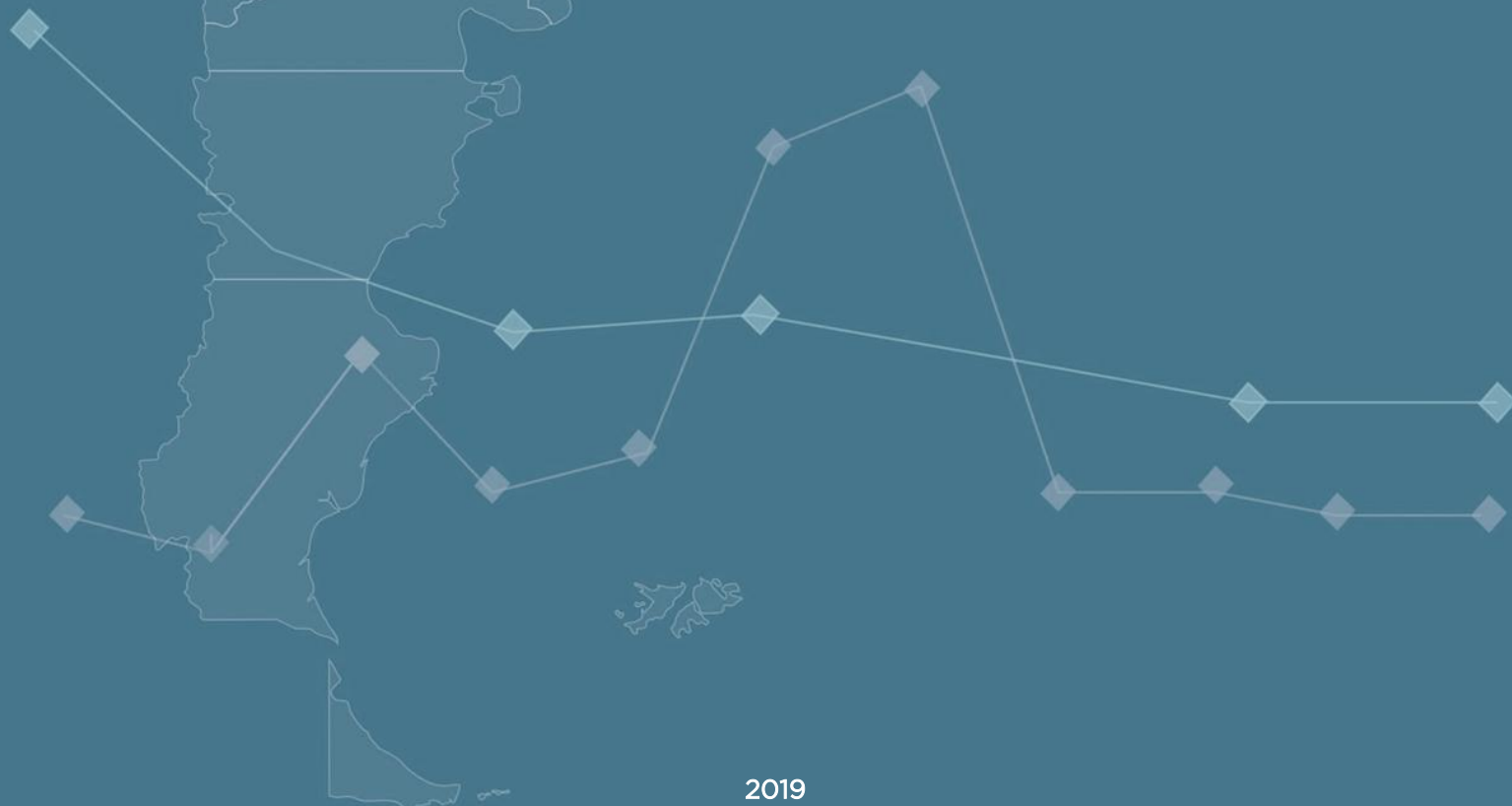


Análisis predictivo para estimar la distribución del gasto de la Sedronar en becas de tratamiento para pacientes, según quintiles de ingresos en el año 2017



Coordinación de Análisis Territorial y Estadística

Dirección del Observatorio Argentino de Drogas

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretario de Estado

Mg. Roberto Moro

Subsecretario de Estrategias de Tratamiento y Prevención

Dr. Roberto Canay

Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas

Dra. María Verónica Brasesco

Coordinación de Análisis Territorial y Estadística

Mg. Mariano Fagalde

Elaboración de informe

Lic. Juan Manuel Dias

Revisión de informe

Mg. Mariano Fagalde

Diseño de informe

Téc. Mónica Borrelli

Contenido

A. Resumen	3
B. Introducción.....	3
B.1 Objetivo general.....	5
B.2 Objetivos específicos.....	6
B.3 Justificación	6
B.4 Antecedentes / supuestos	7
C. Metodología.....	9
C.1 Análisis Predictivo	10
C.2 Transferencias en becas a costos privados y de SEDRONAR.....	13
D. Resultados.....	14
D.1 Distribución e impacto del programa de becas de tratamiento de Sedronar	16
D.2 Impacto Redistributivo a partir de los ingresos	19
E. Discusión.....	20
F. Bibliografía.....	23

A. Resumen

En este estudio se analizó el gasto en becas de tratamientos terapéuticos realizado por la Sedronar para el año 2017, con el objetivo de comprobar cómo se distribuyen las mismas según quintiles de ingreso de las personas que demandan asistencia por consumo problemático de sustancias psicoactivas. Para ello, se predijeron los ingresos de los pacientes que recibieron una beca de tratamiento empleando como fuente de información para tal predicción, los microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares del IV Trimestre del 2017 -donde se incluyen variables referidas al ingreso del hogar-. Por el otro lado, se analizó cómo se distribuye el gasto en becas de tratamiento según quintiles de ingresos¹ (predichos) de la población beneficiaria. Simultáneamente se relevaron los costos de tratamiento que deberían afrontar los pacientes si asistieran directamente al sector privado. Para realizar el análisis se utilizaron los registros de las liquidaciones mensuales de becas del año 2017, que ascienden a un total de 4.492; por esas becas se transfirieron \$175.104.489 a costos de la Sedronar. Esa misma cantidad de becas a costo privado equivalen a \$413.800.497. Entre los principales resultados se destaca que del total de pacientes que recibieron una beca de tratamiento (4.034), se estima que un 8,5% pertenece al quintil I de ingresos (423) y un 50,2% al quintil II (1.963). Es decir, que los esfuerzos realizados por la Secretaría han estado orientados prioritariamente a mejorar la situación de los que más lo necesitan dada su situación de vulnerabilidad socioeconómica.

B. Introducción

La Sedronar, como organismo rector en la materia de drogas y en cumplimiento del principio universal de igualdad de oportunidades, brinda la posibilidad de que las personas que presentan consumos abusivos de sustancias psicoactivas puedan obtener una respuesta adecuada y oportuna, que garantice su inclusión social y el desarrollo de un proyecto de vida. Para cumplir tal fin, desde el Organismo se implementa el Programa Becas

¹ El término quintil es frecuentemente utilizado para caracterizar la distribución del ingreso de una población determinada. El quintil de ingreso se calcula ordenando la población (de una región, país, etc.) desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos; con esto se obtienen 5 quintiles ordenados por sus ingresos, donde el primer quintil (o Q1, I quintil) representa la porción de la población más pobre; el segundo quintil (Q2, II quintil), el siguiente nivel y así sucesivamente hasta el quinto quintil (Q5, V quintil), representante de la población más rica.

Individuales, con el fin de financiar proyectos terapéuticos con modalidades de abordaje diversas en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales especializadas en la materia, debidamente habilitadas e inscriptas en el Área de Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales a su cargo. El subsidio está destinado a personas de escasos recursos económicos y sin esquema de protección de salud propia y a personas alcanzadas por medidas judiciales, en cumplimiento de la Ley 23.737 vigente. La prestación contempla además, el monitoreo permanente del proyecto terapéutico con el objetivo de corroborar el cumplimiento de las diferentes etapas del mismo por parte de las personas solicitantes y el funcionamiento de las organizaciones seleccionadas, tanto en lo relativo a la calidad de la prestación asistencial como en lo que respecta al trato digno y respetuoso de los usuarios.

La derivación a establecimientos asistenciales especializados en la problemática se resuelve a través de subsidios individuales (denominados “becas”) que cubren un mínimo de 30 días tratamiento, no pudiéndose superar los doce (12) meses de financiamiento. En caso de producirse abandono del tratamiento, es posible renovar la prestación por un tiempo equivalente al no utilizado en el momento en que el usuario decida retomar su tratamiento. Excepcionalmente, más allá de los 12 meses estipulados como tiempo máximo, la Sedronar puede otorgar prórrogas de financiamiento de subsidio/beca por un plazo de hasta 3 meses, previa evaluación técnica del paciente.

Cada persona que asiste a la Sedronar y que cumple con los requisitos antes mencionados, es evaluada por un equipo interdisciplinario, el cual determina a qué establecimiento asistencial debe ser derivada.

En Argentina el consumo de sustancias psicoactivas cuenta con una dificultad histórica en lo que concierne al relevamiento epidemiológico coordinado de datos a nivel municipal, provincial y nacional. Uno de los motivos principales hace referencia a que la atención por consumo de sustancias suele ser absorbida por diferentes dependencias estatales (de salud, desarrollo social, justicia civil y penal, entre otras) sin coordinación programática, lo que dificulta contar con sistema de vigilancia epidemiológica acorde a la complejidad del proceso de salud-padecimiento-atención por consumo de sustancias.

Considerando a la salud como uno de los servicios sociales fundamentales provistos por el Estado, los programas y políticas públicas

que persiguen fines de provisión de dicho servicio, forman parte de grandes debates en materia de las finanzas públicas. Dichos debates se ven atravesados principalmente por dos principios básicos presentes en la Teoría de la Gestión del Estado que generan una disyuntiva: eficiencia y equidad.

En este contexto, se torna muy importante generar información cuantitativa y cualitativa que permita dar cuenta del impacto social de las políticas. Esta necesidad es prioritaria en todo programa e intervención por parte de organismos del Estado, cuyos principales objetivos consisten en profundizar el proceso de crecimiento inclusivo que posibilite una sociedad más justa y equitativa, garantizando la igualdad de oportunidades. La salud de las personas es, en este sentido, uno de los campos de acción críticos.

La distribución de los problemas de salud no es igualitaria, los determinantes de la salud son multicausales y pueden originarse en el ambiente socioeconómico, el entorno físico, los hábitos personales de salud, la capacidad individual y los servicios de salud (Alessandro & Munist, 2003). En este sentido, la provisión pública de bienes y servicios para estas problemáticas de salud podría resultar equivalente a un subsidio no uniforme para la población –esto es, un subsidio que se distribuye de modo no ecuánime, al igual que los distintos problemas de salud-, y por este motivo es importante evaluar la efectividad de los programas en garantizar una igualdad de acceso a los tratamientos terapéuticos por consumos problemáticos.

De este modo, la política de asistencia de los consumos problemáticos, en forma de subsidios y/o becas para el tratamiento de estos últimos, forma parte de los instrumentos que tiene el Estado para mejorar la distribución del bienestar de su población. La evaluación del grado de cumplimiento de este objetivo es una evaluación del desempeño de las estrategias asistenciales que se implementan desde la Secretaría, en cuanto al grado de reducción de las inequidades sociales.

B.1 Objetivo general

El objetivo de esta investigación es comprobar si existe equidad en la distribución de las becas de tratamiento para personas que demandan asistencia a la Sedronar por consumo problemático de sustancias psicoactivas, en la Argentina, durante el año 2017. En este sentido, se estimará el impacto del gasto público en tratamientos según quintiles de ingresos de los beneficiarios a las becas de tratamiento.

B.2 Objetivos específicos

- Predecir a partir de fuentes nacionales de información (EPH) los ingresos per cápita familiar de los beneficiarios de becas de tratamiento de la Sedronar durante el año 2017.
- Estimar los costos a precio de mercado de las becas de tratamiento otorgadas por la Sedronar para el año 2017.
- Estimar el impacto monetario del Programa de becas de tratamiento de la Sedronar en la población beneficiaria según quintiles de ingresos.

B.3 Justificación

En complemento con su función programática en materia de políticas públicas de prevención, asistencia y capacitación sobre los consumos de sustancias psicoactivas a nivel nacional, la Sedronar ha desarrollado una serie de programas de subsidios y de dispositivos de atención directa a usuarios de sustancias psicoactivas tanto a nivel preventivo, comunitario como asistencial. Entre los más relevantes, se mencionan:

- Servicio de atención telefónica directa (Línea 141);
- Los centros de evaluación y derivación (CEDECOR);
- Los centros de tratamiento con base comunitaria (DIAT - DTC)² y los fondos a organizaciones no gubernamentales que realizan prácticas de reducción de riesgos y daños en zonas de alta vulnerabilidad social llamados Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC);
- El programa de becas a tratamiento en centros de tratamiento residenciales (Comunidades Terapéuticas no gubernamentales);
- Los programas de re-inserción socio-laboral.

Debido a que la finalidad de las intervenciones de estos programas y/o dispositivos se centra en la atención directa a usuarios de sustancias, las áreas incorporan registros administrativos que responden a sus objetivos programáticos y los que, eventualmente, generan información estadístico-descriptiva en la misma dirección (evaluación continua de las actividades, informes y memorias de gestión, etc.).

No obstante, existe un potencial estadístico sin explotar en la información recolectada por las áreas ya que puede considerarse que el

² DIAT: Dispositivo Integral de Abordaje Territorial. DTC: Dispositivo de Tratamiento Comunitario.

conjunto de usuarios que demandan asistencia en dispositivos y programas de la Sedronar representan una población cautiva para el análisis epidemiológico como así también para estudios de economía de la salud.

B.4 Antecedentes / supuestos

Las fuentes de información de los servicios de atención a pacientes con problemas de consumo de sustancias relevan principalmente eventos asistenciales, de gestión, de cobertura poblacional, de actividades preventivas y de actividades de promoción de la salud. Los usuarios de esta información son múltiples a nivel Municipal, Provincial y Nacional.

Cabe destacar que la Sedronar cuenta con el sistema informático SIPROVI (Sistema Proyecto de Vida) que recoge información sobre características socio-demográficas, historia de consumo, diagnóstico, tipo de tratamiento, trayectoria institucional, subsidios por tratamiento recibidos, profesionales intervinientes, etc. de la población de usuarios de los de algunos de los dispositivos de la Sedronar: CEDECOR (territorio, central y descentralizado), línea 141 (teléfono, chat e e-mail), Comunidades terapéuticas conveniadas con Sedronar (centros de tratamiento ambulatorios y residenciales).

Respecto a la consulta del paciente, en el SIPROVI³ se puede registrar información de la consulta, referida a:

- i. personas (tipo y número de documento, nombre, fecha de nacimiento, domicilio, cobertura de salud, estado civil, nivel educativo, condición laboral)
- ii. situación de salud (motivo de consulta, enfermedades prevalentes, sustancias de consumo, derivaciones, etc.),
- iii. datos administrativos (duración del tratamiento, transferencias monetarias).

Si bien dicha información es muy valiosa para realizar distintos análisis, el sistema no capta información referida al hogar al que pertenece el beneficiario de la beca; como ejemplo podemos mencionar los ingresos económicos del hogar provenientes de actividades laborales. Al no disponer

³ Un Sistema de Información es la infraestructura de recursos humanos y materiales y su interrelación, mediante la cual se recolectan, almacenan, recuperan, procesan y comunican datos e información (DEIS; 2004). En tanto estructura, soporta informaciones para apoyar el proceso de gestión y toma de decisiones, para lograr una utilización eficiente de recursos. Su finalidad inmediata es reducir sistemáticamente el margen de incertidumbre y los potenciales errores en las definiciones sanitarias asociadas a la falta de un conocimiento seguro y oportuno del sistema de salud.

en los registros de la Sedronar este tipo de información, se relevaron distintas fuentes nacionales que registran el gasto en salud y los ingresos de la población.

Las encuestas nacionales sobre gasto en salud en Argentina relevan el gasto en salud mental general pero no contemplan el gasto específico en tratamientos por consumos problemáticos de sustancias. Es decir, no se han encontrado estudios que releven este tipo de gasto particular en población general, y mucho menos aún cómo se distribuye ese gasto según los ingresos de la población.

En este sentido, podemos considerar dentro del Sistema Estadístico Nacional dos grandes relevamientos en los cuales se releva gasto en salud; uno de ellos es La Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del 2010 (MSAL-DEIS), que releva consultas con otros profesionales de salud, entre las cuales incluye a los profesionales de salud mental y considera la consulta al psiquiatra, psicóloga/o y psicopedagoga. Si bien esta encuesta releva el ingreso de los hogares, la dificultad de imputar los quintiles de ingresos de la población asistida en Sedronar a partir de esta encuesta reside en una imposibilidad metodológica y de sesgo, ya que no es posible asumir que dentro de las consultas a estos profesionales estén incluidas las consultas por un tratamiento relacionado con problemas con el consumo de sustancias, y menos aún los gastos que esos tratamientos suponen. Por otra lado, existe la Encuesta Nacional de Gasto en los Hogares (INDEC-ENGHO) que releva los servicios para la salud en los que gastan los hogares, incluyendo en esos gastos los productos medicinales y accesorios terapéuticos (medicamentos, elementos para primeros auxilios, anteojos, nebulizadores, etc.) y los servicios para la salud (sistema prepago de asistencia médica, consultas médicas y odontológicas, internaciones, parto, fisioterapia, análisis clínicos y radiológicos). En este caso nos encontramos con la misma dificultad para estimar los quintiles de ingresos ya que se relevan gastos en servicios de salud que no son asimilables ni homologables a lo que Sedronar entiende por gastos de tratamientos por consumo problemático de sustancias.

En conclusión, imputar los quintiles de ingresos a partir de las fuentes citadas presenta dificultades, en la medida que ninguno de los instrumentos de registro de dichas fuentes incluyen indicadores sobre esta problemática y mucho menos de los gastos de bolsillo en los tratamientos. Otra limitación reside en que ambos relevamientos se realizan cada 5 o más años lo que representa un obstáculo para el diseño actual de políticas públicas en drogas.

Finalmente, todas las limitaciones y antecedentes antes descritos nos obligan a diseñar un estudio de carácter exploratorio que permita describir las características socioeconómicas de los pacientes asistidos por la Sedronar.

C. Metodología

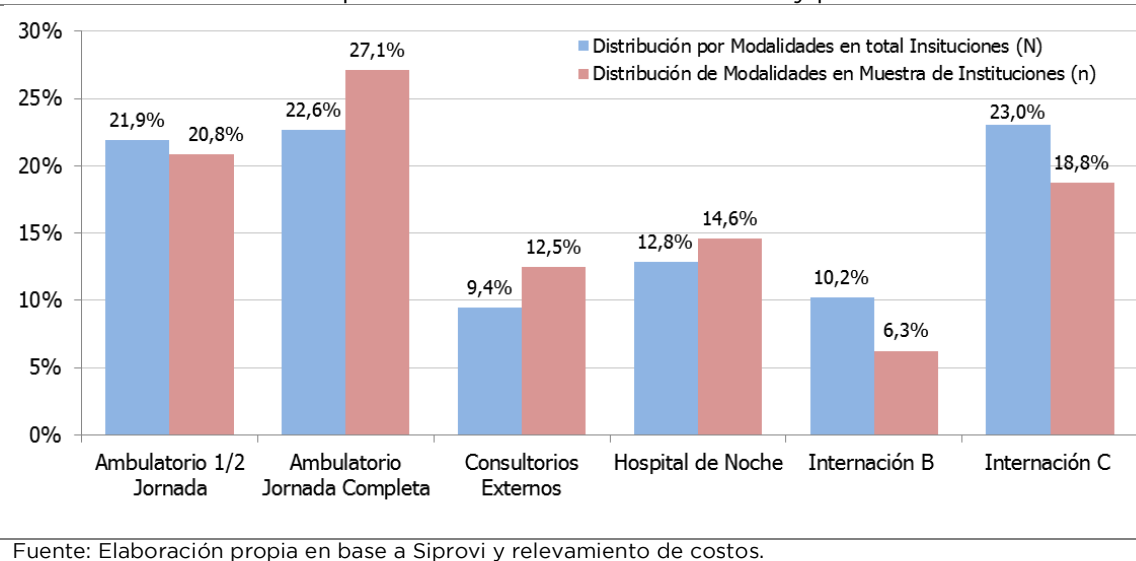
Para medir el impacto en los hogares de las transferencias por becas a tratamientos de la Sedronar, por un lado se relevaron los costos privados de los tratamientos en cada modalidad de atención, es decir, los costos de los tratamientos sin descuentos de Obra Sociales o subsidios del Estado. Específicamente se relevó una muestra de instituciones que al año 2017 se encontraban conveniadas con Sedronar para recibir pacientes. Para simplificar los cálculos se consideró un tratamiento equivalente a 30 días (un mes) de internación y/o tratamiento ambulatorio. Se utilizó como marco muestral las instituciones donde se registraron liquidaciones de pago de becas (bajo cualquiera de las modalidades de atención subsidiadas por la Secretaría) para el año 2017.

De esta forma se evitó asignar alguna probabilidad de selección a las instituciones que no registraron movimientos de pacientes en el año 2017. Cumplieron con este requisito un total de 90 Instituciones; en un segundo momento se calculó la cantidad de pacientes asistidos y las transferencias monetarias en concepto de becas, tanto a los valores liquidados por la Sedronar como a costos privados.

Las instituciones se seleccionaron con la técnica muestreo aleatorio sistemático, partiendo de una selección aleatoria del primer elemento para la muestra, y luego seleccionando los demás elementos utilizando intervalos fijos o sistemáticos hasta alcanzar el tamaño final de la muestra. El relevamiento se realizó a través de contacto telefónico con el Director o responsable de la Institución presente al momento de realizar el llamado.

A continuación se observa la distribución de las modalidades de atención en la muestra de instituciones y en el universo.

Gráfico 1: Transferencias por modalidad a costos Sedronar y privados. Año 2017.



C.1 Análisis Predictivo

Por otro lado, se realizó un ejercicio de predicción de los ingresos per cápita familiar (IPCF) de los beneficiarios de becas de tratamiento durante el año 2017 a partir de los microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) correspondientes al cuarto trimestre de 2017, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)⁴.

Asimismo, los datos relativos a subsidios fueron tomados de la base de datos SIPROVI (Sistema Proyecto de Vida) y de registros administrativos. Ambos representan una fuente primaria de información para las funciones administrativas y estadísticas de las instituciones debido a su constante y periódica captación de información. Estos registros contenidos en SIPROVI (datos sociodemográficos del usuario, trayectoria institucional, sustancia de inicio, sustancia de consumo, profesionales intervinientes, etc.) sirven para generar indicadores a partir de los cuales se espera colaborar a una mejora en la toma de decisiones.

La utilización de información contenida en los registros administrativos para la generación de estadísticas ha cobrado gran relevancia en el ámbito nacional e internacional debido a que ofrecen la posibilidad de reducir los costos de recolección de datos y brindan información oportuna con mayores

⁴ Disponibles en www.indec.gob.ar

niveles de desagregación geográfica que las encuestas por muestreo. Adicionalmente, si se dispone de identificaciones únicas en los registros, como en el caso de SIPROVI, es posible integrar información disponible de diferentes registros para generar nuevos datos.

A continuación se detalla cada uno de los pasos realizados con el objetivo de homologar la información de ambas fuentes de información, Sedronar y EPH:

- i. Transformar las categorías de cada una de las variables que releva Sedronar (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, condición de actividad y aglomerado) que forman parte del modelo de predicción para que clasifiquen idénticamente a las personas en relación con la EPH.
- ii. Aplicación de un modelo a través de una regresión lineal múltiple que prediga para cada uno de los asistidos, que recibió una beca durante el año 2017, el ingreso per cápita familiar (IPCF) correspondiente.
- iii. A partir del IPCF de cada beneficiario de una beca de tratamiento agregar el decil de ingreso correspondiente según lo publicado por INDEC para el IV trimestre del 2017.

Para predecir los ingresos de los beneficiarios de becas de tratamiento se trabajó con técnicas de machine learning (aprendizaje automático) corridas sobre soft libre R Statistics 5.3.2. La librería CARET en R (Classification And Regression Training) ofrece un conjunto de funciones que agilizan el proceso de creación de modelos predictivos. El paquete contiene, entre otras, herramientas para la partición de la información en datos de entrenamiento y validación (test).

En este ejercicio puntual se utilizó la técnica de aprendizaje automático supervisado; a partir de un conjunto conocido de datos y respuestas conocidas (los Micro-datos de la EPH, IV Trimestre del 2017) se entrenó y testeó un modelo con el objeto de generar predicciones para un conjunto de datos nuevos (información de Sedronar). Se partió la información aleatoriamente generando un conjunto de datos de entrenamiento en el cual se entrenaron los modelos y un conjunto de datos de validación en el cual se seleccionó el mejor de los modelos entrenados. Finalmente se aplicó el modelo en un conjunto de datos en el cual no

conocemos la variable dependiente, que en el caso de este estudio son los ingresos per cápita familiares de los beneficiarios a una beca de tratamiento.

La necesidad de predecir una variable cuantitativa discreta (IPCF) exigió la utilización de funciones de regresión para el modelo predictivo; buscando las relaciones de dependencia de tipo lineal entre una variable dependiente (IPCF) respecto a un conjunto de variables explicativas (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, condición de actividad y aglomerado).

La regresión lineal múltiple, permitió obtener una relación lineal entre un conjunto de variables independientes X_1, \dots, X_n con una variable dependiente Y , es decir, la ecuación que describió el modelo adoptó la forma: $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n$ (b son los coeficientes de la recta que, bajo algún criterio de minimización como el de mínimos cuadrados, determina el mejor ajuste a los datos⁵). Finalmente, a través del cálculo del error cuadrático medio (RMSE) se midió la cantidad de error que hay entre dos conjuntos de datos. En otras palabras, se comparó un valor predicho con un valor observado o conocido.

Una vez predichos los ingresos ordenamos a las personas de acuerdo a su nivel de bienestar y, al no ser el bienestar una variable observable de forma directa, se tomó como variable proxy al ingreso permanente, por lo cual, se siguió el criterio de aproximar el bienestar individual con el ingreso per cápita familiar. A partir de los ingresos predichos, los individuos se ordenaron según el valor de esta variable y luego se dividieron en grupos por quintiles, en donde cada quintil contuvo el 20% de los individuos. En este ordenamiento, quienes se encontraban en el primer quintil percibieron los menores ingresos mientras que los que se encontraban en el último quintil (5º) son los de mayores ingresos. De esta forma, se colocó en el eje horizontal la población acumulada, en función de los quintiles de ingreso, mientras que en el eje vertical se colocó el porcentaje del ingreso total que es apropiado por cada uno de los quintiles.

Por otra parte, se calculó el coeficiente de concentración del gasto. Este coeficiente permite identificar en qué quintil de ingreso se concentra el

⁵ Al ajustar el modelo si predictores tiene un p-valor bajo es probable que tenga una adición significativa al modelo porque los cambios en el valor del predictor están relacionados con cambios en la variable de respuesta, que para este ejercicio son los ingresos per cápita familiares. Según las estimaciones, los coeficientes son significativamente diferentes de cero, ya que el p-valor observado es cercano a cero. Para este modelo el coeficiente de bondad de ajuste $R^2=0.2575$. Por sí sólo este valor no aporta información, pero es útil para comparar el ajuste de diferentes modelos, considerando la cantidad de parámetros que intervienen.

gasto efectuado por el Estado a través del programa de becas de tratamiento. El valor de este coeficiente oscila entre -1 y 1, lo que significa que cuanto más se aproxime en valor absoluto a 0 el gasto será más proporcional y, será menos proporcional cuando se aproxime a 1. Si el signo es negativo, el gasto se acumulará en los niveles más bajos de ingreso y se considerará un gasto progresivo. Esto significa entonces que el gasto realizado por el Estado se concentra en los quintiles de menores ingresos. De manera contraria, si es positivo, el gasto tiende a concentrarse en los estratos de ingresos más altos, por lo tanto se considerará un gasto del Estado de tipo regresivo.

Asimismo, para este estudio se seleccionaron dos de los indicadores más utilizados para evaluar el grado de inequidad que existe en una sociedad que son la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini⁶.

Dado que el índice de Gini oscila entre 0 y 1, siendo que dicho valor varía de acuerdo a las distancias entre estas dos curvas: si ambas líneas coinciden, el índice es igual a cero, implicando la máxima igualdad, es decir que a cada quintil le corresponde la misma proporción de la masa total de ingreso. A medida que aumenta el índice, también aumenta la distancia entre la línea de equidistribución y la distribución real. Así, el índice de Gini puede tomar su valor máximo igual a 1, es decir, alcanzar la mayor desigualdad posible. Así, un índice de Gini con valor 0, implicaría que los subsidios asistenciales otorgados por la Secretaría alcanzan efectivamente a la población objetivo.

C.2 Transferencias en becas a costos privados y de SEDRONAR

En cuanto al cálculo del monto de las transferencias en becas en términos de costo privados y costo Sedronar, hay que considerar que los pacientes derivados a alguna institución que presta servicio a Sedronar pueden realizar su tratamiento bajo distintos niveles de atención: ambulatoria (sea en consultorios externos, o bien en centros asistenciales con jornada completa, media jornada o en hospital de noche) o internación (ya sea

⁶ El coeficiente de Gini es la medida utilizada con mayor frecuencia para el estudio de la desigualdad en los ingresos, a partir de la construcción de la curva de Lorenz. Esta curva presenta la distribución de probabilidades de ingresos teniendo en cuenta que el eje horizontal representa el porcentaje de población acumulada, medida en quintiles de ingreso, mientras que el eje vertical constituye el porcentaje del ingreso total que le corresponde a cada quintil. El índice de Gini se define como el área comprendida geoméricamente entre la desviación de la curva de Lorenz y la recta de equidistribución, la cual representa la igualdad perfecta en la distribución del ingreso; esto es, expresa la relación entre la línea de equidistribución y la distribución real

categoría A, B o C⁷). Los niveles y categorías de atención y asistencia reconocidos por la Sedronar son los previstos por la Resolución Conjunta 361/97 MS y AS y 153/97 de Sedronar, y establecidos internamente en virtud de la complejidad de la atención ofrecida.

Para la valorización de las transferencias del año 2017 se consideraron los costos mensuales de los tratamientos por nivel de atención, resultando un costo privado mensual promedio para cada nivel de atención. En aquellos niveles de atención en los que se relevó un único precio (ver razones de la no respuesta) se consideró a ese precio como referencia, como es el caso de la modalidad internación B. A partir de los costos promedios de referencia se valorizaron las transferencias realizadas por la Secretaría para el año 2017, lo que definimos en este estudio como transferencias Sedronar en becas de tratamiento a precios de mercado.

D. Resultados

En la siguiente tabla se observan los costos promedios mensuales por nivel de atención para los tratamientos financiados por la Sedronar y por los particulares, como así también la brecha entre ambos costos.

Costo promedio mensual Sedronar y privado por nivel de atención

Niveles de Atención	Costo Sedronar - Promedio mensual	Costo Privado - Promedio mensual	Brecha privado / público
Ambulatorio 1/2 Jornada	\$ 5.424	\$ 9.409	73%
Ambulatorio Jornada Completa	\$ 7.440	\$ 15.242	105%
Consultorios Externos	\$ 2.158	\$ 3.600	67%
Hospital de Noche	\$ 6.349	\$ 16.100	154%
Internación B	\$ 16.667	\$ 40.967	146%
Internación C	\$ 11.224	\$ 27.114	142%

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento de precios.

Simulando que los pacientes asistidos por Sedronar concurren a un tratamiento en forma privada, deberían desembolsar en promedio algo más del doble de dinero por un tratamiento considerando todos los niveles de

⁷ Los niveles y categorías de atención y asistencia reconocidos por la SEDRONAR son los previstos por la Resolución Conjunta 361/97 MS y AS y 153/97 de SEDRONAR, y establecidos internamente en virtud de la complejidad de la atención ofrecida.

atención, y un 150% más considerando los niveles *Hospital de Noche e Internación B y C*.

Durante el año 2017 se liquidaron un total de 20.896 becas de tratamiento y se asistió un total de 4.492 personas distintas. Para ese total de becas se transfirieron a valores pagados por Sedronar un total de \$175.104.489 y \$413.800.497⁸ a valores de mercado (sin descuentos de OS y subsidios del Estado).

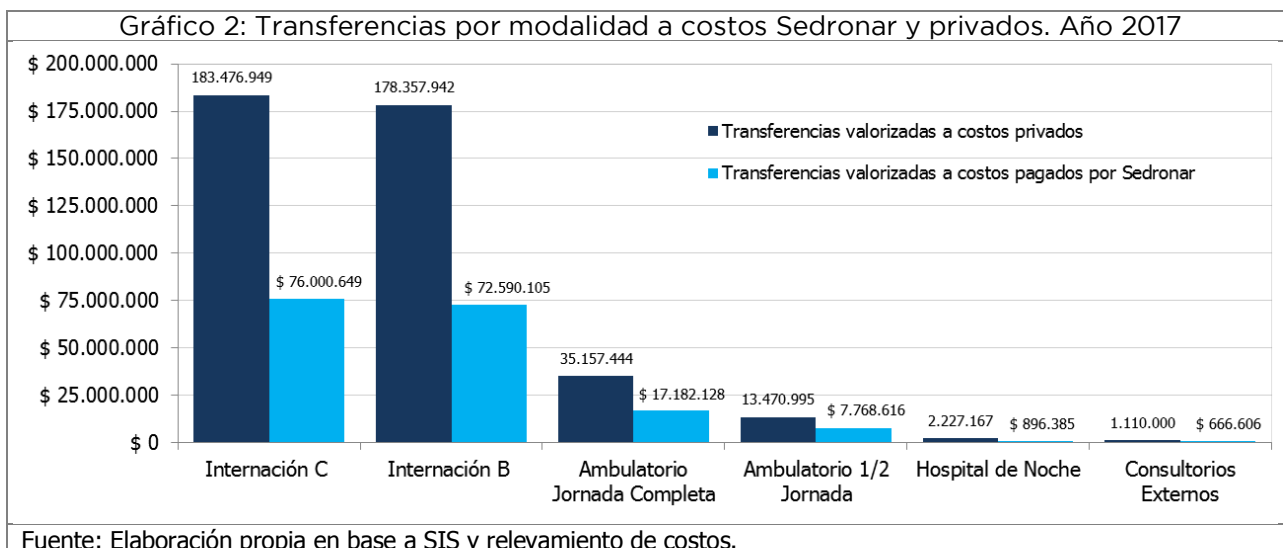
Transferencias por modalidad a costos Sedronar y privados. Año 2017.

Modalidad	Transferencias valorizados a costos pagados por Sedronar	Transferencias valorizados a costos privados	Brecha gasto privado / público
Ambulatorio 1/2 Jornada	\$ 7.768.616	\$ 13.470.995	73%
Ambulatorio Jornada Completa	\$ 17.182.128	\$ 35.157.444	105%
Consultorios Externos	\$ 666.606	\$ 1.110.000	67%
Hospital de Noche	\$ 896.385	\$ 2.227.167	148%
Internación B	\$ 72.590.105	\$ 178.357.942	146%
Internación C	\$ 76.000.649	\$ 183.476.949	141%
Total	\$ 175.104.489	\$ 413.800.497	136%

Fuente: Elaboración propia en base a SIS y relevamiento de costos.

En el siguiente gráfico se observan ambas distribuciones de gastos: el privado, estimado a partir del relevamiento de costos en instituciones seleccionadas y el que efectivamente pagó la Secretaría.

⁸ Cabe aclarar que para este ejercicio de imputación de los ingresos de los beneficiarios de becas de tratamiento se consideraron exclusivamente a los asistidos con información válida en cada una de las variables independientes incluidas en el modelo de predicción: nivel educativo, sexo, edad, condición de actividad, estado civil y aglomerado, características que también se relevan en la EPH. Los pacientes asistidos que cumplen con esa condición ascienden a un total de 4.032 que en términos de transferencias representaron un total de \$159.705.600 a valores SEDRONAR y \$377.031.511 a valores privados.



D.1 Distribución e impacto del programa de becas de tratamiento de Sedronar

Los Programas ejecutados por el Estado que tienen, entre sus fines, contribuir a una mejora en la redistribución de los ingresos, buscan también ser progresivos, es decir, buscan reducir los niveles de desigualdad existentes en la distribución primaria de los ingresos. En su mayoría, éstos abarcan las problemáticas referidas al desarrollo social, salud, vivienda y educación. El programa de becas implementado desde la SEDRONAR constituye un gasto progresivo en tanto destina la mayor proporción de sus recursos a los primeros quintiles de ingreso.

Dos instrumentos fundamentales con los que cuenta el sector público para intervenir sobre la distribución del ingreso, son su política de gastos y su política de impuestos. En este sentido, la política fiscal intensifica el impacto redistributivo a través del gasto público, reasignando recursos a favor de la generación de programas que produzcan un impacto redistributivo mayor y destinando más recursos a los programas ya existentes.

El Programa de becas, transfiere ingresos a las instituciones que luego se traducen en tratamientos y facilita el acceso a la población con menores recursos a un bien de características inelásticas. Para analizar el impacto redistributivo de SEDRONAR, en primer término se procedió a analizar el coeficiente de concentración de SEDRONAR a través de la distribución del gasto en becas de tratamiento según quintiles de ingreso.

Gráficamente, el coeficiente de concentración de gasto está representado por el área comprendida entre la curva de concentración y la diagonal de equiproporcionalidad. Cuando el área se encuentra por encima de la diagonal, conforma una superficie de mayor progresividad, mientras que cuando el área se encuentra por debajo de la diagonal hay una mayor regresividad.

Al no haber estimaciones anteriores ni evaluaciones de línea de base que nos permitan conocer la distribución del gasto según los quintiles de ingreso de la población beneficiaria para años anteriores, este estudio es la primera estimación del impacto redistributivo de los gastos en becas de tratamiento. El coeficiente de concentración permitió observar cómo se distribuye el gasto que realiza la Sedronar en becas para el año 2017. A continuación se observa la distribución porcentual del gasto en tratamientos por quintiles de ingresos:

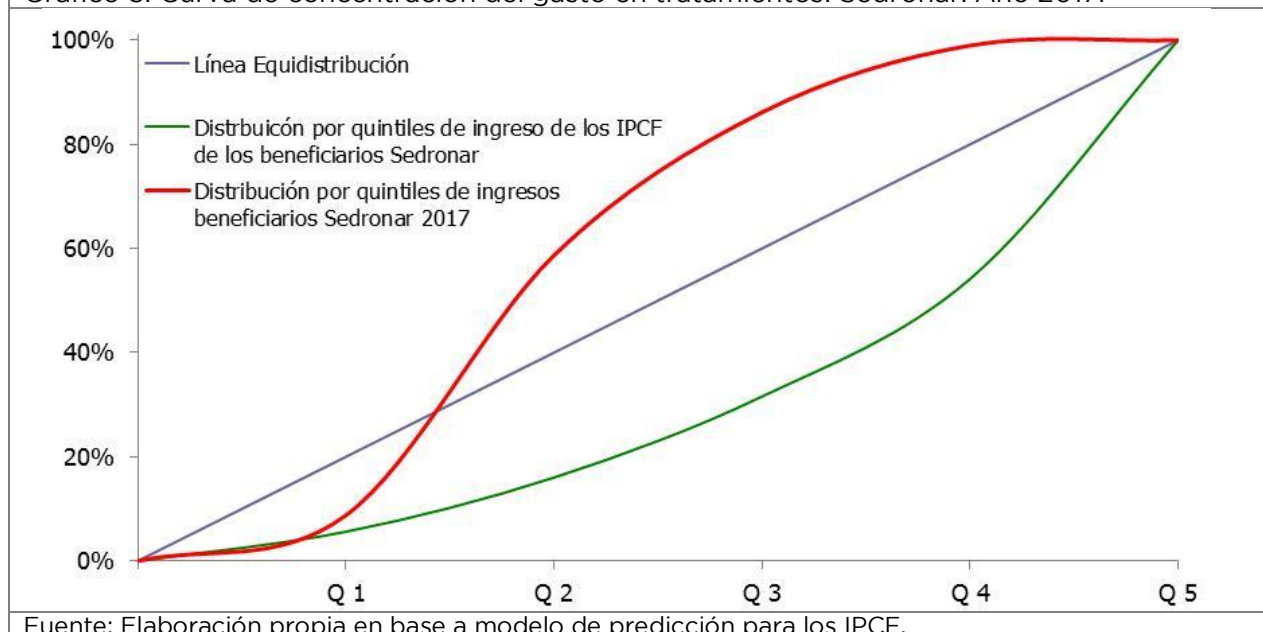
Distribución del gasto en tratamientos Sedronar por quintiles de ingresos, año 2017, en porcentajes.

Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
8,5%	50,2%	27,5%	12,8%	1,0%

Fuente: Elaboración propia en Base a Siprovi.

A su vez esta distribución es posible representarla gráficamente a partir de la curva de concentración del gasto en becas de tratamientos que indica cómo se distribuyen los beneficios del gasto efectuado por el Programa en la población según quintiles de ingreso.

Gráfico 3: Curva de concentración del gasto en tratamientos. Sedronar. Año 2017.



Con las estimaciones realizadas es posible afirmar que en 2017, el 58,7% del gasto total en becas de la Sedronar fue asignado a la población del primer y segundo quintil de ingreso, es decir que más de la mitad de las transferencias totales en tratamientos que realizó el Estado se destinaron al 40% de la población con menos recursos. En el otro extremo, el 20% de la población con mayores recursos, recibió el 1% del gasto. En este sentido, es posible observar que el Programa tuvo un impacto progresivo, dado que la curva de concentración del gasto tratamientos se encuentra por encima de la curva de equiproporcionalidad (con un coeficiente de concentración de - 0.21).

Todo ello parece indicar que el Programa de becas se encuentra autofocalizado⁹ de manera tal que el beneficio de las transferencias en concepto de becas lo adquiere la población con menores ingresos. No obstante, a partir de la distribución analizada es posible observar que el mayor impacto redistributivo del programa de becas se observa en el quintil 2 de ingresos.

Cabe aclarar que desde la Sedronar se implementan distintas intervenciones en lo que es el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Si bien no es el objetivo de este estudio caracterizar los distintos abordajes/enfoques y sus distintos grados de éxito, podemos mencionar entre los más relevantes: el ético-jurídico, el médico-sanitario y el modelo socio-comunitario. Podríamos incluir al programa de becas de tratamiento, que este estudio analiza, dentro del enfoque médico-sanitario

Esta situación podría responder a la hipótesis que afirma que la demanda potencial de tratamiento de la población más vulnerable, perteneciente al primer quintil de ingresos, no halla su respuesta en el programa de becas sino en otros dispositivos de intervención socio comunitaria que la Sedronar ha desplegado a lo largo y lo ancho del País (DIAT, DTC y CAAC)¹⁰.

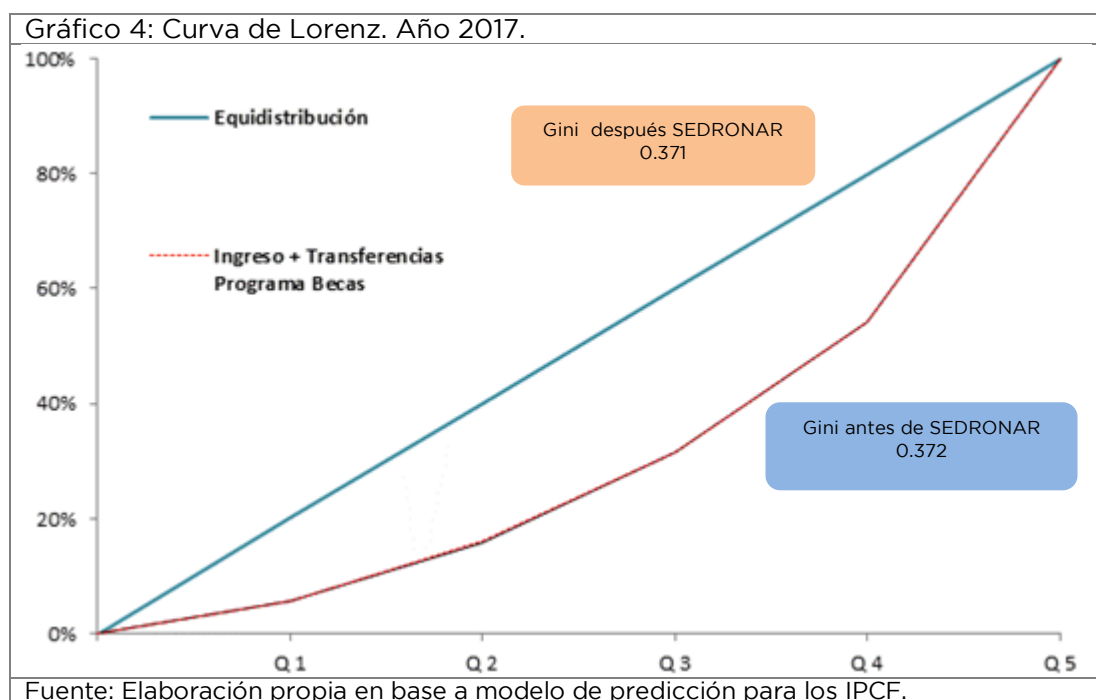
⁹ Se entiende por focalización de un programa a aquel que dirige sus beneficios a un grupo de personas con características dadas, para solucionar un problema o necesidad puntual. Mientras que la autofocalización depende de la decisión del individuo de participar en un programa, sin restricciones de entrada, como lo es SEDRONAR. Generalmente, los programas autofocalizados están diseñados para motivar únicamente la participación de quienes realmente lo requieren. En este caso, el Programa de becas de tratamiento, si bien no restringe el acceso a ninguna persona que necesite acceder a un tratamiento, se hace efectivo a nivel central y es utilizado por personas que en general tienen cobertura de salud pública exclusiva.

¹⁰ CAAC: Casa de atención y Acompañamiento Comunitario. Estos últimos no pertenecen a Sedronar sino que tienen convenio con la Secretaría.

D.2 Impacto Redistributivo a partir de los ingresos

El análisis desde la perspectiva de los ingresos permite conocer la equidad en la distribución primaria de ingresos en la población y el impacto redistributivo generado por el programa de becas, a partir de identificar las transferencias monetarias que realiza Sedronar a los ciudadanos, que en función de su ingreso corresponden a los tres primeros quintiles de ingreso. Esta asunción surge de considerar que estos sectores son los que asisten a SEDRONAR para acceder de forma gratuita a un tratamiento, sin tener que afrontar dicho gasto con recursos propios¹¹.

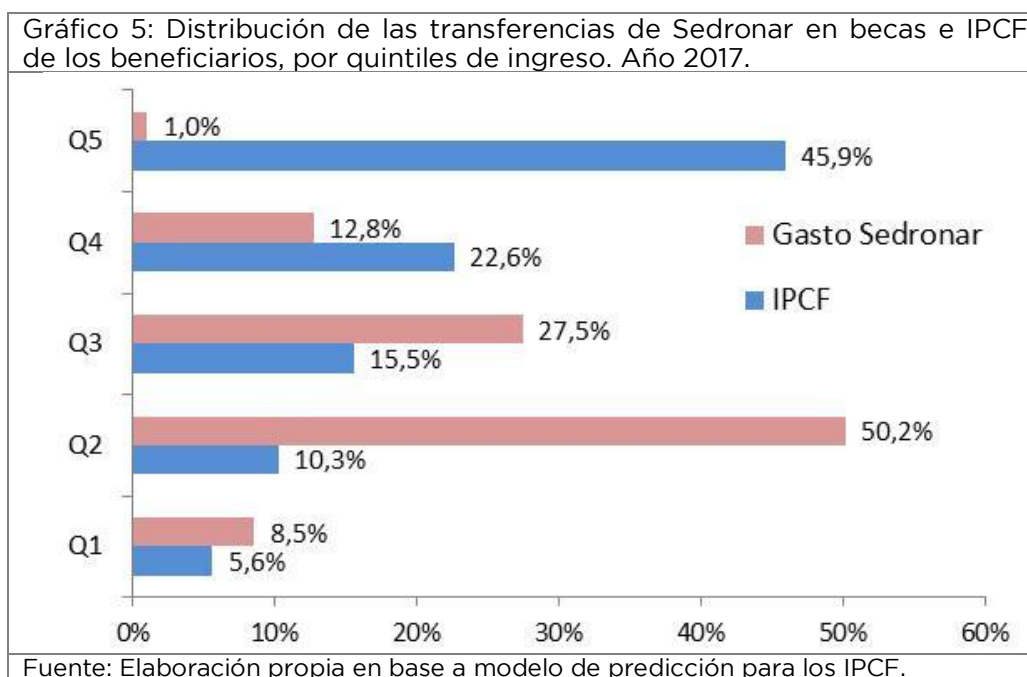
El siguiente gráfico presenta la curva de Lorenz para el año 2017 que junto al coeficiente de Gini permite medir la desigual distribución del ingreso. Allí se observa cómo el impacto generado por el Programa de becas desde la perspectiva del ingreso resulta poco significativo, tanto gráficamente como a través del valor que asume el coeficiente de Gini. La baja variación del índice de Gini, puede estar explicado porque la masa de transferencias realizadas por el Programa de becas para el año 2017 no alcanza al 0,3 % de la suma del ingreso total de toda la población analizada.



¹¹ No disponemos de línea de base para este análisis, consideramos los resultados presentados en este estudio en el cual se observa que el 86% de las erogaciones realizadas por la Secretaría en concepto de becas de tratamiento se distribuyeron entre los tres primeros quintiles de ingreso de la población.

Durante el año 2017 los ingresos de la población se incrementan en un 0,3% si adicionamos la transferencia del Programa de becas, pasando de un coeficiente de Gini de 0,372 a uno de 0,371. En este contexto, el primer y segundo quintil de ingreso recibieron el 58,7% de los beneficios del gasto en becas de tratamientos. En resumen, si bien desde los ingresos no se produce un impacto notable en el coeficiente de Gini, la transferencia evidencia un cambio en la masa de ingresos de los primeros quintiles.

En el siguiente gráfico se observa la distribución del gasto Sedronar en becas de tratamiento y los ingresos de la población beneficiaria por quintiles de ingresos. El primer y segundo quintil de ingresos se apropia del 58,7% del gasto de Sedronar y cerca del 16% de los ingresos, de manera inversa los dos últimos quintiles de ingresos (4° y 5°), se apropian del 13,8% del gasto Sedronar y cerca de 70% de los ingresos.



E. Discusión

El objetivo general de este estudio ha sido analizar la distribución de las transferencias en becas de tratamiento por quintiles de ingreso de la población que asiste a la Sedronar en el marco del Programa de Becas de tratamiento, durante el año 2017. Asimismo, este estudio supone un primer ejercicio de aproximación a la medición del impacto según los ingresos de la población asistida.

Es importante destacar que este tipo de estudios, contribuye a observar si las actividades del Programa se están implementando de acuerdo

a lo planificado, proporcionando a los que intervienen en la ejecución, el conocimiento temprano acerca de los progresos o corrimientos en relación con los objetivos propuestos. Una de sus finalidades es generar información para la toma de decisiones que contribuyan a mejorar la intervención y sus resultados, haciendo viable la posibilidad de implementar cambios.

No obstante, este estudio supone un proceso de revisión, mejora y actualización. En efecto, varios de los indicadores y fuentes de información utilizadas como insumos son susceptibles de un proceso de mejora significativo. Habiendo tomado nota de los resultados del estudio la Sedronar ha comenzado a trabajar en mejoras en la captación de información de la Secretaría y en la revisión de algunas definiciones conceptuales

La Sedronar también propone consolidar los consensos con aquellos organismos nacionales (INDEC-Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación) que relevan sistemáticamente información vinculada al acceso a la salud y caracterizan distintos aspectos de la población usuaria (sociales, laborales, económicos) para que se incorporen en todos los instrumentos indicadores relacionados con la demanda de tratamiento en línea con el enfoque de consumos problemáticos de sustancias.

El programa de becas de tratamientos se encuentra consolidado como una política de Estado institucionalizada, expresión concreta de la voluntad de cuidado de la Secretaría de la salud de aquellas personas que padecen consumos problemáticos y puedan obtener una respuesta adecuada y oportuna, que favorece la inclusión social y el desarrollo de proyectos de vida. Sin lugar a dudas, las transferencias monetarias en términos de tratamientos, suponen un impacto redistributivo y de inclusión social dado que las mismas llegan a los sectores de menores recursos para costear del tratamiento de rehabilitación en el sector privado.

Considerando que evaluar adecuadamente las acciones de salud pública que se implementan constituye una de las funciones esenciales del Estado, este estudio permite disponer de una primera aproximación en relación al impacto económico de la implementación del programa de becas de tratamiento. No obstante ello, consideramos que los resultados y hallazgos aquí expuestos son de carácter exploratorio y deberían complementarse y reconfirmarse en el marco de un estudio más amplio que pueda dar cuenta del cumplimiento de los objetivos y de los logros alcanzados. En este sentido, este estudio podría servir como antecedente y justificación de un estudio posterior más amplio que permita reconfirmar alcance del impacto distributivo del programa de becas de la Sedronar.

Futuras investigaciones deberán también identificar cualitativa y cuantitativamente tanto los logros como la aparición de resultados o efectos no esperados, tratando de verificar en qué medida se cumplen los objetivos planteados por el Programa generando explicaciones a eventuales desvíos o deficiencias del diseño

F. Bibliografía.

Bacallao J. Ensayo crítico acerca de la medición de las desigualdades sociales en salud [Tesis postdoctoral]. La Habana: Universidad de ciencias médicas de La Habana; 2013. http://tesis.repo.sld.cu/797/1/Jorge_Bacallao_Ensayo_crítico_sobre_medición_de_desigualdades.pdf

Barbieri, Nelly Catalina, De la Puente, Catalina y Tarragona Sonia; “La equidad en el gasto público en salud”.

Base Individual y Hogar. Total aglomerados, total interior, aglomerados de más y menos de 500.000 habitantes y cada aglomerado de EPH. Cuarto trimestre 2017. INDEC.

Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, Dirección de gasto social consolidado, “El impacto redistributivo del gasto público de los sectores sociales”; Documento de Trabajo: N° GP/2008.

Estudio de costos del abuso de sustancias psicoactivas en la Argentina - 2006. Estudio de costos humanos, sociales, y económicos de las drogas - UMDNJ-RWJSM / OEA-CICAD - SEDRONAR.

Encuesta Permanente de Hogares Diseño de Registro y Estructura para las bases preliminares Hogar y Personas. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/eph/EPH_registro_t417.pdf

Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Base de Microdatos 2003- 2005 - 2010.

Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR, 2017.

Gasparini, Leonardo, Marchionni, Mariana y Sosa Escudero, Walter; “Distribución del Ingreso en la Argentina: perspectivas y efectos sobre el bienestar”.-

Jeifetz, V. y Tajer, D. (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. Anuario de Investigaciones, Volumen XVII. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires. Secretaría de Investigaciones. Buenos Aires.

Jorrat R., Fernandez MM, Marconi E. (2008) Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socioeconómicos en salud. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires.

Pautas Metodológicas para Estudios de Impacto Económico del Abuso en el Consumo de Sustancias Psicoactivas Ilegales, con Base en Indicadores Indirectos. The University Of Medicine And Dentistry Of New Jersey, Robert Wood Johnson Medical School y OEA-CICAD.