVINCIAS ARGENTINAS

En el presente capítulo se realizará un análisis de clústeres, técnica estadística multivariante que tiene por objetivo agrupar conjuntos de objetos de tal manera que los miembros del mismo grupo sean familiares, en algún sentido u otro. El mismo será utilizado para agrupar aquellas provincias que presenten características similares con respecto a la calidad y financiamiento de la salud. El análisis se desarrolla para las jurisdicciones que integran la Argentina debido a la existencia de múltiples centros de decisión en el territorio

Las diferencias del gasto per cápita que realiza cada provincia para el sector salud puede ser uno de los determinantes de las discrepancias entre los indicadores de salud de cada jurisdicción, como así también puede influir el ingreso que cada una de ellas percibe para financiarlo. Sin embargo, otros factores deben tenerse en cuenta para que el análisis sobre las diferencias entre las mismas sea justificado completamente, tales son: factores climáticos y problemas ambientales, entre otros. Sin embargo, éstas exceden el análisis a realizar debido a que tenerlos en cuenta desvía el objetivo del mismo. Los indicadores de salud utilizados para poder comparar los resultados de cada provincia son: la tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) y la esperanza de vida al nacer. La primera hace referencia al porcentaje de niños menores al año de vida fallecidos con respecto a 1.000 nacidos vivos. La segunda expresa el promedio de año que se espera viva una persona bajo las condiciones de mortalidad en las que se encuentra durante el año de referencia. La elección de dichas variables se debe a que pueden considerarse variables proxy a las condiciones de salud que existen en cada jurisdicción y permiten las comparaciones entre provincias.

En la sección Anexos se puede observar la información extraída del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) sobre los indicadores anteriormente detallados que corresponden a cada provincia de la Argentina para el año 2010 (Tabla 1). La provincia que evidencia un mayor porcentaje de muertes por cada 1.000 nacidos vivos es Formosa con una tasa de 17.2 mientras que la esperanza de vida al nacer más elevada se encuentra en la provincia de Neuquén, donde el promedio de vida de una persona que vive en dicha

jurisdicción es 77.29 años. Además, en la Tabla 2 se adjuntan los datos correspondientes al gasto público en salud per cápita que realiza cada provincia para el año 2010. Para incluir la influencia del Ingreso relativo en el análisis, se agrega el Ingreso corriente que recibe cada jurisdicción para el año en cuestión (Tabla 3). El mismo se elige debido a la escasez de datos con respecto al PBI per cápita provincial, y está compuesto por los ingresos tributarios (de origen Nacional y Provincial) y no tributarios, entre ellos las regalías. Además, se incluyen las contribuciones a la Seguridad Social, ventas de bienes y servicios de la Administración pública, rentas de la propiedad y transferencias corrientes. El ingreso tributario de cada jurisdicción se expresa per cápita para que sea posible su comparación entre provincias.

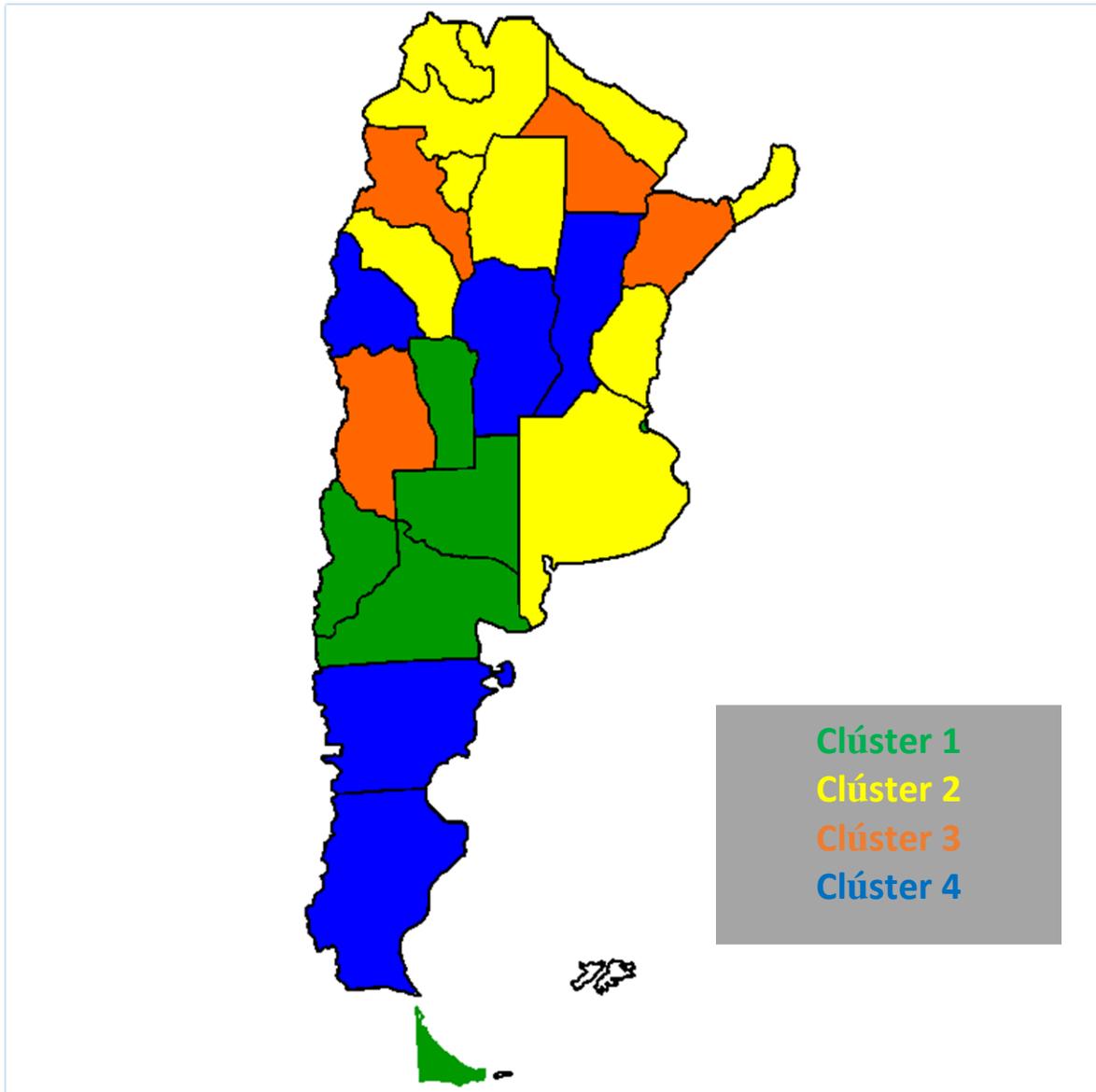
Otro indicador importante a tener en cuenta para el análisis de clústeres es el porcentaje de población que no posee cobertura en salud, ya sea proveniente de la seguridad social (PAMI u obras sociales sindicales) o del sector privado (Empresas de Medicina Prepaga). La heterogénea cobertura de la atención médica a lo largo del territorio lleva a que algunas jurisdicciones como Santiago del Estero tengan el 55% de sus habitantes sin algún tipo de seguro de salud. En cambio, en otras como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el porcentaje no alcanza el 20% (Ver Anexo 4).

Por último, se incluirán las variables que demuestran el status de salud de la población: Tasa de mortalidad infantil y Esperanza de vida al nacer. Sin embargo, éstas serán modificadas convirtiéndose en variables categóricas para mejorar la eficiencia del análisis. Es decir, tomarán valor 0 y 1. En el caso de la tasa de mortalidad infantil, se le adjudicará a la provincia el valor 1 si ésta presenta una tasa mejor a la media de la Argentina que, siguiendo la información provista por el Banco Mundial, es de 11,11. Esto significa que, para el año 2010, 11 de cada 1000 bebés nacidos vivos (menores de un año) mueren. El indicador tomará valor 0 en caso de que la Tasa sea menor. Por otra parte, la Esperanza de vida al nacer tomará valor 1 si la jurisdicción en cuestión tiene una Esperanza de vida mayor a la media de la Argentina, la cual es de 75,48 años. En caso de que sea menor a ésta, el indicador tomará valor 0 (Ver Tabla 5).

Como se detalló en el apartado de la Metodología a utilizar, en este capítulo se desarrollará un análisis de clústeres bietápico debido a que es considerado el más eficiente

en términos de resultados ya que arroja la cantidad de conglomerados que considera necesario, y no permite que se apunten de manera subjetiva. Para esto se utilizará el programa *IBM SPSS Software* y se elegirá el criterio de conglomeración Akaike (AIC) debido a que en cierta forma resulta menos restrictivo para la formación de los clústeres. Las variables categóricas son las mencionadas con anterioridad, mientras que las continuas son el gasto público per cápita en salud, el ingreso corriente per cápita y el porcentaje de población sin cobertura por jurisdicción. El análisis concluye en que, teniendo en cuenta los indicadores ya nombrados, las provincias argentinas se pueden aglomerar en cuatro grupos (Ver Figura 1):

Figura 1



Fuente: Elaboración propia.

Clúster 1	Clúster 2	Clúster 3	Clúster 4
CABA	Buenos Aires	Catamarca	Córdoba
La Pampa	Entre Ríos	Corrientes	Chubut
Neuquén	Formosa	Chaco	San Juan
Río Negro	Jujuy	Mendoza	Santa Cruz
San Luis	La Rioja		Santa Fe
Tierra del Fuego	Misiones		

Salta
Santiago del Estero
Tucumán

El análisis arroja cuatro clústeres y se adjuntan de acuerdo a la enumeración que establece el programa. Siguiendo los datos, el primero de ellos agrupa a las provincias que presentan mejores condiciones, tanto status de salud como en financiamiento. Por ejemplo, Tierra del Fuego presenta el ingreso corriente per cápita más alto del país (\$22.381,2). Además, tanto La Pampa como CABA muestran una Tasa de mortalidad infantil igual a 7, la más baja del territorio. En términos relativos, se puede decir que representan las jurisdicciones mejor posicionadas de la región. El clúster 4 agrupa aquellas provincias con un buen posicionamiento en cuanto a salud e ingresos, pero inferior al clúster 1. En este caso, el ingreso corriente per cápita más alto es el de Santa Cruz (\$20.068,5), y la Tasa de mortalidad infantil más baja se encuentra allí también, la cual es de 9.7. Si bien arroja buenos resultados, en términos relativos se encuentra en mejor posición el Clúster 1.

Por último, los dos clústeres restantes (2 y 3) arrojan peores resultados que los anteriores. Sin embargo, el clúster 2 agrupa mayor cantidad de jurisdicciones con heterogeneidad en sus resultados, pero manteniendo cierta similitud entre ellos. Es decir, las provincias que lo integran poseen ingresos corrientes per cápita que rondan los \$1.000, mientras que los indicadores de salud son muy dispares entre ellos. Se puede observar que en el mismo se encuentra Formosa con una Tasa de mortalidad infantil superior a los 17 puntos, como también está Buenos Aires en donde el indicador muestra un valor de 12.

No obstante, se puede concluir que el clúster 3 agrupa las provincias peor posicionadas en cuanto a la calidad en salud y el financiamiento de la misma. Tomando como ejemplo la provincia de Mendoza, se puede observar que no demuestra bajos resultados en los indicadores de salud, pero que su ingreso corriente per cápita es de apenas \$3.701,13 y un 37% de la población no posee cobertura médica. Las tres provincias restantes arrojan resultados desfavorables en cuanto a salud: la Tasa de mortalidad infantil en los tres casos es mayor a la media y el porcentaje de la población sin cobertura médica es mayor que el promedio de la Argentina (36%) en cada una de ellas.

La información y las conclusiones extraídas se refieren al año 2010 debido a que están sujetos a disponibilidad de datos. Sin embargo, el análisis permite evidenciar que, aunque el acceso de la salud es universal en la Argentina, la forma de financiar el área puede generar que se fomente un acceso heterogéneo a la atención de la salud y por ende indicadores que arrojen resultados distintos en cada jurisdicción.

IV. TEORÍA DEL INGRESO RELATIVO EN LA ARGENTINA

La relación entre la salud de un individuo y su ingreso puede analizarse desde distintos puntos de vista. La bidireccionalidad de la misma genera diferentes opiniones y consideraciones de cómo la variable se vincula con la salud, apoyada por la extensa literatura que trata el tema. Sin embargo, dicha relación puede establecerse tanto a nivel individuo como a nivel agregado, como así también referirse al ingreso absoluto o relativo del objeto de análisis. En países en vías de desarrollo, trabajos encargados de investigar la relación entre el nivel de ingreso relativo, el status de salud y el acceso a la atención sanitaria no obtuvieron conclusiones concretas. En el presente capítulo se intentará comprobar si, dado el complejo sistema de salud que presenta la Argentina, la Teoría del Ingreso relativo permite justificar el comportamiento de los indicadores utilizados en el apartado anterior. Para esto, en primer lugar, se deben introducir las bases en las que se funda dicha teoría.

Numerosos son los autores que relacionan el estado de salud con el nivel de ingreso absoluto que posee un agente económico, la cual es denominada Teoría del Ingreso Absoluto. Sin embargo, la misma se pone en duda en el período de post-guerra, el cual se caracterizó por el aumento generalizado del ingreso de los países, mientras que muchos de ellos sostenían inequidades en la calidad de salud de los miembros de su población (Saunders, 1996). Es por esto que gran parte de la literatura considera que las desigualdades en la distribución del ingreso, y no el nivel del mismo, pueden explicar mejor las variaciones en el stock de salud (London, Monterubbianesi, Temporelli, 2009). Dicha relación se explica a través de la teoría del Ingreso Relativo, la cual establece que la distribución del ingreso en un país define el stock de salud que poseen los individuos. Es decir, cuanto mayor es la brecha entre los más ricos y los más pobres de una sociedad, peor es el status de salud de sus integrantes (Kawachi y Kennedy, 1999). Si bien no existe consenso respaldado por evidencia empírica, la teoría establece que el ingreso relativo de un agente económico determina su condición en cuanto a la calidad de su salud. A nivel agregado, en un país con una elevada desigualdad del ingreso se pueden verificar

indicadores de salud más desfavorables que en aquellos donde los indicadores de desigualdad arrojan mejores resultados.

La mayoría de los trabajos que investigan la Teoría del Ingreso Relativo utilizan como principal indicador de desigualdades en el ingreso al coeficiente de Gini. La razón de su utilización reside en su fácil cálculo e interpretación, ya que su valor se suele ubicar entre 0 y 1, o bien entre 0 y 100, lo que sería el mismo valor multiplicado por 100. Cuando el indicador toma valor cero significa que el ingreso se encuentra equidistribuido: todos los miembros de la sociedad poseen la misma proporción de recursos. En cambio, al tomar valor 1 (o 100), se presenta una situación de total inequidad en la distribución del ingreso (Medina y Galván, 2008).

La teoría del Ingreso Relativo puede ser analizada en países en vías de desarrollo, como lo es la Argentina. En el presente apartado se realizará un análisis econométrico a través del programa *STATASE 13.0* para poder comprobar si dicha teoría puede aplicarse al territorio argentino. Para el mismo se utilizarán datos de series de tiempo provistos por el Banco Mundial para los años comprendidos en el período 2003-2014. La elección del tiempo a analizar se encuentra sujeta a la disponibilidad de datos, la cual es muy limitada para las variables seleccionadas. El análisis a realizar tiene como objetivo probar si existe una relación de largo plazo entre las variables o sólo se trata de una regresión espuria, es decir, que estén relacionadas sólo de casualidad. Las mismas son:

- Y_t = Esperanza de vida al nacer, total (años)
- X_1 = Gasto en salud, total (% del PBI)
- X_2 = Coeficiente de GINI (valores entre 0 y 100)
- X_3 = PBI per cápita (USD a precios actuales)
- X_4 = Crecimiento de la población (% anual)

La variable Y_t ³ corresponde a la esperanza de vida al nacer en la Argentina para los años detallados anteriormente. Dicha variable muestra la media de la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto período, seleccionada para representar la calidad en salud de la población argentina y así comprobar la existencia de la teoría del Ingreso Relativo. El conjunto de las regresoras comprende tanto el coeficiente de Gini

³ El subíndice “t” indica que se están utilizando datos de series de tiempo para el análisis econométrico.

durante los años 1995-2014, el cual es el indicado para detectar la relación establecida por la teoría a desarrollar, como también incluye otras variables que pueden definir el comportamiento de la esperanza de vida dentro de un territorio. Estas son: crecimiento de la población (% anual) y el gasto total en salud como porcentaje del PBI. Además, en la regresión se tiene en cuenta la variable PBI per cápita para captar la influencia del ingreso en la calidad en salud de un individuo en la Argentina. Si bien pueden considerarse como influyentes en la condición de salud de la población no son objeto de análisis en la teoría del Ingreso Relativo, pero son incluidas para mejorar la calidad de la regresión.

El modelo a analizar sería el siguiente:

$$Y_t = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \mu$$

Para el caso de Argentina, las únicas variables que resultaron significativas son el gasto en salud (como % del PBI) y la variable que representa el crecimiento poblacional. Cabe aclarar que no se incluyó una variable que represente la educación debido a la falta de disponibilidad de datos para la cantidad de años que se tomaron como muestra (Ver Figura 2).

Figura 2

```
. reg esperanzaARG gastosaludARG PBIpercapitaARG coeficientedegini poblacionARG
```

Source	SS	df	MS			
Model	17.1979345	4	4.29948363	Number of obs = 19		
Residual	.807030748	14	.057645053	F(4, 14) = 74.59		
Total	18.0049653	18	1.00027585	Prob > F = 0.0000		
				R-squared = 0.9552		
				Adj R-squared = 0.9424		
				Root MSE = .24009		

esperanzaARG	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
gastosaludARG	-.3149698	.0798301	-3.95	0.001	-.4861884	-.1437511
PBIpercapitaARG	-6.04e-12	4.93e-12	-1.22	0.242	-1.66e-11	4.55e-12
coeficientedegini	-.0923339	.0596337	-1.55	0.144	-.2202354	.0355676
poblacionARG	-14.74694	2.723823	-5.41	0.000	-20.58896	-8.904922
_cons	99.46692	7.330188	13.57	0.000	83.74523	115.1886

Fuente: StataSE 13.0.

Siguiendo los resultados, es posible afirmar que la teoría del Ingreso Relativo no se evidencia en el territorio argentino. Si bien el signo del coeficiente de Gini es el esperado ya que indica que, a medida que aumente la desigualdad (el coeficiente se acerque a 1), la esperanza de vida será mayor en la Argentina, la variable resulta no significativa. Además, otro resultado que llama la atención es el signo que se adjudica al gasto público en salud, el cual es negativo. Es decir, un aumento del gasto influiría negativamente en la esperanza de vida al nacer.

Los resultados alcanzados podrían concluir que, en la Argentina, para el período analizado y las variables utilizadas, no se comprueba la Teoría del Ingreso Relativo. Estos podrían esperarse por el hecho de que hasta el momento la misma fue evidenciada únicamente en países desarrollados integrantes de la OCDE (Wilkinson, 1992) tales como Estados Unidos, Australia, Canadá, entre otros, pero no se han encontrado estudios que demuestren dicha correlación en países en vías de desarrollo como lo es la Argentina. Dichos países presentan características socioeconómicas muy diferentes. Además, el

acceso a la salud difiere entre ciertos países que integran la OCDE, como también lo hacen del sistema de salud que rige en el territorio argentino. Esto podría influenciar en la calidad de salud de los habitantes, y por ende los indicadores que demuestran su comportamiento. Siguiendo a la OMS (2010), algunas maneras de promover y preservar la salud se encuentran más allá de los límites del sector sanitario como, por ejemplo, las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales tienen un impacto sobre la salud. Sin embargo, el acceso oportuno a los servicios sanitarios también es un factor crítico para la calidad de salud de los habitantes. En mi opinión, el análisis de las características de los sistemas de atención sanitaria es muy importante al momento de determinar la calidad de salud de los habitantes de un territorio. Sin embargo, dicho análisis excede a la Teoría del Ingreso Relativo, aunque debe tenerse en cuenta al momento de caracterizar los factores que influyen en la calidad de salud de una población.

V. CONCLUSIONES

La relación entre la variable ingreso y el status de salud puede adoptar un sentido bidireccional que no permita obtener una única conclusión acerca de dicho vínculo. La extensa literatura que aborda el tema en cuestión se fragmenta entre aquellos que consideran al ingreso como determinante del status de salud de un individuo, y otros que plantean que gozar de un buen estado de salud es un factor indispensable para obtener ingresos. La teoría del ingreso absoluto, como también la del ingreso relativo, integran el primer grupo de los nombrados anteriormente, en donde el ingreso es uno de los encargados de definir el status de salud que obtiene un agente. Sin embargo, la particularidad de la segunda se encuentra en considerar la desigualdad del ingreso, y no sólo el ingreso en cuestión, como un factor primordial para definir la calidad en salud del mismo. No obstante, no se encuentran trabajos que traten esta última en países en vías de desarrollo, aunque sí en aquellos de más altos ingresos, donde no siempre se llega a un mismo resultado.

En la Argentina, el acceso a la salud es considerado un derecho universal avalado por la Constitución Nacional. Es decir, el Estado debe garantizar que cada individuo que habita el territorio pueda acceder a atención médica de calidad y de forma gratuita. Sin embargo, el sistema que regula actualmente dicho acceso delega facultades decisorias y de financiamiento a cada una de las jurisdicciones que integran el país. Cada una de ellas tiene la responsabilidad de garantizar el derecho universal utilizando en mayor parte sus recursos, y recibiendo políticas de acción a desarrollar por parte del gobierno nacional. La manera en que el derecho universal debe ser asegurado genera que se creen numerosos centros de decisión, que a su vez no permiten homogeneizar el acceso a la salud. Cada provincia toma decisiones de acuerdo a la capacidad de financiamiento que posea, como así también de las características de la demanda que presente. Esto genera resultados profundamente distintos entre ellas, ya que no todas presentan la misma cantidad de recursos, ni los mismos problemas a resolver. Enfermedades que están presentes en el Norte del país demandan recursos

muy diferentes a las que pueden hallarse en el Sur, ya que existe una amplia diversidad de factores que inciden en las mismas (ambientales, socioeconómicos, etc.) y que son muy distintos entre regiones.

La heterogeneidad en la oferta de la salud pública puede ser considerado un factor influyente en la gran diversidad en el status de salud a lo largo del territorio. Siguiendo los datos, existe una amplia diferencia en indicadores que pueden llegar a reflejar la calidad en salud de cada jurisdicción, como lo son la Esperanza de vida al nacer y la Tasa de Mortalidad Infantil. Esto hace poco probable generar políticas públicas que fomenten el cumplimiento del acceso a la salud pública universal y su homogeneidad en todo el país, profundizando las diferencias entre provincias.

La falta de información actualizada sobre los datos empleados en el análisis del presente trabajo fue un obstáculo al momento de la investigación. Es por esto que el mismo utiliza datos de años anteriores, aunque hay que tener en cuenta que no se debe haber producido ningún cambio importante en las diferencias relativas entre jurisdicciones.

Finalmente, la conclusión más importante es la referida a la Teoría del Ingreso Relativo. Si bien se debe tener en cuenta que la omisión de variables por falta de información incide en el análisis, el resultado puede llegar a concluir que en países en vías de desarrollo como lo es la Argentina no se constata dicha Teoría. Numerosos estudios han tratado de comprobarla, aunque siempre utilizando datos de países desarrollados. Esto podría de alguna forma sugerir, que mientras en los países desarrollados la distribución del ingreso es relevante para captar las diferencias en el status de salud, en los países en desarrollo las diferencias absolutas en el ingreso son más significativas, aunque esto requiere un análisis más profundo que se propone para futuras investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Alazraqui, M., Mota, E., Spinelli, H., & Guevel, C. (2007). Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. *Revista panamericana de salud pública*, 1-10.
- Alonso, G. V. (s.d.). Las políticas de salud en cien años de democracia. *Universidad Nacional de San Martín*.
- Andrenacci, L., Falappa, F., & Lvovich, D. (2004). Acerca del Estado de Bienestar en el peronismo clásico (1943-1955) . 83-114.
- Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 414-418.
- Arce, H. E. (2013). *Evolución histórica del Sistema de Salud Argentino a lo largo del siglo XX*. Buenos Aires: Tesis de Doctorado. Inst Univ Fund H Barceló.
- Belló, Mariana, & Becerril-Montekio, Victor M. (2011). The health system of Argentina. *Salud Pública de México*.
- Bisang, R., & Cetrángolo, O. (1998). La descentralización de los servicios de salud en Argentina. *CEPAL*.
- Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 69-79.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 38.
- Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2012). *Sistema de salud argentino: Provisión y financiamiento en busca de la cobertura universal*. Washington, DC.: Background report commissioned by the Human Development Department, Latin American and the Caribbean Region, World Bank.
- Demarche, M. F. (2004). *Descentralización hospitalaria: Logros y desencantos de una política social*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- González, J. I., Sarmiento, A., Alonso, C. E., Angulo, R. C., & Espinosa, F. A. (2005). Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: Análisis para el caso de Bogotá. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 120-140.
- Javier Idrovo, Á. (2005). Desigualdad en el ingreso, corrupción y esperanza de vida al nacer en México. *Revista de Salud pública*, 121-129.

- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, pp. 647-652.
- London, S., Temporelli, K., & Monterubbianesi, P. (2009). Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina. *Economía y Sociedad*.
- Maceira, D. (2006). *Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Buenos Aires: La Colmena.
- Medina, H., & Galván, M. (2008). *Descomposición del coeficiente de Gini por fuentes de ingreso: Evidencia empírica para América Latina 1999-2005*. CEPAL.
- Monterubbianesi, P. D. (2016). *Crecimiento económico y trampas de pobreza: el rol de la salud*. Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur.
- Moscoso, N. S., & Modarelli, R. (2009). Descentralización en salud: marco conceptual y políticas públicas en Argentina. *Revistas de ciencias económicas*.
- Petrecolla, D. (1997). Distintas descomposiciones del coeficiente de Gini para el Gran Buenos Aires, 1980-1995. *Anales de la XXXII Reunión de la Asociación Argentina de Economía Política*. Bahía Blanca.
- Pritchett, L., & Summers, L. H. (1996). Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 841-868.
- Regazzoni, C. J. (s.d.). Reforma de salud argentina. *Pensar 2013 con expertos*.
- Repetto, F., Ansolabehere, K., Dufour, G., Lupica, C., Potenza, F., & Larreta, H. R. . (2001). *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*.
- Restrepo, H. E. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana.
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., & Van Ginneken, E. (2013). United States of America: health system review. *Health systems in transition*, 1.
- Sachs, J. D. (2002). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 143-144.
- Sánchez R, Hugo, & Albala B, Cecilia. (2004). Desigualdades en salud: adulto en comunas del Gran Santiago. *Desigualdades en salud: adulto en comunas del Gran Santiago. Revista médica de Chile*, 453-460.
- Sen, A. K., Bravo, A. M., & Schwartz, P. (1999). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Nueva Alianza.

Vilas, C. (2003). Descentralización de políticas públicas: Argentina en la década de 1990. *INAP*.

Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 217-228.

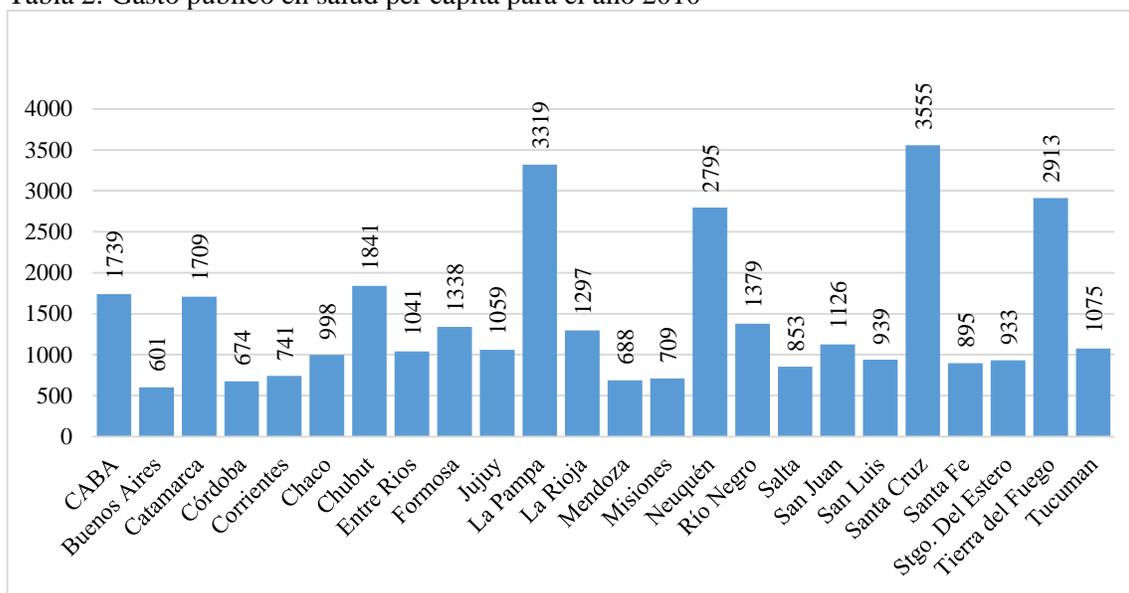
ANEXOS

Tabla 1: Indicadores de salud para el análisis de clústeres (año 2010)

Provincias	Tasa de mortalidad infantil cada 1000 nacidos vivos según provincia de procedencia de la madre	Esperanza de vida al nacer en años
CABA	7.0	77.17
Buenos Aires	12.0	75.18
Catamarca	15.4	75.96
Córdoba	11.1	72.85
Corrientes	16.8	75.97
Chaco	14.7	75.75
Chubut	9.8	74.41
Entre Ríos	11.6	74.98
Formosa	17.8	73.93
Jujuy	13.4	74.82
La Pampa	7.0	76.20
La Rioja	12.6	75.33
Mendoza	11.7	76.33
Misiones	13.2	74.21
Neuquén	9.2	77.29
Río Negro	9.4	76.35
Salta	12.8	74.86
San Juan	11.0	75.23
San Luis	10.7	76.13
Santa Cruz	9.7	75.32
Santa Fe	10.3	75.10
Stgo. Del Estero	14.0	74.25
Tierra del Fuego	9.9	76.98
Tucumán	14.1	75.12

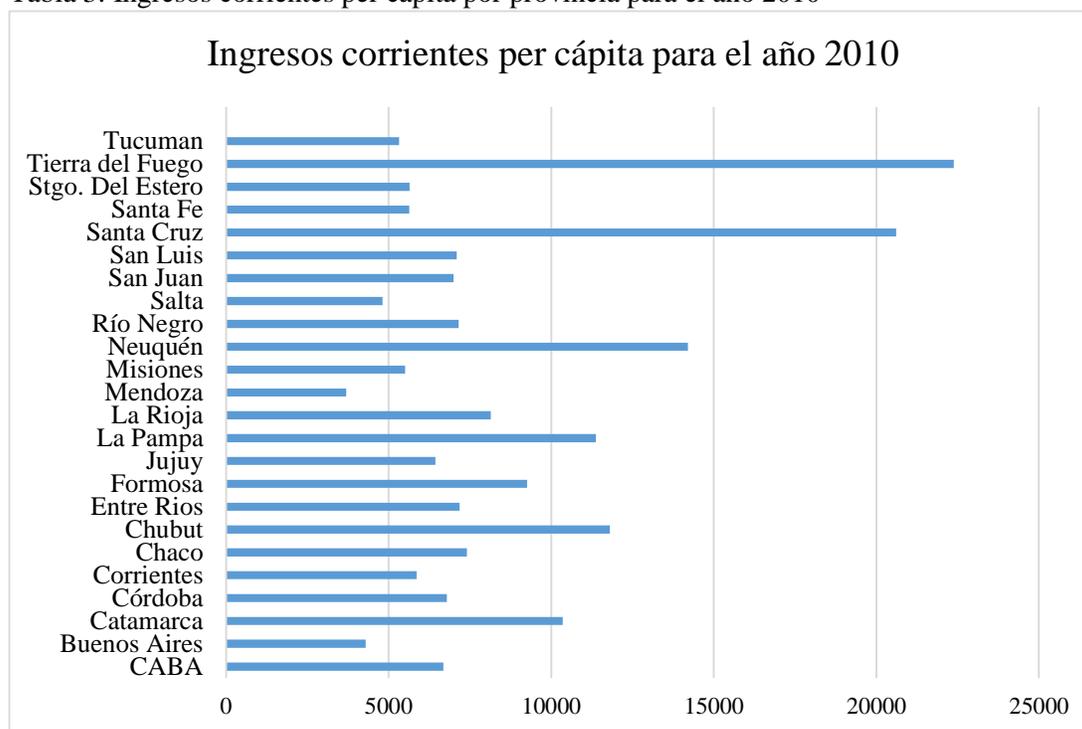
Fuente: Elaboración Propia. Datos extraídos del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

Tabla 2: Gasto público en salud per cápita para el año 2010



Fuente: Información extraída de la Conferencia realizada por el PhD. Carlos Javier Regazzoni “Reforma de salud argentina. Pensar 2013 con expertos”.

Tabla 3: Ingresos corrientes per cápita por provincia para el año 2010



Fuente: Datos extraídos del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas (DNCFP) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Tabla 4: Porcentaje de población sin cobertura médica (Seguridad Social ni Prepaga) para el año 2010

Provincia	Porcentaje (%)
CABA	17,7
Buenos Aires	35,4
Catamarca	39,1
Córdoba	32,9
Corrientes	48,4
Chaco	57,9
Chubut	27,3
Entre Ríos	35,7
Formosa	56,9
Jujuy	45,2
La Pampa	32,3
La Rioja	38,1
Mendoza	37
Misiones	43,6
Neuquén	34,7

Río Negro	34.4
Salta	47.6
San Juan	44
San Luis	39.6
Santa Cruz	16.9
Santa Fe	31.7
Stgo. Del Estero	55.9
Tierra del Fuego	21.5
Tucumán	36.5

Fuente: Datos extraídos del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

Tabla 5: Variables categóricas utilizadas en el análisis de clústeres.

Tasa de mortalidad infantil toma valor 1 si la provincia presenta una Tasa menor a la media de la Argentina para el año 2010 (11,11)⁴. Toma valor 0 en caso de que su Tasa sea mayor a la media.

Esperanza de vida al Nacer toma valor 1 si es mayor al promedio de la Argentina (75.48), y 0 si es menor.

Provincias	Esperanza de vida al nacer	Tasa de Mortalidad Infantil
CABA	1	1
Buenos Aires	0	0
Catamarca	1	0
Córdoba	0	1
Corrientes	1	0
Chaco	1	0
Chubut	0	1
Entre Ríos	0	0
Formosa	0	0
Jujuy	0	0
La Pampa	1	1
La Rioja	0	0
Mendoza	1	0
Misiones	0	0
Neuquén	1	1
Río Negro	1	1
Salta	0	0
San Juan	0	1
San Luis	1	1
Santa Cruz	0	1
Santa Fe	0	1
Stgo. Del Estero	0	0
Tierra del Fuego	1	1
Tucumán	0	0

Fuente: Elaboración propia. Información extraída del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)

⁴ Información extraída de la base de datos del Banco Mundial.