



EQUIDAD EN SALUD
Diagnóstico y perspectivas para la
provincia de buenos aires

Expositora: Malena Monteverde

Año 2019



ESTRUCTURA

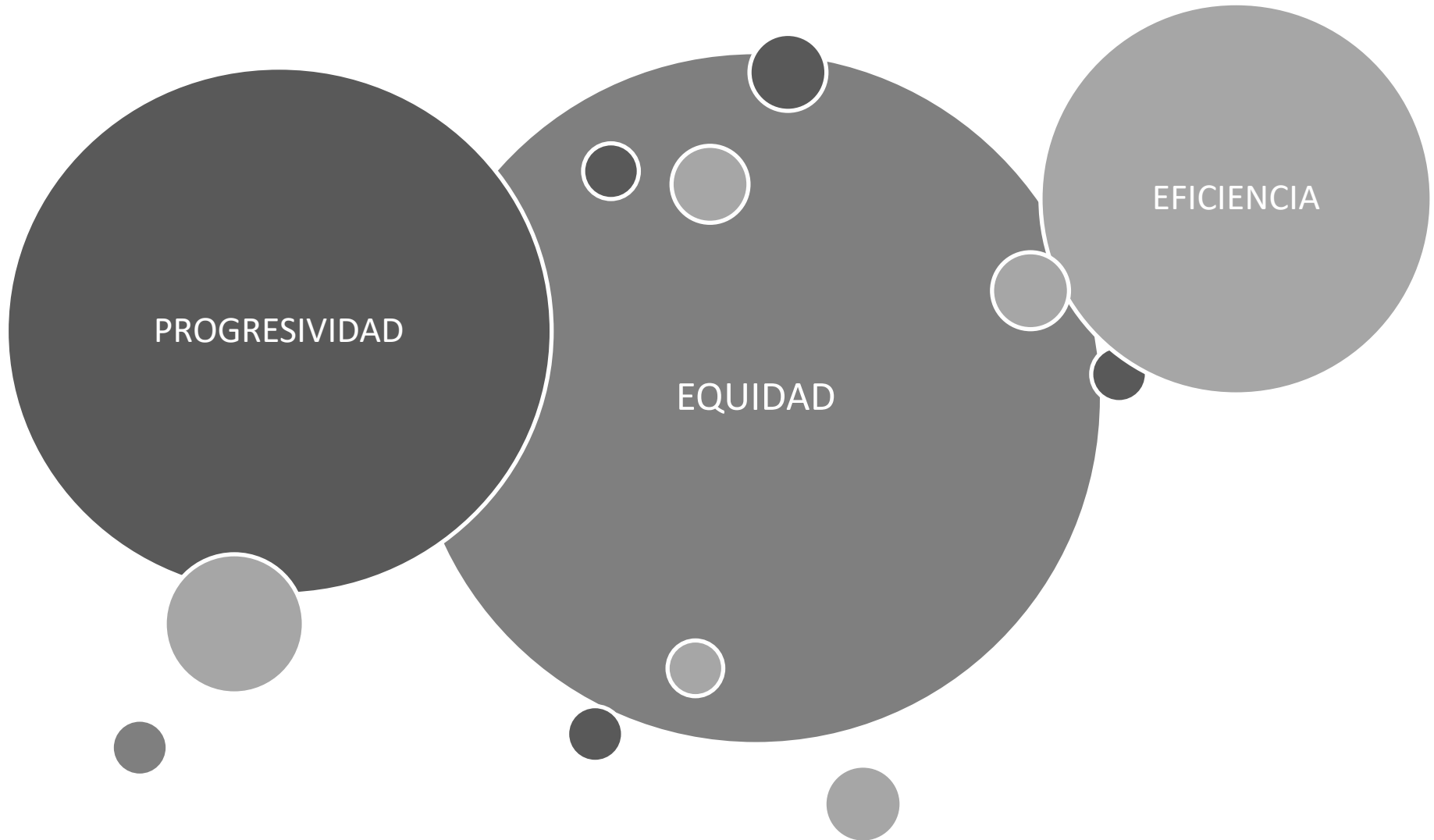
Objetivos

Marco Conceptual y Contextual: Antecedentes, Definiciones y Características

Indicadores: IRS, IRR, GPCSR_PC y GPCSR_RS

Resultados

OBJETIVOS



ANTECEDENTES

A- La equidad en el gasto público en salud. Barbieri, de la Puente & Tarragona (2004)

Objetivo: abordar la “equidad” en el acceso a bienes y servicios de salud provistos por el sector público en la provincia de Buenos Aires, como una medida de su desempeño.

Aportes

- 1- la metodología general para evaluar la equidad en la distribución de las prestaciones públicas de salud,
- 2- la distinción y metodología para la asignación del gasto por ocurrencia y residencia,
- 3- la idea de considerar la necesidad y la población usuaria del sistema como grupo de referencia y
- 4- el concepto de riqueza relativa de los municipios.

B- Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires, por Lago, Moscoso, y Elorza (2012).

Objetivo: analizar el grado de equidad en el acceso a los servicios de atención de la salud ofrecidos por el subsector público a los habitantes sin cobertura de obra social o medicina prepaga de los municipios de la provincia de Buenos Aires.

Aportes al trabajo anterior

- 1- la correlación del gasto entre la población sin cobertura con la Tasa de Mortalidad de los municipios como indicador variable proxy del estatus de salud general de una población;
- 2- descompone el análisis de la equidad/inequidad del gasto por niveles de gobierno, no solo con el consolidado.

A- La equidad en el gasto público en salud. Barbieri, de la Puente & Tarragona (2004)

Existencia de inequidad horizontal y vertical: Usuarios con las mismas necesidades no se benefician por igual (horizontal) y un usuario pobre que reside en un municipio considerado entre el 20% más rico, se beneficia más de dos veces lo que recibe un usuario pobre que vive en un municipio perteneciente al 20% de menor riqueza (vertical... regresividad).

- Relacionado con el modelo de financiamiento y atención.
- Rol municipios en el primer nivel y baja capacidad de generar recursos propios
- Estructura de la coparticipación por salud que, en la Provincia de Buenos Aires, está orientada a la oferta y a la producción de servicios sanitarios y no a la necesidad de la población.
- La coparticipación por salud reviste el carácter de transferencia no condicionada y por lo tanto no es vinculable con ningún gasto en particular.

B. Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires, por Lago, Moscoso, y Elorza (2012).

Misma conclusión principal que el anterior. Agrega: el gasto municipal finalidad salud se distribuye más inequitativamente entre la población sin cobertura de salud que el gasto público en salud en los municipios per cápita. Dado esto se deduce que la intervención provincial tendería a reducir las diferencias existentes en el gasto municipal finalidad salud.

- Esto sugeriría que, en los gobiernos locales con niveles de gasto público en salud en los municipios per cápita bajos, la provincia complementa en mayor medida el gasto en salud realizado, siendo esto deseable desde el punto de vista de la equidad en el acceso.
- Las inequidades geográficas, radican en las diferencias en los recursos públicos disponibles para los gobiernos locales, más que en preferencias respecto del destino del gasto público. La implicación de política en este caso es el replanteo de los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud municipales, más que la distribución del gasto provincial?

APORTES DEL PROYECTO

- Q Estimaciones actualizadas a 2017 y más precisas del gasto público en salud basadas en el criterio de residencia, con la incorporación de las prestaciones de la CABA de las que se benefician los habitantes de la Provincia de Buenos Aires.
- Q Se estima de un índice multidimensional del riesgo en salud (IRS) que busca incluir las distintas dimensiones asociadas con la mayor probabilidad en la necesidad de utilización del subsistema público de salud entre los habitantes de los municipios.
- Q Se realiza una mayor desagregación en la descripción de todos los indicadores con gráficas y mapas con los resultados a nivel de municipios.
- Q Se incorpora la dimensión del análisis a nivel de región sanitaria.
- Q Se estiman coeficientes de correlación como medida sintética para el análisis de la relación entre los indicadores a nivel de partidos en general, de partidos al interior de grupos y de regiones sanitarias, y se presentan promedios de valores entre grupos que den cuenta no solo de la existencia de inequidades sino también de las magnitudes de las diferencias, con identificación clara de los partidos y las regiones más desfavorecidas.
- Q Además del análisis de equidad, se incorpora el análisis del grado de progresividad/regresividad en la distribución del gasto.
- Q Se discute las implicancias que los resultados podrían tener en términos de la eficiencia distributiva del gasto y su efecto en la consecución de los mejores resultados de salud de la población, dado el monto de los recursos públicos destinados.

EQUIDAD

Marco contextual y conceptual

Perspectiva de equidad alrededor de diferentes posiciones cercanas al igualitarismo.

Equidad

es un indicador de justicia social, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

Equidad horizontal

se busca contrastar este principio a partir de la evaluación de si personas con similares necesidades, residentes en diferentes municipios, reciben canastas de servicios públicos de salud similares.

EQUIDAD HORIZONTAL

Personas con necesidades similares de servicios de salud reciben similares canastas de dichos servicios



PROGRESIVIDAD

- ❏ También se relaciona con la perspectiva de equidad alrededor de diferentes posiciones cercanas al igualitarismo.
- ❏ Progresividad: se busca contrastar este principio a partir de la evaluación de la correlación entre la Riqueza Relativa de los Municipios y el gasto en salud per capita ajustado por Riesgo en Salud.
- ❏ La situación deseable (progresiva) sería: la correlación negativa de lo anterior, es decir mayor gasto público en salud per capita entre los municipios menos ricos (compensatorio de la supuesta menor capacidad de provisión y demanda privada de cuidados de salud).

PROGRESIVIDAD Y EQUIDAD VERTICAL

Personas en municipios menos ricos, pero igual riesgo en salud, tienen mayor necesidad de los servicios PÚBLICOS destinados a salud



EFICIENCIA

- ❓ Evaluación de cómo la distribución de los recursos públicos entre los municipios puede afectar a este objetivo (el de eficiencia).
- ❓ Se trata de una perspectiva relacionada con la Eficiencia Distributiva (diferente a la eficiencia técnica): es decir, dado un monto de recursos, como afecta a los resultados finales el modo que se distribuyen los mismos?
- ❓ Se asume: homogeneidad en la eficiencia técnica entre los municipios y un comportamiento "tipo" de la función de producción salud a saber: rendimientos marginales crecientes en un primer tramo de la función, para luego pasar a decrecer o incluso estancarse.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

Al igual que a nivel nacional, el sistema de salud se encuentra constituido por tres subsistemas: público, privado y seguridad social.

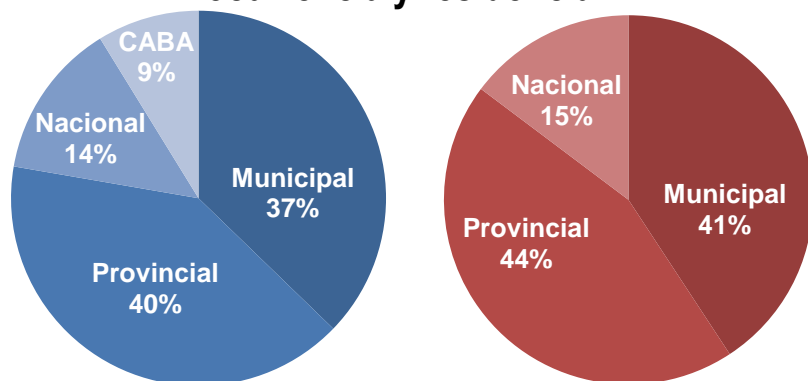
El 65% de la población cuenta con seguro de salud, adicional a la cobertura brindada por el sector público de acceso universal. En algunos casos el sector público es único efector.

Entre los grupos de edad, la población de más de 65 años es la que tiene mayor cobertura, a través de PAMI.

	% Población Provincia de Bs As
Cobertura de salud de la población	
Obra social (incluye PAMI)	47,8%
Prepaga a través de obra social	10,8%
Prepaga por contratación voluntaria	4,7%
Programas o planes estatales de salud	1,4%
Sin cobertura formal	35,3%
Total	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a CNPhyV 2010 (CeLADE-CEPAL, 2010)

Estructura del Gasto Público en Salud por ocurrencia y residencia



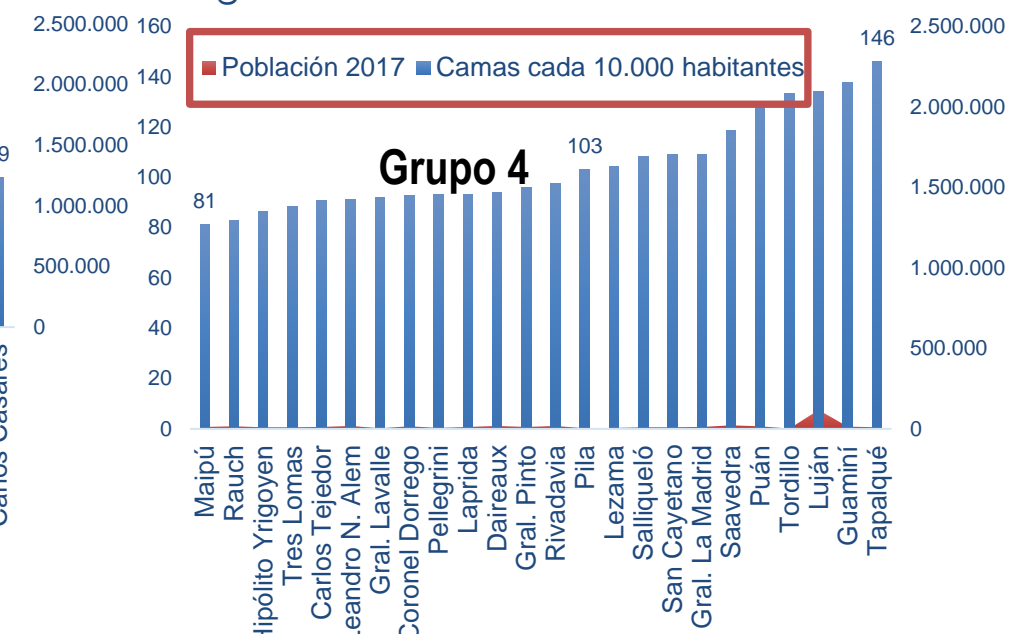
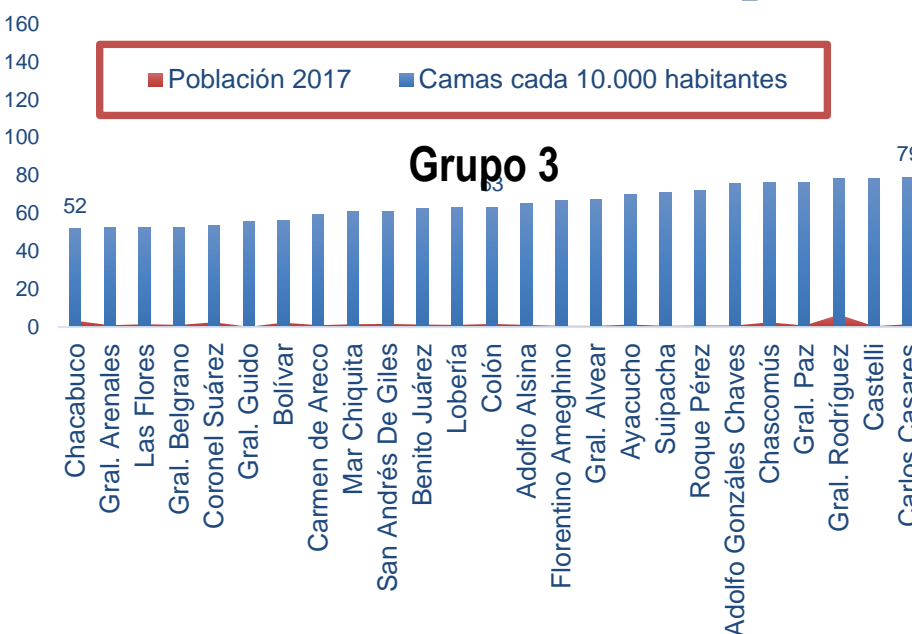
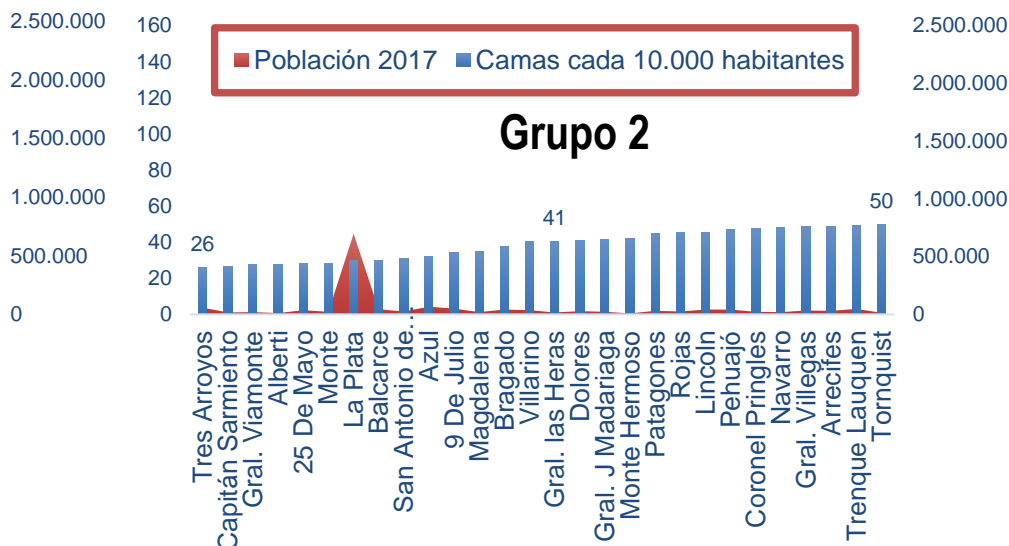
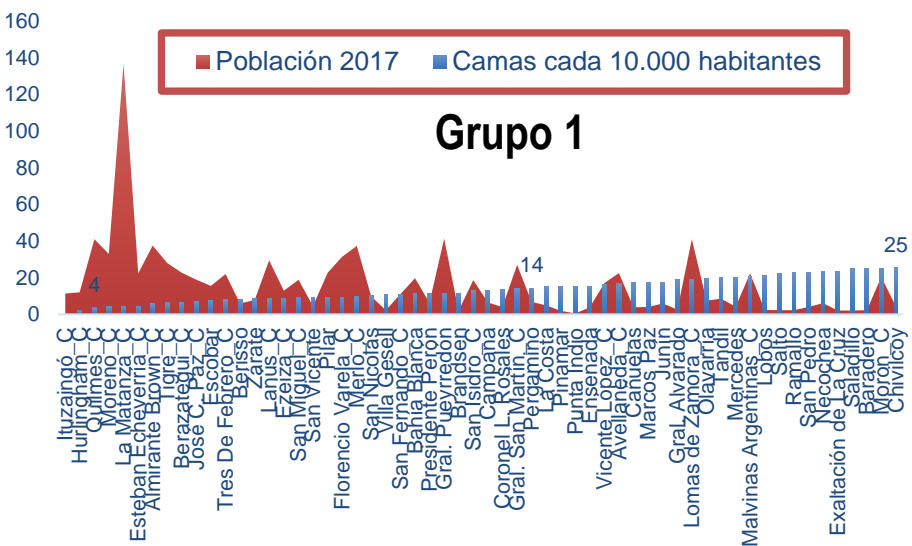
El sistema de salud, es regido por el Ministerio de Salud provincial, encargado de la coordinación y regulación del sistema como un todo en sus tres niveles.

El financiamiento provincial y municipal determinan principalmente la oferta de servicios públicos.

El primer nivel de atención es provisto por los municipios mientras que el segundo y la AC es compartido entre provincia y municipios, y en menor proporción por el nivel nacional

Fuente: Elaboración propia en base a información del Presupuestos Abierto de Nación 2017. Ministerio de Hacienda de la Nación Presupuesto Abierto. Ejecución Presupuestaria de la Provincia de Buenos Aires 2017. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Ejecución Presupuestaria de los Municipios 2017. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Rendimientos hospitalarios. Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

OFERTA DE SERVICIOS. CAMAS CADA 10 MIL HABITANTES Y POBLACIÓN, POR GRUPOS

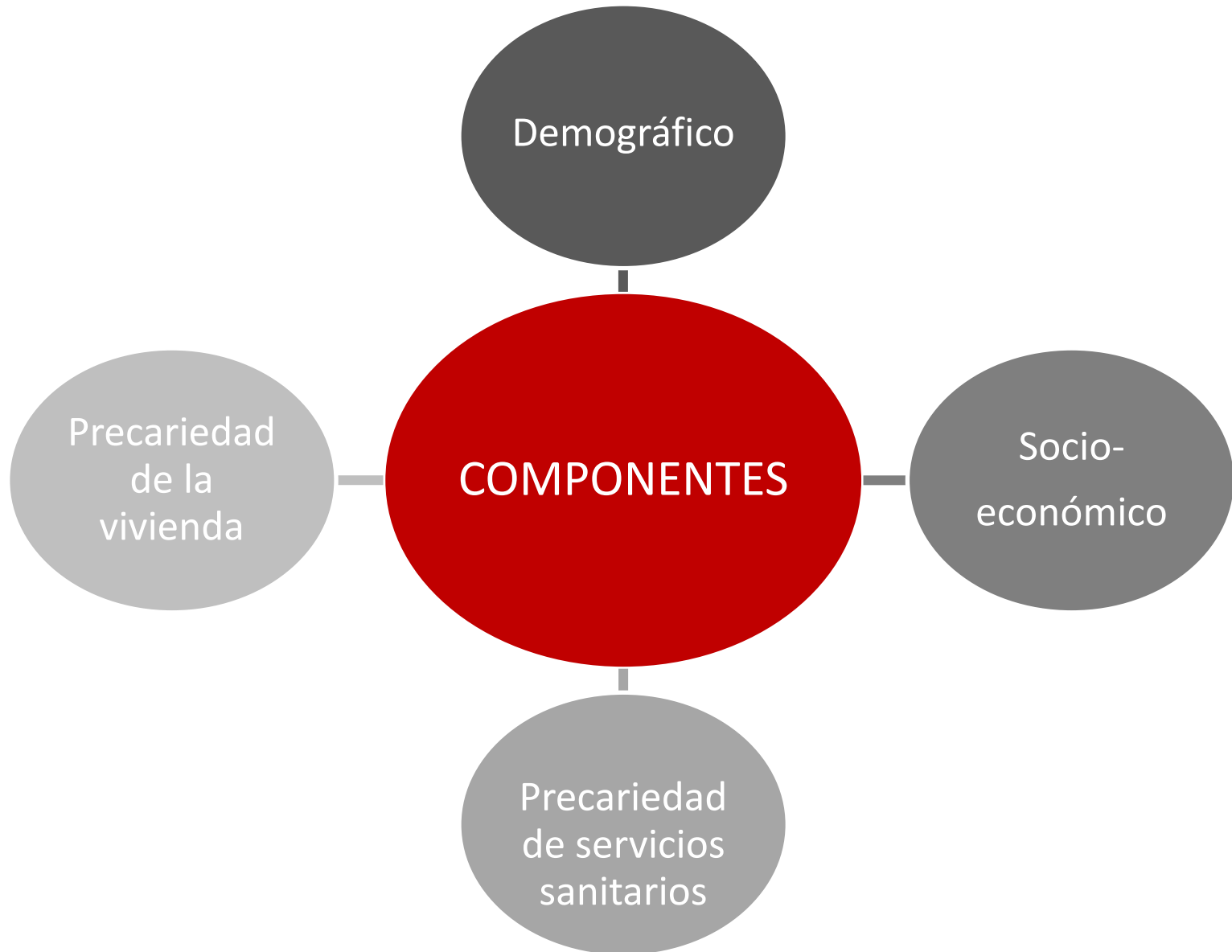


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada DIS, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2019) y de proyecciones oficiales de población de 2017 (INDEC/DPE, 2015)

Objetivo

Medida útil evaluar si la distribución efectiva de las prestaciones y del Gasto Público en Salud (GPS) entre los municipios, se corresponde con un patrón de necesidad potencial de dichos servicios

ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)



ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

- Población que reside en hogares donde hay grupos que edad o situación de discapacidad demandan mayor asistencia de servicios de salud

Niños, ancianos, mujeres en edad fértil y discapacitados

Demográfico

- Considera el nivel educativo del jefe del hogar
- Población en hogares cuyo jefe presenta nivel de instrucción nivel primario completo o inferior (sin instrucción, inicial, primario o EGB incompleto, primario o EGB completo y educación especial)

Socioeconómico

Precariedad de la vivienda

- Población que reside en viviendas con materiales de baja calidad
- Población en hogares cuyo Indicador de Calidad de los Materiales (INMAT) tomara valores 3, (vivienda con materiales poco resistentes) y 4 vivienda con materiales de baja calidad en pisos y techos.

Precariedad de servicios sanitarios

- Población que reside en hogares con conexión a los servicios de saneamiento insuficiente,
- Población que vive en hogares que no dispone de agua de red pública, no desagüe cloacal a red pública o cámara séptica.

ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

Se asume que el componente demográfico CD_{iM} y el CSE_{iM} conjuntamente considerados son indicadores de exposición al riesgo para la salud e indicadores de vulnerabilidad socioeconómica estructurales,

los componentes de precariedad de la vivienda y de los servicios sanitarios representan en sí mismos indicadores de exposición al riesgo de salud y de vulnerabilidad socioeconómica, y se les otorga el mismo peso a cada uno

$$IDi_M = 0,25 * CPV_{iM} + 0,25 * CSS_{iM} + 0,5 * CD_{iM} * CSE_{iM}$$

ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

Grupo 1

- IDi_M entre 8 y 28

Grupo 2

- IDi_M entre 28 y 31

Grupo 3

- IDi_M entre 31 y 36

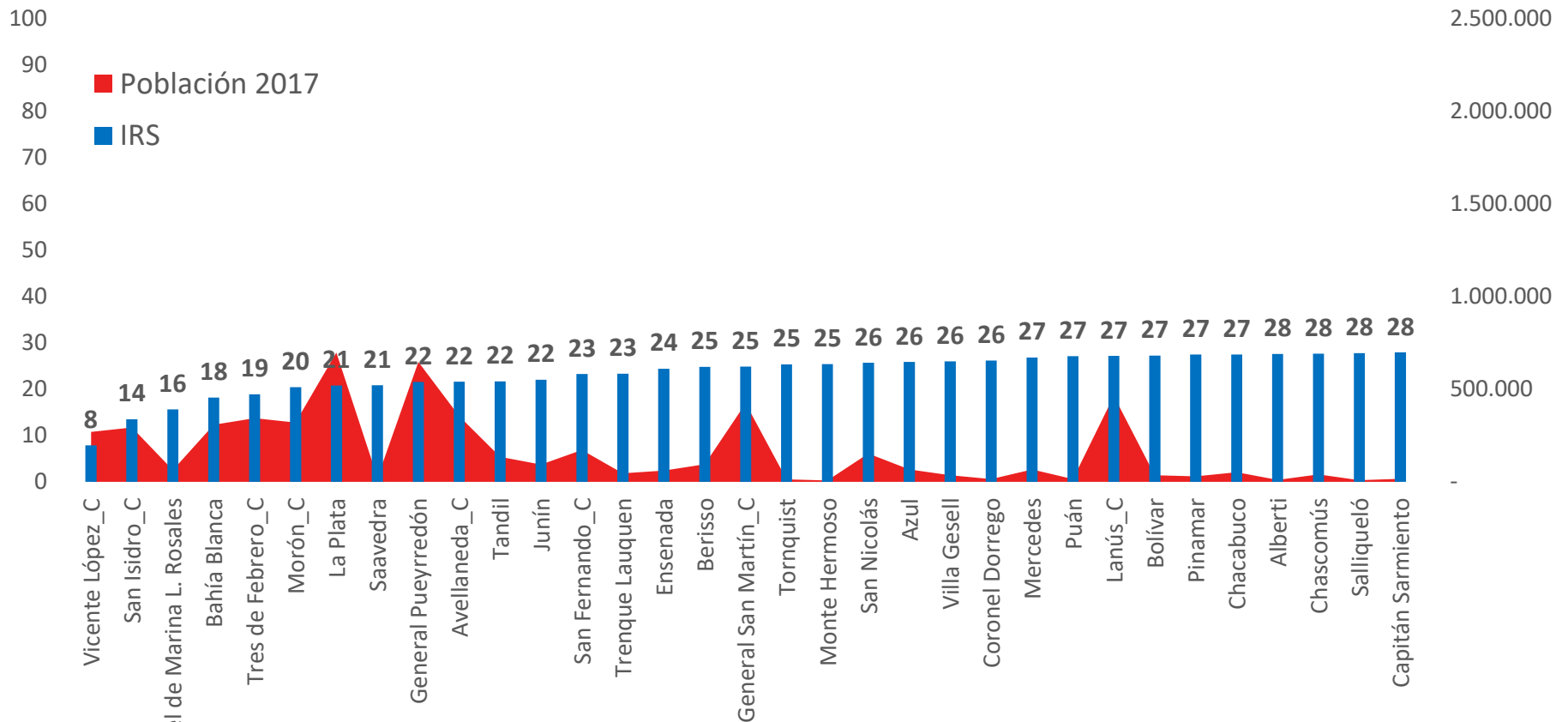
Grupo 4

- IDi_M mas de 36

ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

Grupo 1: Rango IRS Menor a 28

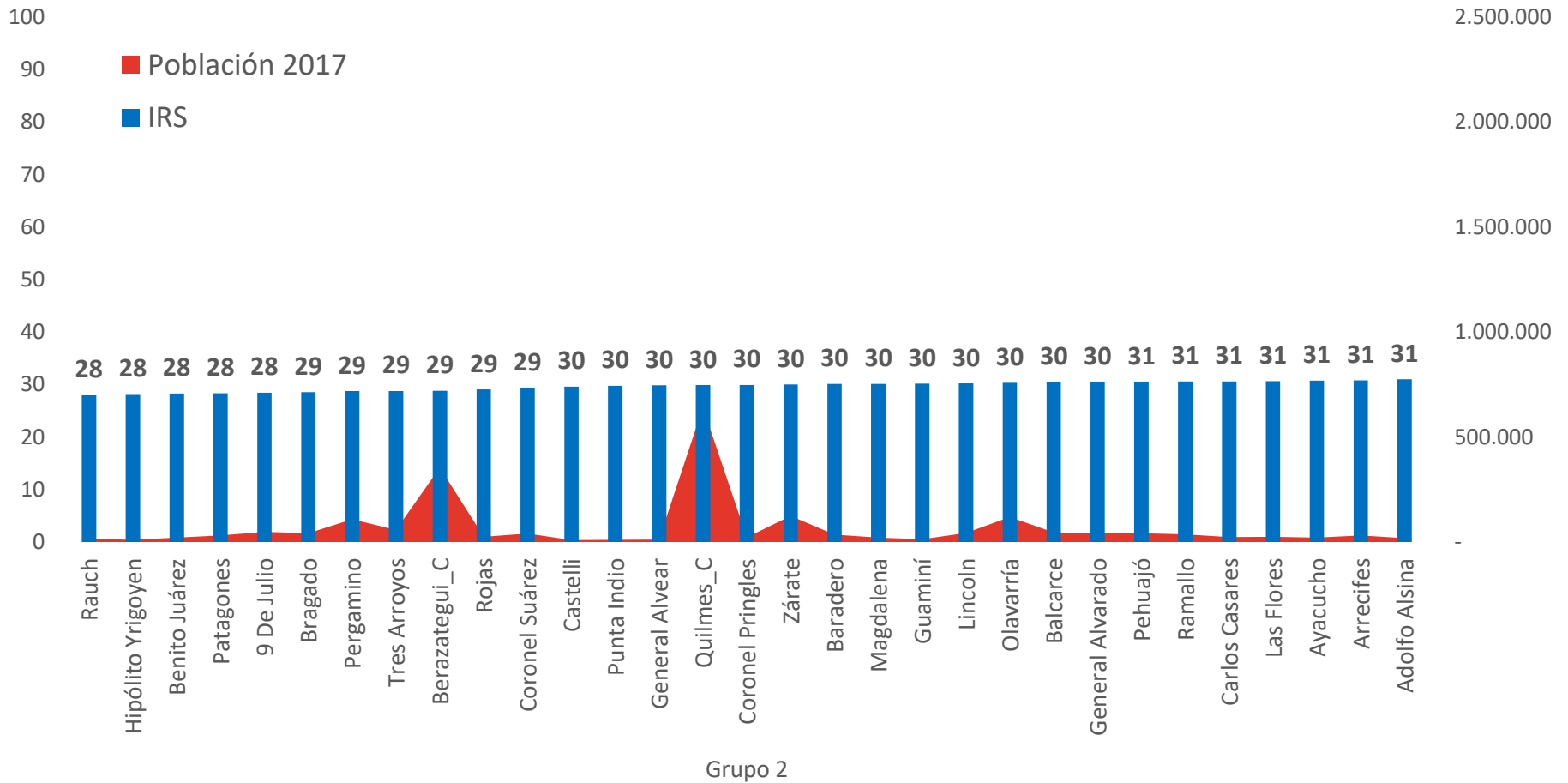
Índice de Riesgo de Salud (IRS) y población en millones



ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

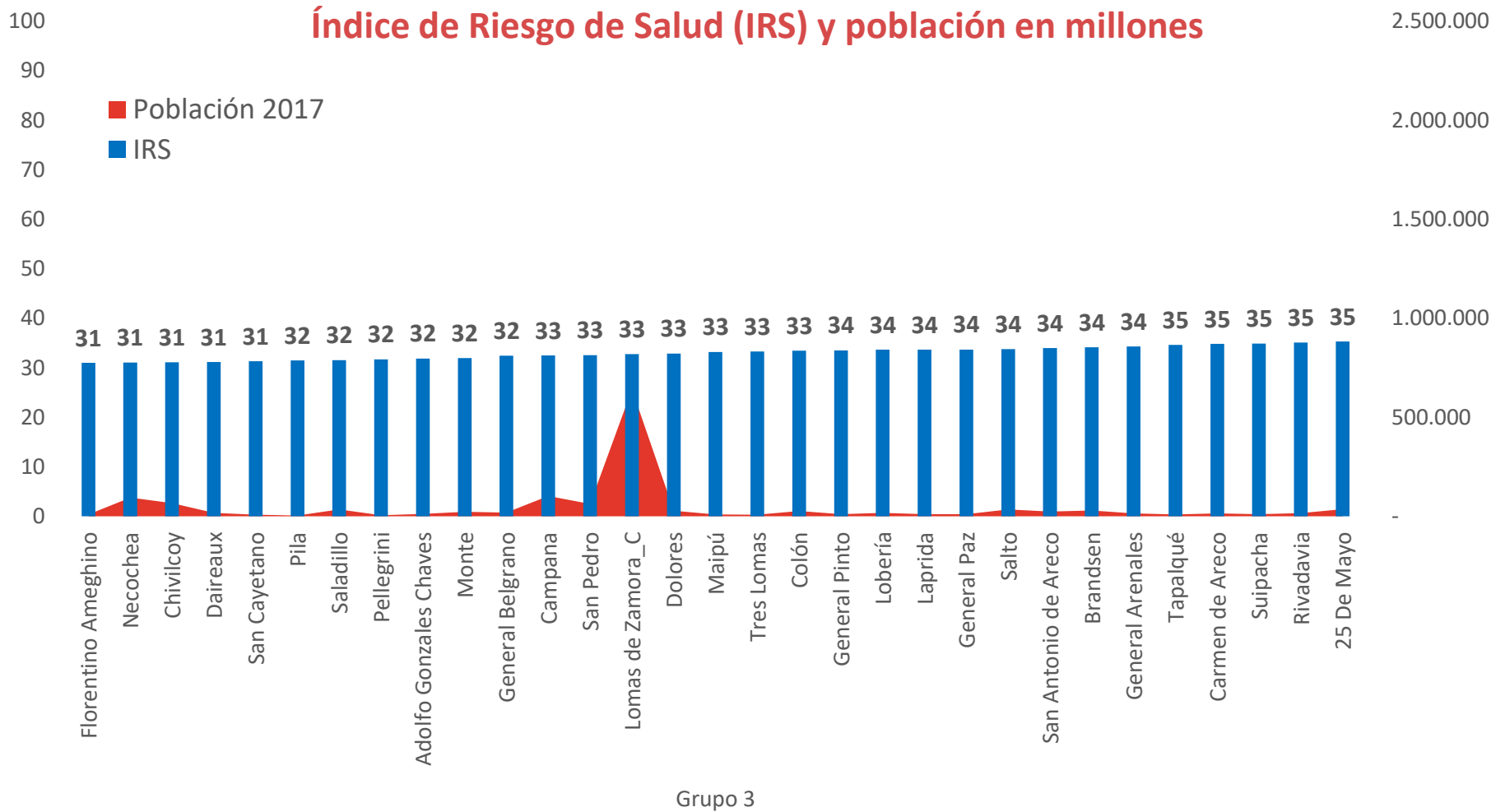
Grupo 2: Rango IRS 28-31

Índice de Riesgo de Salud (IRS) y población en millones



ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

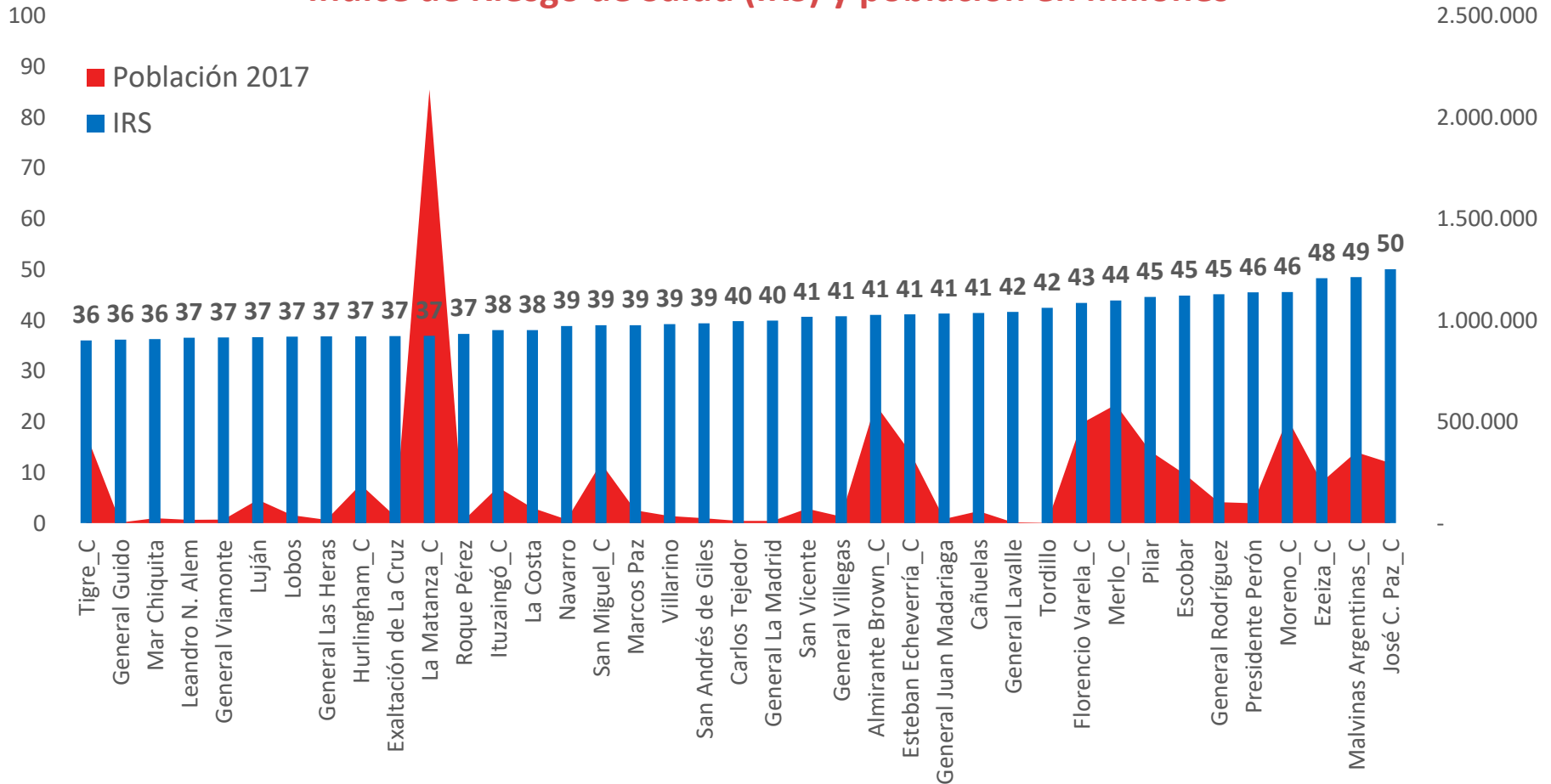
Grupo 3: Rango IRS 31-35



ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

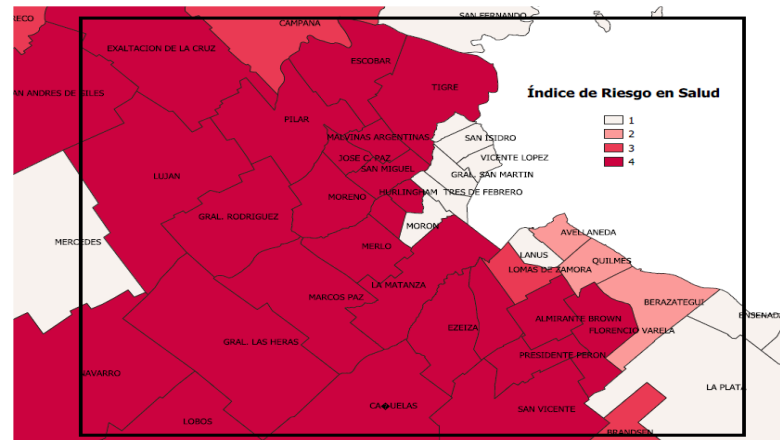
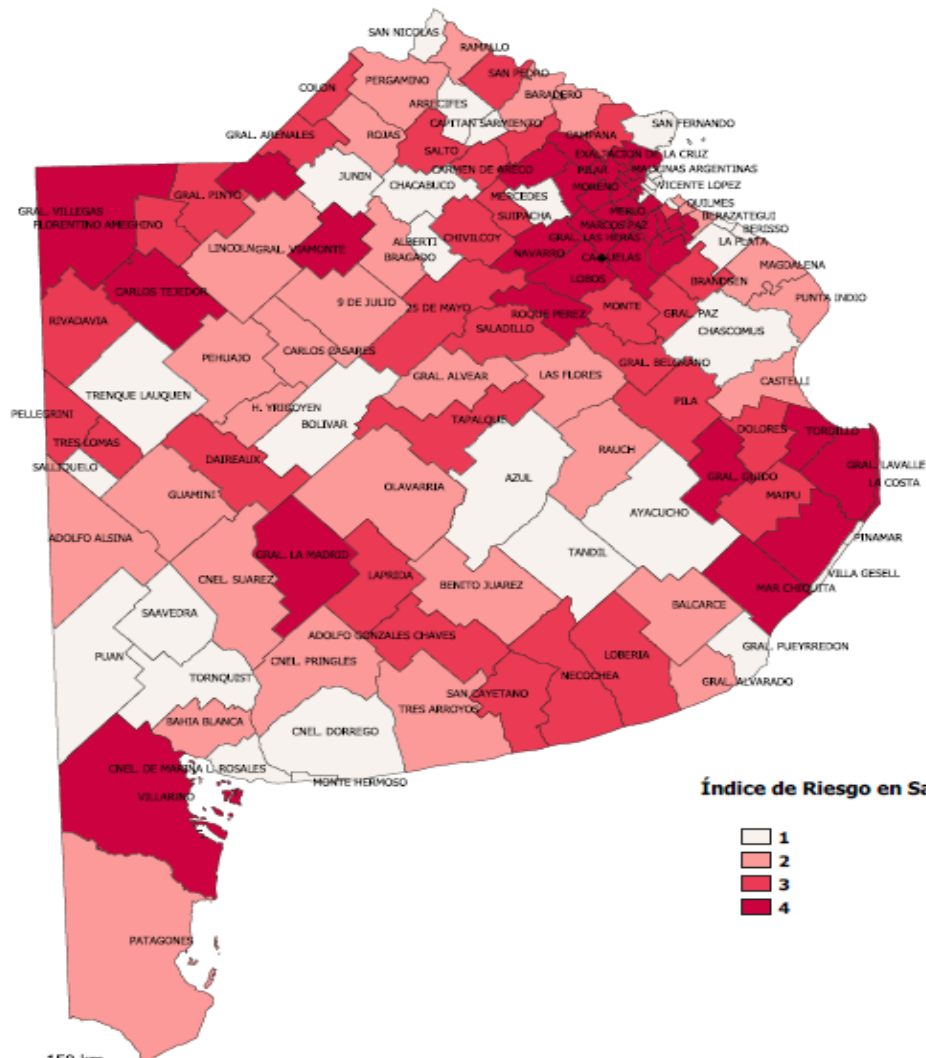
Grupo 4: Rango IRS más de 36

Índice de Riesgo de Salud (IRS) y población en millones



ÍNDICE DE RIESGO EN SALUD (IRS)

Mapa IRS. Provincia de Buenos Aires. Año 2010



ÍNDICE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

ÍNDICE RIQUEZA
RELATIVA (IRR)



ÍNDICE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

ÍNDICE DE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

PBG

- las actividades productivas con mayor valor agregado propician mayor renta y empleo a los habitantes
- se asocian a mayor recaudación fiscal a través de impuestos, para medir la riqueza se utilizan indicadores económicos que
- de forma indirecta y de forma indirecta constituyen aproximación cuantitativa al nivel de recursos económicos y financieros disponibles o existentes en un municipio

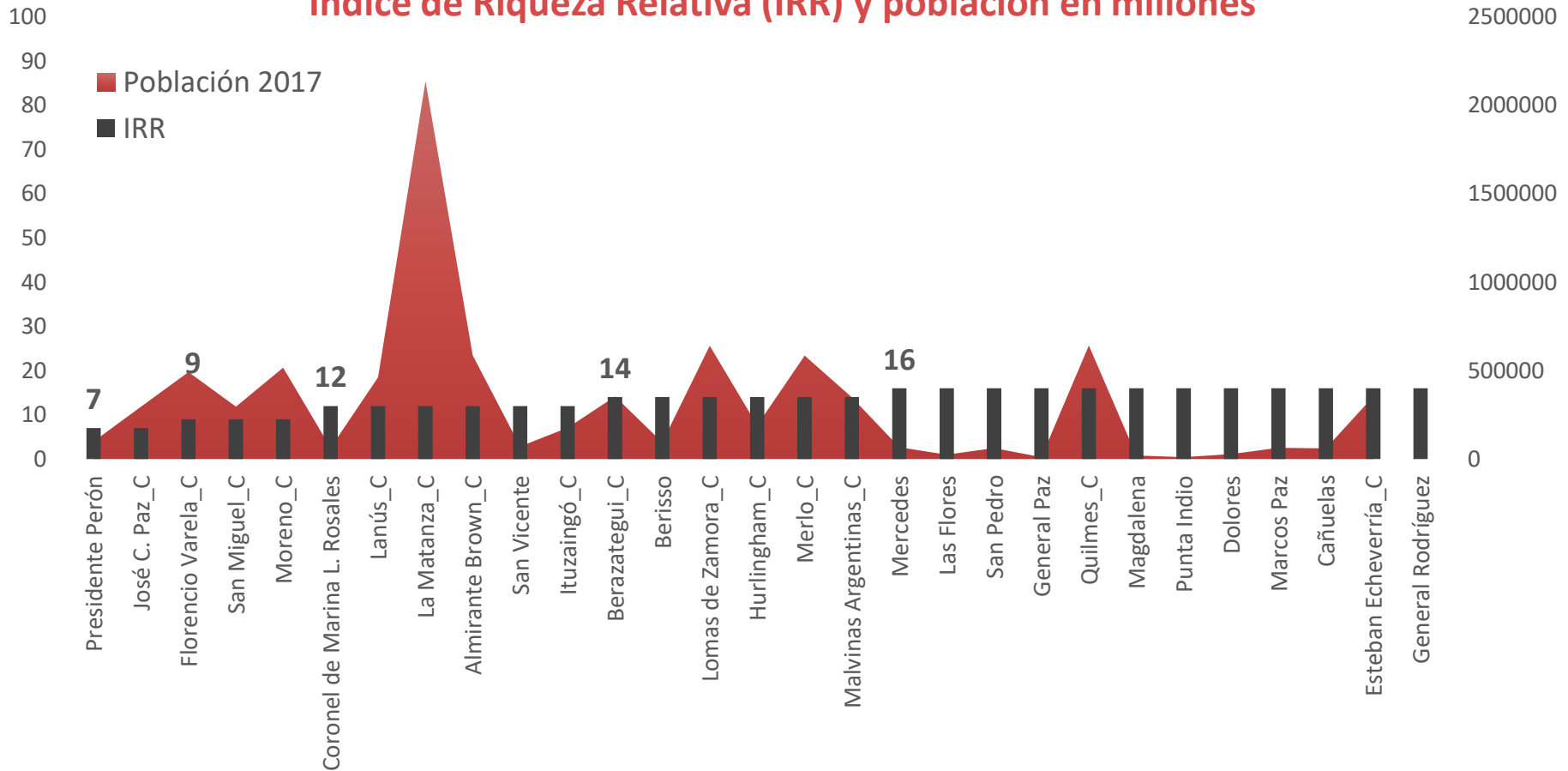
PBG_{pc}

- $IRR_i = (PBG_{i_pc} / PBG_{i-1_pc}) * IRR_{i-1}$
- El IRR toma valores que van de 7 para los municipios menos ricos a 100 para los más ricos relativamente.

ÍNDICE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

Grupo 1

Índice de Riqueza Relativa (IRR) y población en millones

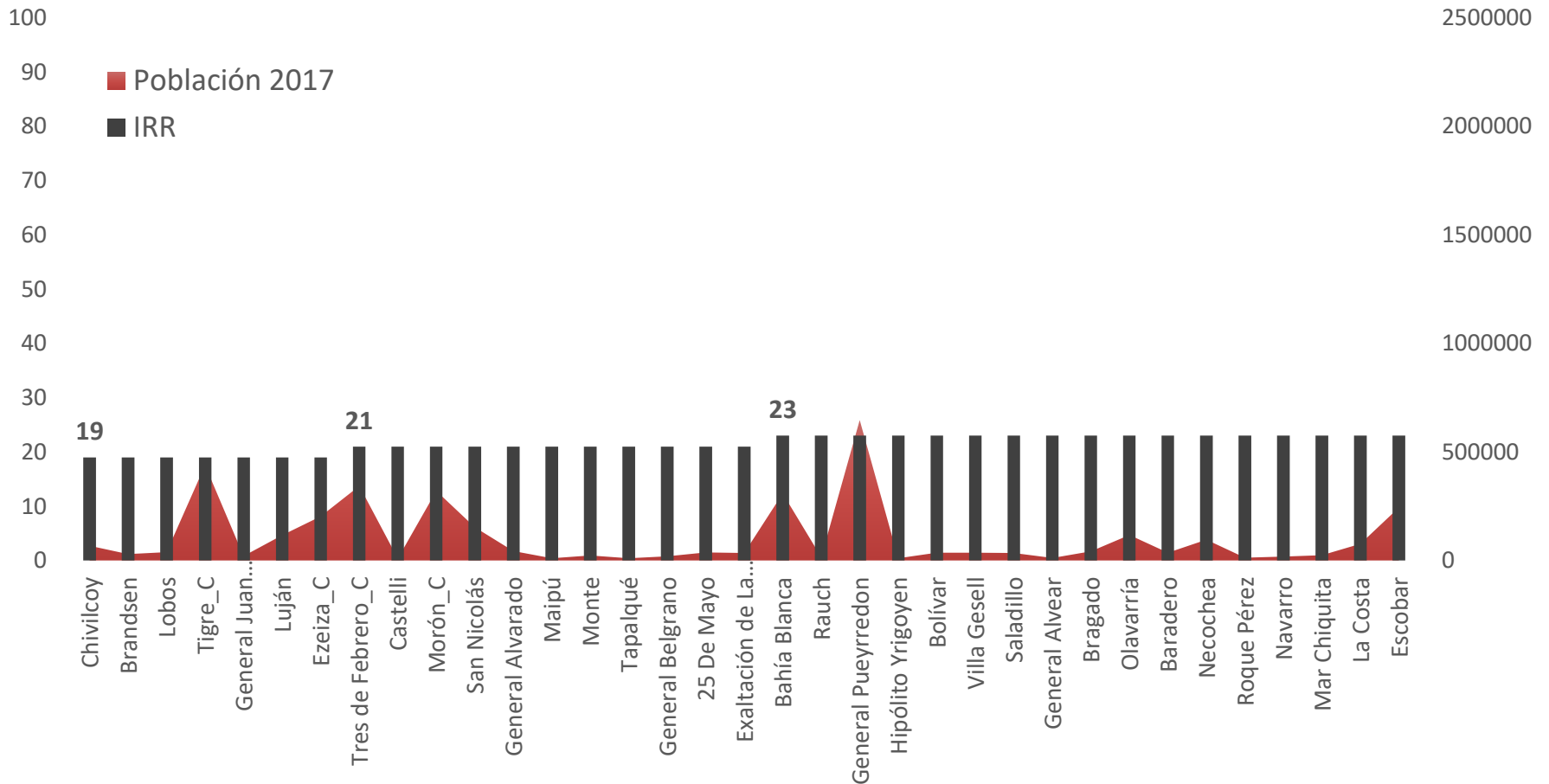


Grupo 1

ÍNDICE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

Grupo 2

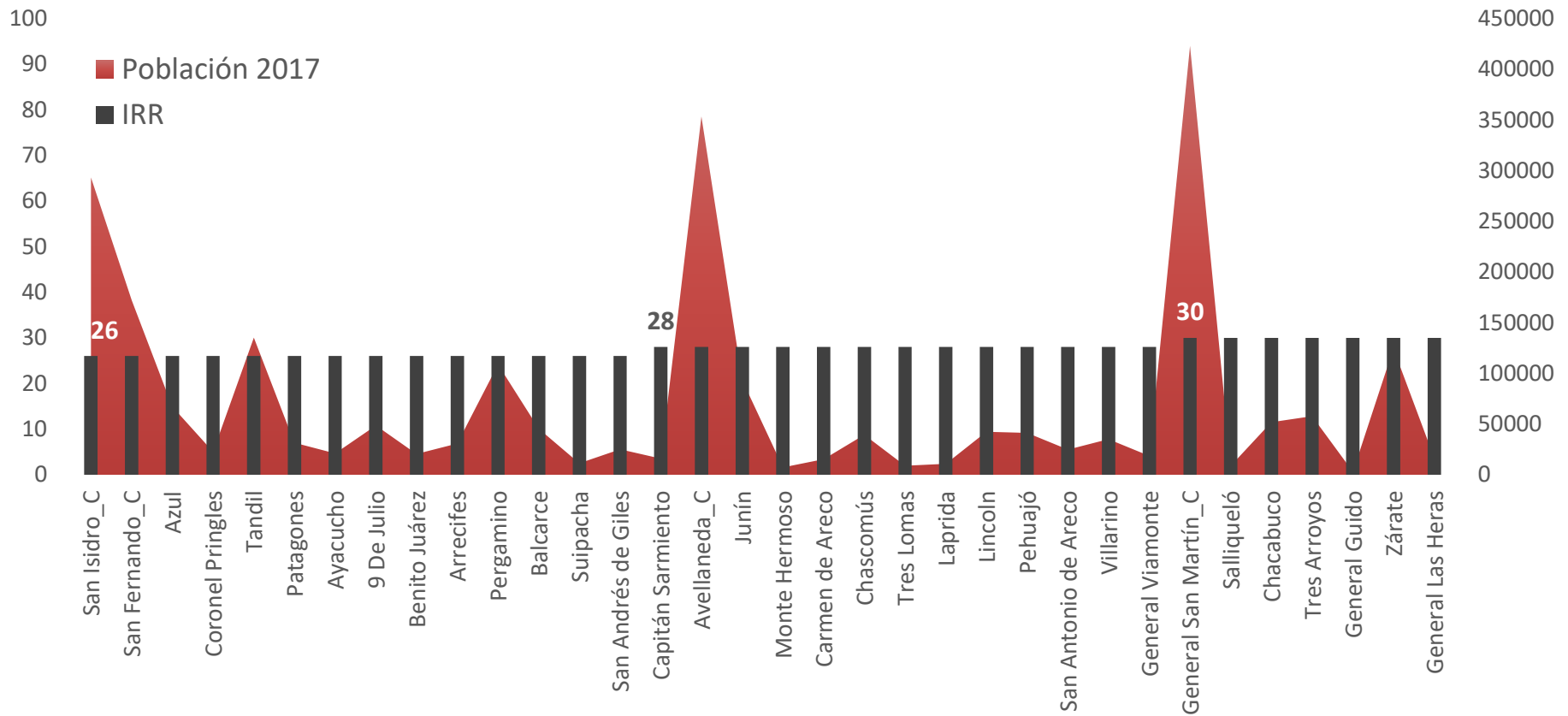
Índice de Riqueza Relativa (IRR) y población en millones



ÍNDICE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

Grupo 3

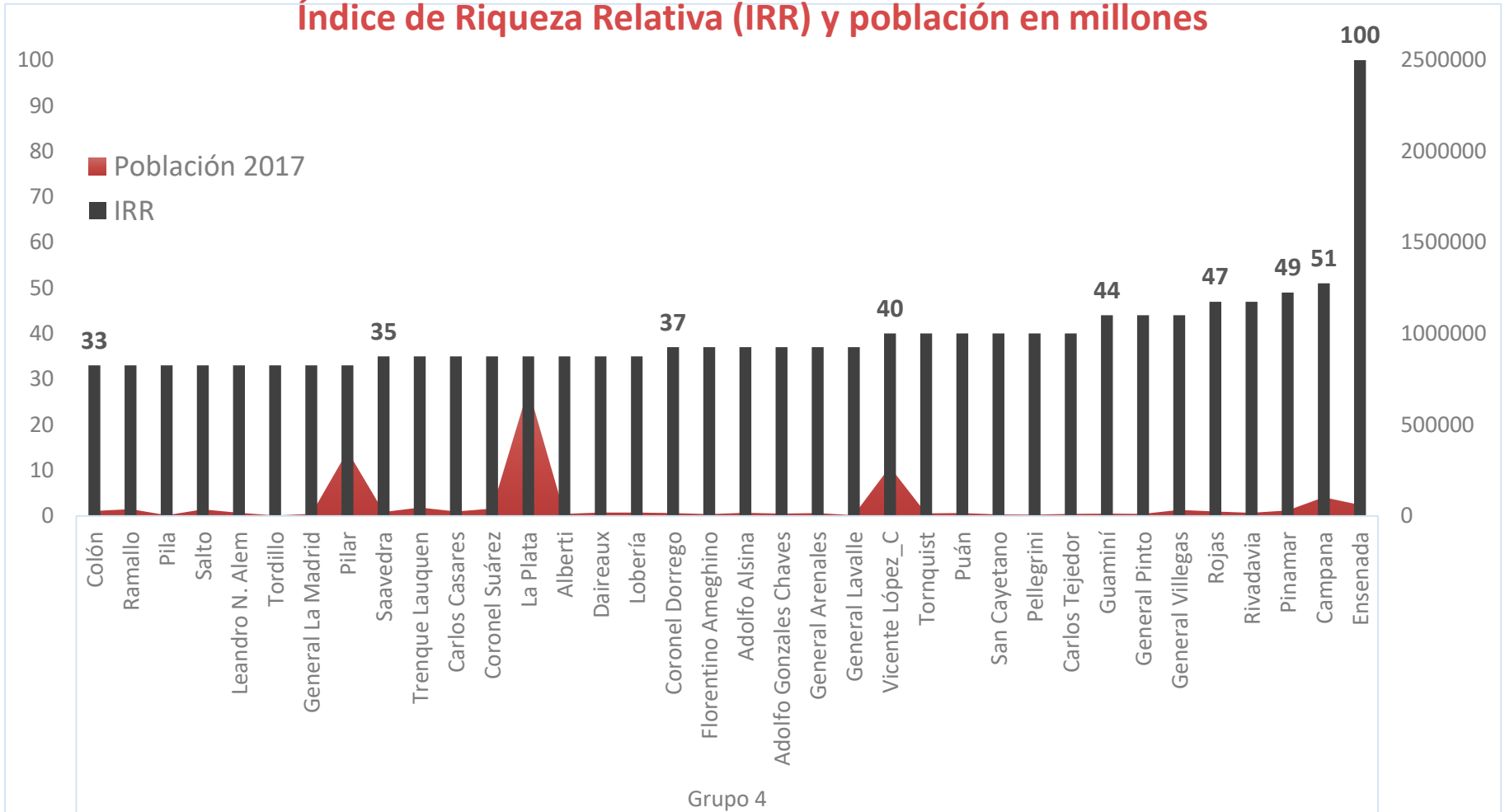
Índice de Riqueza Relativa (IRR) y población en millones



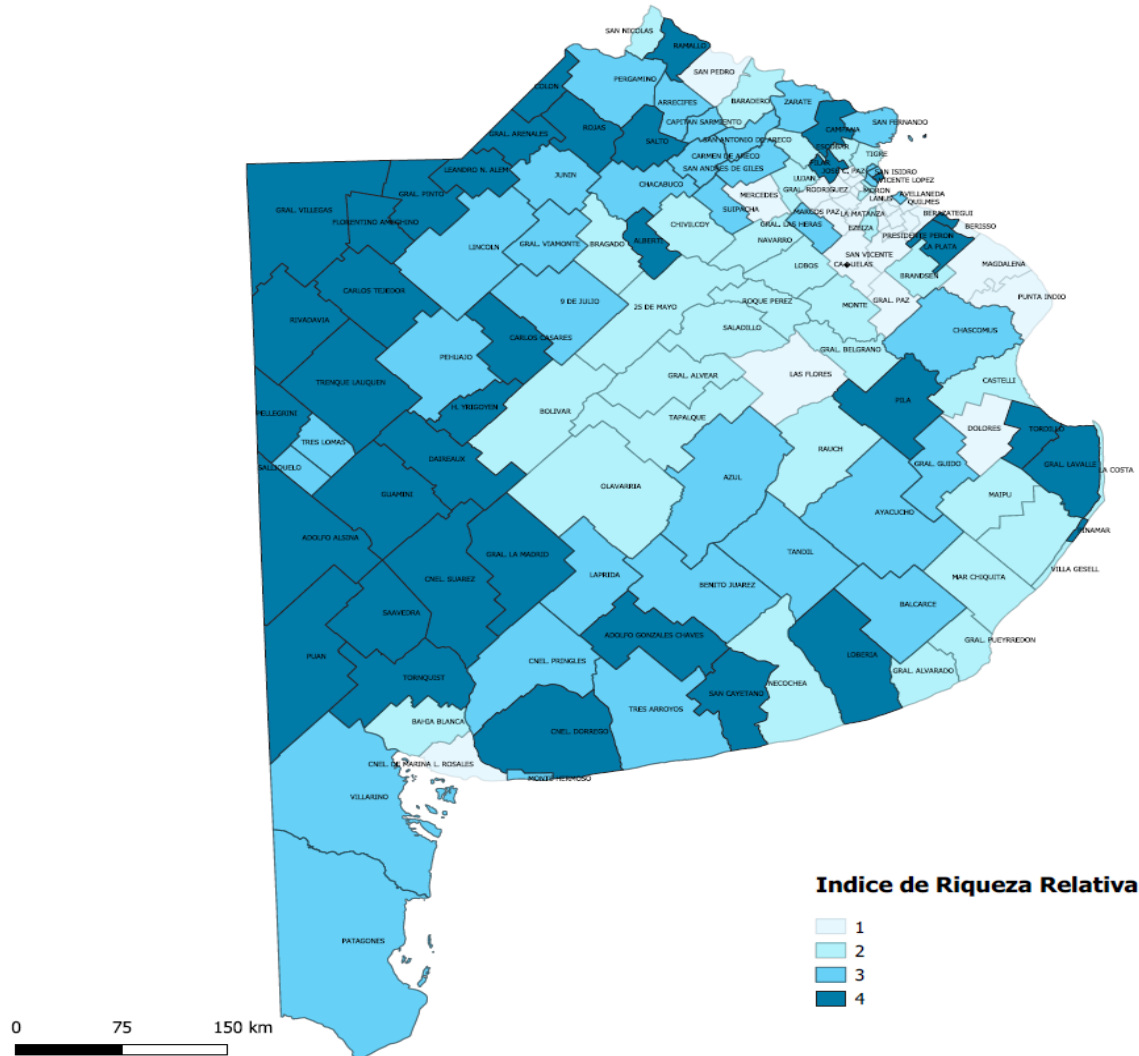
ÍNDICE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

Grupo 4

Índice de Riqueza Relativa (IRR) y población en millones

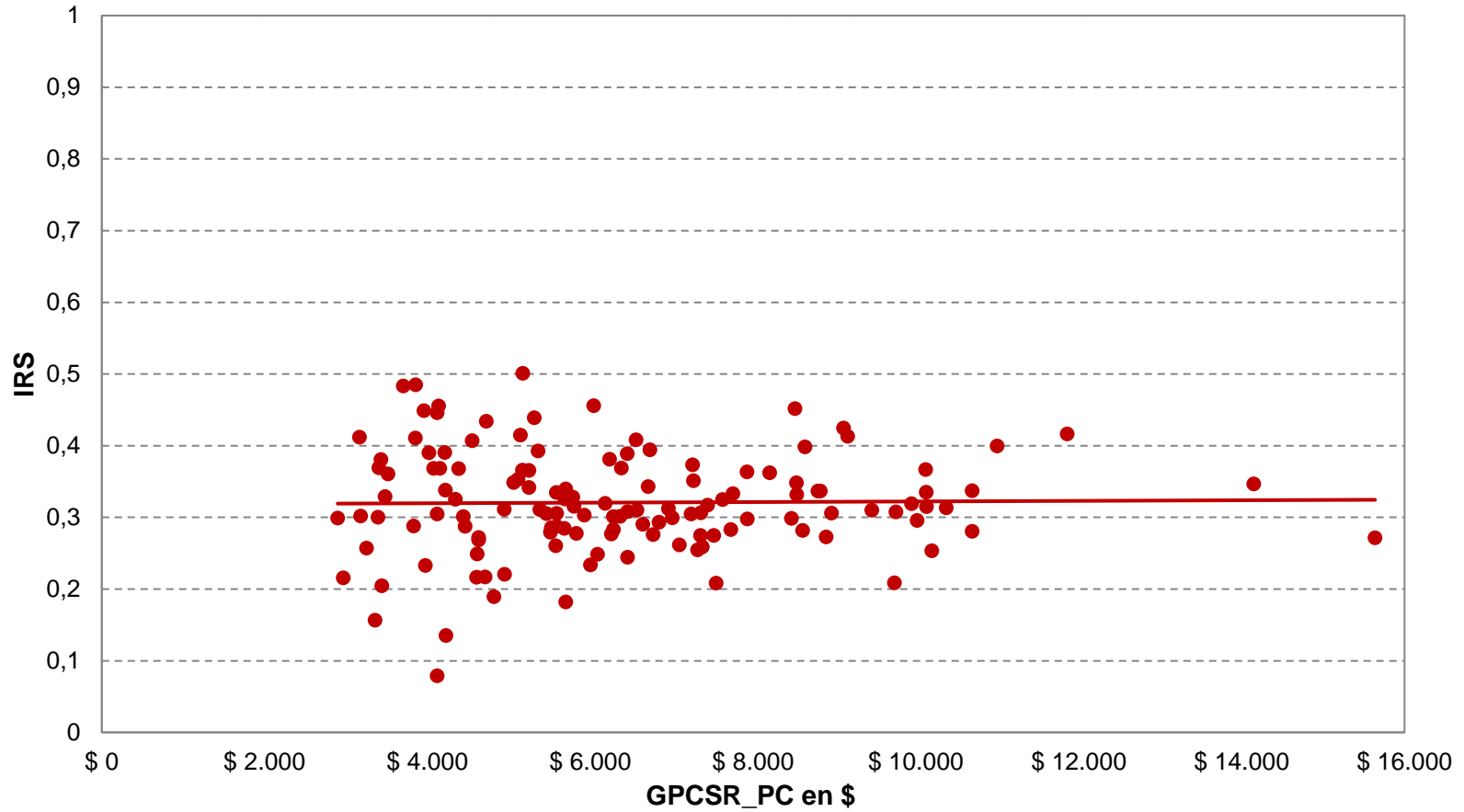


ÍNDICE RIQUEZA RELATIVA (IRR)

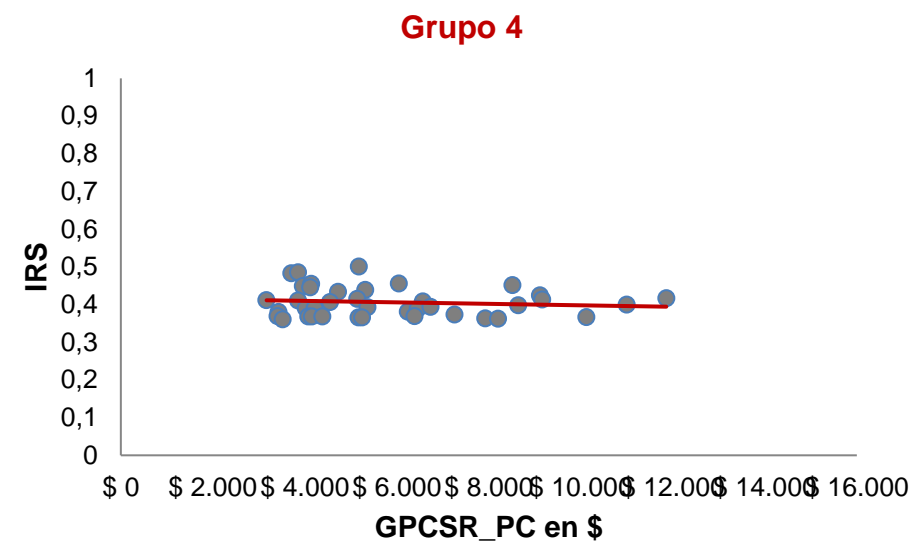
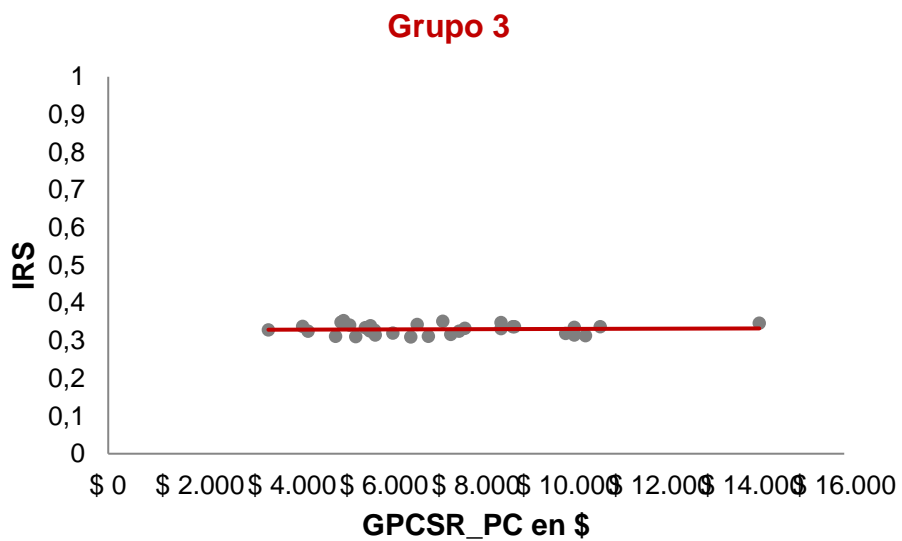
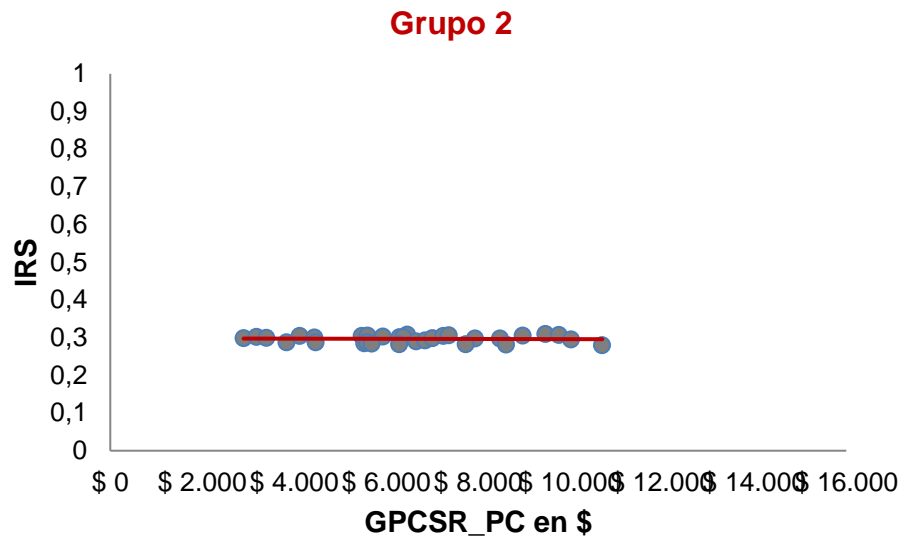
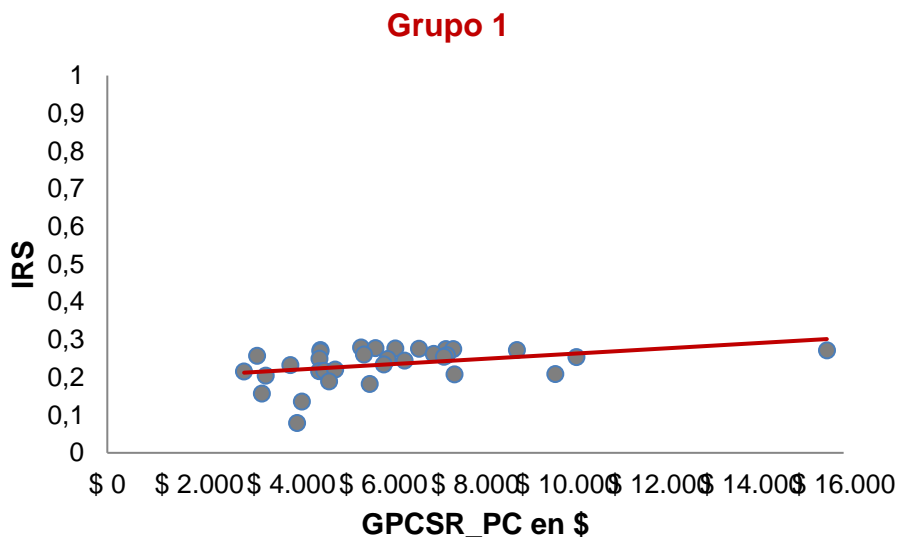


RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y EL RIESGO EN SALUD DE LOS MUNICIPIOS

Gasto Público en Salud Consolidado por Residencia per cápita por población e índice de riesgo en salud. Provincia de Buenos Aires. 2017



RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y EL RIESGO EN SALUD DE LOS MUNICIPIOS, POR GRUPO DE MUNICIPIOS SEGÚN EL IRS



RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y EL RIESGO EN SALUD DE LOS MUNICIPIOS, POR GRUPO DE MUNICIPIOS SEGÚN EL IRS

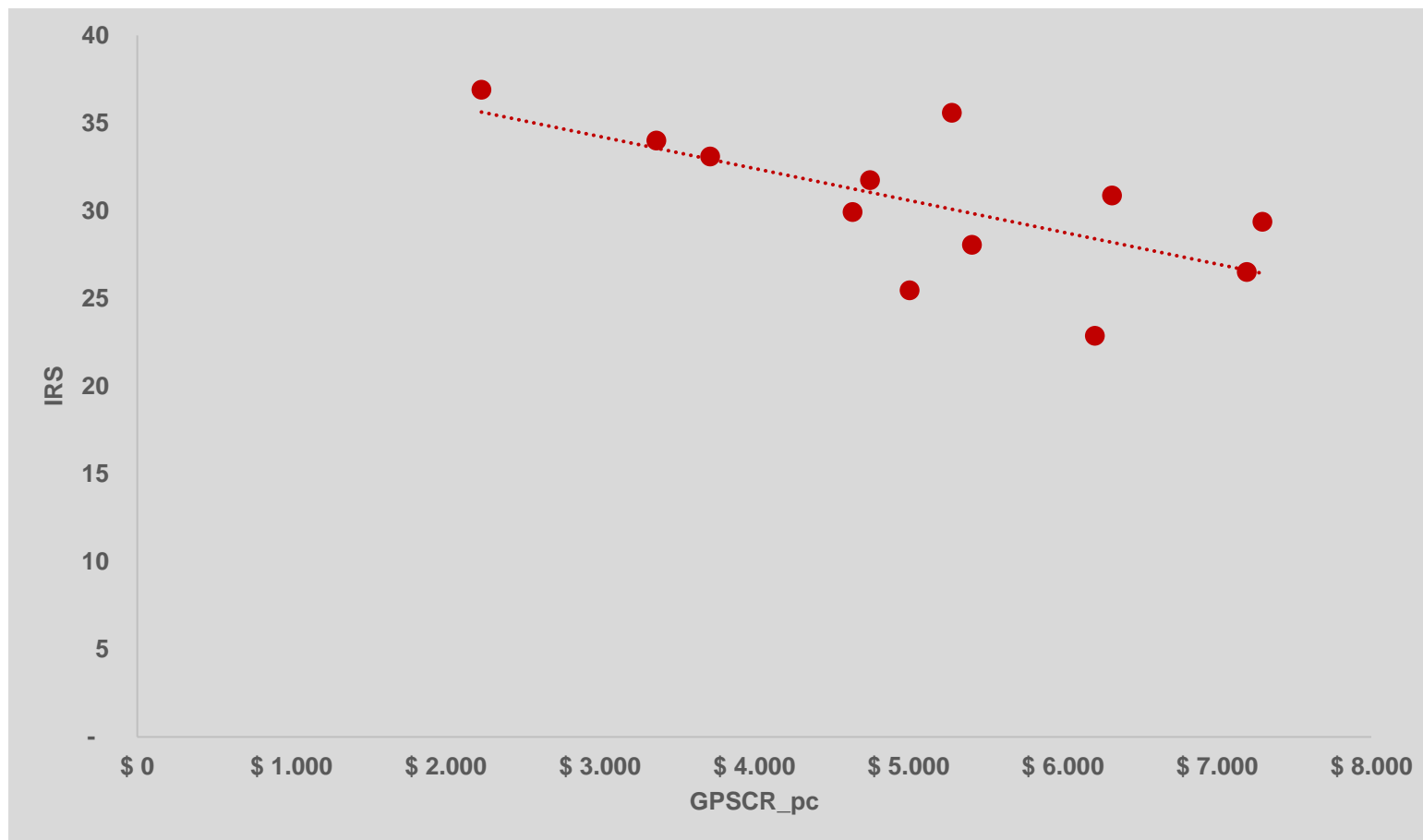
Cuadro 14. Caracterización de los grupos de municipios de la Provincia de Buenos Aires, según IRS, GPCSR_pc y Coeficiente de correlación. 2017

Grupo	Rango de IRS	IRS promedio del grupo	GPCSR_pc Promedio \$	Coeficiente de correlación
Grupo 1	entre 0,07 y 0,27	0.23425865	\$ 6.097,2	0.3779
Grupo 2	más de 0,27 menos de 0,31	0.29677633	\$ 6.524,3	-0.0295
Grupo 3	más de 0,31 menos de 0,36	0.3300244	\$ 7.193,7	0.0677
Grupo 4	más de 0,36	0.40568448	\$ 5.870,0	-0.1142

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Presupuestos Abierto de Nación 2017 (Ministerio de Hacienda de la Nación Presupuesto Abierto, 2019), Ejecución Presupuestaria de la Provincia de Buenos Aires 2017 (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 2019), Ejecución Presupuestaria de los Municipios 2017 (Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos A, 2019) y proyecciones oficiales de población de la Provincia de Buenos Aires por municipio 2017 (INDEC/DPE, 2015)

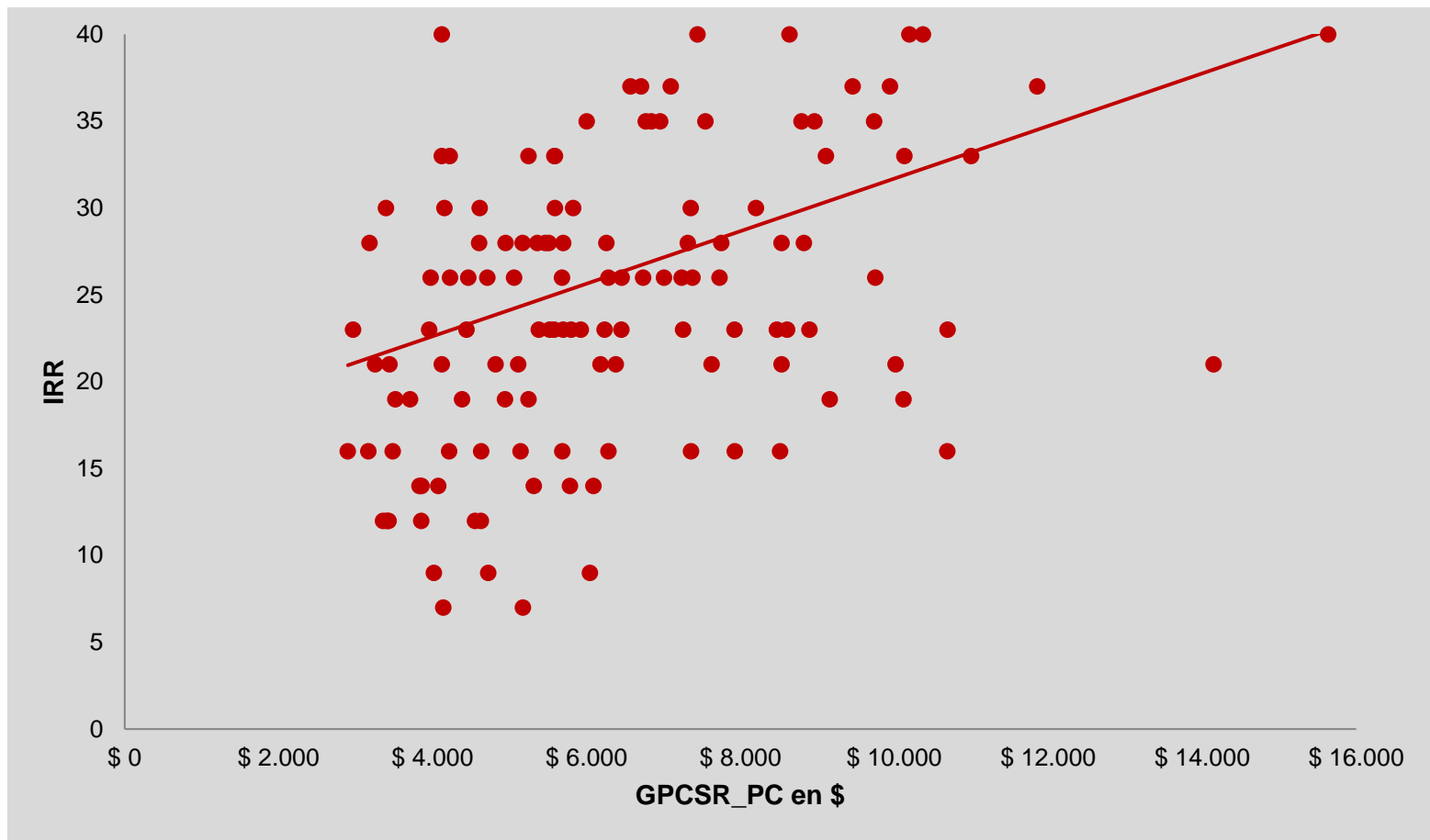
RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y EL RIESGO EN SALUD DE LOS MUNICIPIOS, SEGÚN REGIONES SANITARIAS

Gasto Público en Salud Consolidado por Residencia per cápita por población e índice de riesgo en salud, según Región Sanitaria 2017



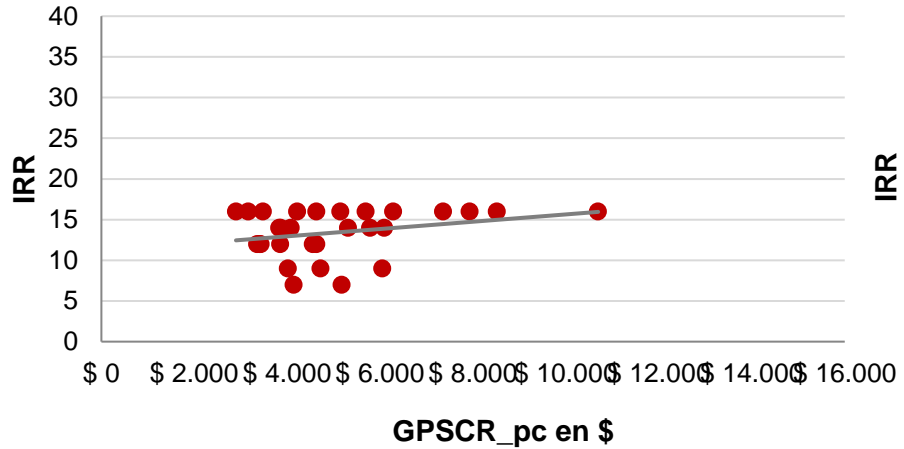
RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA RIQUEZA RELATIVA DE LOS MUNICIPIOS

Gasto Público en Salud Consolidado per cápita por población y riqueza relativa de los municipios. Provincia de Buenos Aires. Año 2017

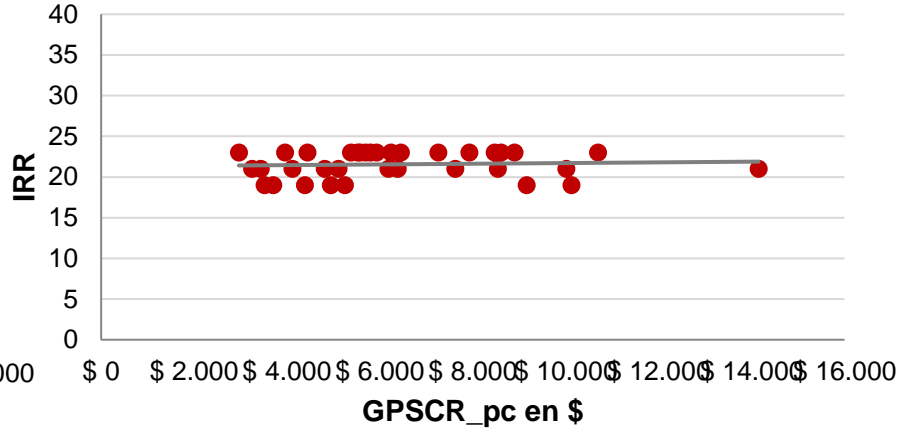


RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA RIQUEZA RELATIVA DE LOS MUNICIPIOS, POR GRUPO DE MUNICIPIOS SEGÚN EL IRR

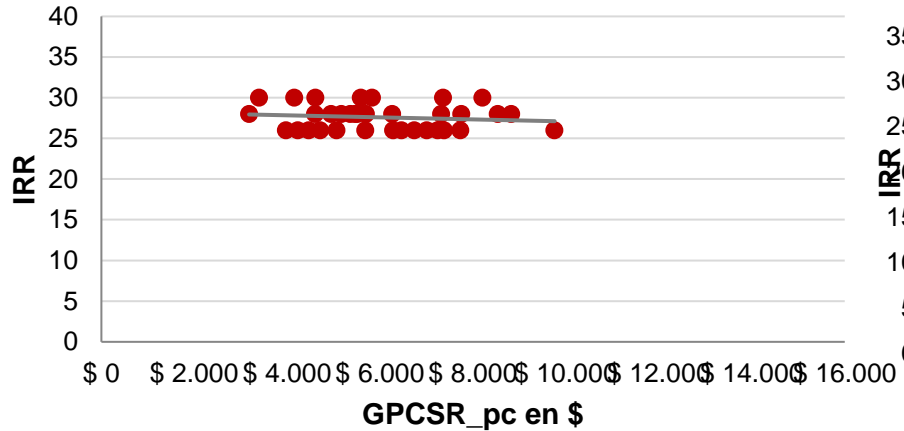
Grupo 1



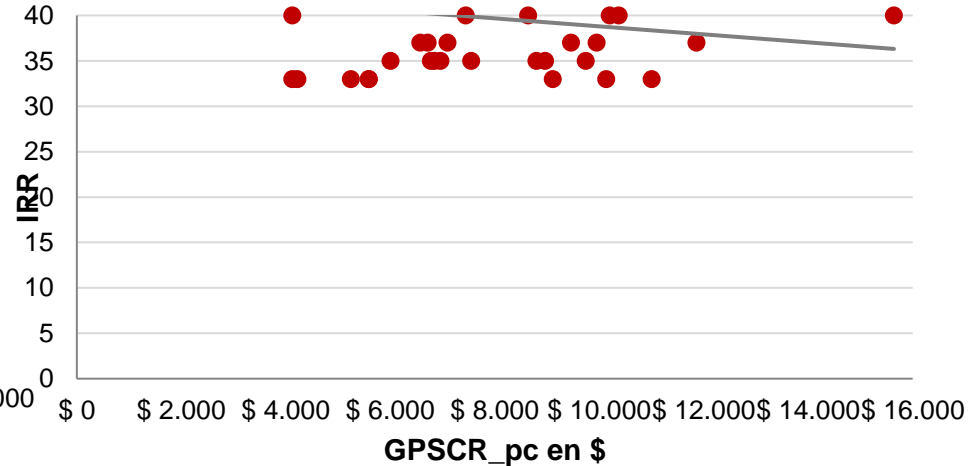
Grupo 2



Grupo 3

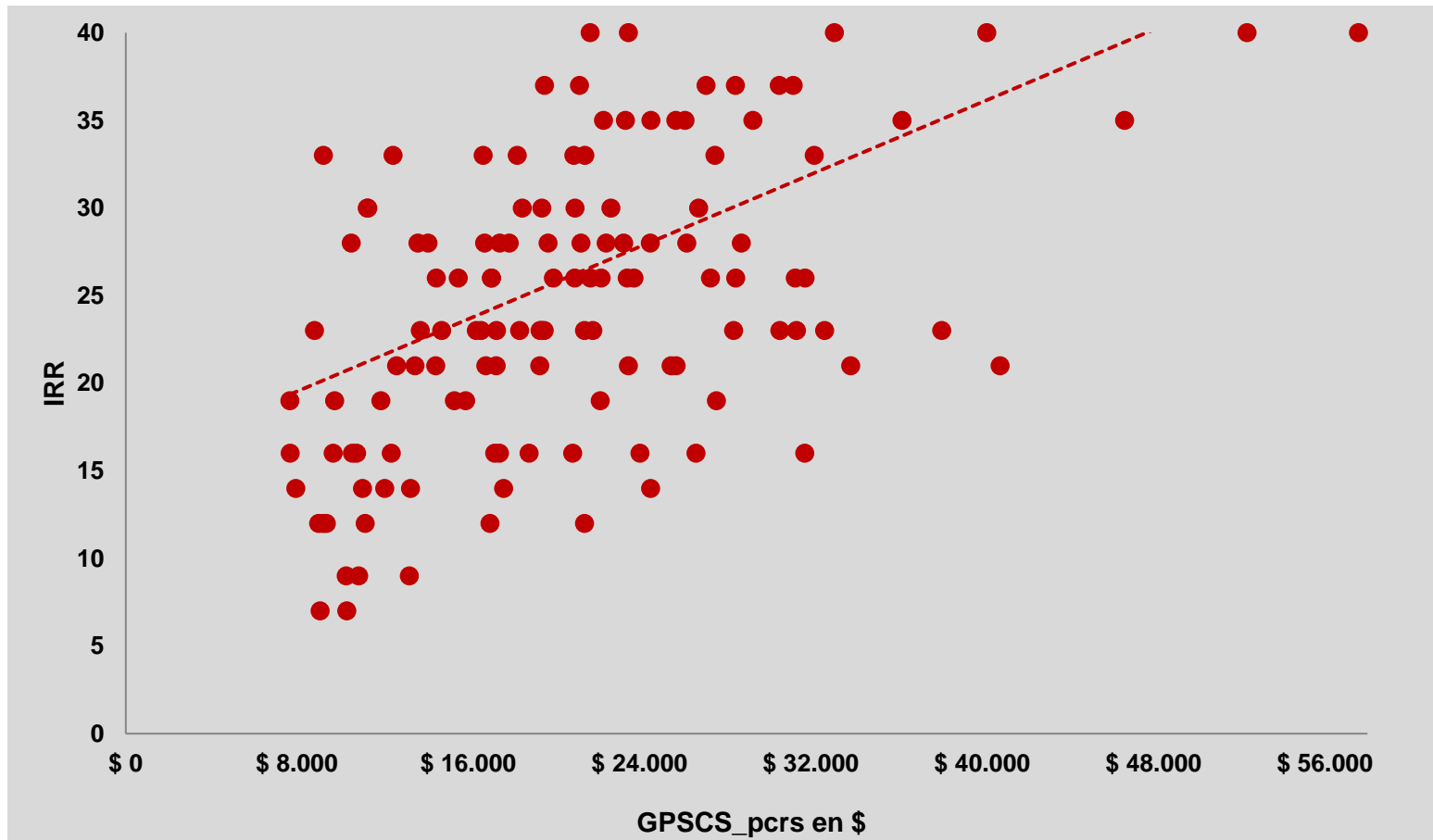


Grupo 4

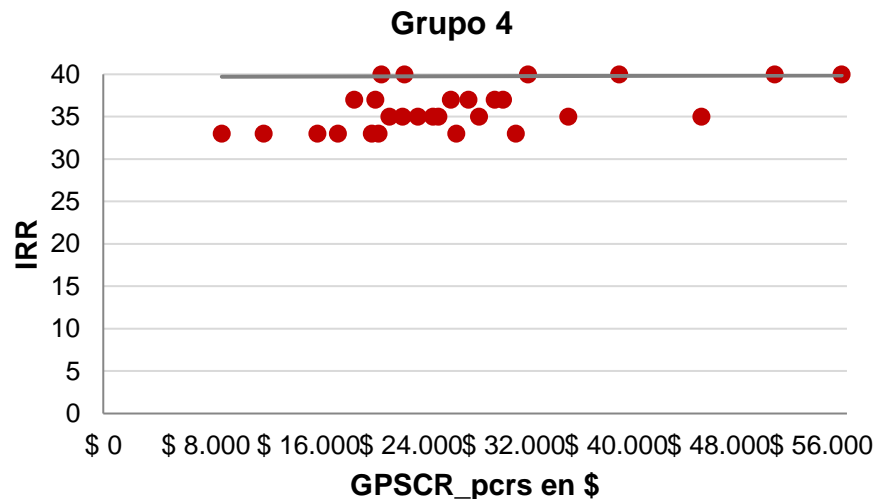
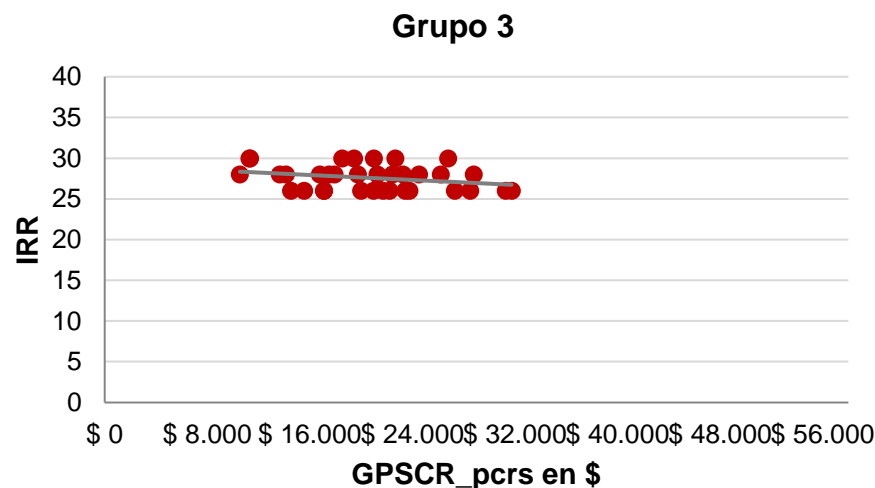
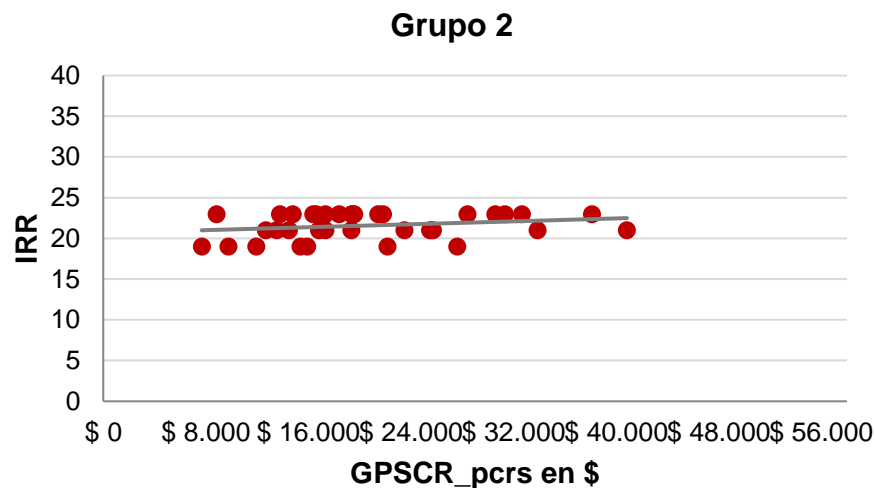
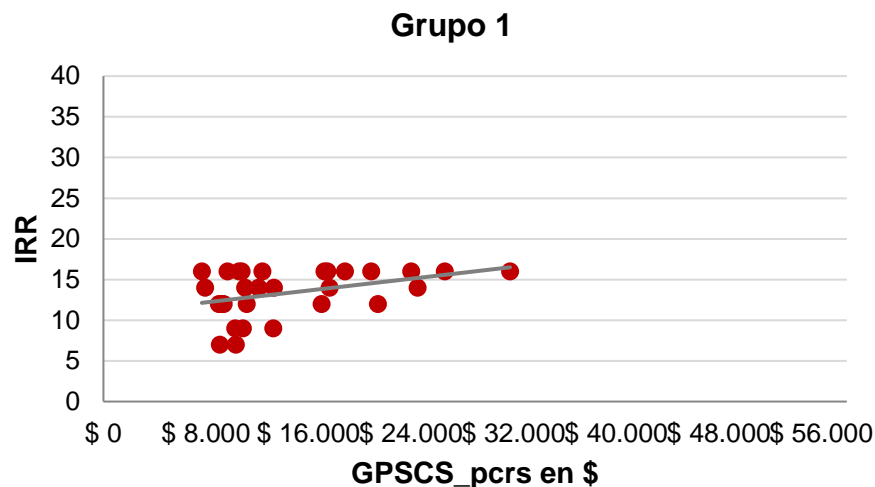


RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA RIQUEZA RELATIVA DE LOS MUNICIPIOS

Gasto Público en Salud Consolidado per cápita por población con riesgo en salud y riqueza relativa de los municipios. Provincia de Buenos Aires. 2017

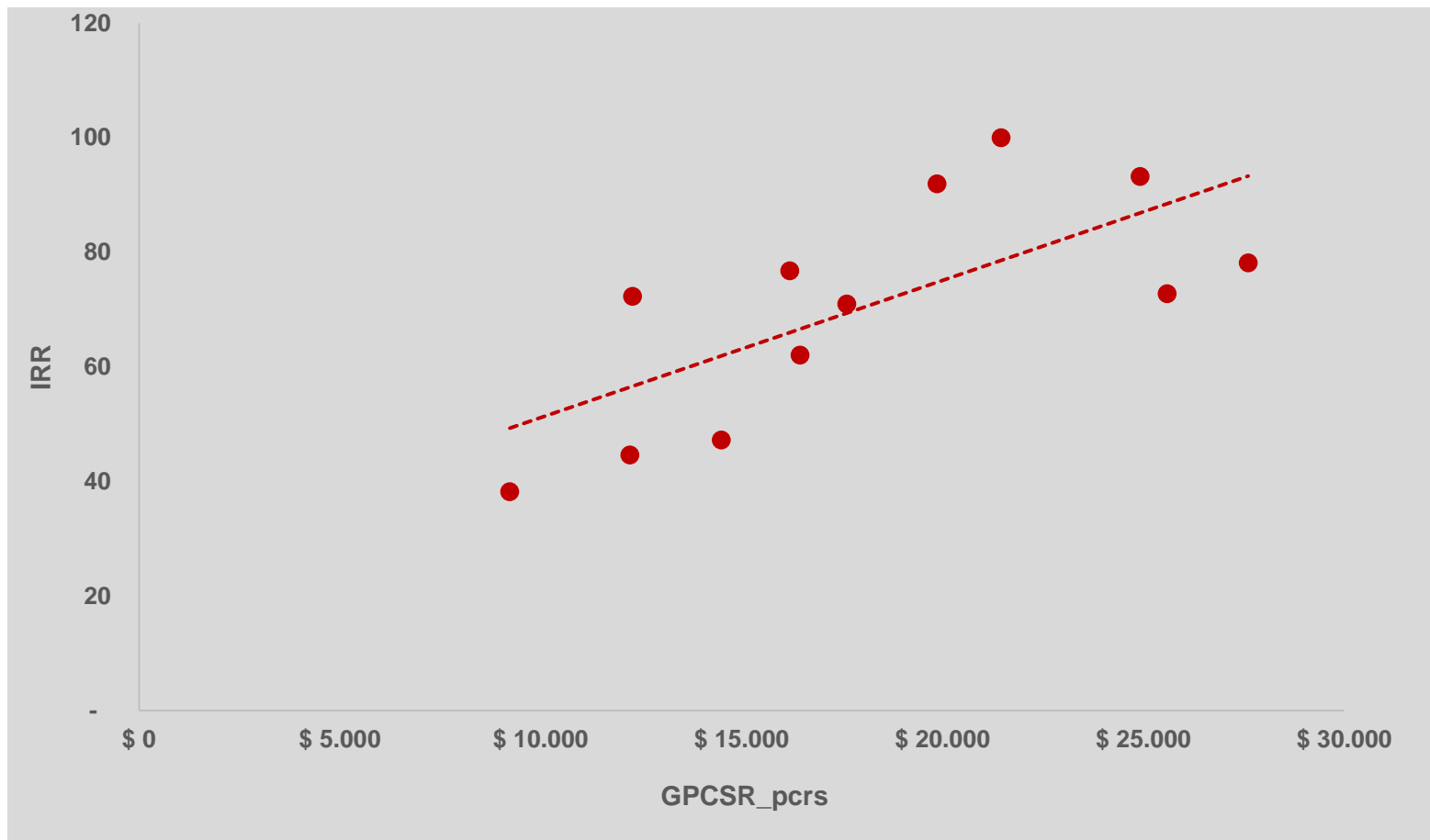


RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA POR POBLACIÓN CON RIESGO EN SALUD Y LA RIQUEZA RELATIVA DE LOS MUNICIPIOS, POR GRUPO DE MUNICIPIOS SEGÚN EL IRR



RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA RIQUEZA RELATIVA DE LOS MUNICIPIOS SEGÚN REGIONES SANITARIAS

Gasto Público en Salud Consolidado per cápita por población con riesgo en salud y riqueza relativa de las Regiones Sanitarias. Provincia de Buenos Aires. Año 2017



CONCLUSIONES

La principal **conclusión** a la que se arriba en el presente estudio es que la asignación y distribución del gasto público consolidado en salud entre los partidos de la Provincia de Buenos Aires en la actualidad, se caracteriza por ser **inequitativo y regresivo**.



Inequitativo

- porque los partidos cuya población tiene mayor necesidad o demanda potencial de los servicios que brinda el subsistema público de salud, son quienes reciben menor proporción de recursos públicos en términos per cápita y, ello es cierto, aun cuando se corrige por la movilidad de la población entre partidos para el uso del sistema (mediante el cálculo del gasto por residencia del usuario)

Regresivo

- porque el gasto público consolidado en salud lejos de asignarse en favor de la población con menor riqueza relativa en su territorio, aumenta en términos per cápita con dicha riqueza (aproximada mediante el IRR el cual se representa a partir del PBG)

CONCLUSIONES

Ineficiente

- la falta de equidad en la asignación del gasto consolidado entre los partidos, incide además en el cumplimiento del objetivo de eficiencia.

En la medida que existen municipios con una proporción más elevada de población en riesgo que se beneficia menos de los recursos públicos destinados a tal finalidad (menor gasto per cápita en salud), existiría una ganancia potencial en términos de salud general de la población, por el solo hecho de redistribuir los recursos.

Lo anterior ocurriría si la población menos favorecida es la que se encuentra en el área de mayor productividad de la “función de producción salud”, regularidad que se ha observado en estudios empíricos que buscan estimar esta función.

Por tanto, y bajo todas las condiciones anteriores, una mayor equidad en la distribución del gasto podría generar ganancias en términos de eficiencia y con ello favorecer la meta última de todo sistema de salud, la mejora en la salud general de la población.