

Heterogeneidades jurisdiccionales en la cobertura de salud de la población argentina: transformaciones entre los años 2001 y 2010.

Ballesteros, Matías S.

Cita:

Ballesteros, Matías S. (2016). *Heterogeneidades jurisdiccionales en la cobertura de salud de la población argentina: transformaciones entre los años 2001 y 2010*. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, (10), 1-9.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/matias.salvador.ballesteros/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pkrn/oOG>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Heterogeneidades jurisdiccionales en la cobertura de salud de la población argentina: transformaciones entre los años 2001 y 2010

Jurisdictional heterogeneities in health coverage of Argentina population: transformations between 2001 and 2010

Matías Salvador Ballesteros[♦]

Recibido: 27 de julio de 2016

Aceptado: 14 de octubre de 2016

Resumen

En el trabajo analizamos las heterogeneidades inter e intraprovinciales en los niveles de población con cobertura de obra social y/o prepaga entre las distintas jurisdicciones de Argentina en el año 2010 y sus transformaciones desde el 2001. La metodología es cuantitativa y está basada en el análisis de datos secundarios. Utilizamos como fuente de información el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Como principales resultados encontramos que entre el 2001 y el 2010 el crecimiento en los niveles de población afiliada a un seguro de salud fue muy dispar entre las distintas provincias y entre los departamentos al interior de ellas. A pesar de lo anterior, observamos que el nivel de heterogeneidad se mantuvo estable considerando el total del país. Destacamos la importancia de considerar las diferencias jurisdiccionales al momento de analizar los cambios de la cobertura de salud.

Palabras clave: desigualdades jurisdiccionales; sistema de salud; cobertura de salud; Argentina

Abstract

In the paper we analyze the inter- and intra-provincial heterogeneities in levels of population health covered across jurisdictions of Argentina in 2010 and its transformation since 2001. The methodology is quantitative and is based on secondary data analysis. We used as a source of information the National Census of Population, homes and Housing. The main results are that between 2001 and 2010 the growth in population levels affiliated with health insurance was very uneven across provinces and between departments within them. Despite the above, we note that the level of heterogeneity remained stable considering the whole country. We emphasize the importance of considering the jurisdictional differences when the changes of health coverage it is analyzed.

Keywords: jurisdictional inequalities; health system; health coverage; Argentina

[♦] Lic. en Sociología (Universidad de Buenos Aires, UBA), Magíster en Investigación en Ciencias Sociales (UBA) y Doctor en Ciencias Sociales (UBA). Becario postdoctoral del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Correo electrónico: matiballesteros@yahoo.com.ar



Introducción

En el sistema de salud argentino conviven distintos tipos de aseguramientos: del subsector público, de la seguridad social y del subsector privado. Se asienta sobre el subsector público, que brinda una cobertura básica a todos los habitantes del país, con fuertes diferencias territoriales en las características de los servicios¹. Por su parte, el subsector de la seguridad social está encargado de la cobertura de los asalariados y autónomos registrados, los jubilados y pensionados, y sus familias. El mismo está compuesto por las Obras Sociales (Provinciales y Nacionales) y por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP, más conocido como PAMI). Por último, el subsector privado está compuesto por empresas de seguros privados de salud (prepagas). A partir de una serie de reformas del sistema de salud realizadas en los '90, las prepagas han captado parte de la población que realiza aportes a la seguridad social (Findling, Arruñada & Klimovsky, 2000; Fidalgo, 2008). También pueden acceder a las prepagas la población que realiza un pago directo y no realiza contribuciones a la seguridad social. Por todo lo anterior, el tipo de cobertura con el que la población cuenta se vincula con las contribuciones a la seguridad social que las familias realizan así como con sus capacidades de pago “de bolsillo” (Maceira, 2009). Es por ello que los cambios en las formas de cobertura de la población argentina están profundamente atados a los cambios en el mercado de trabajo, pero también a los acontecidos en el sistema previsional y en la legislación sobre la cobertura de la seguridad social (Ballesteros, 2016).

A principios de los 70 se generalizó la cobertura de salud vía obras sociales para los asalariados formales, jubilados y pensionados y sus familias (a partir de las Leyes 18.610 y 19.032) (PNUD, 2011). Esta expansión de las obras sociales se enmarcaba en un modelo de acumulación centrado en la industrialización sustitutiva de importaciones que permitió la extensión de la relación asalariada formal a la gran mayoría de las clases trabajadoras urbanas, así como la presencia de un artesanado cuentapropista calificado (Dalle, 2012). Si

¹ Estas diferencias incluyen grandes heterogeneidades en infraestructura y en la cantidad de recursos humanos por habitante, así como en los presupuestos provinciales y municipales per cápita destinados al sector salud. Véase: Abramzón (2005), Chiara, Di Virgilio & Moro (2009), PNUD (2011), Cetrángolo (2014).



bien los altos niveles de relaciones asalariadas formales y los bajos niveles de desempleo alcanzaron a lograr una amplia cobertura vía lo contributivo, siempre quedaron grupos de población por fuera de la misma (Arcidiácono, Gamallo & Straschnoy, 2013).

A partir del gobierno de la Junta Militar (1976-1983) se produjeron cambios en el modelo de acumulación que se profundizarán en la década del '90. En el país se instaló un modelo basado en la valorización financiera, aplicándose políticas neoliberales que incluyeron la apertura comercial y la liberalización y desindustrialización de la economía. Estos cambios generaron efectos regresivos en el mercado de trabajo y en la estructura social (Beccaria, 2003). Una de las consecuencias de estas transformaciones fue un importante descenso del porcentaje de población aportante a la seguridad social. Esto último a su vez generó un incremento constante de la población cubierta únicamente por el subsector público de salud. Producto de estos procesos, la población con cobertura de algún seguro de salud descendió del 63,1% en 1991 al 51,9% en el 2001 (según los datos de los censos poblacionales realizados en dichos años). Las estimaciones indican que para principios de los '80 alrededor del 70% de la población estaba afiliada a algún seguro de salud (Cetrángolo & Devoto, 1998).

Luego de la profunda crisis del 2001-2002, el período iniciado en 2003 está marcado por un aumento de la población económicamente activa, un descenso de la tasa de desocupación, un proceso de asalarización y un incremento del trabajo registrado (Palomino, 2010; Dalle, 2012). A pesar de este proceso, aún continúan existiendo importantes sectores de la población que trabajan de forma precarizada, sin que se le realicen aportes a la seguridad social (Salvia, Comas, Gutiérrez, Quartulli, & Stefani, 2008). Las transformaciones mencionadas permitieron que para el año 2010 la población con cobertura de obra social o prepaga retome un nivel similar al del año 1991, alcanzando el 62,1%. También ha contribuido a ello la modificación del marco regulatorio que incorpora a los monotributistas en el régimen de obras sociales y el aumento de la población que recibe jubilaciones debido al Plan de Inclusión Previsional (y por lo tanto tiene la cobertura de INSSJP) (Ballesteros, 2016).

En los párrafos anteriores hemos dado cuenta de los cambios en los niveles de población con cobertura de una prepaga u obra social en el total país. Sin embargo, los niveles de



cobertura de salud varían profundamente según la zona geográfica, en buena medida debido a las diferencias en la importancia que tiene la informalidad de las relaciones laborales. Son las regiones geográficas con mayores niveles de trabajo asalariado registrado donde se encuentran los mayores niveles de población con obra social o prepaga. Las regiones Pampeana y Patagónica son las que tienen mayores niveles de población que se encuentra afiliada, mientras el Noroeste y Noreste son las regiones que cuentan con menores niveles de población afiliada². Sin embargo, y también en gran medida debido a la heterogeneidad en los grados de informalidad de las relaciones laborales, al interior de estas regiones son muy diferentes los niveles de población cubierta por obra social o prepaga (Véase Triano, 2006).

Además, las transformaciones en el período 2001-2010 tampoco han sido homogéneas, y los niveles de cobertura han aumentado de forma mucho más importante en algunas jurisdicciones que en otras. En este sentido, destacamos que trabajos recientes como el de Arnaudo, Lago, Moscoso, Báscolo y Yavich (2016) y el de Ballesteros (2016) han analizado la evolución de la cobertura de salud de la población residente en Argentina luego de la crisis del 2001-2002, señalando a diversos cambios en el mercado de trabajo como el factor principal que explica el aumento en los niveles de población afiliada. Debido a las características de las fuentes utilizadas³ estos trabajos pudieron analizar cómo han contribuido a aumentar los niveles de cobertura distintos cambios en el mercado de trabajo (asalarización, incremento del trabajo registrado y disminución de la desocupación), pero también la extensión del sistema previsional (y por lo tanto de la cobertura del INSSJP), y la modificación del marco regulatorio que incorpora a los monotributistas en el régimen de obras sociales. En el caso de Arnaudo et al. (2016) pudieron profundizar en otras dimensiones de la problemática, como los cambios en la desigualdad de recursos entre las obras sociales y en la cantidad de instituciones durante el período. Sin embargo, estos trabajos se centraron en analizar los promedios nacionales y no dieron cuenta de las

² Para dar cuenta de su relación a nivel regional agregado con el mercado de trabajo, podemos decir que la tasa de trabajo no registrado en el 2013 era inferior al 20% en la Patagonia, del 33% en el GBA y del 42% en el NOA (Silva, 2015).

³ Informes de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y estimaciones secundarias en el caso de Arnaudo et al. (2016). La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) en el caso de Ballesteros (2016).



heterogeneidades inter e intraprovinciales. El presente artículo se propone realizar un análisis descriptivo de las diferencias geográficas en los niveles de población con cobertura de obra social y/o prepaga entre las distintas jurisdicciones del país en el año 2010 y cómo ha cambiado durante el período 2001-2010. Para ello se utiliza como fuente de información Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (CNPHV). Debido a la utilización de esta fuente, y a diferencia de los trabajos de Arnaudo et al. (2016) y el de Ballesteros (2016) no podemos profundizar en la comprensión de cómo los diversos cambios en el mercado de trabajo y en la seguridad social han impactado en la cobertura de salud de la población⁴. En su lugar, lo que nos permite profundizar la fuente utilizada a diferencia de los antecedentes señalados, es cómo las transformaciones en los niveles de cobertura de la población han variado en las distintas jurisdicciones del país.

Metodología

El método es cuantitativo y está basado en el análisis de datos secundarios. Utilizamos como fuente de información el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (CNPHV) llevado a cabo por el INDEC en los años 2001 y 2010. El CNPHV del año 2010 utilizó un cuestionario básico, con un conjunto de preguntas que se le realizó a toda la población. Además, contó con otro cuestionario ampliado, que incluyó otra batería de preguntas y se le aplicó solo una muestra de la población residente en localidades de más de 50.000 habitantes y a toda la población residente en localidades de menor tamaño poblacional. La muestra en la que se basa el cuestionario ampliado permite realizar estimaciones sobre las variables relevadas por el mismo para el total de la población y con un nivel de desagregación departamental. En el caso del tipo de cobertura de salud de la población, la pregunta se incluyó solamente en el cuestionario ampliado del año 2010. En cambio, el CNPHV del año 2001 utilizó solamente un cuestionario básico que se aplicó a toda la población (INDEC, 2010).

Destacamos que el INDEC cuenta con un aplicativo (denominado Redatam) en su página web que permite obtener la información de todas las variables incluidas en el año 2001 y

⁴ En particular, destacamos que en los Censos Nacional de Población, Hogares y Viviendas (CNPHV) de los años 2001 y 2010 no se le consultó a los asalariados si su trabajo le brinda la cobertura de una obra social.



del año 2010, permitiendo una apertura geográfica departamental. Con los datos obtenidos a partir del Redatam, armamos una nueva base de datos utilizando a los departamentos⁵ del país como unidad de análisis. Ello nos permitió calcular el desvío estándar en los niveles de cobertura de salud de los departamentos para cada una de las provincias, así como el desvío en los niveles de cobertura de salud de los departamentos y de las provincias con relación al total país. Para procesar esos datos utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Por último, utilizamos el programa QGIS versión 2.10 para mapear la información.

Resultados

En el Cuadro 1 presentamos un resumen de las transformaciones en los niveles de cobertura de salud en las distintas provincias de Argentina entre el año 2001 y el año 2010. Para que la lectura del cuadro 1 sea más sencilla, resaltamos en verde las celdas de las provincias con mayores niveles de cobertura (indicadores A y B), de crecimiento (C y D), y donde las diferencias entre las coberturas de los departamentos al interior de la provincia son más homogéneas (E y F). Resaltamos en naranja las celdas que dan cuenta de indicadores con menor cobertura (indicadores A y B) y crecimiento (C y D), y mayor heterogeneidad (E) y de amarillo las celdas con indicadores intermedios. Un primer indicador en el que nos parece importante detenernos es en el B, que marca la población que no cuenta con la cobertura de una obra social o prepaga en el año 2010. Allí puede verse que las provincias con menores niveles de población que no cuentan con obra social o prepaga pertenecen a las regiones Pampeana (CABA y Santa Fe) y Patagónica (Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego) mientras que las provincias con mayores niveles pertenecen a las regiones del NOA (Jujuy, Salta y Santiago del Estero) y NEA (Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones), además de San Juan. En líneas generales vemos que las provincias con mayores y menores niveles de cobertura se mantienen con relación al 2001.

⁵ En la provincia de Buenos Aires se denominan partidos y no departamentos como en el resto del país. Para simplificar la redacción nos referimos a ellos como departamentos.



Cuadro 1. Nivel de población sin cobertura de obra social o prepaga en los años 2001 y 2010, diferencia de cobertura y razones de chances (odds ratio) entre ambos años y desvío estándar de los niveles de cobertura al interior de cada provincia. Argentina, población total.

Provincia	A. Población sin O.S. o prepaga 2001	B. Población sin O.S. o prepaga 2010	C. Diferencia 2001-2010	D. Odds Ratio	E. DS 2001 depto	F. DS 2010 depto
Buenos Aires	48,8%	36,7%	12,1%	1,6	7,9%	7,0%
CABA	26,2%	19,1%	7,1%	1,5	_***	_***
Catamarca	45,1%	40,8%	4,3%	1,2	7,0%	6,3%
Chaco	65,5%	60,2%	5,3%	1,3	8,0%	9,2%
Chubut	39,6%	29,1%	10,5%	1,6	12,3%	10,9%
Córdoba	45,8%	34,6%	11,2%	1,6	10,8%	11,1%
Corrientes	62,1%	52,0%	10,1%	1,5	7,2%	7,6%
Entre Ríos	48,7%	37,2%	11,5%	1,6	6,5%	5,9%
Formosa	65,8%	60,3%	5,5%	1,3	10,3%	11,1%
Jujuy	54,2%	48,0%	6,2%	1,3	10,4%	8,6%
La Pampa	45,5%	36,3%	9,2%	1,5	11,2%	8,6%
La Rioja	40,8%	40,1%	-0,7%	1,0	6,0%	5,7%
Mendoza	50,6%	38,3%	12,3%	1,7	7,1%	6,5%
Misiones	57,8%	48,2%	9,6%	1,5	6,4%	6,8%
Neuquén	48,7%	36,4%	12,3%	1,7	7,0%	7,2%
Rio Negro	50,0%	36,0%	14,0%	1,8	11,0%	10,4%
S. del Estero	63,7%	58,4%	5,3%	1,3	10,0%	9,6%
Salta	60,4%	50,2%	10,2%	1,5	9,3%	10,3%
San Juan	53,0%	46,2%	6,8%	1,3	7,2%	7,4%
San Luis	51,6%	41,8%	9,8%	1,5	10,0%	7,0%
Santa Cruz	29,2%	21,5%	7,7%	1,5	4,9%	3,7%
Santa Fe	42,0%	33,3%	8,7%	1,4	10,2%	11,2%
Tierra del Fuego	30,1%	26,7%	3,4%	1,2	0,0%	0,5%
Tucumán	48,2%	39,1%	9,1%	1,4	8,8%	9,7%
Total	48,1%	37,9%	10,2%	1,5	10,9%*	11,0%*
					13,3%**	14,0***

*Este es el desvío estándar entre las provincias para el total país

**Este es el desvío estándar entre los departamentos para el total país.

*** La información del Censo 2001 con la que contamos nos permite desagregar la información por distrito escolar de la jurisdicción mientras que la del 2010 por Comuna. Como las áreas geográficas son diferentes, no pudimos realizar comparaciones.

Fuente: elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (INDEC) de los años 2001 y 2010.



Sin embargo, el indicador C (diferencia entre el porcentaje de población sin cobertura de obra social o prepaga en el 2001 y el 2010) nos marca que los cambios no fueron homogéneos entre las provincias. Allí podemos ver por ejemplo que en La Rioja la población sin cobertura aumentó levemente (0,7 puntos porcentuales) mientras que en Río Negro descendió 15,5 puntos porcentuales. Un indicador más preciso para ver cómo cambió la cobertura es el D, que nos marca cómo cambiaron las chances relativas (odds ratio) de tener obra social o prepaga en el 2010 con relación a tenerla en el 2001 para la población residente en cada provincia. Allí vemos que el menor crecimiento en las chances de tener cobertura se produce en provincias pertenecientes a la región del NOA (Catamarca, Jujuy y Santiago del Estero), del NEA (Chaco y Formosa), del Cuyo (La Rioja y San Juan) y Tierra del fuego. En estas provincias, las chances de tener cobertura aumentaron entre un 0% y un 40%. En el otro extremo, vemos que el mayor crecimiento en las chances tener cobertura de salud se produce en algunas provincias de la región Patagónica (Río Negro, Neuquén y Chubut), de la región pampeana (Córdoba, Entre Ríos y Buenos Aires) y en Mendoza. En estas provincias las chances aumentaron entre un 60% y un 80%.

Otros dos indicadores que sirven para comprender las heterogeneidades jurisdiccionales en los niveles de cobertura son el E y F, que dan cuenta de la variabilidad entre los departamentos al interior de las provincias en los niveles de población con cobertura de obra social o prepaga. Un primer dato a resaltar a nivel del total país es que la heterogeneidad en los niveles de cobertura se mantiene relativamente estable entre el 2001 y 2010. A nivel de la heterogeneidad entre las provincias vemos que el desvío estándar pasa de 10,9% a 11%, mientras que cuando consideramos como unidad de análisis los departamentos de todo el país el desvío pasa de 13,3% a 14%. Además, cuando analizamos lo que sucede al interior de cada una de las provincias, vemos que el desvío estándar de los porcentajes de población con cobertura se mantiene similar en la mayoría de las provincias. Como excepciones podemos destacar que existe una disminución importante en San Luis (el desvío estándar pasa de 10,0% a 7,0%) y La Pampa (el desvío estándar pasa de 11,2% a 8,6%).

Un dato interesante surge al comparar el desvío estándar del total país entre las provincias (en el 2010, 11,0%), con el desvío estándar de la cobertura de los departamentos para cada



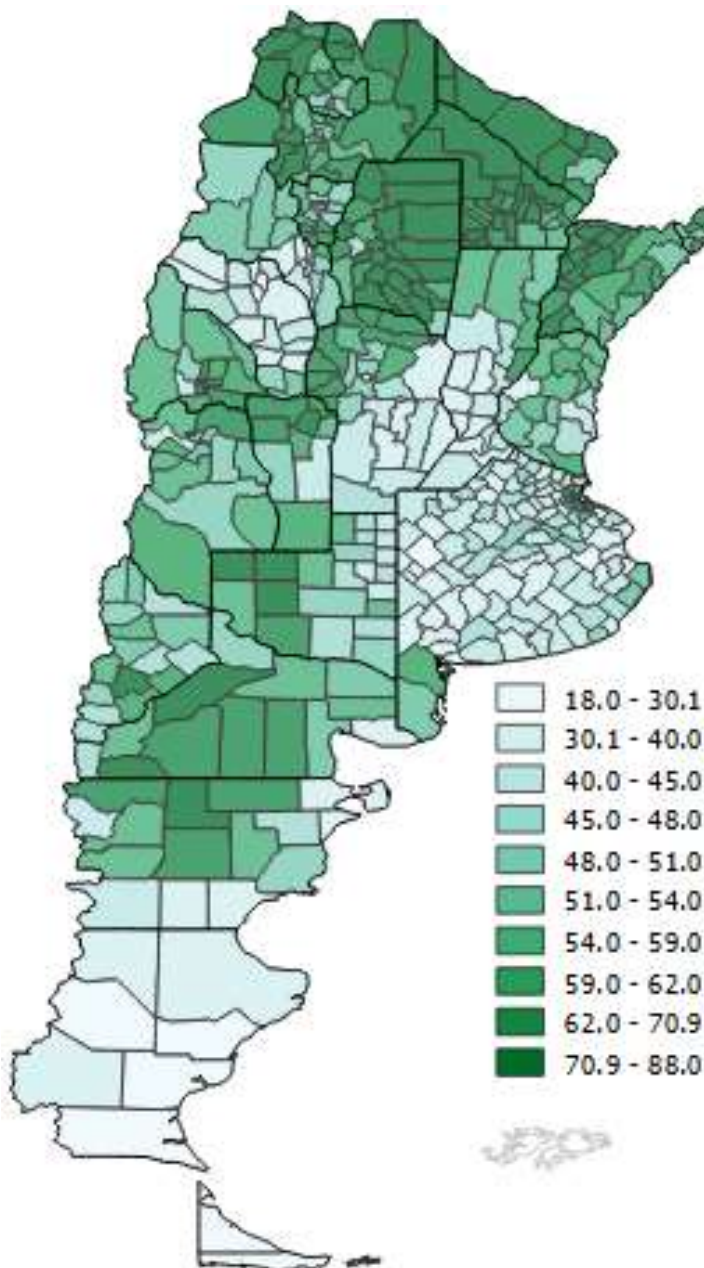
una de las provincias. Tomando como referencia el 2010 podemos ver que la heterogeneidad en los niveles de cobertura entre los departamentos de algunas provincias (Salta, Córdoba, Santa Fe, Chubut, Río Negro y Formosa) son similares al total nacional entre provincias. Dicho de otra forma, el promedio de las diferencias en los niveles de cobertura entre los departamentos de esas provincias, son similares al promedio de las diferencias en los niveles de cobertura entre las provincias del país. En cambio, en el otro extremo, en otro conjunto de provincias (Tierra del Fuego, Santa Cruz, La Rioja, Entre Ríos, Catamarca, Mendoza y Misiones) la heterogeneidad entre los niveles de cobertura de sus departamentos es sustantivamente menor que entre las provincias del total país.

Otro aspecto interesante que surge de la lectura del Cuadro 1 es la relación entre la homogeneidad en los niveles de cobertura de los departamentos de la provincia y el nivel de cobertura provincial. Se observa una fuerte homogeneidad en los niveles de cobertura de los departamentos tanto para provincias con bajos niveles de población sin cobertura (como Santa Cruz o Tierra del Fuego) como para provincias con altos niveles de población sin cobertura (como Misiones). A su vez, también observamos que existen importantes diferencias en los niveles de cobertura de los departamentos de provincias en las que el promedio de población sin cobertura es bajo (Chubut, Río Negro, Santa Fe y Córdoba) como en otras donde el promedio es alto (Salta y Formosa).

Las descripciones anteriores pueden observarse en el mapa que vemos a continuación (Figura 1). En el mismo está graficado el nivel de población no cubierta por obra social o prepaga, de forma tal que a medida que aumenta el porcentaje de población no cubierta aumenta la intensidad del color verde. Es interesante destacar que en algunas provincias las diferencias se agrupan geográficamente. Por ejemplo, en Córdoba y en Santa Fe observamos que son los departamentos del sur los que cuentan con mayores niveles de población cubierta y los del norte los que cuentan con los menores niveles. Algo similar ocurre en La Pampa, en donde los departamentos con mayores niveles de población cubierta por una obra social o prepaga tienden a encontrarse en el norte y este de la provincia y los menores niveles se encuentran en el sur y oeste.



Figura 1. Nivel de población sin cobertura de obra social o prepaga por departamento. Argentina, 2010.



Fuente: elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC).

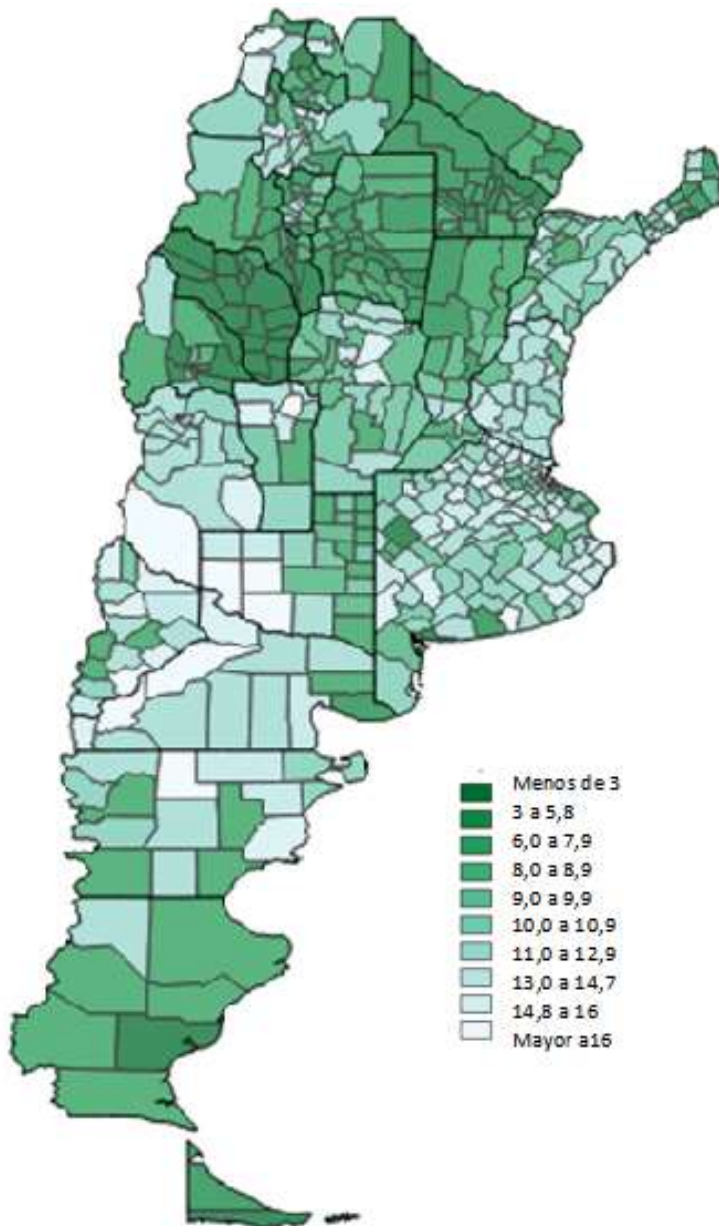
Así como los niveles de población con cobertura de obra social y prepaga son heterogéneos al interior de las provincias (particularmente en algunas de ellas) también fue heterogéneo el crecimiento con relación al 2001. En la Figura 2 podemos ver cómo aumentó la cobertura por departamentos en términos absolutos (puntos porcentuales). Nuevamente, en el gráfico puede observarse que si bien en muchas provincias el crecimiento de los niveles de



cobertura en los departamentos fue relativamente similar (Tierra del Fuego, Entre Ríos, Santiago del Estero y Corrientes) en muchas otras provincias se evidencian importantes diferencias (como Jujuy, Río Negro, San Juan, La Pampa, Misiones, Chubut, y San Luis). Destacamos que el aumento diferencial entre el 2001 y 2010 en los niveles de cobertura no necesariamente genera que aumente la heterogeneidad de los niveles de cobertura para el 2010. Por ejemplo, San Luis es una de las provincias en las que fue más heterogéneo el aumento de los niveles de cobertura de la población. Sin embargo, observamos que se han reducido las diferencias en los niveles de cobertura de los departamentos (ver indicadores E y F del Cuadro 1). Ello se explica porque ha crecido más la cobertura en los departamentos que en el 2001 contaban con menores niveles de cobertura (como Libertador General San Martín, Ayacucho, Belgrano, Junín y Coronel Pringles, ubicados en el norte y noroeste de la provincia) y en menor medida los que en el 2001 contaban con mayores niveles de cobertura (como General Pedernera, San Luis Capital y Gobernador Dupuy, ubicados en el centro y sur de la provincia), disminuyendo de esta forma las diferencias.



Figura 2. Diferencia de puntos porcentuales en la población cubierta por obra social, prepaga o plan público entre el 2001 y 2010 por departamento. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Conclusiones

Entre el 2001 y 2010 aumentaron los niveles de población con cobertura de obra social o prepaga en todas las provincias del país con excepción de la Rioja. Sin embargo, el crecimiento fue muy dispar entre las distintas jurisdicciones. Fue más importante en



algunas provincias de la región Patagónica (Río Negro, Neuquén y Chubut), de la región Pampeana (Córdoba, Entre Ríos y Buenos Aires) y en Mendoza. En cambio, fue menor en algunas provincias pertenecientes a la región del NOA (Catamarca, Jujuy y Santiago del Estero), del NEA (Chaco y Formosa), del Cuyo (La Rioja y San Juan) y Tierra del fuego. A pesar de lo anterior, para el total país observamos que el nivel de heterogeneidad entre las provincias se mantuvo estable. A su vez los crecimientos en los niveles de cobertura de los departamentos al interior de las provincias tampoco fueron homogéneos. Particularmente en algunas provincias como Jujuy, Río Negro, San Juan, La Pampa, Misiones, Chubut y San Luis se evidenció que en algunos departamentos creció más la cobertura que en otros. Sin embargo, la heterogeneidad en los niveles de cobertura entre los departamentos también se mantuvo estable para la mayoría de las provincias. Por último, nos gustaría remarcar que las diferencias en los niveles de cobertura entre los departamentos en el año 2010 son muy distintas según qué provincia analicemos. En las provincias con mayor heterogeneidad en los niveles de cobertura de sus departamentos (como Salta, Córdoba, Santa Fe, Chubut, Río Negro y Formosa), las diferencias al interior de la provincia son similares a las diferencias entre las provincias en el total país.

Por todo lo anterior, destacamos las limitaciones de los trabajos que analizan los cambios en los niveles de cobertura de salud y que utilizan solo los promedios nacionales, que ocultan en gran medida las diferencias que los mismos han tenido en las distintas regiones, provincias y departamentos del país. Sin dejar de reconocer la limitación que tiene una síntesis de ese tipo, también entendemos que permite simplificar la comprensión de procesos complejos. Además, la utilización de otras fuentes que no tienen un nivel de desagregación departamental pueden permitir profundizar el análisis de las causas de los cambios en los niveles de cobertura (aunque a un nivel agregado) no contempladas en este artículo. Debido a las características de la fuente utilizada, aquí no hemos podido analizar los motivos que han generado las diferencias jurisdiccionales en los cambios de niveles de cobertura de la población. Dado que a nivel del total país lo que generó el aumento en los niveles de cobertura son los cambios del mercado de trabajo (asalarización, incremento del trabajo registrado y disminución de la desocupación), el incremento en la cobertura previsional, y el aumento de autónomos afiliados por la incorporación de lo monotributistas



a las obras sociales; podemos hipotetizar aquí que fueron las distintas intensidades que tuvieron estos procesos en las jurisdicciones lo que generaron las diferencias en los cambios de niveles de cobertura. En este sentido, y para finalizar, destacamos la complementariedad que puede tener el presente trabajo, que permite describir las heterogeneidades jurisdiccionales en los cambios en los niveles de cobertura entre 2001 y 2010, con otros antecedentes que permiten comprender los motivos de los cambios a nivel nacional.

Bibliografía

ABRAMZÓN, MÓNICA

2006 Recursos humanos en salud en Argentina. *Desafío pendiente. Revista de Salud Pública*, 10 (1): 52-62.

ARCIDIÁCONO, PILAR; GAMALLO, GUSTAVO Y STRASCHNOY, MORA

2013 ¿Consolidación de un sistema de protección social no contributivo en Argentina? el Plan Nacer, la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo, en Clérico, Laura, Ronconi, Liliana y Aldao, Martín (coord.) *Salud: sobre (des)igualdades y derechos*, Editorial Abeledo Perrot, Buenos Aires.

ARNAUDO, MARÍA F., LAGO, FERNANDO, MOSCOSO, NEBEL, BÁSCOLO, ERNESTO Y YAVICH, NATALIA

2016 Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: un análisis comparativo de los años 2004 y 2011. *Salud Colectiva*, 12(1): 125-137.

BALLESTEROS, MATÍAS SALVADOR

2016 Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la población residente en zonas urbanas de Argentina entre 2003 y 2010. *Trabajo y sociedad*, 26: 63-81.

BECCARIA, LUIS

2003 Las vicisitudes del mercado laboral argentino luego de las reformas. *Boletín Informativo Techint*, 312: 80-107.

CETRÁNGOLO, OSCAR

2014 Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 8(13): 145-183.

CETRÁNGOLO, OSCAR Y DEVOTO, FLORENCIA

1998 *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*. CECE, Buenos Aires.

CHIARA, MAGDALENA, DI VIRGILIO, MARÍA MERCEDES Y MORO JAVIER

2009 Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. *Postdata*, 14(1): 97-128.

DALLE, PABLO



2012 Cambios recientes en la estratificación social en Argentina (2003-2011). Inflexiones y dinámicas emergentes de movilidad social. *Argumentos, Revista de crítica social*, 14: 77-114.

FIDALGO, MAITENA

2008 *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Espacio, Buenos Aires.

FINDLING, LILIANA, ARRUÑADA, MARÍA Y KLIMOVSKY, EZEQUIEL

2000 La desregulación de obras sociales: un balance de la libre elección, en *La salud en crisis*. Editorial Dunken, Buenos Aires.

INDEC

2010 *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Documento metodológico preliminar*. INDEC, Buenos Aires. Recuperado de

<http://www.indec.gov.ar/censo2010/CONSOLIDADO%20PARA%20CONSEJO%20Y%20PRENSA-CNPV%202010%20Y%20EXPERIMENTAL.pdf>

MACEIRA, DANIEL

2009 *Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina (Documento de políticas públicas, Análisis Número 52)*. CIPPEC, Buenos Aires.

PALOMINO, HÉCTOR

2010 La instalación de un nuevo régimen de empleo en Argentina: de la precarización a la regulación, En Palomino, Héctor (comp.), *La nueva dinámica de las relaciones laborales en la Argentina*. Boudino, Buenos Aires.

PNUD

2011 *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. PNUD, Buenos Aires.

SALVIA, AGUSTÍN; COMAS, GUILLERMINA; GUTIÉRREZ AGEITOS, PABLO; QUARTULLI, DIEGO Y STEFANI, FEDERICO

2008 Cambios en la estructura social del trabajo bajo los regímenes de convertibilidad y post-devaluación. Una mirada desde la perspectiva de la heterogeneidad estructural, en Lindemboim, Javier (comp.) *Trabajo, Ingresos y políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Eudeba, Buenos Aires.

SILVA, STEFANIA SOLEDAD

2015 Informalidad laboral, brechas salariales y pobreza en Argentina. Una mirada regional. En Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, 5 a 7 de Agosto de 2015. Disponible en http://www.aset.org.ar/2015/ponencias/2_Silva.pdf

TRIANO, MARÍA SOLEDAD

2006 *Mapa de población con déficit sanitario de la República Argentina 2001*. CEDES, Buenos Aires.