

**ODSA**

Observatorio  
de la Deuda  
Social Argentina



**XXIII CONGRESO INTERNACIONAL: Salud, Crisis y Reforma**  
*“El Hombre y el derecho a la salud”*

**Dr Agustín Salvia. Sheraton Libertador Hotel, 4 de octubre.**



# **POBREZA DE RECURSOS ECONÓMICOS Y DERECHO A LA SALUD EN LA ARGENTINA URBANA (2010-2016)**



# RELACIÓN ENTRE SALUD Y POBREZA

- En general, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres del mundo y la población que goza de buena salud suele ser más productiva en el plano económico y cultural.
- Se reconoce que la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren/mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población.
- En la actualidad la pobreza ya no se concibe únicamente en términos económicos, sino como el resultado de una combinación de factores en la que los ingresos sólo son un elemento más.
- La pobreza se caracteriza por la privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano. Por eso la falta de acceso a recursos de salud, a información y un entorno que permita llevar una vida sana, forman parte de la definición de pobreza.

# OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

## ◦ **Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**

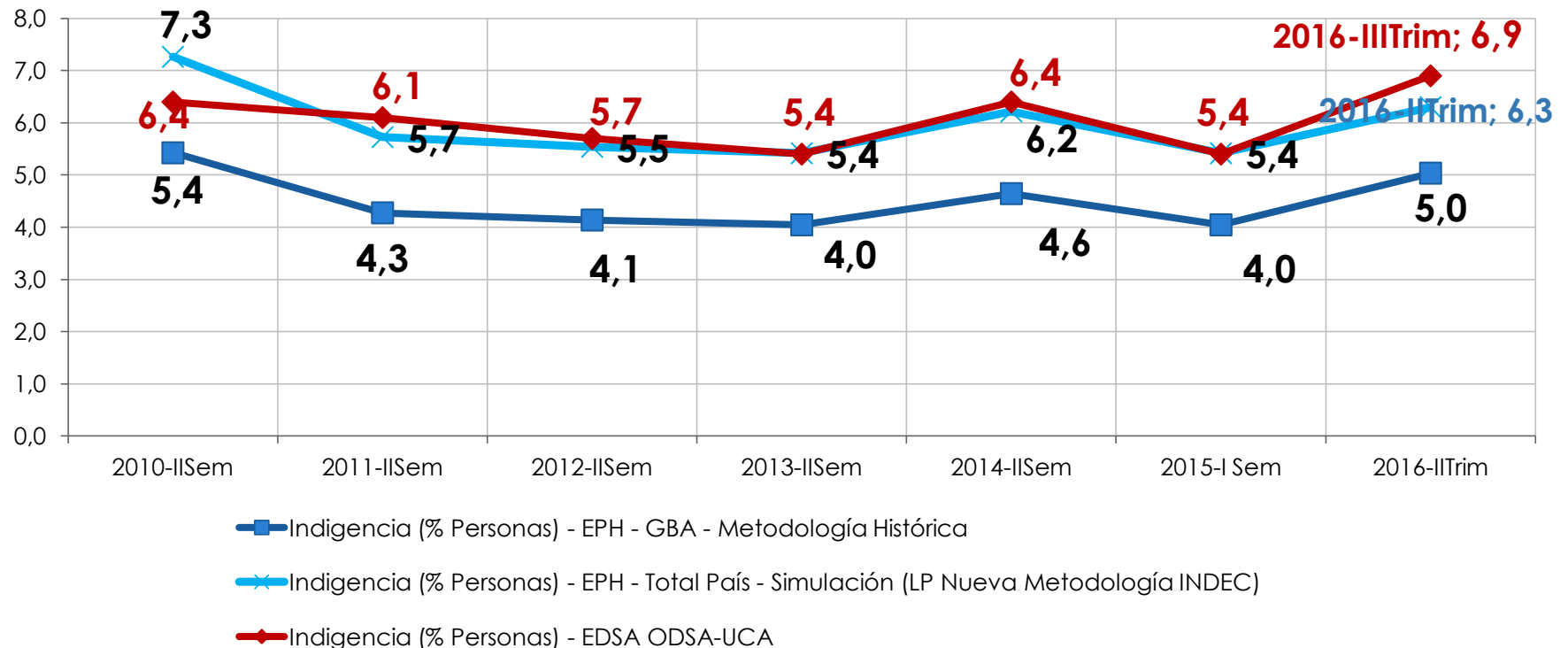
Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Se han logrado grandes avances en cuanto al aumento del acceso al agua limpia y el saneamiento, la reducción de enfermedades infecciosas. Sin embargo, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud (MALNUTRICIÓN, ADICCIONES, ENFERMEDADES MENTALES, CONTAMINACIÓN, ETC.).

# EDSA 2010-2016 (SERIE BICENTENARIO)

- La Encuesta de la Deuda Social Argentina del Bicentenario 2010-2016 cuenta con un diseño muestral probabilístico de tipo polietápico con estratificación no proporcional y selección sistemática de viviendas y hogares en cada punto muestra.
- El universo geográfico del estudio abarca 17 aglomerados urbanos de más de 80.000 habitantes: Área Metropolitana del Gran Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Conurbano), Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza, Gran Salta, Neuquén (Plottier – Cipoletti), Mar Del Plata, Gran Salta, Gran Tucumán y Tafi Viejo, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia, Ushuaia y Río Grande.
- Se relevaron datos de alrededor de 5.700 hogares cada año. En el 4º trimestre entre 2010 y 2015 y el 3º trimestre del 2016 (abriendo una nueva serie de estudios: Período Post-Bicentenario 2017-2020).

# INDIGENCIA 2010-2016

Evolución 2010-2016 de la tasa de indigencia (% personas) bajo diferentes estimaciones. Gran Buenos Aires y Total Urbano EDSA-UCA y datos empalmados EPH-INDEC (II Trimestre 2016).

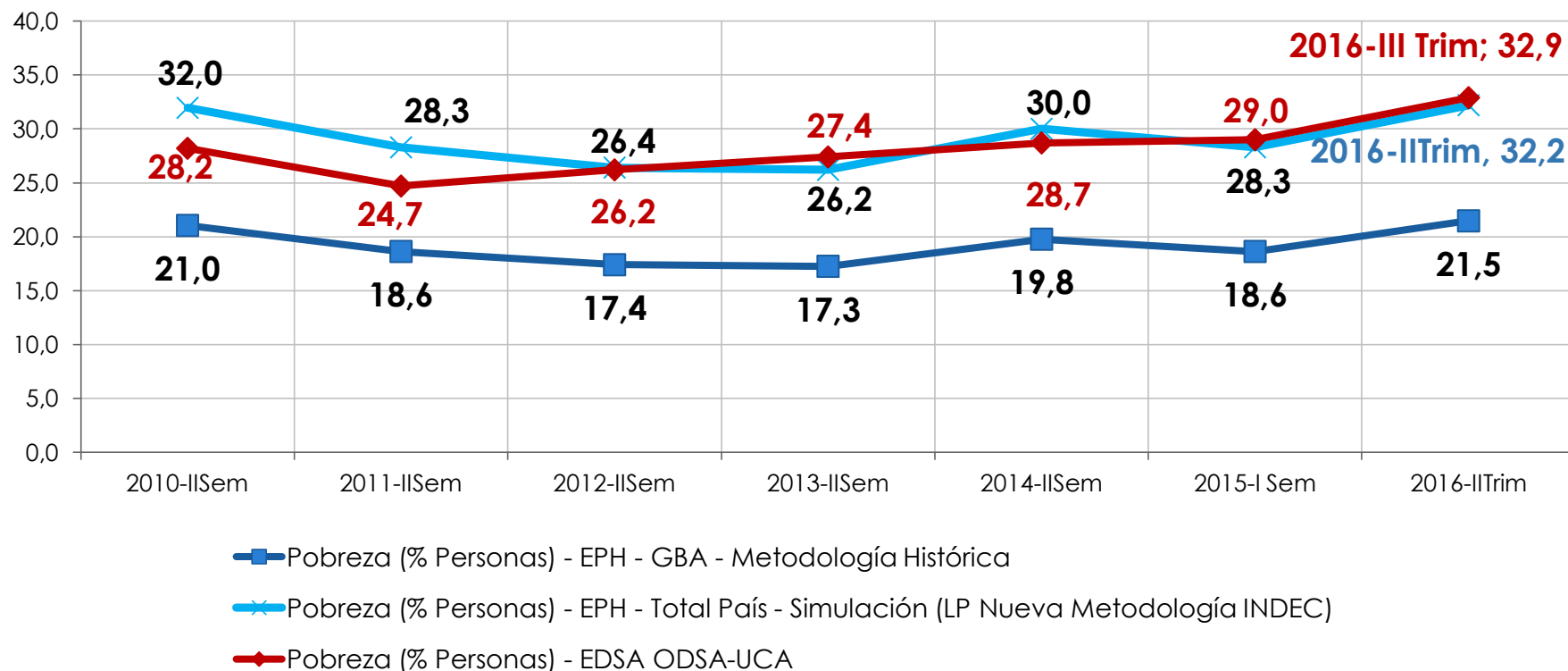


**Para EPH-GBA Metodología Histórica:** Elaboración en base a: Hasta 1988: Beccaria (2007), Jorge (2009), Arakaki (2011). Entre 1988 y 2006: INDEC Serie histórica sobre Pobreza e indigencia. Entre 2007 y 2015: CIFRA en base a EPH INDEC: CIFRA (2016). Año 2016: INDEC - Nueva metodología, y empalme a partir del Informe "Metodología para la estimación de la pobreza y la indigencia". Se aplica sobre la serie de CIFRA un coeficiente de empalme correspondiente a la relación entre pobreza en Total de Aglomerados en II Semestre 2006 y GBA en el mismo período. Tal coeficiente se aplica para 2007-2015.

**Para EPH-Total País Simulación LP Nueva Metodología:** Consiste en aplicar el coeficiente de empalme de "cambio metodológico" a la serie de INDEC (hasta 2006) y CIFRA (desde 2007 en adelante). Antes de 2003, no se empalma porque no hay datos para total país

# POBREZA 2010-2016

Evolución 2010-2016 de la tasa de pobreza (% personas) bajo diferentes estimaciones. Gran Buenos Aires (EPH-INDEC) y Total Urbano EDSA-UCA y datos empalmados Total Urbano EPH-INDEC (II Trimestre 2016).



**Para EPH-GBA Metodología Histórica:** Elaboración en base a: Hasta 1988: Beccaria (2007), Jorge (2009), Arakaki (2011). Entre 1988 y 2006: INDEC Serie histórica sobre Pobreza e indigencia. Entre 2007 y 2015: CIFRA en base a EPH INDEC: CIFRA (2016). Año 2016: INDEC - Nueva metodología, y empalme a partir del Informe "Metodología para la estimación de la pobreza y la indigencia". Se aplica sobre la serie de CIFRA un coeficiente de empalme correspondiente a la relación entre pobreza en Total de Aglomerados en II Semestre 2006 y GBA en el mismo período. Tal coeficiente se aplica para 2007-2015.

**Para EPH-Total País Simulación LP Nueva Metodología:** Consiste en aplicar el coeficiente de empalme de "cambio metodológico" a la serie de INDEC (hasta 2006) y CIFRA (desde 2007 en adelante). Antes de 2003, no se empalma porque no hay datos para total país

# DIMENSIONES DE DERECHOS SOCIALES



## ALIMENTACIÓN SEGURA

Acceso por parte del hogar a una alimentación suficiente que evite el hambre entre sus miembros



## PROTECCIÓN DE LA SALUD

Acceso a una dotación de recursos públicos o privados suficientes para hacer frente a situaciones de riesgo respecto a la salud



## ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS

Acceso a servicios básicos en materia de saneamiento y calidad de vida (no incluye información)



## VIVIENDA DIGNA

Acceso a una vivienda segura en condiciones y espacio adecuados para el refugio, el descanso y la convivencia



## ACCESOS EDUCATIVOS

Acceso a credenciales otorgadas por instituciones educativas formales según ciclo de vida / cohorte etaria de la población



## EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

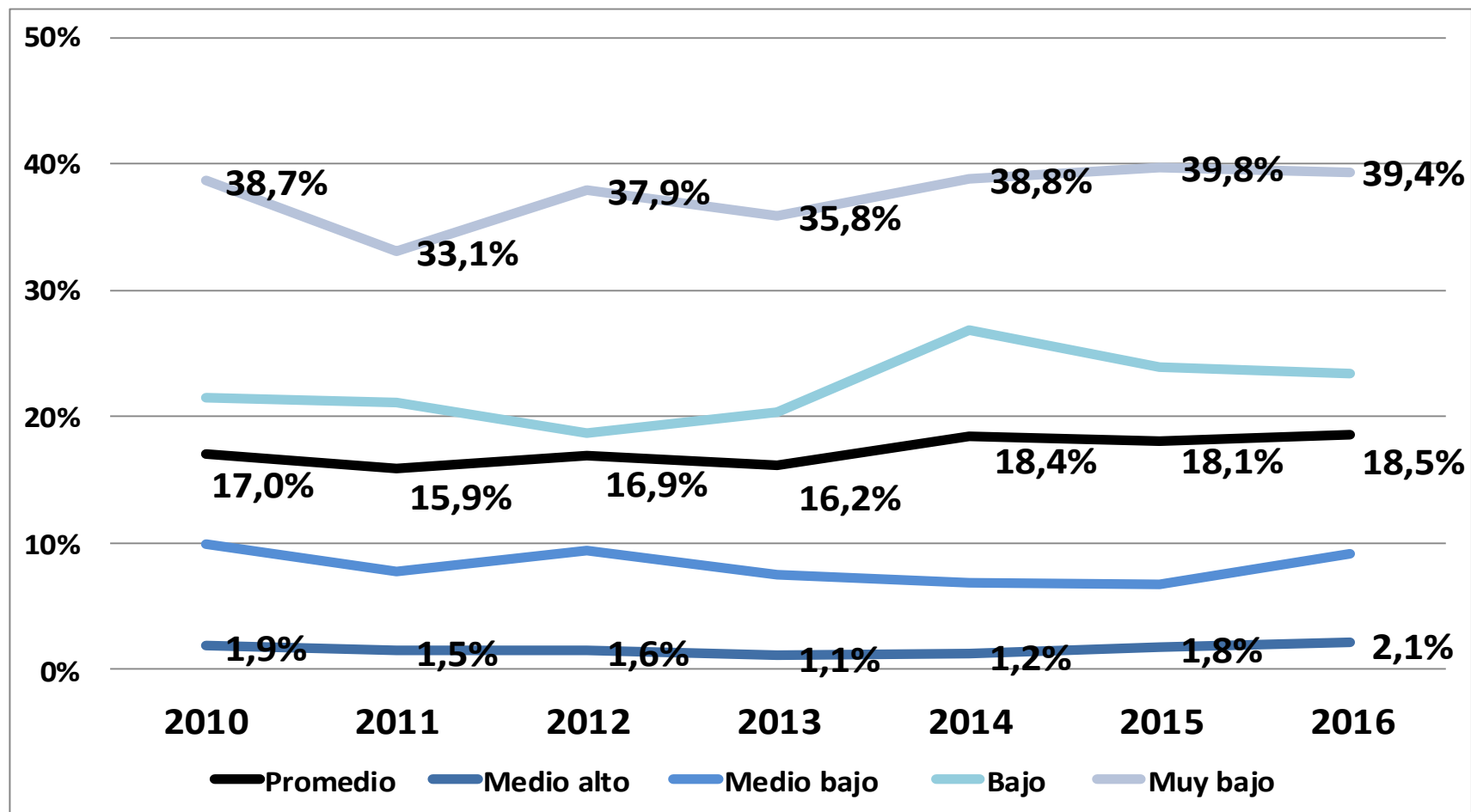
Acceso a un empleo decente y/o a un sistema de seguridad social no asistencial que provea de protección integral

# CARENCIAS EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE DERECHOS SOCIALES (Total Urbano)

Porcentaje de Hogares Urbanos. 2010-2016

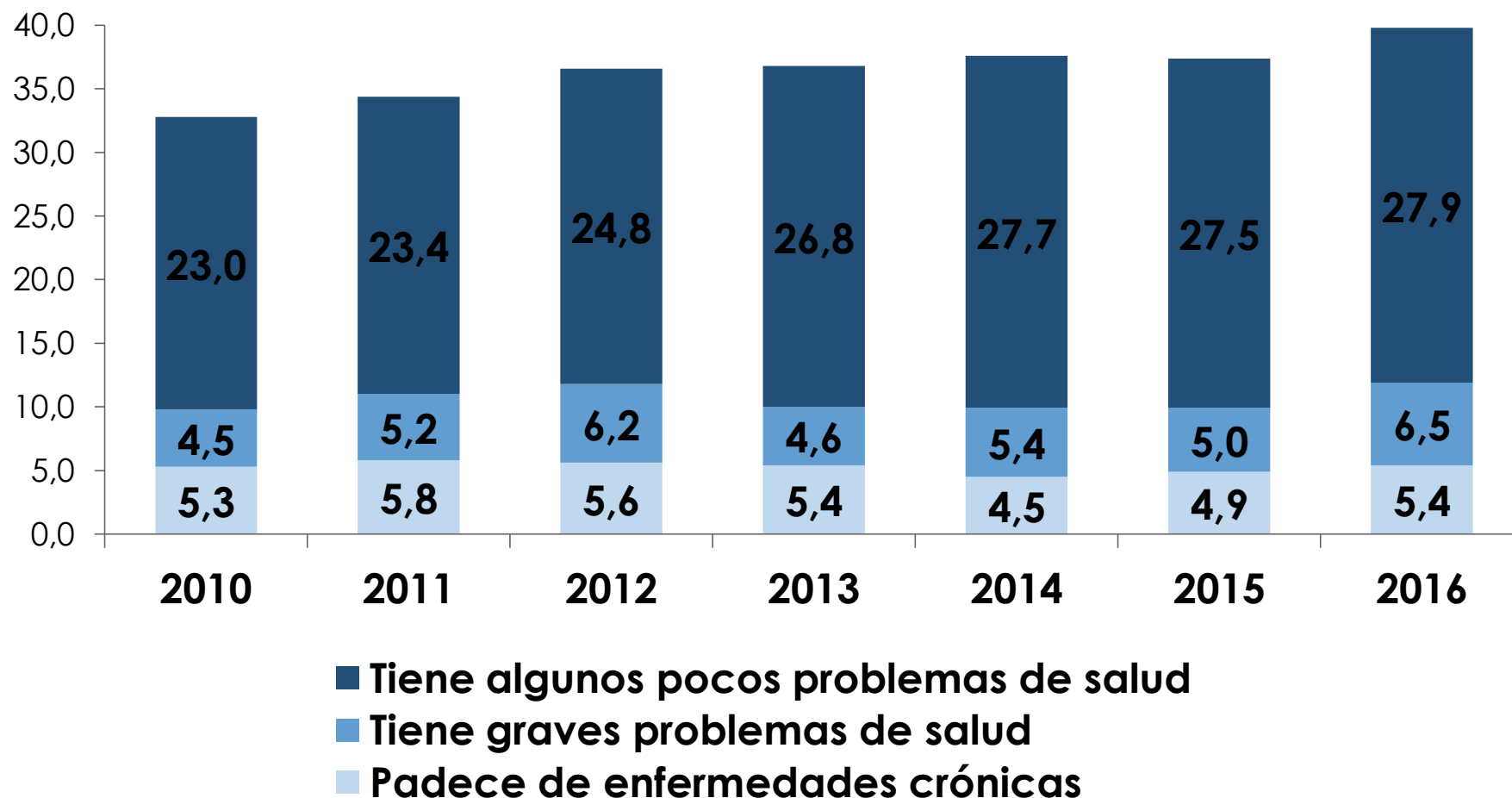
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. p.p.
Sin acceso a seguridad alimentaria	13,4	11,2	11,6	12,6	13,4	12,3	12,5	-0,9
Sin conexión a servicios básicos	30,4	29,1	25,9	25,4	25,5	24,0	23,7	-6,7
Sin acceso a una vivienda digna	23,7	22,8	21,1	21,0	18,7	18,6	18,7	-5,0
Déficit educativos	30,8	30,8	30,8	29,0	30,2	29,2	30,9	0,1
Sin acceso a empleo decente o seguridad social	24,9	25,3	24,2	24,4	23,3	22,9	24,0	-0,9
Sin acceso a recursos para atención de la salud	17,0	15,9	16,9	16,2	18,4	18,1	18,5	1,5

## SIN ACCESO A COBERTURA DE SALUD POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. Años 2010-2016. En porcentaje de hogares.



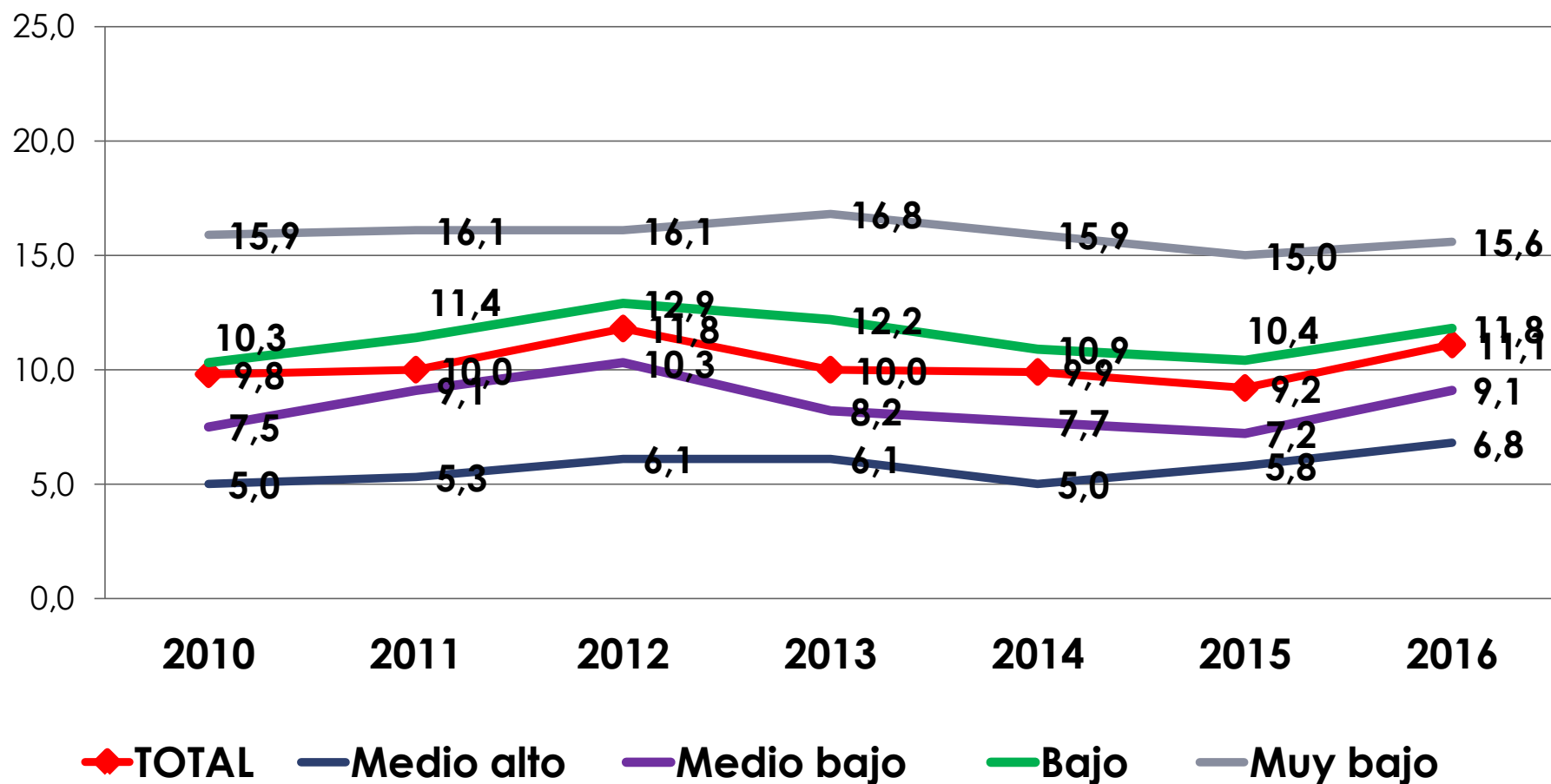
## PERSONAS

**DÉFICIT EN EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO.** Años 2010-2016. En porcentaje de personas de 18 años y más.



# PERSONAS

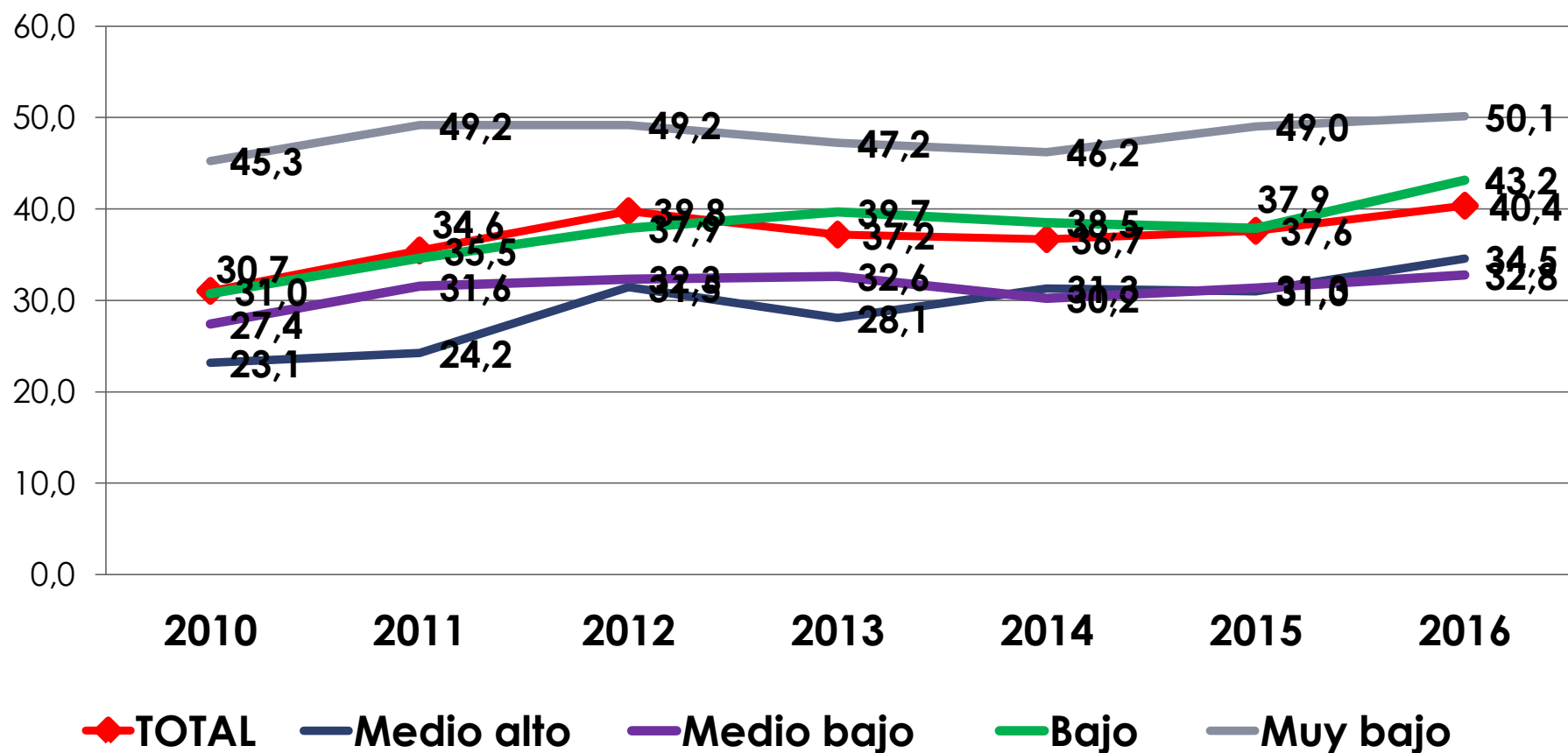
## DÉFICIT EN EL ESTADO DE SALUD (graves problemas y enfermedades crónicas) SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. Años 2010-2016. En porcentaje de personas de 18 años y más.



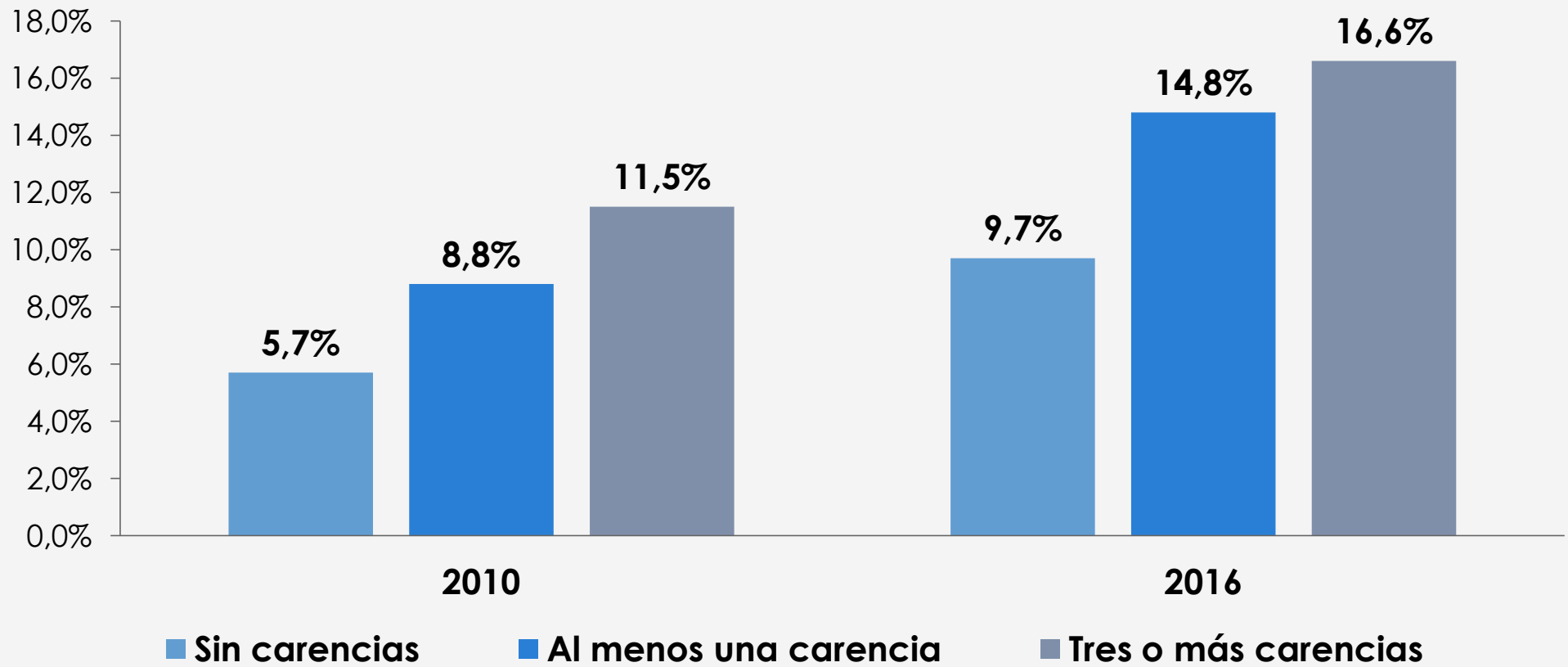
# PERSONAS

## DÉFICIT EN EL ESTADO DE SALUD (algunos problemas, graves problemas y enfermedades crónicas) SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

Años 2010-2016. En porcentaje de personas de 18 años y más.

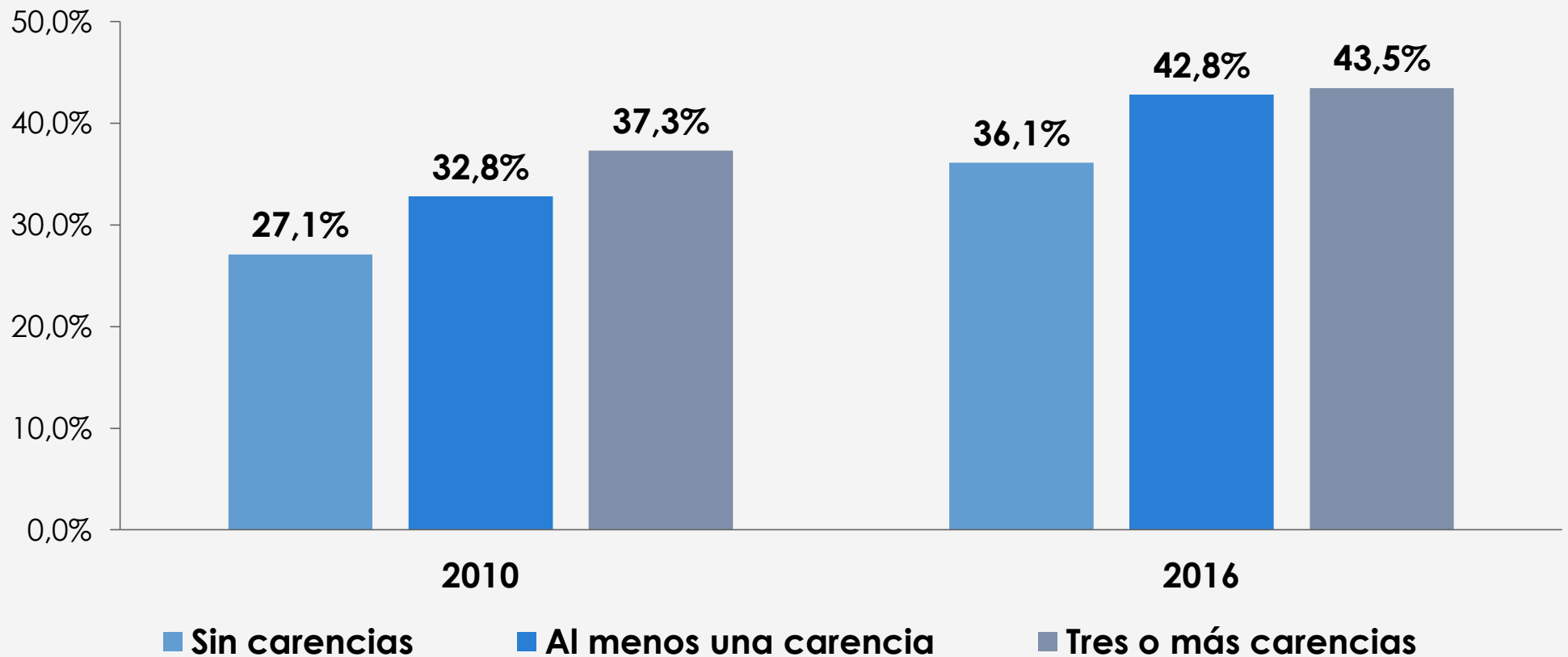


## DÉFICIT EN EL ESTADO DE SALUD (graves problemas y enfermedades crónicas) SEGÚN POBREZA ESTRUCTURAL. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.

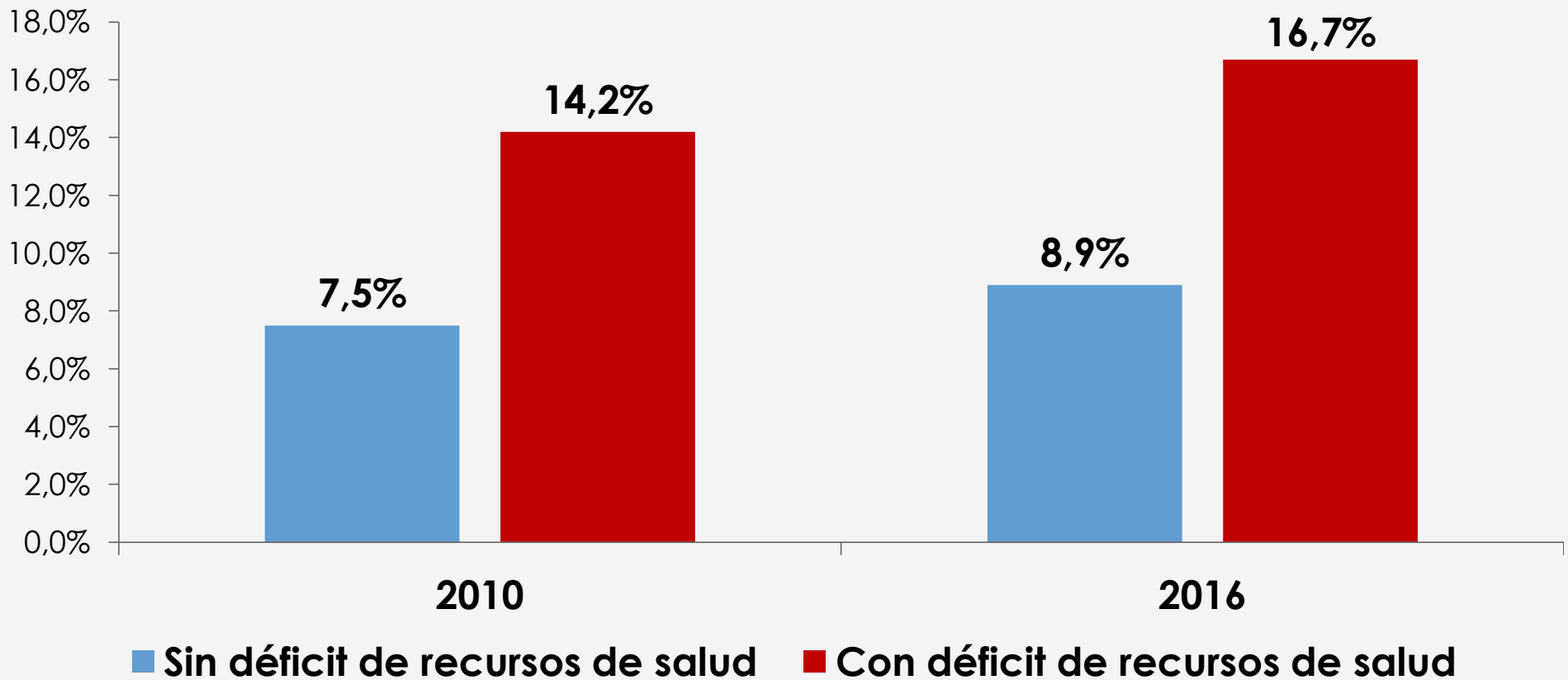


## ESTADO DE SALUD

**DÉFICIT EN EL ESTADO DE SALUD (algunos problemas, graves problemas y enfermedades crónicas) SEGÚN POBREZA ESTRUCTURAL. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.**

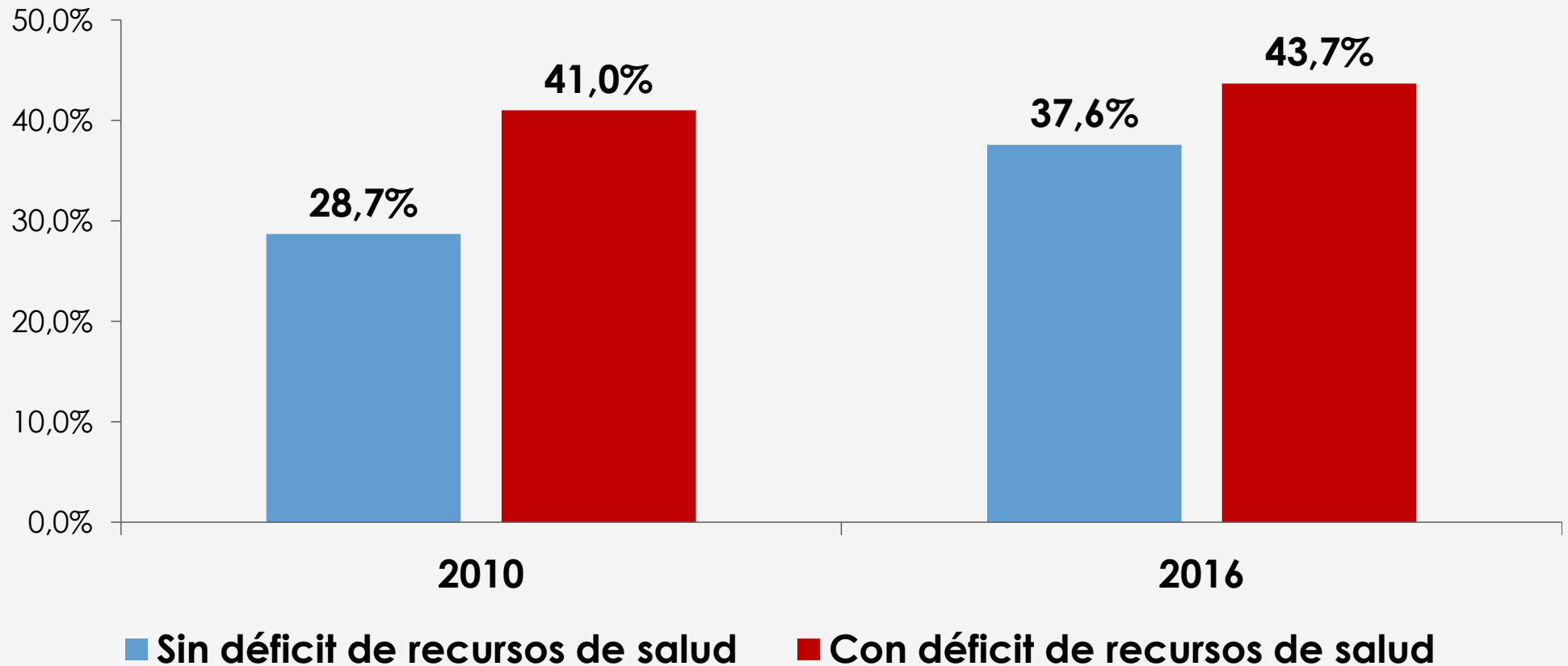


## DÉFICIT EN EL ESTADO DE SALUD (graves problemas y enfermedades crónicas) SEGÚN ACCESO A RECURSOS DE SALUD. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



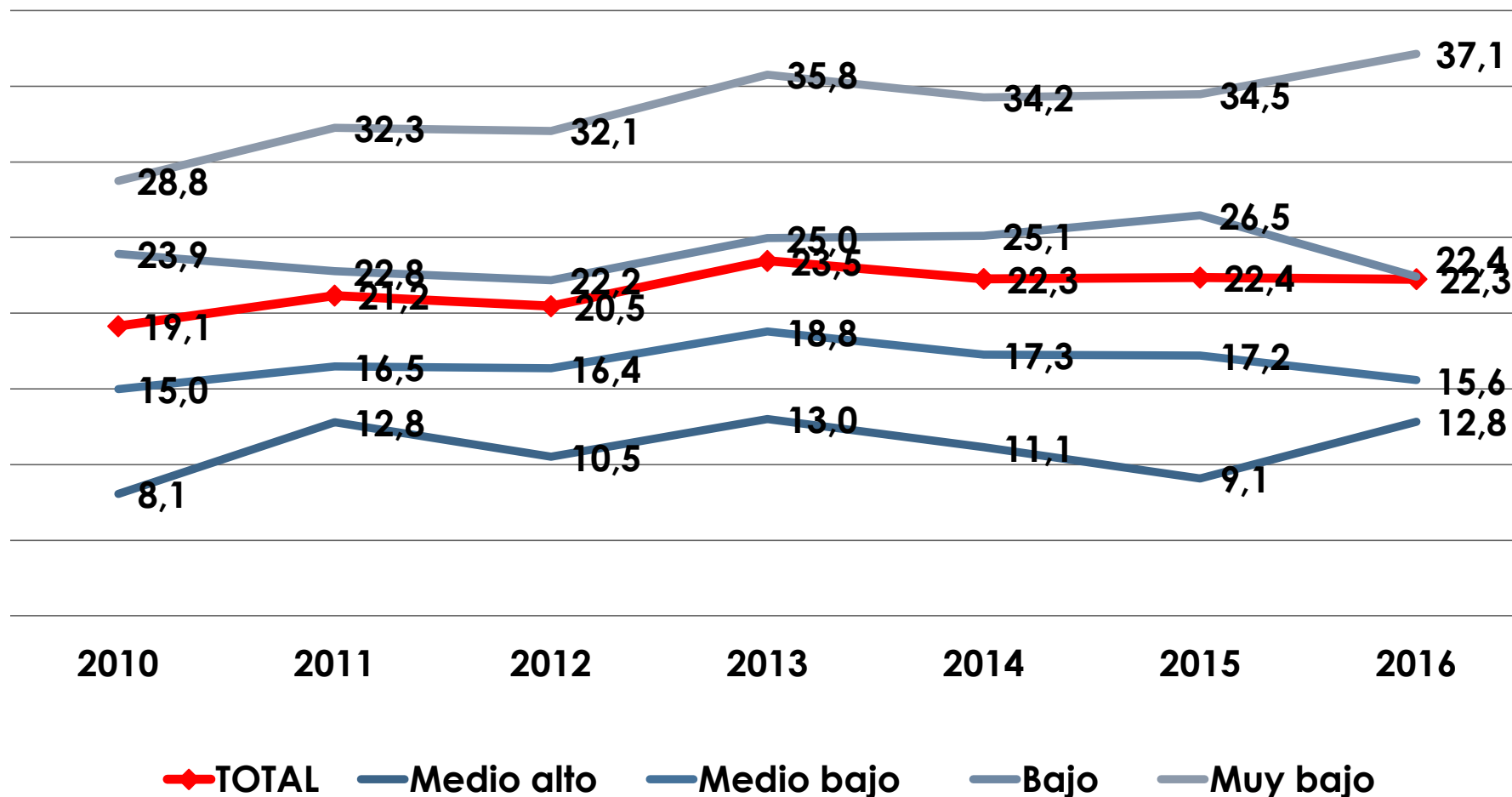
## ESTADO DE SALUD

**DÉFICIT EN EL ESTADO DE SALUD** (algunos problemas, graves problemas y enfermedades crónicas) **SEGÚN ACCESO A RECURSOS DE SALUD**. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



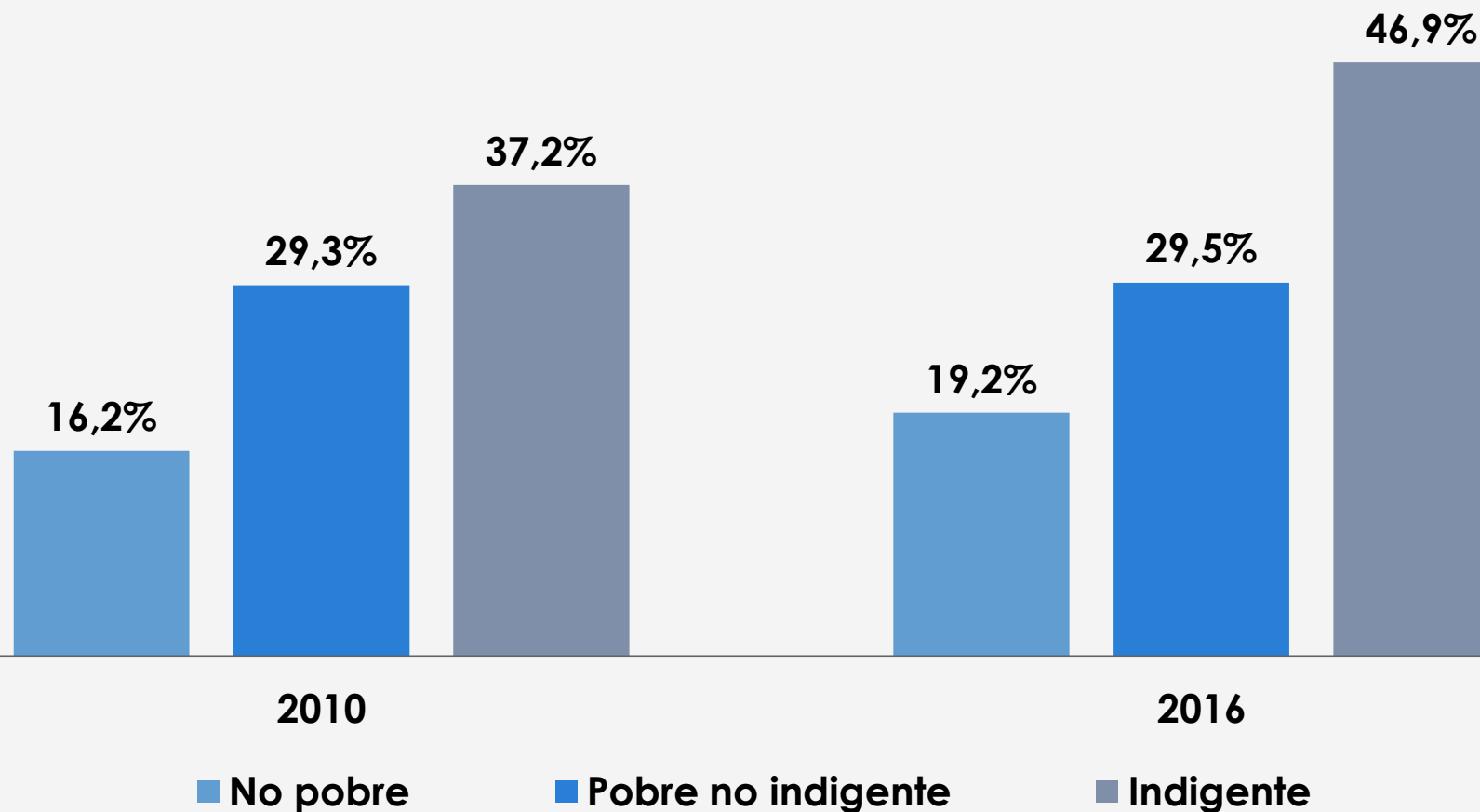
# PERSONAS

## MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO. Años 2010-2016. En porcentaje de personas de 18 años y más.



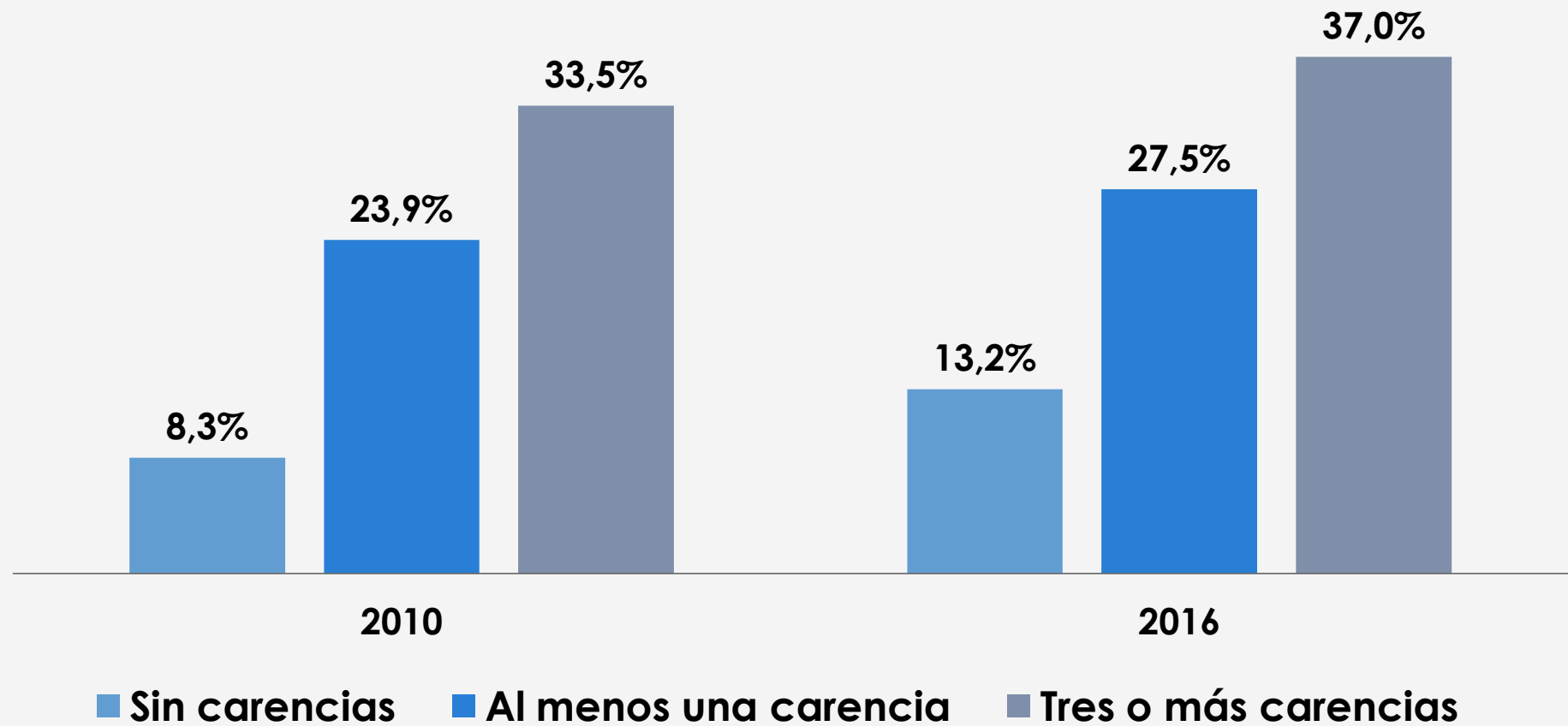
## MALESTAR PSICOLÓGICO

**MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN POBREZA POR INGRESOS. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.**



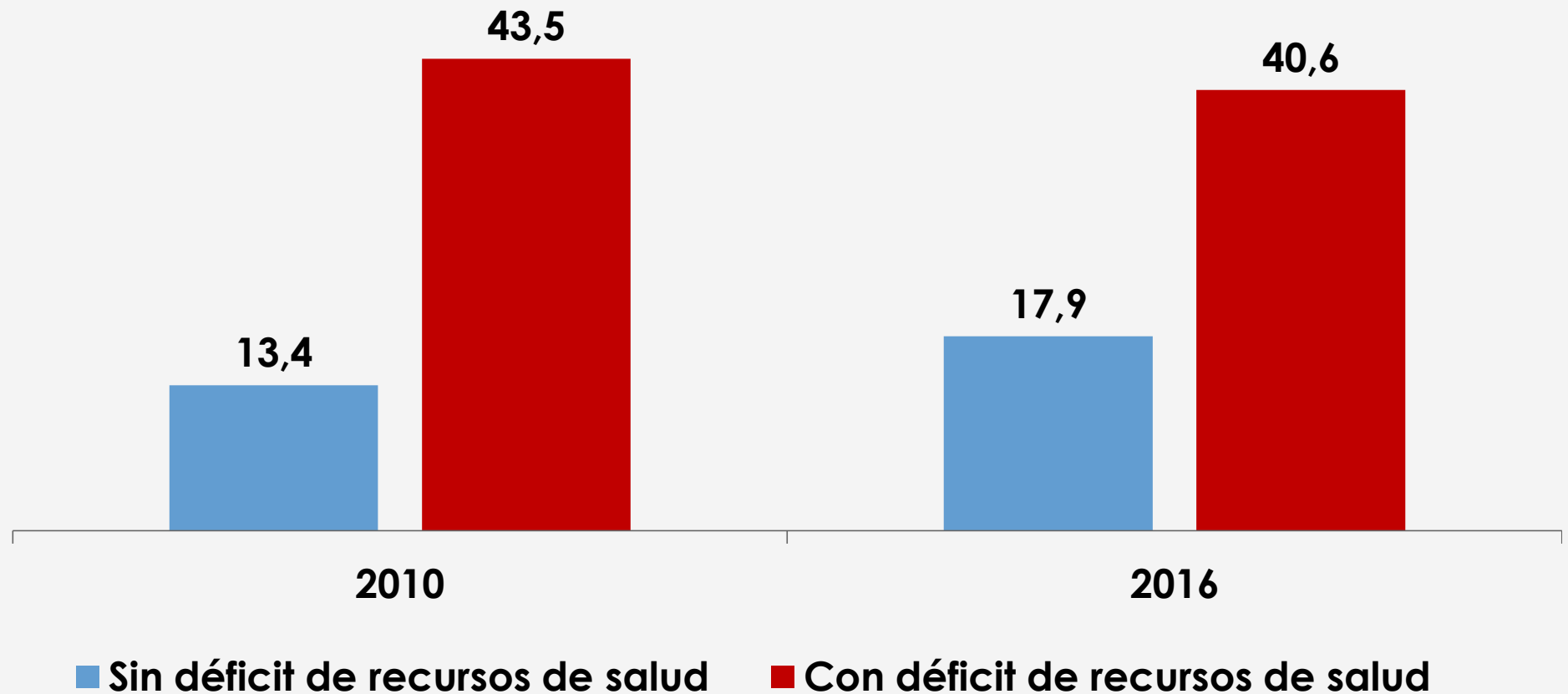
## MALESTAR PSICOLÓGICO

**MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN POBREZA ESTRUCTURAL. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.**



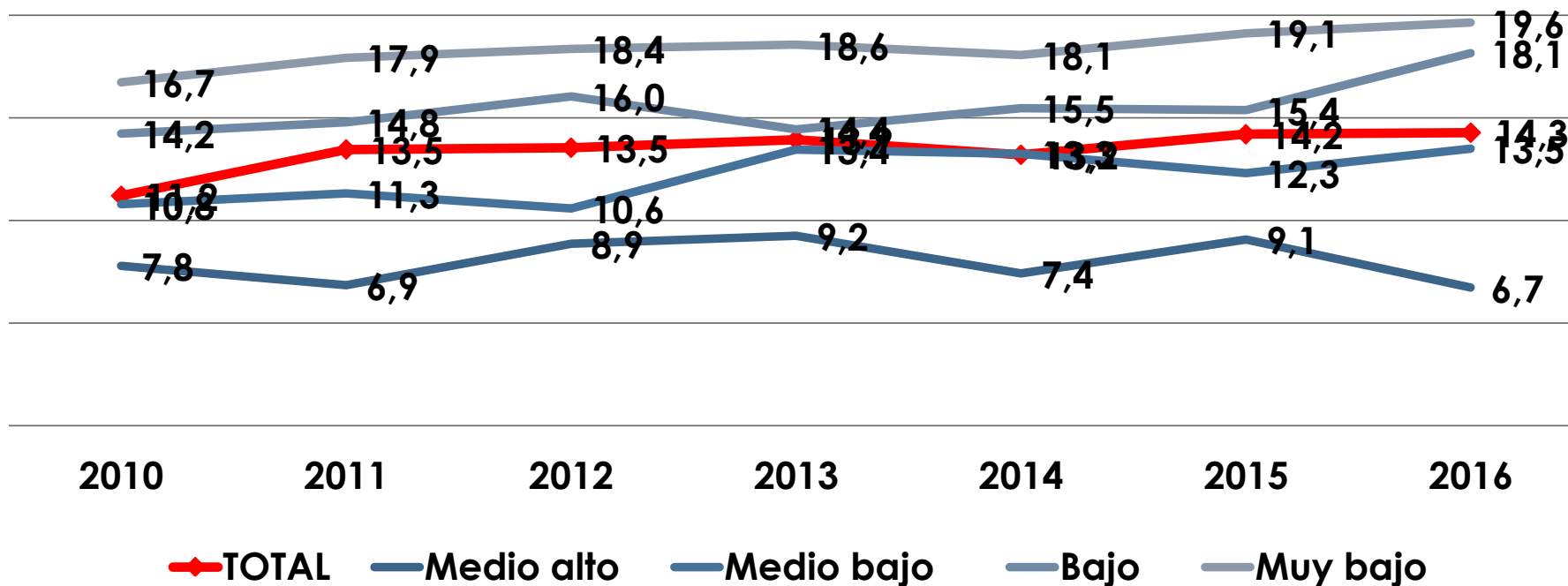
## MALESTAR PSICOLÓGICO

**MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN ACCESO A RECURSOS DE SALUD.**  
Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.

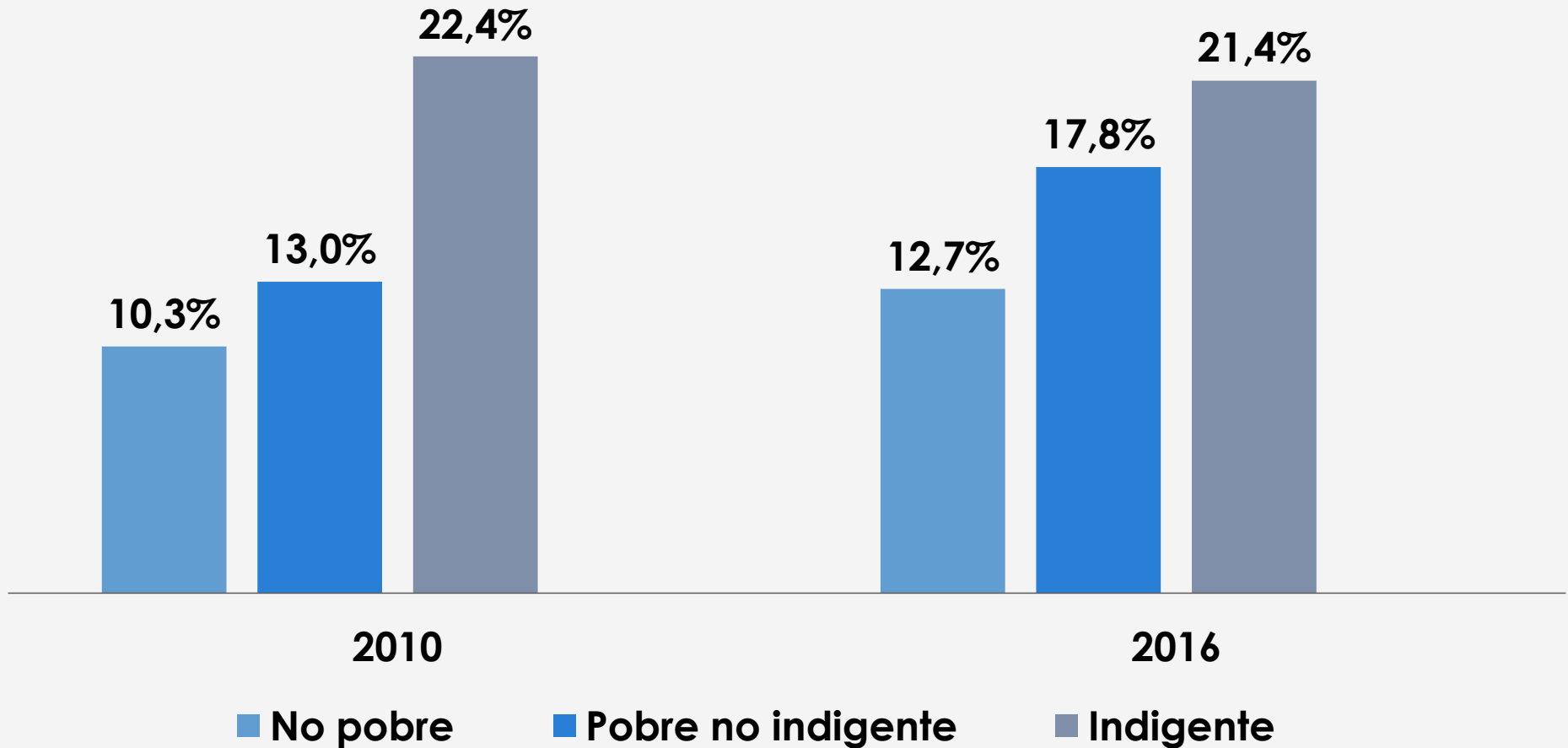


# NO REALIZÓ CONSULTA MÉDICA SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

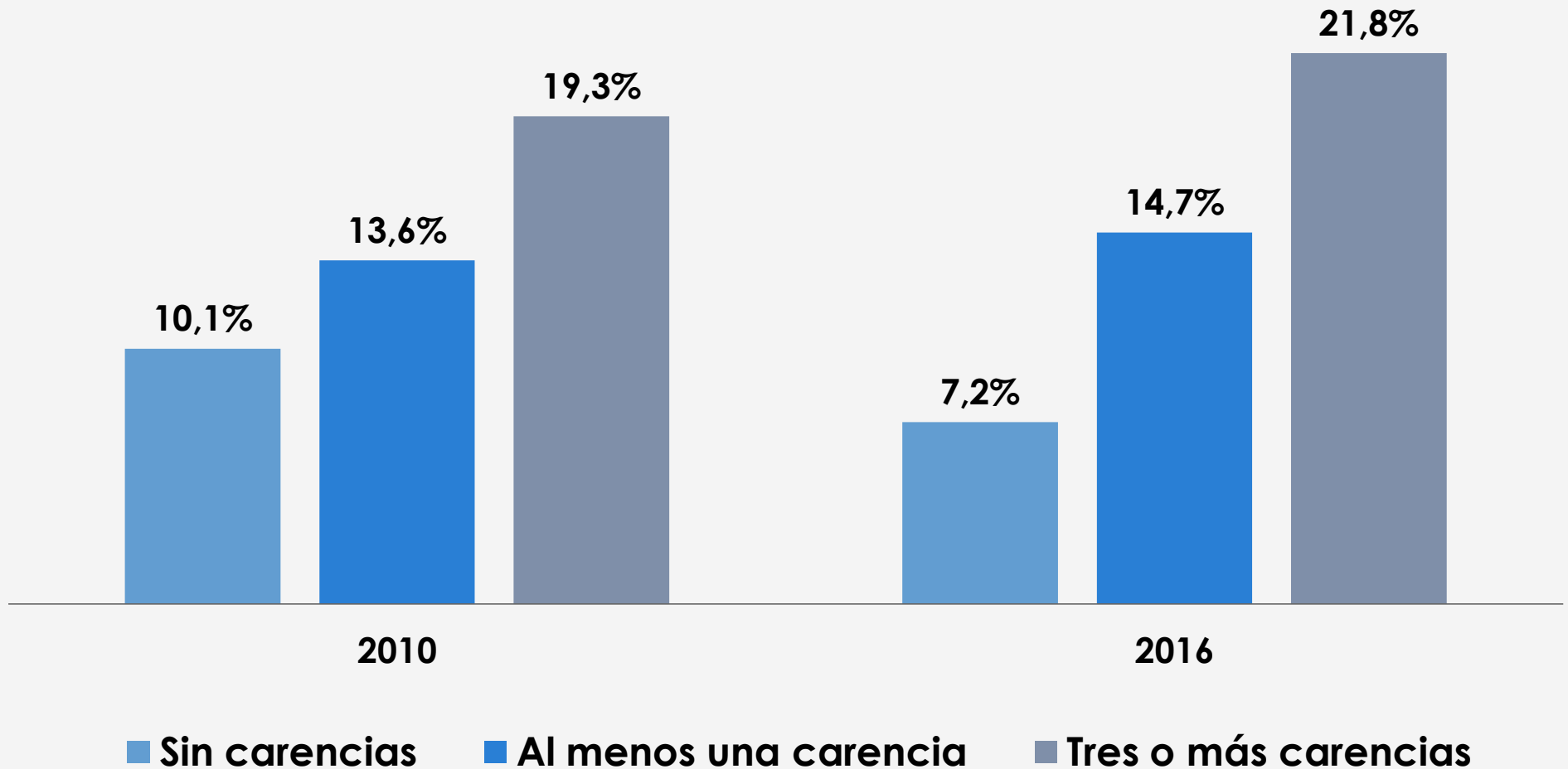
Años 2010-2016. En porcentaje de personas de 18 años y más.



## NO REALIZÓ CONSULTA MÉDICA SEGÚN POBREZA POR INGRESOS. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.

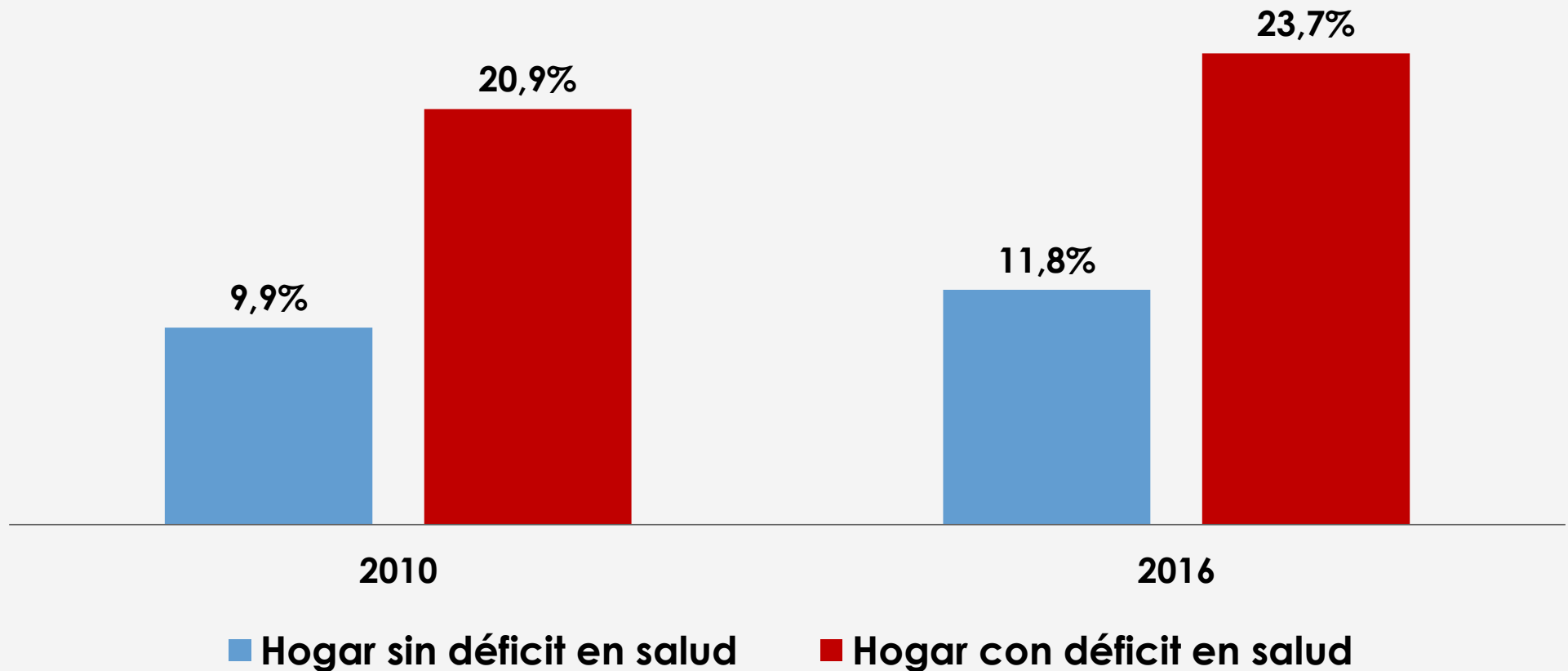


## NO REALIZÓ CONSULTA MÉDICA SEGÚN POBREZA ESTRUCTURAL. Años 2010 y 2016. En porcentaje de población.



## NO REALIZÓ CONSULTA MÉDICA SEGÚN ACCESO A RECURSOS DE SALUD.

Años 2010 y 2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



# CONCLUSIONES

# DÉFICIT ESTRUCTURALES EN MATERIA SANITARIA

- Las brechas en el ACCESO A RECURSOS Y EN EL ESTADO DE SALUD de la población se presentan como estructurales y asociadas a la falta de oportunidades de condiciones no sólo económicas sino estructurales de inclusión social.
- Disponemos de un estado sanitario dual cada vez más extendido, especializado y eficiente orientado hacia los sectores con más recursos de inclusión, y a la vez fuertemente empobrecido, precario e insuficiente para los sectores más vulnerables.
- Por sí solas, las políticas de crecimiento y de protección social activan, amplían y mejoran las condiciones de vida de sectores informales, pero no logran generar condiciones de vida saludables ni una justa distribución de los recursos para el DESARROLLO DE LA SALUD.



**ODSA**

Observatorio  
de la Deuda  
Social Argentina



**UCA**

[www.uca.edu.ar/observatorio](http://www.uca.edu.ar/observatorio)



[observatorio\\_deudasocial@uca.edu.ar](mailto:observatorio_deudasocial@uca.edu.ar)



[@ODSAUCA](https://twitter.com/ODSAUCA)