

Juanca

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
Reunión de Discusión N° 108
Fecha: 02-10-96
Hora: 16.30

MORTALIDAD EN LA NIÑEZ:
ANÁLISIS BENEFICIO-COSTO.

Por Jorge A. Paz¹

1.- INTRODUCCIÓN.

Es propósito del presente trabajo definir un método para evaluar un proyecto de reducción de la mortalidad en la niñez.

La determinación de las pérdidas económicas provocadas por la mortalidad constituye un primer paso para la estimación de los beneficios. Tales pérdidas pueden ser consideradas como los costos que podrían ser evitados de reducirse los niveles de mortalidad vigentes en una sociedad en un momento del tiempo.

Por su parte, la estimación de los costos requiere conocer, entre otras cosas, el número total de defunciones que deben ser evitadas, como así también las formas viables de actuar sobre la muerte, evitándola. Esto último puede denominarse conocimiento de las técnicas a aplicar para lograr el objetivo del proyecto.

De una forma u otra, todos estos problemas están ligados a la estimación del valor económico de la vida humana, por lo tanto remiten al problema más general de la valoración de intangibles.

En los últimos años y de la mano del avance de la economía ambiental, la teoría económica ha desarrollado y actualizado diversos métodos para la valoración de intangibles (Azqueta, 1985 y 1994). Entre aquellos que tienen que ver con la mortalidad figuran el del capital humano y el de los salarios hedónicos (Azqueta, 1994). El método utilizado en este trabajo para la estimación de los beneficios (denominado de Hansen-Kuznets), se asemeja al primero, el que ha sido objeto de fuertes críticas en la literatura. No obstante dado que el tramo de edad para el que nos proponemos realizar la evaluación no presenta alternativas metodológicas, adoptamos el método de Hansen-Kuznets (H-K).

Este trabajo se ha organizado de la siguiente forma: En la próxima sección se define el objetivo básico del proyecto a evaluar. Paso siguiente (sección 3) se presenta un método para la estimación de los beneficios de la reducción de la mortalidad en la niñez basado en el concepto de costos evitados. En la sección 4 se plantea una de las formas posibles para valorar económicamente los costos que supondría la reducción de la mortalidad. En la sección 5 se mencionan algunas consideraciones que emergen del trabajo.

2.- OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Trabajos anteriores realizados por el autor (por ejemplo Paz, 1995a y 1995b) dan cuenta de que una gran parte de las muertes ocurridas en los primeros años de vida, tanto en la Argentina como en Salta,

¹ Investigador del CONICET (Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional de Salta). Profesor Adjunto de Economía III (Facultad de Ciencias Económicas, UNSa). E-mail: pazj@ciunsa.edu.ar.

1 obedecen a causas fácilmente evitables con el estado del conocimiento médico actual². Es más, en dichos
2 trabajos se aprecia que el descenso de la mortalidad en este grupo de edad que se ha venido registrando
3 durante los últimos años, obedeció al control de ese tipo de causas de defunción.

4 Ahora bien, al parecer, todos los progresos alcanzados fueron producto tanto del avance en el
5 conocimiento médico (descubrimiento de nuevas vacunas, sulfas, etc.), como del desarrollo social de la
6 comunidad (mayor urbanización, nivel educativo, mejores viviendas, etc.), más que intentos deliberados por
7 parte de la autoridad pública para actuar sobre la muerte.

8 Por ello, el propender a niveles de mortalidad razonables (ceranos al de los países más avanzados
9 en la transición demográfica) en un plazo no muy lejano, aparece como un objetivo básico de los gobiernos y
10 de los organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud.

11 En este trabajo se intenta desarrollar un método para evaluar la conveniencia económica de un
12 proyecto consistente en reducir el nivel de la mortalidad en la niñez a un nivel previamente establecido.

13 El trabajar con un grupo de edades específico facilita el análisis de los costos, pues reduce el
14 abanico de las causas de defunción predominantes y permite definir con mayor precisión el conjunto de
15 técnicas a aplicar para lograr el objetivo.

16 Para concretar, el objetivo central del proyecto a evaluar consiste en la reducción de la mortalidad
17 en la niñez en un lugar y en un momento del tiempo dados.

18 La mortalidad en la niñez comprende:

19 a) La mortalidad infantil. Defunciones de niños durante su primer año de vida. A su vez, la
20 mortalidad infantil está compuesta por la mortalidad neonatal (menores de un mes) y la post-neonatal (entre
21 1 y 11 meses)³.

22 b) La mortalidad preescolar. Defunciones de niños cuyas edades van del ^{segundo} primero al ^{tercero?} cuarto año de
23 vida. *incluimos!*

24 Dado que el diseño de este trabajo es exploratorio, figuran en él algunos cálculos para otros grupos
25 de edad. Esto es así porque tales grupos fueron considerados en la bibliografía consultada, haciendo posible
26 de esta manera, la comparación. No obstante, el número de defunciones entre los 5 y los 14 años (el grupo
27 que se agrega en el ejemplo) es despreciable cualesquiera sea la jurisdicción considerada, por lo cual, su
28 inclusión no modifica sustancialmente las conclusiones obtenidas.

29 3.- BENEFICIOS. *rige plural*

30 El método denominado aquí Hansen-Kuznets (Hansen, 1957; Kuznets, 1995)⁴ proporciona un buen
31 punto de partida para estimar las pérdidas económicas asociadas a la mortalidad. Como se adelantó en la
32 introducción, tales pérdidas, consideradas como costos evitados, pueden ser imputadas como los beneficios
33 producidos por una caída de la mortalidad.

X ² Un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud da cuenta también de este fenómeno: "...así, en 1990 sólo
el 16% de las causas neonatales y el 23,9% de las posneonatales se debían a enfermedades consideradas no evitables" (OPS, 1994:
30). *1) Cerrar comillas 2) referido a la Argentina?*

X ³ A su vez, la mortalidad neonatal suele dividirse en neonatal temprana (primera semana de vida) y la neonatal tardía (desde
la primera semana al mes de vida). *los 7 días hasta cumplir un mes.*

⁴ La diferencia entre ambos trabajos consiste en que Kuznets (1995) amplía la cobertura de edades de la mortalidad. Hansen
considera sólo la mortalidad de los menores de 15 años.

1 Este método permite obtener pérdidas directas de tipo económico, expresadas como porcentaje del
2 Producto Bruto Nacional corriente. Se excluyen entonces efectos psicológicos y emocionales (positivos o
3 negativos) que puede causar una muerte en los integrantes de una familia.

4 En este enfoque las muertes se definen como insumos en forma del consumo pasado de niños y
5 jóvenes, compensados por las contribuciones productivas que los difuntos hubieran podido hacer. La pregunta
6 que surge es: ¿qué insumos de consumo no compensados se podrían haber evitado si los niños y los jóvenes
7 fallecidos no hubiesen nacido nunca?

8 Esto plantea algún inconveniente para las estimaciones. El método H-K imputa como pérdida
9 económica la muerte de un niño (o joven) y no imputa el producto que podría haber generado esa persona
10 llegado a adulto, si la muerte se hubiese evitado. Desde este punto de vista el método H-K estaría
11 subestimando la pérdida económica total.

12 3.1.- Mortalidad de los menores de 15 años.

13 El método H-K requiere la formulación de los siguientes supuestos:

14 (i) Consumo equivalente: el consumo anual de un niño se estima en la mitad (0,5) del consumo de
15 un adulto en edad de trabajar⁵.

16 (ii) Producto marginal del trabajo infantil: la contribución productiva de los niños es despreciable.
17 Ello implica no proporcionar ninguna compensación de los costos mencionados en (i).

18 (iii) Constancia del nivel de precios. Los precios de los bienes y el consumo de los adultos son
19 estables a lo largo del tiempo.

20 (iv) Ahorro igual a cero. Esto implica que el PBN es igual a la suma de los consumos totales: 1
21 para la Población Económicamente Activa (PEA), 0,5 para los menores de 15 años y 0,75 para los mayores
22 de 64 años.

23 3.2.- Omisiones del método.

24 Algunas de las omisiones del método fueron ya comentadas. Tal es el caso de la contribución
25 productiva que podrían haber realizados los individuos que fallecieron de haberse evitado la muerte.

26 No obstante, existen otros temas a ser considerados:

27 a) La contribución productiva de la madre durante el embarazo, el nacimiento y el cuidado en la
28 infancia. Esto se expresa a través de los ingresos perdidos por la madre y pueden ser imputados al
29 nacimiento de un hijo. Intervienen aquí factores de índole institucional que determinan también, en parte, el
30 papel de la mujer en el mercado de trabajo.

31 b) Efectos del crecimiento económico. De producirse un crecimiento económico, el consumo pasado
32 comparado con el PBN actual será menor que el comparado con los valores históricos del PBN.

33 c) Los rendimientos a los que ha renunciado con los costos pasados: ¿a qué consumo han renunciado
34 los mayores?.

35 d) El sujeto que soporta los costos de la mortalidad temprana (¿el Estado?, ¿la familia?). Esto tiene

⁵ Según Hansen (1957) esta es una de las posibilidades. Otras dos, consistirían en suponer una relación de costo niño-adulto:
a) 1:1; b) variable según la edad del niño. En este trabajo se adopta la que figura en la parte central del texto: 0,5 (o bien 1:2).

1 importancia para la distribución del ingreso.

2 En etapas posteriores podrían intentarse correcciones de las estimaciones básicas a fin de incluir
3 algunos —o todos— los factores mencionados.

4 3.3.- Cálculo de la pérdida económica.

5 A continuación se describen los pasos necesarios para obtener las pérdidas directas de tipo
6 económico, expresadas como porcentaje del Producto Bruto Nacional corriente.

7 Debe tenerse presente que se consideran aquí todas las defunciones. Esto es, no se hace referencia
8 aún a la posibilidad de acción sobre tales defunciones. En este sentido, se verá enseguida que el método
9 permite obtener, también, las pérdidas económicas atribuibles a las defunciones evitables.

10 Paso 1: Cálculo del porcentaje de defunciones sobre la población total:

$$DN_{x,x+n} = \frac{D_{x,x+n}}{N_{x,x+n}}$$

11 Donde:

12 $D_{x,x+n}$ = Defunciones del grupo comprendido entre las edades x y $x+n$.

13 $N_{x,x+n}$ = Población al 1 de julio de cada año entre las edades x y $x+n$.

14 Paso 2: Cálculo del "factor pérdida":

$$FP_{x,x+n} = L_{x,x+n} \cdot C_{x,x+n}$$

15 Donde:




16 $FP_{x,x+n}$ = Factor pérdida para los individuos entre las edades x , $x+n$.

17 $L_{x,x+n}$ = Tiempo vivido (años) por los individuos entre las edades x , $x+n$.

18 $C_{x,x+n}$ = Consumo por adulto equivalente de los individuos entre x y $x+n$.

19 Dado que los valores de $L_{x,x+n}$ y los de $C_{x,x+n}$ vienen dados por hipótesis⁶, el factor pérdida puede
20 obtenerse usando la tabla siguiente:

21 TABLA 1

22	$x, x+n$	$L_{x,x+n}$	$C_{x,x+n}$	$FP_{x,x+n}$
23	 0-1	0,50	0,5	0,25
24	 1-4	2,75	0,5	1,50
25	 5-9	7,50	0,5	3,75
26	10-14	12,5	0,5	6,25

⁶ Queda aún por determinar si conviene o no usar los valores del tiempo vivido que figuran en las tablas de vida. El autor se encuentra abocado a esta tarea.

1 Paso 3: Cálculo de la pérdida económica de la mortalidad:

2 La pérdida económica atribuible a la mortalidad viene dada por:

$$P_{x, x+n} = DN_{x, x+n} \cdot FP_{x, x+n}$$

3 Donde:

4 $P_{x, x+n}$ = Pérdida económica de la mortalidad.

5 La pérdida económica total se obtiene mediante la siguiente expresión:

$$PET = \sum_{x=0}^{x-n} P_{x, x+n}$$

6 Donde:

7 PET: Pérdida económica total atribuible a la mortalidad.

8 Paso 4: Cálculo de la pérdida económica de la mortalidad como porcentaje del PBN corriente:

9 Para obtener la pérdida total debe relacionarse PET con el número total de unidades de consumo.
10 Para ello es necesario dividir PET por el total de unidades de consumo expresada en porcentajes.

11 Algebraicamente:

$$PET\%PBN = \frac{PET}{A + DN_{x, x+n}}$$

12 En términos más simples, el denominador de esta expresión es el resultado del supuesto formulado
13 precedentemente (acápito 3.1., supuesto 4). Se ponderan las proporciones mencionadas allí para cada grupo
14 de edad de la población total por el porcentaje que cada grupo representa en el total.

15 3.4.- Ejemplo.

16 Con el propósito de ilustrar los pasos explicados precedentemente se calcula la pérdida económica
17 adjudicable a la mortalidad de los niños menores de 15 años en la Argentina y en la provincia de Salta, en
18 1993.

19 La selección del año fue totalmente arbitraria, esto es, no respondió a ningún criterio técnico
20 predeterminado. La selección del año deberá una decisión a tomar para el inicio del proyecto.

21 Para la Argentina los datos requeridos por el método II-K se encuentran disponibles en las
22 estadísticas vitales publicadas por la Dirección de Estadísticas de Salud (DES) del Ministerio de Salud y
23 Acción Social de la Nación (MSAS). Ellos son:

24 a) Población total (ambos sexos), por grupos de edad, estimada al 01-07 (o, en su defecto, al 31 de
25 junio) del año para el cual se desea efectuar el cálculo.

26 b) Defunciones totales (ambos sexos), por grupos de edad, correspondientes al año para el cual se
27 desea efectuar el cálculo.

28 El cómputo detallado se muestra en el Cuadro I.

CUADRO I
Cálculo de la pérdida económica debida a la mortalidad.
Argentina y Salta, 1993.

PBG Salta?

x, x+n	Argentina		Salta	
	$DN_{x,x+n}$	$P_{x,x+n}$	$DN_{x,x+n}$	$P_{x,x+n}$
0-1	0,040	0,010	0,080	0,020
1-4	0,007	0,011	0,020	0,030
5-9	0,003	0,011	0,004	0,015
10-14	0,003	0,019	0,006	0,038
0-14	0,053	0,050	0,110	0,103
PET%PBN		(0,163)		(0,266)

Fuente: DES (1994) y Tabla I.

De este cuadro se desprende la siguiente interpretación: los costos de la mortalidad representaron, en 1993, un 0,16 por ciento del PBN de la Argentina y un 0,27 por ciento del PBG de la provincia de Salta.

3.5.- Ajustes necesarios.

No todas las defunciones que determinan la pérdida para la sociedad debida a la mortalidad pueden ser evitadas. Este punto es importante cuando dicha pérdida es usada como un indicador de los beneficios que la sociedad obtendría al evitar dichas muertes.

Como adelanto a lo que enseguida se tratará más detalladamente, para la estimación de los beneficios es necesario calcular la pérdida económica no de la totalidad de las defunciones sino de aquellas que podrían ser evitadas. Estas defunciones pueden denominarse **excedentes o evitables**.

El procedimiento descrito precedentemente ^{no} cambia. El único valor para el cual se obtendrían modificaciones es $DN_{x,x+n}$, pues en el numerador figurarían las defunciones excedentes.

4.- COSTOS.

La estimación de los costos de reducción de la mortalidad consta de los tres pasos siguientes:

[a] Determinación de la estructura de la mortalidad por causas.

[b] Determinación de las defunciones excedentes.

[c] Determinación de las técnicas de ataque.

1 4.1.- La estructura de la mortalidad por causas.

2 El autor cuenta con una base de datos sobre defunciones clasificadas por causas de muerte (CM),
3 X edad, sexo y jurisdicción, para la Argentina.

4 En cuanto a las causas en esta base se usa la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)
5 propuesta por la Organización Mundial de la Salud. Se encuentra actualmente en vigencia la IX Revisión
6 correspondiente al año 1975 (OMS, 1978).

7 Un problema a resolver consiste en la asignación de las causas mal definidas entre aquellas que
8 tienen un diagnóstico preciso. Existen diversos métodos que pueden ser utilizados con este propósito.

9 4.2.- Determinación del exceso de defunciones.

10 Una vez clasificadas las defunciones, se procederá a cuantificar el exceso que presenta la
11 jurisdicción para la cual se esté realizando el estudio. Tal exceso de defunciones dependerá de tres factores:
12 de las defunciones observadas, del tamaño de la población sujeta al riesgo y del nivel de la mortalidad
13 objetivo.

14 En términos algebraicos, esto puede expresarse de la manera siguiente:

$$ED = DO_i - N_i M^{meta}$$

15 Donde ED = exceso de defunciones, DO_i son las defunciones observadas en la jurisdicción i , N_i la población
16 observada y M^{meta} la tasa de mortalidad meta.

17 La tasa de mortalidad objetivo refleja la ambición de la meta de la política de reducción de la
18 mortalidad, como así también la posibilidad real de logro de dicha política. Esto es, resulta irreal plantear
19 como meta lograr una tasa de mortalidad por diarreas igual a cero si ningún país del planeta registra este
20 valor.

21 4.3.- Conocimiento de las técnicas de ataque.

22 Se procederá a obtener la estructura de causas de muerte por grupo de edad, con el propósito de
23 detectar los principales determinantes de la mortalidad en una fecha dada que se define como "situación
24 actual".

25 Para ello será necesario localizar las causas de defunción más importantes a nivel de 3 dígitos de la
26 CIE. Tales grupos serán luego incluidos en una clasificación más general para tener en cuenta la posibilidad
27 de acción sobre tales causas.

28 Resultará útil en este sentido la clasificación usada por Taucher (1978) para explicar los cambios de
29 la mortalidad chilena entre 1955 y 1975. Dicha clasificación separa las causas de muerte en Evitables, No
30 Evitables, Mal Definidas y Otras. La diferencia entre las dos primeras radica en la posibilidad médica de
31 acción sobre dichas defunciones dado el conocimiento médico actual, como así también el desarrollo
32 tecnológico.

33 Las Defunciones Evitables pueden ser clasificadas según la técnica de control en:

34 **Grupo A:** Vacunación o tratamiento preventivo. Entre éstas figuran: Difteria, Tos Ferina,
35 Sarampión, Tétanos, Poliomieltis, etc.

36 **Grupo B:** Diagnóstico y tratamiento médico precoz: Úlcera de Estómago, Gastroenteritis,

1 Apendicitis, etc.

2 **Grupo C:** Mejora condiciones de Saneamiento Ambiental: Enfermedad Diarreica, Infecciones por
3 Salmonelas, Cólera, Disentería, etc.

4 **Grupo D:** Acciones mixtas: Infección Respiratoria Aguda, Neumonía, Bronconeumonía,
5 Enfermedades Perinatales, Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, Muertes Violentas,
6 Tuberculosis, etc.

7 Entre las difícilmente evitables figuran el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, como así
8 también problemas de índole genéticos.

9 Un problema que puede aparecer en este punto, es que el abanico de causas de defunción sea
10 demasiado extenso, por lo cual sería igualmente extenso el listado de posibles técnicas de ataque.

11 En este sentido cobra importancia la clasificación de causas que agrupa las defunciones según las
12 estrategias de los programas de salud. Interesaría por ejemplo trabajar con el grupo de defunciones reducibles
13 por medidas de intervención directa o vertical. Este tipo de intervención —que se contrapone a las medidas
14 que requieren el desarrollo de servicios terciarios o curativos— incluye técnicas precisa de ataque contra la
15 muerte prematura: Terapia de rehidratación oral y control de las enfermedades diarreicas, control de la
16 infección respiratoria aguda, inmunización y programas de nutrición (Gadomsky y Black, 1990).

17 4.4.- Valoración económica de los costos.

18 La valoración económica de los costos se obtendrá como el producto entre el costo por individuo y
19 el exceso de defunciones que se desee reducir. Por ejemplo si el total de muertes por diarreas que pueden ser
20 evitadas con terapia de rehidratación oral asciende a N muertes, el costo vendrá dado por el costo de la
21 terapia multiplicado por N.

22 5.- CONSIDERACIONES FINALES.

23 En este trabajo se han presentado algunas ideas referentes a un planteo metodológico para evaluar un
24 proyecto consistente en la reducción de la mortalidad en la niñez.

25 Si bien en la Argentina se han logrado progresos importantes en la reducción de la mortalidad de
26 este grupo de edad, el nivel alcanzado por este país está aún lejos de aquéllos más avanzados en la transición
27 demográfica (por ejemplo Canadá, Suiza, etc.). Es por ello que resulta de interés conocer los beneficios (en
28 términos de costos evitados) y los costos de una política demográfico-sanitaria para la reducción de la
29 mortalidad.

30 Una idea que habría que afianzar es la de evaluar el proyecto en términos de medidas de
31 intervención directa tales como la terapia de rehidratación oral o las campañas de inmunizaciones. Estas son
32 definidas en la literatura como las más eficaces desde el punto de vista de los costos.

33 Un problema que no ha sido tratado en este texto es el de la tasa social de descuento que conviene
34 usar. Este problema será abordado luego de haber obtenido algunos valores tanto para los beneficios como
35 para los costos.

36 Queda para la reflexión también el efecto que una baja en la mortalidad en un período puede
37 provocar sobre los niveles de mortalidad en períodos posteriores. Se sabe que la mortalidad infantil incide en
38 el comportamiento reproductivo de las parejas y que ello, a su vez, incide en el nivel de la mortalidad
39 infantil. La pregunta que queda sin respuesta es entonces: ¿Cuál será el número de defunciones a considerar
40 en el período de vida del proyecto?

1 Referencias.

- 2 Azqueta, D. (1985): Teoría de los precios sociales. Biblioteca básica de Administración Pública.
3 INAP (Madrid).
- 4 Azqueta, D. (1994): Valoración económica de la calidad ambiental. McGraw-Hill (Madrid).
- 5 Dirección de Estadísticas de Salud (DES, 1994): Estadísticas Vitales. Información básica, 1993.
6 Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 5 N° 37. Ministerio de Salud y Acción
7 Social (Buenos Aires).
- 8 Gadomsky, A. and Black, R. (1990): "Impact of the Direct Interventions." Agency for International
9 Development.: 85-128.
- 10 Hansen, W. (1957): "A note on the cost of children's mortality." Journal of Political Economy, 65
11 (2): 257-262.
- 12 Kuznets, S. (1995): "Tendencias demográficas recientes en los países menos desarrollados y sus
13 implicaciones para la desigualdad interna de la renta." Kuznets, S.: Desarrollo económico,
14 familia y distribución de la renta. Selección de ensayos. Cap. 6. Ministerio de Trabajo y
15 Seguridad Social (Madrid): 107-154.
- 16 Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978): Manual de la Clasificación Estadística
17 Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Vol. I.
- 18 Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994): Las Condiciones de Salud en las Américas.
19 Edición de 1994. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 549,
20 Vol. II. Washington, D.C.
- 21 Paz, J. (1995a): La mortalidad infantil en Salta. Evaluación, Situación y Perspectivas. Tesis de
22 maestría en Demografía Social. Universidad Nacional de Luján. Mimeo (Luján, Buenos
23 Aires).
- 24 Paz, J. (1995b): "La mortalidad en los primeros años de vida en la Argentina (Progresos y
25 Determinantes)." III Jornadas Argentinas en Estudios de Población. Mimeo (Santa Rosa).
- 26 Taucher, E. (1978): Chile Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. CELADE. Serie A,
27 N° 162 (Santiago).

Universidad Nacional de Salta
 Facultad de Ciencias Económicas,
 Jurídicas y Sociales
 Instituto de Investigaciones Económicas
 Buenos Aires 177
 4400 Salta
 Argentina

REUNIONES DE DISCUSION

<u>Nº</u>	<u>Fecha</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>
99	28/ 3/96	Eduardo Antonelli	"El Desempleo de Factores: Un Enfoque Microeconómico"
100	17/ 4/96	Eusebio Cleto del Rey	"La Contribución de Mejoras - Veinticinco Años Después"
101	24/ 4/96	Juan Carlos Cid	"La Evolución Reciente de la Desocupación en la Ciudad de Salta: Algunas Hipótesis Partiendo de Paneles de Datos de la EPH"
102	8/ 5/96	César Moreno	"La Mundialización de la Economía"
103	29/ 5/96	Eduardo Antonelli	"Desempleo de Factores: un Enfoque Microeconómico II"
104	1º/ 6/96	Jorge A. Paz	"Distribución Personal del Ingreso y Mercados de Trabajo (Una Aplicación al Norte Argentino)"
105	21/ 8/96	Eduardo Antonelli	"La Dimensión Temporal de los Precios"
106	28/ 8/96	Carlos L. Rojas y Lidia R. Elías	"Zona Franca General Mosconi"
107	11/ 9/96	Claudia Antacle de Paz	"Deserción Universitaria: Caracterización y Costos"
108	2/10/96	Jorge A. Paz	"Mortalidad en la Niñez. Análisis Beneficio-Costo"