

Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina*

Equity of access for Primary Health Care in decentralized health systems: the case of the province of Buenos Aires, Argentina

Equidade no acesso a serviços de Atenção Primária à Saúde em sistemas de saúde descentralizados: caso da província de Buenos Aires, Argentina

Fecha de recepción: 12-04-13 Fecha de aceptación: 13-07-13
SICI: 1657-7027(201307)12:25<40:EASAPS>2.0.CO;2-3

Fernando Pablo Lago**
María Eugenia Elorza***
Silvana Nebel-Moscoso****
Nadia Vanina-Ripari*****

* Artículo resultado de investigación. Se escribió en el marco del proyecto de investigación: "Diagnóstico y propuesta de reforma del Sistema de Coparticipación Municipal por Salud de la Provincia de Buenos Aires", entidad financiadora: Observatorio Social y Legislativo de la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, número de contrato: sin contrato, fecha iniciación: junio de 2011, fecha de culminación: diciembre de 2011, investigador responsable: Prof. (Dr.) Fernando Lago. Por favor dirigir la correspondencia a María Eugenia Elorza, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IESS)-Universidad Nacional del Sur-Conicet. Dirección: 12 de Octubre 1198. Piso 3ero. Departamento de Economía. Tel. y Fax: 54-291-4595101 interno 2725.

** Doctor en Economía. Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IESS-Conicet). Profesor adjunto de Finanzas Públicas, Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS), Argentina. Correo electrónico: flago@uns.edu.ar

*** Licenciada en Economía. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IESS-Conicet), Argentina. Ayudante de Cátedra de Estadística, Departamento de Matemática, Universidad Nacional del Sur (UNS), Argentina. Correo electrónico: meugilorz@hotmail.com

**** Doctora en Economía. Investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IESS-Conicet), Argentina. Profesora adjunta de Economía de la Salud, Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS), Argentina. Correo electrónico: nmoscoso1@gmail.com

***** Licenciada en Economía. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IESS-Conicet), Argentina. Ayudante de Cátedra de Metodología de la Investigación en Salud, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur (UNS), Argentina. Correo electrónico: n_ripari@yahoo.com



Resumen

El trabajo estudia el grado de equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) entre los habitantes de los municipios de la Provincia de Buenos Aires (Argentina). Es un estudio cuantitativo y retrospectivo que utiliza como indicador de acceso a los servicios de APS, la cantidad de habitantes por centro de atención primaria de la salud (CAPS) en cada municipio. Los resultados indican la existencia de fuertes desigualdades en el acceso entre municipios, las cuales no pueden justificarse por diferentes necesidades de servicios de APS. Las necesidades fueron definidas a partir de la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de familias con necesidades básicas insatisfechas. A su vez, se observa que los municipios con mayores niveles de riqueza y mayores niveles de gasto público finalidad salud municipal per cápita presentan mejores indicadores de acceso a los servicios de APS.

Palabras clave: descentralización, Atención Primaria en Salud, equidad en el acceso, accesibilidad a los servicios de salud, financiación de la atención de la salud, Argentina

Palabras clave descriptor: Atención primaria de salud, equidad en salud, financiamiento de la salud, sistemas de salud, descentralización, Buenos Aires (Argentina)

Abstract

The paper studies the degree of equity in access to services for Primary Health Care (PHC) among the inhabitants of the municipalities of the Province of Buenos Aires (Argentina). It is a retrospective quantitative study which used as an indicator of access to PHC services the number of persons per primary health center (PHCS) in each municipality. The results indicate the existence of strong inequalities in access among municipalities, which cannot be justified by different needs of PHC services. The needs were defined from the infant mortality rate and the percentage of households with unsatisfied basic needs. In turn, it appears that municipalities with higher levels of wealth and higher levels of health expenditure per capita for municipal health purpose have better indicators of access to PHC services.

Keywords: decentralization, primary health care, equity in access, access to health services, funding health care, Argentina

Keywords plus: Primary health care, equity in health, health financing, health systems, decentralization, Buenos Aires (Argentina)

Resumo

O trabalho estuda o grau de equidade no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) entre os habitantes dos municípios da Província de Buenos Aires (Argentina). Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo que usa como um indicador de acesso aos serviços de APS, o número de pessoas por centro de atenção primária à saúde (CAPS) em cada município. Os resultados apontam para a existência de fortes desigualdades no acesso entre municípios, que não podem ser justificadas por diferentes necessidades dos serviços de APS. As necessidades foram definidas a partir da taxa de mortalidade infantil e a percentagem de famílias com necessidades básicas insatisfeitas. Por sua vez, parece que os municípios com maiores níveis de riqueza e níveis mais elevados de despesa pública em saúde municipal per capita têm melhores indicadores de acesso aos serviços de APS.

Palavras chave: descentralização, Atenção Primária à Saúde, equidade no acesso, acessibilidade a serviços de saúde, financiamento da atenção da saúde, Argentina

Palavras chave descritores: Atenção Primária à Saúde, equidade em Saúde, financiamento da Assistência à Saúde, Sistemas de Saúde, Descentralização, Buenos Aires (Argentina)

Introducción

La Atención Primaria de la Salud (en adelante APS) puede ser definida como una política de salud que combina servicios de cuidados médico-sanitarios a nivel individual con actividades de salud pública focalizadas en la población. Idealmente, debería constituir la puerta de entrada al sistema de salud y estar disponible para todos los ciudadanos de acuerdo a sus necesidades, sin barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género o estructurales. Innumerables estudios han demostrado que en el primer nivel de atención se pueden resolver problemas de salud, tanto agudos como crónicos, y que es la instancia adecuada para llevar a cabo actividades de promoción y educación sanitaria (1).

En la actualidad, la APS es reconocida a nivel mundial como un componente clave del desempeño de los sistemas sanitarios, por lo cual las políticas públicas de los últimos años centraron sus objetivos en su desarrollo y fortalecimiento. En Argentina, el Estado reconoció explícitamente la relevancia de la estrategia de APS para mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud a partir de la implementación en el año 2004 del primer Plan Federal de Salud (2), programa que la consagró como eje central de las políticas del subsector público del sistema de salud.¹ Esta estrategia se encuentra íntimamente vinculada a los

denominados centros de atención primaria de la salud (en adelante CAPS), que son las instituciones del subsistema público de menor nivel de complejidad, a través de las cuales se implementan acciones de promoción y prevención de la salud, así como de diagnóstico y rehabilitación de la enfermedad (4).

A lo largo de los últimos cuarenta años se ha recopilado abundante evidencia sobre la capacidad de la APS para mejorar la equidad en el acceso a la atención médico-sanitaria (5). Sin embargo, para interpretar cabalmente esta afirmación se requiere definir previamente qué se entiende por *equidad en salud* y por *acceso a los servicios de salud*.

El concepto de acceso a los servicios de salud presenta múltiples definiciones, entre las cuales se destacan: *el acceso potencial* y *el acceso efectivo*. El primero tiene lugar cuando una población con necesidades de cuidados de salud dispone, en el tiempo y en el espacio, de los servicios de salud adecuados para satisfacer sus necesidades. El segundo existe cuando se superan todas las barreras que limitan la prestación de los servicios y la población con necesidades de cuidados de salud recibe los cuidados requeridos (6).

Entre las barreras que pueden impedir que el acceso potencial se transforme en acceso efectivo, una de las más importantes son las

1 El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el privado, el de la seguridad social y el público. El primero presta servicios sanitarios a pacientes con capacidad de pago y/o que poseen seguros voluntarios de salud. El subsector de la seguridad social se encuentra conformado por aproximadamente trescientas entidades (llamadas “obras sociales”) que proveen cobertura de salud a los trabajadores que participan del mercado laboral formal y a sus familiares. Por último, el subsector público

está compuesto por una red de establecimientos de salud nacionales, provinciales y municipales con distintos niveles de complejidad. Su objetivo principal es atender en forma gratuita las necesidades sanitarias de la población que posee bajos ingresos y/o carece de cobertura de salud, como también las de quienes poseen limitaciones en el acceso a servicios privados por condiciones geográficas y a beneficiarios de obras sociales u otros sectores con capacidad de pago, atraídos por el prestigio institucional y profesional (3).



geográficas.² En efecto, los sistemas de salud están organizados sobre bases territoriales donde cada estado o región que compone una nación puede tener su propio sistema de salud. Más aún, los centros de salud se encuentran situados en localizaciones específicas, por lo que las distancias por recorrer y los tiempos de espera pueden ser cruciales al momento de determinar la capacidad de acceso efectivo de la población a los servicios de salud (9). Es por este motivo que la *accesibilidad* es una de las dimensiones frecuentemente empleadas para evaluar el desempeño global de las políticas de APS (10).³

La equidad en salud puede abordarse desde dos puntos de vista: i) equidad en los resultados de salud y ii) equidad en la atención de la salud. La primera busca que cada individuo posea idénticas posibilidades de alcanzar su máximo potencial de salud, mientras que la equidad en la atención de la salud se fundamenta en el principio de que toda la población tenga asegurada la posibilidad de acceder y utilizar bienes y servicios sanitarios de alta calidad *de acuerdo a sus* necesidades (11). De este concepto se desprende que un acceso igualitario a los servicios de salud no necesariamente

resultará equitativo, requiriéndose una discriminación positiva en favor de los individuos o poblaciones con mayores necesidades.

La Provincia de Buenos Aires es uno de los veinticuatro entes subnacionales que componen la República Argentina. Es la más extensa del país, ocupa el 11,06% de la superficie total. Se encuentra dividida en 135 municipios, denominados por la Constitución Provincial como partidos. Cada partido comprende una extensión territorial continua, en la que se sitúan una o más localidades, y posee un departamento ejecutivo unipersonal y un departamento legislativo, encargados de la administración de los intereses y servicios locales.

A fines de la década de los setenta, la provincia de Buenos Aires comenzó un proceso de transferencia hacia los municipios de los servicios de APS junto con algunos establecimientos hospitalarios de menor complejidad (12). Tal descentralización de funciones puede fundamentarse en la teoría del federalismo fiscal, la cual recomienda que las facultades de gasto específicas sean asignadas al nivel de gobierno con mayor

2 Las barreras al acceso se suelen agrupar en cinco dimensiones: asequibilidad, aceptabilidad, adaptación, disponibilidad y accesibilidad (7,8). La *asequibilidad* es determinada por el esquema de financiamiento de los servicios de salud y la capacidad (y voluntad) de pago por dichos servicios por parte de los usuarios. La *aceptabilidad* captura la medida en que los usuarios se sienten cómodos con las características intrínsecas del proveedor, y viceversa. Estas características incluyen edad, sexo, clase social, origen étnico del proveedor y del usuario e idioma. La *adaptación* refleja la medida en que la operación de los proveedores de servicios de salud está organizada de forma que cumplan las restricciones y preferencias de los usuarios. Entre los aspectos más relevantes pueden mencionarse los horarios de atención y la capacidad de recibir atención médica sin cita previa. La *disponibilidad* se refiere al número de instituciones proveedoras de los servicios de salud entre las que puede elegir

un individuo con necesidades de cuidado, y si estas cuentan con los recursos necesarios, tanto humanos como tecnológicos, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Por último, la *accesibilidad* se determina por la facilidad con la que los individuos pueden alcanzar físicamente la ubicación de los proveedores de servicios de salud.

3 Otros criterios utilizados para evaluar el desempeño son: i) la *coordinación*, que está relacionada con la habilidad de planificar adecuadamente estos servicios a través de mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia entre los diversos proveedores de servicios, a fin de evitar la fragmentación de la atención; ii) la *integralidad*, que se refiere al poder resolutivo de la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, y iii) la *longitudinalidad*, entendida como la capacidad de seguimiento en el tiempo del paciente por los mismos proveedores sanitarios.

cercanía a las preferencias y necesidades de los beneficiarios de dicho gasto (13,14).

Un riesgo de la descentralización de los servicios de APS es el impacto negativo sobre la equidad en el acceso a los bienes y servicios sanitarios entre poblaciones situadas en distintas áreas geográficas (15). En efecto, la influencia de los gobiernos locales en las decisiones presupuestarias del sector salud, sumada a las diferentes capacidades de generar recursos y a las distintas preferencias respecto del monto y asignación del gasto público, pueden conducir a diferencias en los niveles de provisión de servicios de APS, las cuales no necesariamente resultarán equitativas.

Riutort y Cabarcas (16) realizan una revisión de la literatura que analiza el impacto de las políticas de descentralización implementadas en distintos países de América Latina y el Caribe sobre distintas dimensiones de la equidad. Concluyen que estas han resultado perjudiciales en un gran número de países de la región, lo que se evidencia en la amplia brecha entre los servicios ofrecidos a los habitantes de bajos ingresos en comparación con la población de ingresos altos. Asimismo, los resultados en lo referente a la utilización de servicios por área geográfica resultan contradictorios: hay países donde el impacto fue positivo (Colombia, Costa Rica y Brasil) y en otros negativo (Chile y México). En Argentina, un estudio de caso a nivel local en la Provincia de Buenos Aires ha encontrado que en las poblaciones de bajos recursos, las características de la gestión local de los CAPS (medidas en términos de las condiciones de estructura y organización) son determinantes de la utilización de ciertos tipos de servicios y de la accesibilidad a estos (17).

Objetivo

44

El presente trabajo pretende contribuir al debate de los efectos de las políticas

de descentralización de los servicios de salud sobre la equidad en el acceso a los sistemas sanitarios, a partir del análisis de la situación de los servicios de APS en la Provincia de Buenos Aires (Argentina). Con este fin, los objetivos específicos planteados son: i) evaluar el grado de igualdad en el acceso a los servicios de APS entre los habitantes de los municipios de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), ii) determinar si las desigualdades detectadas resultan equitativas, en el sentido que las poblaciones con mayores necesidades de cuidados de salud tienen a su disposición un mayor acceso a los servicios de APS, y iii) analizar si las diferencias en la riqueza de cada municipio y los recursos municipales asignados al cuidado de la salud se relacionan con la capacidad de acceso de su población a los servicios de APS.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo basado en el análisis de datos cuantitativos. La capacidad de acceso a los servicios de APS de la población de cada municipio es evaluada a partir de dos indicadores que podrían reflejar la capacidad de respuesta de los servicios de APS para satisfacer las necesidades de la población:

- i) *Habitantes por CAPS*, que surge del cociente entre el número total de habitantes de un partido (o grupo de partidos) en un periodo de tiempo y el número de CAPS disponibles.
- ii) *Habitantes sin cobertura de salud por CAPS*, que surge del cociente entre la cantidad de habitantes sin cobertura médica sanitaria de un partido (o grupo de partidos) y el número de CAPS disponibles.

Ambos indicadores son *ratios proveedor-población* (también conocidos en la literatura de los servicios de salud como *relaciones de*



suministro) y constituyen el tipo de medida utilizada con mayor frecuencia para evaluar la capacidad de acceso geográfico a los servicios de salud (7,18).

Se emplearán los dos indicadores a fin de considerar ambos escenarios de cobertura de los servicios, pues si bien en teoría los servicios de APS deberían atender las necesidades de atención primaria de toda la población, en la práctica en Argentina los usuarios de dichos centros son en su mayoría personas que carecen de cobertura de salud o tienen bajos niveles de ingresos. Para su construcción se consideraron los datos correspondientes a la población total y la población sin cobertura por partidos para los años 2001 y 2010, así como la cantidad de establecimientos sin internación por partido en los años 2001 y 2010, respectivamente. El análisis de esos dos años se debe a que constituyen los últimos dos relevamientos censales nacionales. Las fuentes de información utilizadas fueron la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y los Censos de Población y Hogares de los años 2001 y 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (en adelante INDEC) (19).

Por otro lado, para considerar las necesidades de atención de salud se utilizaron dos indicadores: i) la tasa de mortalidad infantil (en adelante TMI), dado que se considera una variable proxy muy sensible del estatus de salud poblacional (20), y ii) el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (en adelante NBI), ya que numerosos estudios señalan la existencia de una relación directa entre el nivel de pobreza y la prevalencia de ciertas enfermedades, donde una mayor morbilidad deriva en una mayor necesidad de acceso al sistema de salud (21). La información de estos dos indicadores se obtuvo de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de

la Provincia de Buenos Aires y del Censo de Población y Hogares del INDEC, y se corresponden con los años 2007 y 2001, respectivamente.

Para considerar el gasto municipal en salud se utilizó la información del gasto municipal finalidad salud⁴ devengado en el año 2007 (en adelante GMFS), y se lo estimó en términos per cápita según municipio de residencia. Los datos también se obtuvieron de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Finalmente, para examinar la riqueza relativa de cada municipio se estimó el Producto Bruto Geográfico (en adelante PBG) per cápita a partir de los datos de PBG municipal del año 2003 según datos brindados por la Subsecretaría de Coordinación Económica del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, y la estimación del INDEC de la población de cada municipio en el año 2003 (22).

En el caso de todas las variables consideradas, los años de referencia empleados en el análisis surgen de ser los últimos datos poblacionales disponibles en Argentina al momento de diseñar el trabajo.

Para evaluar el grado de igualdad en el acceso a los servicios de APS en los municipios de la provincia, se utilizaron dos criterios de agrupación:

i) En quintiles según la cantidad de habitantes por CAPS para los años 2001 y 2010, donde el primer quintil agrupa el 20% de los

4 El gasto finalidad salud comprende los recursos destinados a asegurar el buen estado sanitario de la comunidad, incluyendo los correspondientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades, la creación, ampliación y reposición de infraestructura hospitalaria y de saneamiento ambiental y, en general, todas aquellas orientadas a la administración de la salud.

municipios con menor cantidad de población por CAPS y el quinto el 20% de los municipios con mayor cantidad de población por CAPS.

ii) Según densidad poblacional, distinguiendo entre municipios del conurbano, rurales, semirrurales y centros urbanos del interior. Se utilizó el siguiente criterio de clasificación: los municipios urbanos del interior son los partidos con más de cien mil habitantes, los semirrurales aquellos que cuentan con más de cincuenta mil y menos de cien mil habitantes, y los rurales con poblaciones inferiores a los cincuenta mil individuos. Para los veinticuatro municipios del conurbano se adoptó la clasificación del INDEC. La información de habitantes por partido se obtuvo del Censo de Población y Hogares del año 2001.

Para ambos criterios de clasificación, en cada grupo de municipios se calculó el promedio de habitantes (total y sin cobertura) por CAPS.

Para determinar si las poblaciones con mayores necesidades de cuidados de salud disponen de un mayor acceso a los servicios de APS, se dividió a los municipios en quintiles utilizando tres criterios de ordenación: i) el porcentaje de población con cobertura de salud, ii) la TMI y iii) el porcentaje de hogares con NBI. Para cada criterio de ordenación se calculó el promedio de habitantes (con y sin cobertura) por CAPS en cada quintil.

Por último, para evaluar si las diferencias en la riqueza de cada municipio y los recursos municipales asignados al cuidado de la salud se relacionan con la capacidad de acceso de la población a los servicios de APS, nuevamente se realizó un análisis por quintiles de municipios utilizando como criterio de clasificación las dos variables mencionadas. En ambos casos se calculó el promedio de habitantes (con y sin cobertura)

por CAPS en cada quintil.

Resultados

La figura 1 muestra la cantidad de habitantes total y sin cobertura de salud por CAPS por quintiles de municipios.

Pueden observarse fuertes contrastes en relación con el número total de habitantes y habitantes sin cobertura por CAPS entre los distintos municipios de la Provincia de Buenos Aires. La diferencia entre los municipios del primer quintil y los del quinto es de 6,57 veces cuando se toma el total de la población, y de 7,90 veces si se restringe el análisis a la población sin cobertura por CAPS.

En la figura 2 se analizan los mismos indicadores, clasificando a los municipios según su densidad poblacional. Se observan fuertes diferencias en los indicadores de acceso utilizados. En particular, en los municipios del conurbano el indicador “habitantes por CAPS” exhibe un valor 3,50 veces superior al mismo indicador en los municipios rurales, lo cual refleja una peor situación relativa de disponibilidad de recursos. Si se considera la población sin cobertura de salud esta diferencia asciende a 4,20 veces.

Si bien el análisis anterior denotaría un acceso sustancialmente menor a los servicios de APS en los municipios urbanos y del conurbano en relación con los rurales y semirrurales, esta diferencia podría ser justificada por la mayor dispersión de la población de estos últimos, y la consiguiente necesidad de un mayor número de CAPS para garantizar un acceso geográfico igualitario.

En la figura 3 se presenta un análisis comparado de los indicadores para los años 2001 y 2010, según municipios clasificados



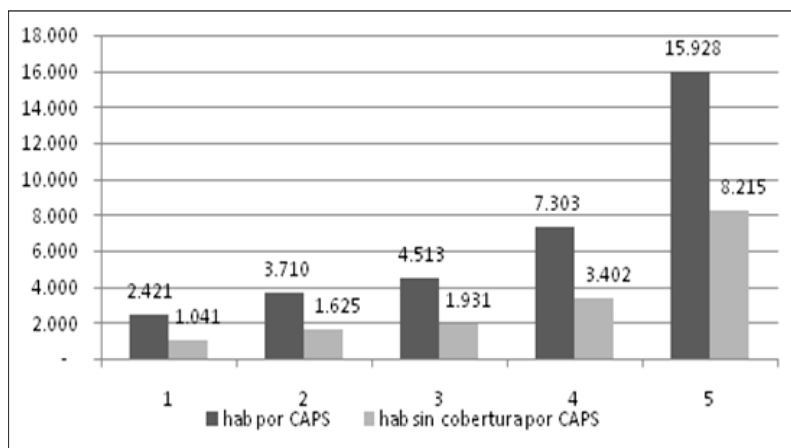


FIGURA 1. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS DEL AÑO 2010 (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA). MUNICIPIOS AGRUPADOS EN QUINTILES SEGÚN HABITANTES POR CAPS

Fuente: elaboración propia

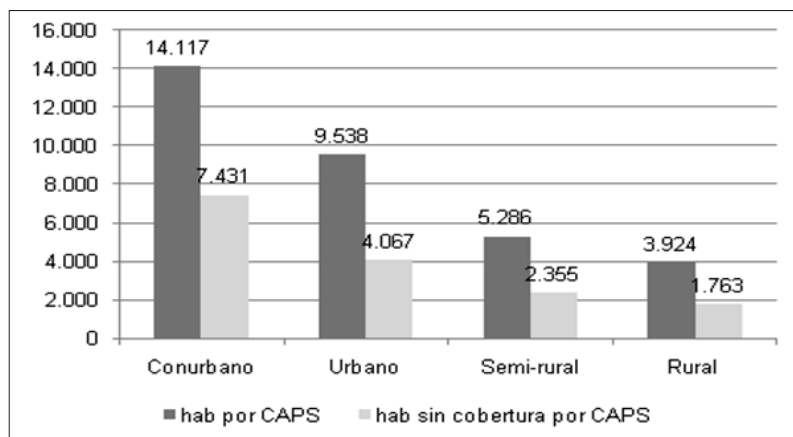


FIGURA 2. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS DEL AÑO 2010 (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA). MUNICIPIOS AGRUPADOS SEGÚN DENSIDAD POBLACIONAL

Fuente: elaboración propia

por densidad poblacional. En términos generales, se observa un aumento del número de habitantes por CAPS en los años bajo análisis en los dos grupos de municipios más poblados, número que se mantiene aproximadamente constante en los demás grupos.

En principio, dadas las políticas implementa-

das en la mitad del periodo analizado a partir de la instrumentación del Plan Federal de Salud (cuyo objetivo principal fue impulsar los servicios de APS), esta tendencia no es la esperable. Mientras los municipios urbanos y del conurbano no reflejan mejoras en el acceso a los servicios de APS en términos de la infraestructura disponible para la atención, los municipios semirurales y rurales pare-

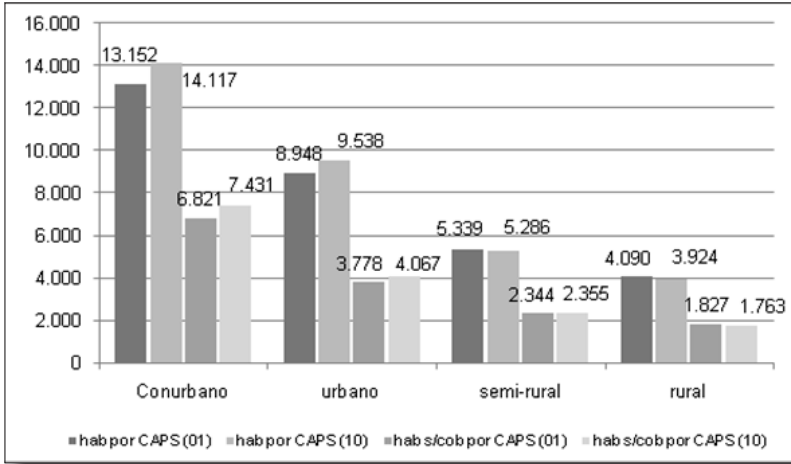


FIGURA 3. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA). MUNICIPIOS AGRUPADOS SEGÚN DENSIDAD POBLACIONAL. COMPARACIÓN AÑOS 2001 Y 2010
Fuente: elaboración propia

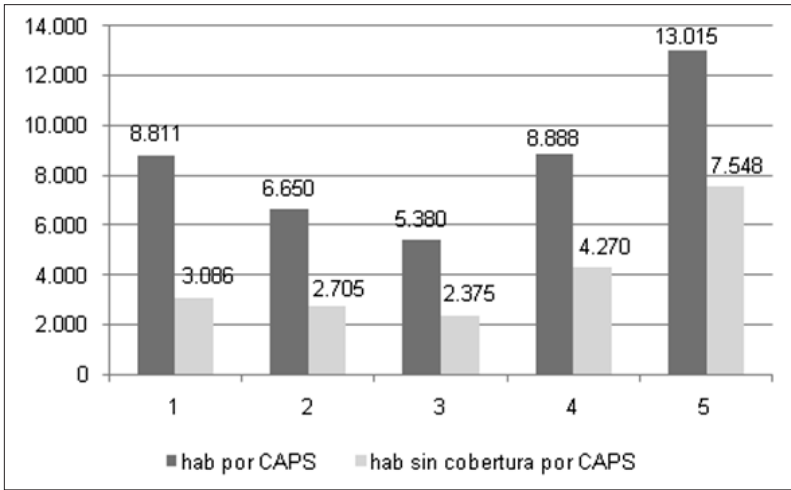


FIGURA 4. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS DEL AÑO 2010 (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA). MUNICIPIOS AGRUPADOS EN QUINTILES SEGÚN PORCENTAJE DE POBLACIÓN SIN COBERTURA
Fuente: elaboración propia

cen reflejar sutiles progresos en el periodo analizado.

Las diferencias de acceso observadas entre municipios clasificados por densidad poblacional pueden ser equitativas si la mayor concentración de CAPS en determinadas regiones responde a una mayor necesidad de cuidados de salud de la población, hipótesis que se analiza a continuación.

En la figura 4 se examinan los indicadores de acceso considerando el porcentaje de población sin cobertura de salud de cada municipio. Cabe mencionar que el primer quintil incluye al 20% de los municipios de la provincia con mayor cobertura de seguros de salud, mientras que el quinto incluye al 20% de los municipios con menor porcentaje de población asegurada.



Aunque no se puede establecer una clara relación entre el acceso potencial a los servicios de APS y los niveles de cobertura formal de salud, se observa que en los municipios de los quintiles 4 y 5, con menores niveles de habitantes con cobertura de salud, la población por CAPS es sustancialmente mayor que en los municipios del primer quintil. Tal situación no resulta deseable, cualquiera sea la perspectiva de equidad en el acceso considerada.

En la figura 5 se analiza si una mayor

necesidad de atención de la salud medida a través de la TMI se corresponde con una mayor capacidad de acceso a los servicios de APS. En este caso el primer quintil agrupa al 20% de los municipios con menor TMI, mientras que el quinto abarca el 20% de los municipios con mayor TMI.

Dado que los centros de atención de los municipios del último quintil deben proveer servicios a una menor cantidad de población que los del primer quintil, se infiere que los municipios con mayor TMI presentan una

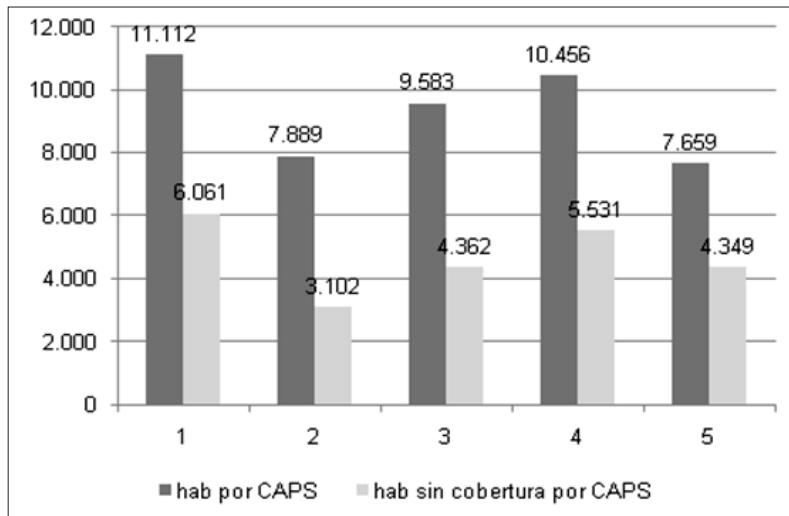


FIGURA 5. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS DEL AÑO 2010 (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA). MUNICIPIOS AGRUPADOS EN QUINTILES SEGÚN TMI.

Fuente: elaboración propia

mayor capacidad de acceso a los servicios de APS. Si bien considerando solo estos quintiles se podría concluir que los indicadores de acceso reflejarían asignaciones de recursos consistentes con criterios de equidad en los cuidados, al incluir en el análisis los quintiles correspondientes a municipios con niveles de TMI intermedios esta conclusión no resulta tan clara.

En la figura 6 se analizan los indicadores por

quintiles de municipios agrupados según el porcentaje de familias con NBI. Se observa que los municipios del tercer y del último quintil (con peores indicadores relativos en términos de NBI) registran menores capacidades de acceso a los servicios de APS. Resulta llamativa la comparación del indicador “habitantes sin cobertura por CAPS” entre los municipios del segundo quintil con los del quinto quintil, donde, en promedio, cada CAPS del segundo quintil debe atender

los problemas de salud de tres veces más habitantes que uno del otro grupo. Tal situación se contradice con los postulados de la equidad en el acceso.

Para estudiar la relación entre capacidad de acceso a los servicios de APS y los recursos que los gobiernos locales destinan a la atención de la salud (medido por el gasto municipal finalidad salud), se calculan los indicadores de acceso para los municipios ordenados por

quintiles de población según el GMFS per cápita. Los resultados se presentan en la figura 7.

A excepción del segundo quintil, los valores de ambos indicadores tienden a disminuir (reflejando mejores condiciones) a medida que el GMFS per cápita aumenta. Esto sugiere que aquellos municipios que asignan mayores niveles de gasto público a los servicios locales de salud (los cuales podrían ser tanto del primer nivel como

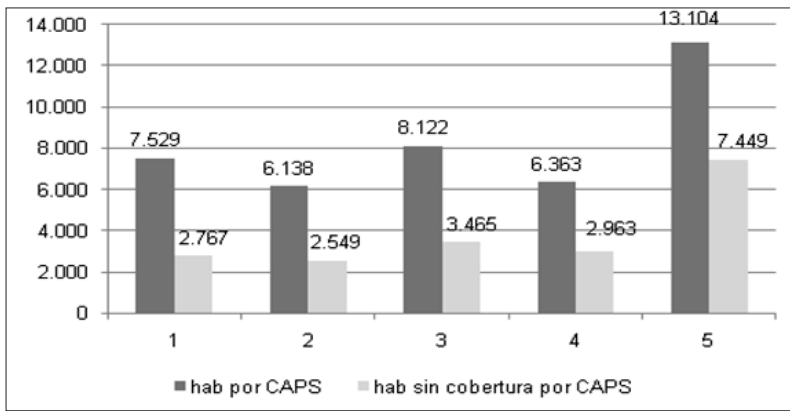


FIGURA 6. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS DEL AÑO 2010 (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA). MUNICIPIOS AGRUPADOS EN QUINTILES SEGÚN PORCENTAJE DE FAMILIAS CON NBI
Fuente: elaboración propia

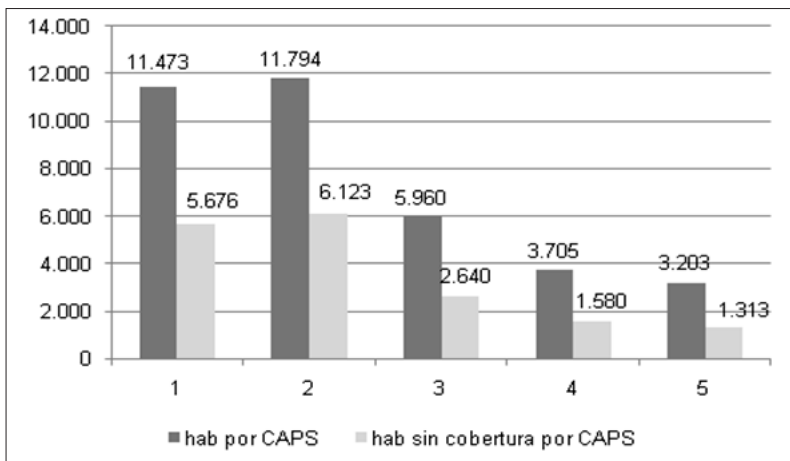


FIGURA 7. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS DEL AÑO 2010 (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA). MUNICIPIOS AGRUPADOS EN QUINTILES SEGÚN GMFS PER CÁPITA
Fuente: elaboración propia



del segundo nivel de atención) presentan mejores condiciones de acceso a los servicios de APS.

Por último, en la figura 8 se exhibe la relación entre las condiciones de acceso a los servicios de APS y la riqueza de los municipios, medida a través del PGB per cápita.

Se observa que, con la excepción de los municipios correspondientes al cuarto

quintil, el acceso a los servicios de APS mejora a medida que aumenta la riqueza relativa de los municipios. De esta forma, mayores capacidades de obtener recursos propios, provenientes de la recaudación de tributos locales, podrían estar asociadas con mejores condiciones de acceso a los servicios de atención primaria a través de la ampliación de la oferta de CAPS.

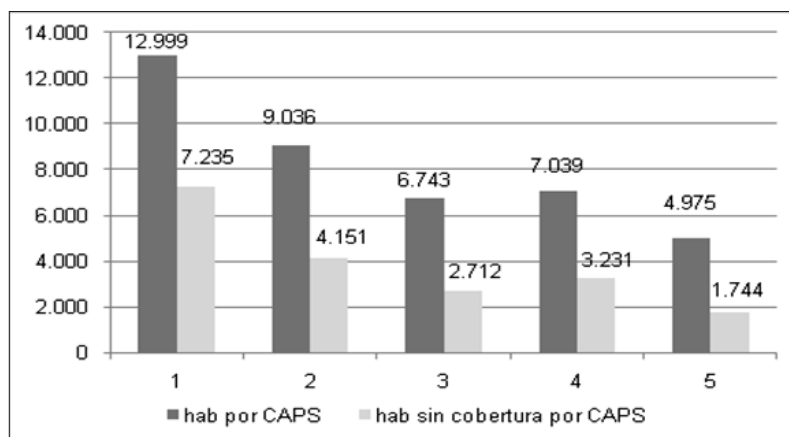


FIGURA 8. PROMEDIO DE HABITANTES POR CAPS (POBLACIÓN TOTAL Y SIN COBERTURA) DEL AÑO 2010. MUNICIPIOS AGRUPADOS EN QUINTILES SEGÚN PGB PER CÁPITA.

Fuente: elaboración propia

Discusión

Los resultados del análisis cuantitativo realizado en los 135 municipios de la Provincia de Buenos Aires indican la presencia de fuertes diferencias entre municipios en la capacidad de acceder a los servicios de APS. Mientras que en los municipios mejor posicionados la relación de habitantes por CAPS es de 2421, en los relativamente peor situados tal cifra llega a 15.925. Al considerar la población sin cobertura, las discrepancias son aún mayores: 1041 habitantes por CAPS en los

municipios mejor posicionados versus 8215 habitantes por CAPS en los peor situados.

El análisis según densidad poblacional indica que los habitantes de los municipios rurales y semirurales del interior provincial disfrutaban de mejores condiciones de acceso que aquellos que residen en los grandes centros urbanos del interior o en los municipios del conurbano. Las desigualdades detectadas no necesariamente serían inequitativas, debido a que se podrían justificar a partir de la mayor dispersión geográfica de la población de

los municipios rurales y semirurales, en la medida que se requieran más centros de salud para alcanzar la igualdad en el acceso a los servicios de atención que en ellos se brindan.

También se registran fuertes diferencias en la capacidad de acceso en la población de los municipios con distintos niveles de necesidades médico-sanitarias, aunque dicho resultado difiere de acuerdo al indicador de necesidad empleado. En particular, los habitantes de los municipios con menores porcentajes de hogares con NBI y con mayor cobertura de salud presentan mejores condiciones de acceso a los servicios de cuidado de la salud que quienes habitan en los municipios más necesitados. Contrariamente, la población de los municipios con mayores TMI se enfrenta a una mejor capacidad de acceso, dado que en promedio los CAPS deben proveer servicios de atención a una menor cantidad de población.

Con relación al gasto municipal en salud, la riqueza municipal y las condiciones de acceso, se detectó que los habitantes de los municipios que realizan un mayor gasto y que tienen una mayor riqueza relativa poseen ratios más bajos de población (total y sin cobertura) por CAPS que aquellos que se sitúan en municipios que presentan un contexto opuesto de gasto en salud municipal y riqueza local. Este resultado está en línea con distintos aportes de la literatura especializada, los cuales reconocen que los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud locales pueden ser determinantes del acceso equitativo, potencial y efectivo a los servicios de salud (15,23).

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, los municipios financian sus servicios de salud

mediante: i) recursos locales provenientes del cobro de tasas y contribuciones especiales, y ii) los fondos transferidos desde la provincia a los municipios, donde los recursos derivados de la denominada Ley de Coparticipación Provincial son los de mayor importancia. Si bien la mencionada ley contempla en la fórmula de reparto variables referidas a la infraestructura y a la producción de los servicios de salud municipales, distintos trabajos han señalado que los criterios utilizados para la distribución de los fondos han generado importantes inequidades en el acceso a los servicios de salud entre municipios de distintos niveles de riqueza, así como problemas de eficiencia (12,24-26).

Reducir las inequidades detectadas en el acceso a los servicios de APS requiere una mayor intervención de los niveles superiores de gobierno, especialmente del nivel provincial. Uno de los posibles cursos de acción podría consistir en la modificación de los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud locales, estableciendo mecanismos de transferencias que tiendan a compensar en forma efectiva las desigualdades en los niveles de riqueza de cada región y neutralicen la presencia de incentivos perversos derivados de la “competencia a la baja” del nivel de calidad de los servicios sanitarios, que podrían conducir a la disuasión o (migración) de los habitantes/pacientes más costosos a otras localidades (27).

Asimismo, una clara estrategia por parte de los niveles superiores de gobierno, que planifique y financie la construcción y operación de nuevos CAPS (o realocalice

5 En la teoría microeconómica las externalidades positivas se presentan cuando la conducta no compensada de un agente (productor o consumidor) influye sobre otro, generando un aumento en su bienestar o producción, sin que medie la voluntad de participación de las partes (28).



a los existentes) en aquellos municipios con peores condiciones socioeconómicas y sanitarias relativas, permitiría evitar la potencial subprovisión de servicios locales de salud, debido a la presencia de externalidades positivas⁵ derivadas de las interdependencias existentes entre localidades (asociadas principalmente a las actividades preventivas) (27).

A continuación se mencionan algunas limitaciones de la investigación, las cuales deben ser consideradas al evaluar los resultados, y cuya superación (en la medida de lo posible) es una tarea pendiente para futuros trabajos de investigación.

En primer lugar, si bien los ratios de suministro son uno de los indicadores comúnmente utilizados para medir el acceso geográfico a los servicios de salud, su uso presenta algunas limitaciones: i) no tiene en cuenta la posibilidad de “cruce de fronteras” que pueden realizar los pacientes, lo que suele ocurrir en áreas geográficas pequeñas, y iii) no capturan las variaciones en la accesibilidad dentro de las áreas delimitadas (los municipios en este caso), ya que no incorporan explícitamente las medidas de distancia o tiempos de viajes. Ambos factores pueden dificultar la comparación de los resultados obtenidos en diferentes municipios.

En segundo lugar, para confeccionar las relaciones de acceso empleadas en este trabajo, solo se incluyó el número de CAPS por partidos, no considerando (debido a la falta de información) la posibilidad de que los centros de atención de los municipios con mayores necesidades tengan mayor cantidad de profesionales en el equipo de salud y/o brinden mayor cantidad de horas de atención.

Por último, si bien es necesario reconocer que para evitar sesgos en la información lo ideal hubiese sido utilizar en el desarrollo del trabajo series de datos homogéneas (en el sentido de corresponder a un mismo año), tal situación no fue posible debido a la ausencia de estadísticas actualizadas, tanto en el ámbito de la provincia de Buenos Aires como a nivel nacional.

Referencias bibliográficas

1. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC): what is the difference? *Canadian Journal of Public Health*. 2006 Sep-Oct; 97 (5): 409-11.
2. República Argentina, Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires, 2004 [acceso: 10 de mayo de 2006]. Disponible en www.remediar.gov.ar.
3. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex*. 2011; 53 suppl 2:S96-108.
4. Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. Nueva York: Oxford University Press; 1992.
5. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*. 2010 Mar; 10 (65). doi: 10.1186/1472-6963-10-65.
6. Guagliardo M. Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*. 2004; 3 (3). doi:10.1186/1476-072X-3-3.
7. Leon Wyszewianski L, McLaughlin C. Access to Care: Remembering old lessons. *Health Services Research*. 2002; 37 (6): 1441-43.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981; 19 (2): 127-40.
9. Nigel Rice N, Smith P. Ethics and geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*. 2001; 27: 256-61.
10. Pesarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *AtenPrimaria*. 2007; 39 (8): 395-401.
11. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992; 22 (3): 429-45.
12. Barbieri N. Política fiscal y política sanitaria: Tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. *Salud Colectiva*. 2007; 3 (1): 49-61.
13. Musgrave R, Musgrave P. Public finance in theory and practice. New York: McGraw-Hill; 1989.

14. Oates W. An essay on fiscal federalism. *Journal of Economic Literature*. 1999 Sep; 37 (3): 1120-49.
15. Okorafor O, Thomas S. Protecting resources from primary health care under fiscal federalism: Option for resource allocation. *Health Policy Plan*. 2007, Nov; 22 (6): 415-26.
16. Riutort M, Cabarcas F. Descentralización y equidad: Una revisión de la literatura latinoamericana. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2006; 5 (11): 22-36.
17. Báscolo E, Yavich N, Urquía M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios del primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2007; 6 (12): 112-25.
18. Fortney J, Rost K, Warren J. Comparing alternative methods of measuring geographic access to health services. *Health Services and Outcomes Research Methodology*. 2000; 1(2): 173-84.
19. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población y Vivienda. 2010. Resultados definitivos. Provincia de Buenos Aires. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por partido. Años 2001-2010. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica y Regional; 2010 [acceso: 8 de enero de 2012]. Disponible en <http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos.asp?palabra=poblacion>
20. Reidpath D, Allote P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003; 57 (5): 344-46.
21. Poblete S, Vargas V. El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la atención primaria. *Revista Sociedad Chilena de Medicina Familiar*. 2007; 8 (1): 24-31.
22. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015. Buenos Aires, 2005. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica y Regional Serie Análisis Demográfico, N° 31; 2005 [acceso: 6 de febrero de 2011]. Disponible en http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/2/proyecciones_provinciales_vol31.pdf.
23. Bossert T, Larranaga O, Giedion R. Decentralization and equity of resource allocation: Evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81 (2): 95-100.
24. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (Argentina). Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la Provincia de Buenos Aires. Cuaderno de Economía. 2002; 1 (63). Disponible en http://www.ec.gba.gov.ar/areas/estudios_proyecciones/Archivos/Cuaderno63.pdf.
25. Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). *Salud Colectiva*. 2010, 6 (1): 47-64.
26. Lago F, Moscoso N, Elorza M, Ripari N. Descentralización y equidad: El gasto público en los municipios de la provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2012; 8 (3): 263-74.
27. Smith PC. Formula funding of public services: Aneconomicanalysis. *Oxford Review of Economic Policy*. 2003; 19 (2): 301-322.
28. Mas-Colell A, Whinston MD, Green JR. *Microeconomic theory*. New York: Oxford University Press; 1995.

