

FECHA DE RECEPCIÓN: 20 de agosto de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18 de diciembre
de 2020FECHA DE PUBLICACIÓN: 16 de marzo de
2021*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
karloia555@gmail.comRegistro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS002984ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA
INEQUIDAD EN SALUD MEDIANTE ACCESIBILIDAD A
CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS*Analysis of the geographic distribution of health inequity through
accessibility to outpatient medical consultations** Karina Valeria Loiacono¹. Magíster en Investigación Clínica, Licenciada en Estadística.¹ Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Escasos estudios han relacionado a nivel nacional la inequidad geográfica de acceso a la salud por intermedio de las consultas médicas ambulatorias (CMA) en el sector oficial. El objetivo de la presente investigación fue describir, evaluar y medir la situación del acceso a la salud referente a las CMA en Argentina en 2017. MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La unidad analizada fue la CMA en Argentina en 2017. Se calcularon las tasas de CMA a nivel nacional, provincial y para la población potencialmente usuaria que concurre a establecimientos oficiales (PPUsEO). RESULTADOS: Las mayores tasas de CMA de PPUsEO por habitante se dieron en Tierra del Fuego (9,1), La Pampa (10,0), Buenos Aires (10,2) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (13,6), todas en el cuarto cuartil (Q4); las que presentaron menores tasas, situadas en el primer cuartil (Q1), fueron Santiago del Estero (2,3), Córdoba (2,7), Santa Fe (3,0), Corrientes (3,4), Catamarca (3,5) y Formosa (3,7). DISCUSIÓN: La mayor inequidad geográfica de acceso a la salud respecto de las CMA de PPUsEO en el sector oficial se dio en el centro norte del país, con tasas que oscilaron entre 2,3 y 13,6. En lo que se refiere al crecimiento de la atención en las consultas no médicas de los últimos años, la variación entre 2010 y 2017 mostró un incremento de 966,8%, en contraposición con las CMA, que aumentaron apenas el 7,4% en el mismo periodo.

PALABRAS CLAVE: Consulta Médica; Inequidad; Sistemas de Información; Áreas Geográficas; Salud

ABSTRACT. INTRODUCTION: Few studies have related the geographic inequity of access to health through outpatient medical consultations (OMC) in the official sector at national level. The objective of this research was to describe, evaluate, and measure the situation of access to health regarding OMC in Argentina in 2017. METHODS: A descriptive cross-sectional study was conducted. The analysis unit was the OMC in Argentina in 2017. The OMC rates at national and provincial level, and for the population of potential users that attend official establishments (PPUAOE) were calculated. RESULTS: The highest PPUAOE OMC rates per inhabitant were observed in Tierra del Fuego (9.1), La Pampa (10.0), Buenos Aires (10.2) and the Autonomous City of Buenos Aires (13.6), all in the fourth quartile (Q4); the ones with the lowest rates, in the first quartile (Q1), were Santiago del Estero (2.3), Córdoba (2.7), Santa Fe (3.0), Corrientes (3.4), Catamarca (3.5) and Formosa (3.7). DISCUSSION: The greatest geographic inequity of access to health with respect to the PPUAOE OMC in the official sector occurred in the north-central region of the country, with rates ranging from 2.3 to 13.6. Regarding the increase of non-medical consultations in recent years, the variation between 2010 and 2017 was 966.8%, which contrasts to the increase shown by OMC in the same period (only 7.4%).

KEY WORDS: Medical Consultation; Inequity; Information Systems; Geographic Areas; Health

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino se asienta sobre el sector público, que brinda cobertura a todos los habitantes del país¹. Sin embargo, las características de la oferta de servicios del sector son profundamente desiguales en las distintas jurisdicciones: por un lado, debido a la combinación entre un sistema muy descentralizado en los gobiernos provinciales y municipales y las fuertes disparidades de recursos; por el otro, porque las distintas respuestas locales al proceso de descentralización y autonomía han tenido disímiles resultados en términos de calidad, equidad y eficiencia². Estudios realizados en países desarrollados señalan la estrecha relación entre las características del sistema de salud y la utilización de sus servicios^{3,4}. En Argentina, el sistema de salud está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (obras sociales) y el sector privado. Los servicios de salud son diferentes según la provincia o la ciudad de la que se trate⁵. Investigaciones efectuadas a nivel nacional para

el año 2005, aunque solamente en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)⁶, advertían de la inequidad jurisdiccional existente en aquel momento.

El Sistema de Información Sanitaria Argentina (SISA)⁷ comprende el Registro Federal de Establecimientos en Salud, cuyo objetivo principal es incluir en un ámbito único a todos los establecimientos públicos y privados del país, con o sin internación. Los registros también se disponen dentro de la plataforma datos.salud.gov.ar, que permite obtener el listado de las instituciones con financiamiento público. Para poner en contexto la situación respecto de las entidades oficiales en 2018, se observan en la Tabla 1 a nivel nacional 10 751 establecimientos públicos, descriptos según su tipología. Las cinco provincias con mayor número son Buenos Aires (23,8%), Córdoba (8,1%), Santa Fe (7,3%), Santiago del Estero (6%) y Salta (5,2%).

Las consultas médicas ambulatorias (CMA)⁸ se realizan dentro de los establecimientos mencionados en el párrafo precedente. Su registro, acceso y análisis se encuentra dentro de la Dirección de Estadísticas e Información en

TABLA 1. Cantidad de establecimientos públicos de salud del Registro Federal, tipología según provincia, Argentina, 2018.

Provincias	Total general	ESCIE	ESCIE M	ESCIE P	ESCIE SM	ESCIE TE	ESCIG	ESCL	ESSID	ESSID T	ESSIT
Total general	10 751	56	37	22	46	212	1161	375	44	8637	161
Buenos Aires	2555	24	18	5	10	141	230	97	1	1990	39
CABA	219	12	1	3	5	-	20	64	-	112	2
Catamarca	371	-	1	1	1	2	34	13	-	315	4
Chaco	458	-	-	1	1	-	52	9	2	385	8
Chubut	188	-	1	-	-	1	33	4	1	132	16
Córdoba	875	2	4	3	3	38	125	12	2	679	7
Corrientes	374	2	1	1	2	1	46	12	2	301	6
Entre Ríos	432	1	2	-	4	3	60	9	2	344	7
Formosa	329	-	1	-	1	1	38	4	-	278	6
Jujuy	376	1	1	-	1	-	19	6	1	344	3
La Pampa	122	-	-	-	-	-	36	2	-	83	1
La Rioja	266	-	1	-	-	1	33	10	-	218	3
Mendoza	441	1	1	2	2	4	16	17	2	386	10
Misiones	474	1	1	1	1	15	39	36	5	367	8
Neuquén	199	-	-	-	-	-	29	3	1	160	6
Río Negro	228	-	-	-	-	1	35	9	2	178	3
Salta	549	1	1	-	4	-	55	7	5	468	8
San Juan	187	1	-	-	1	1	15	8	3	152	6
San Luis	170	-	1	-	1	-	20	11	3	134	-
Santa Cruz	84	-	-	-	1	1	21	5	1	50	5
Santa Fe	786	4	1	3	4	1	122	10	4	630	7
Santiago del Estero	643	3	-	1	1	-	50	12	1	572	3
Tierra del Fuego	39	1	-	-	-	-	4	3	1	28	2
Tucumán	386	2	1	1	3	1	29	12	5	331	1

ESCIE: Establecimiento de salud con internación especializado; ESCIE M: Establecimiento de salud con internación especializada en maternidad/materno infantil; ESCIE P: Establecimiento de salud con internación especializada en pediatría; ESCIE SM: Establecimiento de salud con internación especializada en salud mental; ESCIE TE: Establecimiento de salud con internación especializada en tercera edad; ESCIG: Establecimiento de salud con internación general; ESCL: Establecimiento de salud complementario; ESSID: Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico; ESSID T: Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento; ESSIT: Establecimiento de salud sin internación de tratamiento.

Fuente: Elaboración propia con los datos disponibles en datos.salud.gov.ar, Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (REFES).

Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. La DEIS es una de las partes componentes del Sistema Estadístico de Salud, que depende descentralizadamente del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

El objetivo de la presente investigación fue describir, evaluar y medir la situación del acceso a la salud referente a las CMA en Argentina en 2017.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se tomó como unidad de análisis la CMA definida en el Conjunto Mínimo de Datos Básicos⁸ (CMDDB) aprobados de interés nacional. Se entiende por CMA: “La atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo. Incluye la atención de consultantes sanos. Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, este recibe una sola consulta”. Otros de los conceptos tenidos en cuenta al realizar el estudio fue la Unidad Operativa (UO), es decir, en qué servicio se atendió el paciente. El Código de Servicios y/o UO⁹ especifica a nivel nacional 196 UO, representadas desde el N°5, hasta la UO de Consultorios de Diversidad Sexual con el N°450. Aquellas con códigos superiores se incluyen en “otras consultas” por no ser UO del servicio médico (acompañante terapéutico, hemoterapia, kinesiología, etc.). Cabe aclarar que, ante la necesidad de una mayor caracterización en la UO que la establecida para el nivel nacional de tres dígitos, cada jurisdicción puede agregar más a partir de un cuarto (servicios con horarios de atención matutinos o vespertinos, etc.), pero dicha información complementaria se tiene en cuenta para el propio nivel.

Para el recuento de CMA a nivel nacional, se segmentó entre las UO con códigos inferiores a 500 o superiores e iguales consideradas como atención no médica. Dicha desagregación se describe en cada uno de los resultados posteriormente expuestos. Cabe destacar que en la DEIS, para la contabilización de las CMA provinciales, se consideran dichas categorías denominadas como “otros...”.

En el presente estudio se incluyó también a todos los grupos etarios comprendidos en una única categoría. Resulta complejo tener un corte único a nivel nacional, puesto que —como se mencionó anteriormente— cada jurisdicción es administrativamente autárquica y en el nivel nacional aún no se han podido garantizar los mismos formatos o estructuras de manera estandarizada. La información de CMA de 2017¹⁰ fue proporcionada por la DEIS y constituye la más reciente. La población de 2017 para el cálculo de las tasas se obtuvo a partir de estimaciones suministradas por el INDEC¹¹.

La población tiene acceso en forma universal y sin restricciones a la atención de su salud en cualquier efector público, ya sea un CAPS o un hospital. Sin embargo, dado que el sistema está fragmentado en múltiples ofertas, el paciente puede acceder por diversas ventanillas: seguros sociales (obras sociales, incluido el Programa de Atención

Médica Integral [PAMI]), seguros públicos (Programa Federal Incluir Salud, ex PROFE) y seguros privados o prepagas¹². Se obtuvieron las CMA para cada provincia, las tasas de CMA por habitante y las tasas de CMA para la población potencialmente usuaria que concurre a establecimientos oficiales (PPUsEO). Los porcentajes de la PPUsEO fueron obtenidos a partir de los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (CNPV 2010)¹².

Se definió la tasa de CMA por habitante de 2017 como el cociente entre las CMA de 2017 y el total de la población estimada por el INDEC para el mismo año; y la tasa de CMA de PPUsEO, como el cociente entre las CMA de 2017 y el porcentaje de la población correspondiente a cada jurisdicción dentro de la categoría que “No tiene obra social, prepaga o plan estatal”, sobre la base del CNPV 2010 respecto a la población estimada por el INDEC para 2017. El gasto público en salud fue tomado del trabajo de Ce-trángulo (información disponible de 2015, publicada en 2018¹³).

El cálculo de las tasas y los gráficos se realizaron en el programa Excel de Microsoft Office Professional Plus 2019. El procesamiento analítico se llevó a cabo con IBM SPSS Statistics 25, y el mapa se efectuó en el programa R, versión 3.6.3 (29 de febrero de 2020). Las librerías utilizadas fueron tidyverse, sf, ggrepel y ggplot2.

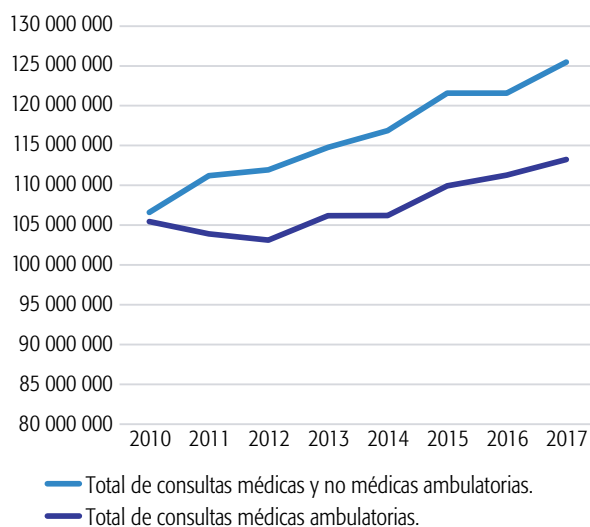
RESULTADOS

Como muestra la Figura 1, la cantidad de CMA se discrimina entre la atención proporcionada por profesionales médicos y no médicos. La atención brindada por profesionales no médicos se encuentra en aquellas categorías de UO iguales o mayores al código N°500. En 2010, la cantidad total (atención médica y no médica) de CMA fue de 106 597 026, y los profesionales no médicos atendieron 1 147 930 consultas. Para el último año de la serie, el total de CMA médicas y no médicas fue de 125 484 690 y de 12 245 682, respectivamente. La variación de 2017 respecto a 2010 significó un incremento de 966,8% en la atención brindada por profesionales no médicos y de 7,4% en la de profesionales médicos.

En la Tabla 2 se observa la cantidad total de CMA (médicas y no médicas) para todas las provincias argentinas en 2017: Buenos Aires presentó la mayor cantidad con 66 233 172, seguida por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con 8 874 282 y por Tucumán con 4 637 800. El resto de las provincias concentraron 4 millones de consultas anuales o menos.

Respecto a las provincias que informan consultas no médicas ambulatorias, la que dispone de mayor frecuencia también es Buenos Aires con 4 677 922, seguida por Santa Fe con 2 038 043 y CABA con 1 533 778.

Se calcularon dos tasas diferentes con igual importancia: la de CMA por habitante (*per cápita*) y la de CMA de PPUsEO, que varía en cada provincia, según los datos proporcionados por el INDEC en el Censo¹² y la población estimada por el mismo organismo para 2017.

FIGURA 1. Cantidad total de consultas médicas y no médicas ambulatorias en establecimientos oficiales, Argentina, 2010-2017.

Fuente: Elaboración propia, datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

La tasa de CMA por habitante a nivel nacional fue de 2,5, y la de CMA para la PPUeO fue de 14,2.

Se observa en la Tabla 3 que las tasas de CMA por habitante fluctúan desde 0,9 para Córdoba y Santa Fe hasta 3,6 para Buenos Aires; en cambio, las tasas de CMA en PPUeO varían desde 13,6 para CABA hasta 2,3 para Santiago del Estero.

De acuerdo con el CNPHV 2010, Chaco era la provincia con mayor "porcentaje de la población que no tiene obra social, prepaga o plan estatal sin obra social" (57,9%) y Santa Cruz tenía el menor porcentaje (16,7%) en esta categoría. En cambio, al considerar el "porcentaje de la población que tiene obra social o prepaga", CABA estaba a la cabeza con 80,9%, mientras que Formosa se encontraba en el extremo opuesto con 39,7%.

Considerando las 196 UO identificadas a nivel nacional, la distribución proporcional de las CMA dentro de las primeras 15 fue la que se visualiza en la Figura 2: Emergencias y Urgencias (27,4%), Medicina General (15,2%), Pediatría (12,1%), Clínica Médica (8,1%), Tocoginecología (2,4%), Oftalmología (2,3%), Ginecología (2,3%), Cardiología (1,92%), Traumatología (1,8%), Salud Mental (1,5%), Obstetricia (1,4%), Dermatología (0,9%), Cirugía General – Clínica Quirúrgica (0,8%), Endocrinología (0,8%) y, por último, Otorrinolaringología (0,8%). Cabe mencionar que dentro de cada UO están incluidos todos los grupos etarios y ambos sexos (sexo y edad sin especificar; datos analizados globalmente).

Al calcular las tasas de CMA de la PPUeO (ver Figura 3) segmentada por cuartiles, se pudo observar cuáles eran las provincias con mayor acceso a las CMA: en el cuarto cuartil (color amarillo), Buenos Aires, La Pampa y Tierra del Fuego; en contraposición a estas, en el primer cuartil (color rojo), Santiago del Estero, Córdoba, Santa Fe,

TABLA 2. Cantidad de consultas médicas y no médicas ambulatorias en el sector oficial por provincia, Argentina, 2017.

Provincias	Consultas totales	Consultas médicas	Consultas no médicas
Total país	125 484 690	113 239 008	12 245 682
Buenos Aires	66 233 172	61 555 250	4 677 921
CABA	8 874 282	7 340 503	1 533 778
Tucumán	4 637 800	4 621 959	15 841
Mendoza	3 918 459	3 881 461	36 998
Salta	3 666 119	3 291 492	374 627
Santa Fe	5 299 350	3 261 307	2 038 043
Córdoba	3 381 171	3 231 914	149 257
Entre Ríos	3 551 018	2 733 920	817 098
Chaco	2 618 378	2 617 955	423
Misiones	2 462 292	2 455 091	7201
Jujuy	2 914 289	1 838 826	1 075 462
Corrientes	1 812 678	1 812 661	17
Río Negro	1 662 429	1 520 182	142 247
San Luis	1 770 453	1 457 720	312 733
San Juan	3 264 993	1 824 016	1 440 977
Neuquén	1 422 454	1 422 454	*
Santiago del Estero	1 290 892	1 228 120	62 771
Formosa	1 234 533	1 224 502	10 031
Chubut	1 233 689	1 163 067	70 621
La Pampa	1 439 137	1 126 382	312 755
La Rioja	1 241 170	841 845	399 325
Catamarca	708 432	544 958	163 474
Santa Cruz	417 751	414 893	2858
Tierra del Fuego	429 742	308 749	120 993

* Neuquén no informa las consultas no médicas.

Fuente: Elaboración propia, datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

Corrientes, Catamarca y Formosa.

DISCUSIÓN

El sistema sanitario ha sido reconocido por las principales organizaciones internacionales como un determinante social de la salud en sí mismo. Aunque potencialmente es un instrumento para ayudar a alcanzar la equidad en salud entre la población, las normas y los valores sociopolíticos que sustentan el sistema social constituyen también la base de su sistema organizativo¹⁴.

Las consultas médicas son una medición importante del acceso general a los servicios de salud, puesto que la mayoría de las enfermedades pueden tratarse en la atención primaria sin necesidad de hospitalizaciones, y una consulta suele preceder al ingreso hospitalario. La capacidad de un país para dar seguimiento y promover las consultas efectivas como alternativa y forma de evitar las hospitalizaciones innecesarias es una medición importante sobre malgasto.

En general, las tasas de CMA tienden a ser mayores en los países de altos ingresos e inferiores en los de bajos ingresos, lo que sugiere que las limitaciones financieras

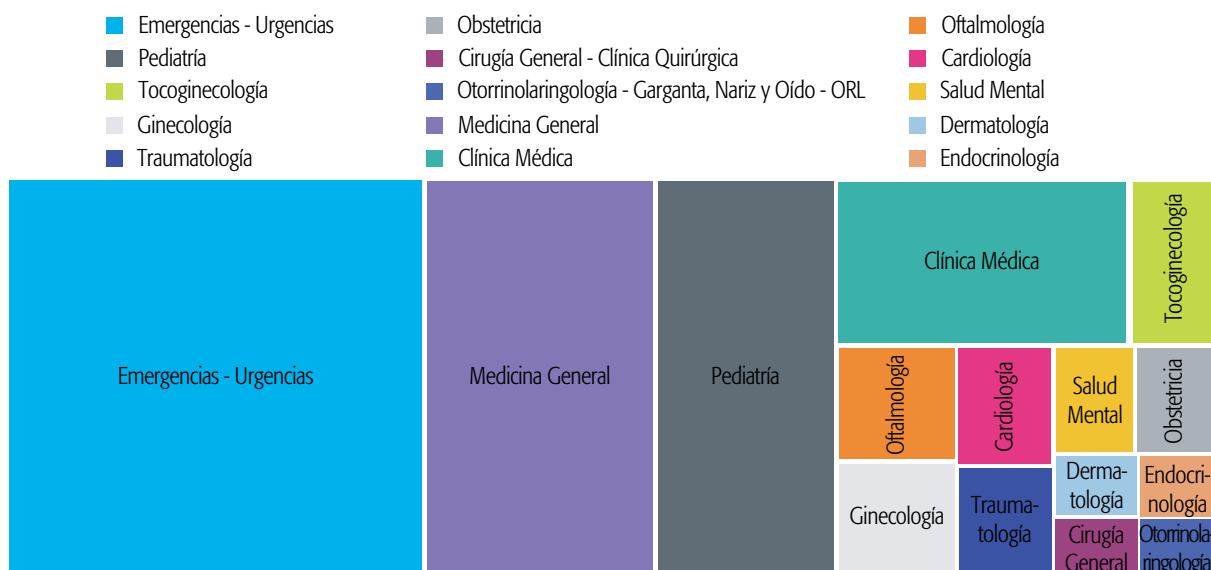
TABLA 3. Datos censales de 2010 con consultas médicas ambulatorias, tasas, población y otras características de 2017.

Provincias	Censo 2010		2017				
	Población que no tiene obra social, prepaga o plan estatal (%)	Población que tiene obra social o prepaga (%)	Población total, 2017	Población potencialmente usuaria de establecimientos de salud, 2017*	Cantidad de consultas médicas realizadas en establecimientos oficiales.	Tasa de consultas médicas ambulatorias por habitante.	Tasa de consultas médicas ambulatorias, población potencialmente usuaria que concurre a establecimientos oficiales.
Total país	36,0	62,1	44 044 811	15 856 132	111 719 234	2,5	7,0
CABA [†]	17,6	80,9	3 063 728	540 442	7 340 504	2,4	13,6
Buenos Aires	35,3	63,3	17 020 012	6 013 170	61 555 250	3,6	10,2
Catamarca	39,0	59,2	404 433	157 608	544 958	1,3	3,5
Córdoba	32,8	65,4	3 645 321	1 197 123	3 231 915	0,9	2,7
Corrientes	48,3	48,0	1 090 938	526 814	1 812 661	1,7	3,4
Chaco	57,9	39,8	1 168 165	675 783	2 617 956	2,2	3,9
Chubut	27,2	70,9	587 956	159 630	1 163 068	2,0	7,3
Entre Ríos	35,7	62,8	1 347 508	480 791	2 733 921	2,0	5,7
Formosa	56,9	39,7	589 916	335 367	1 224 502	2,1	3,7
Jujuy	45,2	52,0	745 252	336 854	1 838 826	2,5	5,5
La Pampa	32,2	63,7	349 299	112 474	1 126 382	3,2	10,0
La Rioja	38,1	59,9	378 047	143 960	841 845	2,2	5,8
Mendoza	36,9	61,7	1 928 304	711 929	3 881 461	2,0	5,5
Misiones	43,5	51,8	1 218 771	530 409	2 455 091	2,0	4,6
Neuquén	34,6	63,6	637 913	220 463	1 422 454	2,2	6,5
Río Negro	34,3	64,0	718 646	246 783	1 520 182	2,1	6,2
Salta	47,6	49,8	1 370 283	651 844	3 291 493	2,4	5,0
San Juan	43,8	53,8	755 994	331 050	1 824 016	2,4	5,5
San Luis	39,6	58,2	489 225	193 537	1 457 721	3,0	7,5
Santa Cruz	16,7	78,5	338 542	56 537	414 893	1,2	7,3
Santa Fe	31,6	66,7	3 453 674	1 092 052	3 261 307	0,9	3,0
Santiago del Estero	55,9	41,6	948 172	529 649	1 228 120	1,3	2,3
Tucumán	36,5	60,9	1 633 992	595 590	4 621 959	2,8	7,8
Tierra del Fuego	21,1	73,3	160 720	33 960	308 749	1,9	9,1

* Cálculo basado en Censo 2010; [†] Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

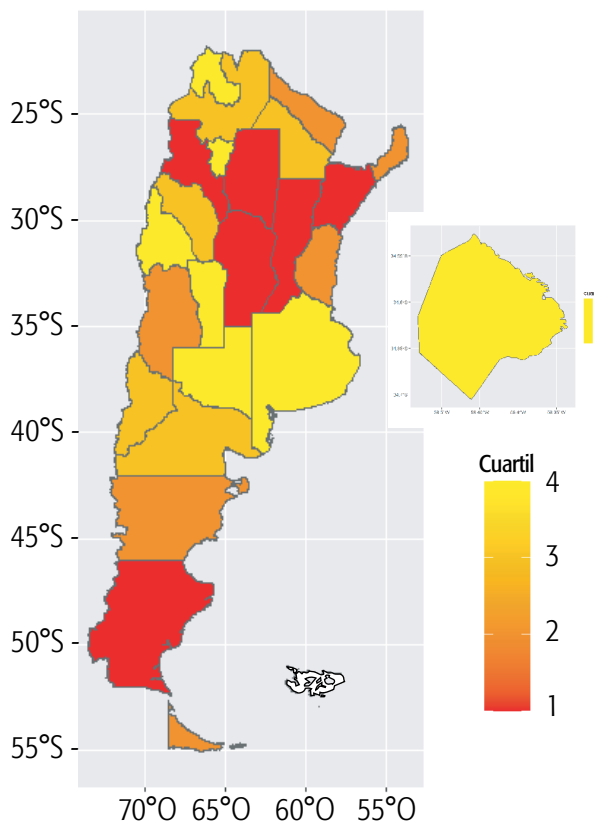
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, para 2017, y del Instituto Nacional de Estadística y Censos, para 2010 y 2017.

FIGURA 2. Distribución porcentual por unidades operativas de las consultas médicas ambulatorias, Argentina, 2017.



Fuente: Elaboración propia, datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

FIGURA 3. Tasas de consultas médicas ambulatorias para la población potencialmente usuaria del sector oficial, distribuidas por cuartiles, 2017, Argentina.



Fuente: Elaboración propia, datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

influyen en los comportamientos de búsqueda de atención médica por parte de la población, así como en la capacidad general del sistema para facilitar el acceso¹⁵.

Esta situación no se estaría reproduciendo al interior de Argentina al comparar el gasto público en salud por habitante, ya que la provincia de Buenos Aires es la que tiene mayores tasas de CMA per cápita y menor gasto per cápita en salud¹³. A su vez, Santa Cruz es una de las provincias con mayor gasto y menor tasa de CMA per cápita. Esta falta de correlación entre el gasto público en salud y las tasas de CMA per cápita llama la atención.

La clasificación realizada por el Banco Mundial en 2017 incluyó a Argentina dentro de los países de ingresos altos¹⁶.

La disponibilidad de datos sobre las consultas médicas es limitada, principalmente debido a la fragmentación de los sistemas de salud en muchos países, que restringe el análisis y la comparación¹⁵. A su vez, el número de consultas por médico no debe tomarse como una medición de la productividad, porque ellas pueden variar en duración y efectividad.

Respecto a la tasa de CMA por habitante o per cápita para la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC), existen distintas mediciones disponibles desde 2011 hasta 2017.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹⁵ muestra un promedio de 6,8 CMA per cápita. Para LAC fue de 3,5 en 2011, con la menor tasa (0,9) en Venezuela y la mayor en Cuba (7,4). Argentina registró una tasa de CMA per cápita de 2,5 en 2017, que aumentó a 7,0 en la PPUeO.

Asimismo, en muchos países de ingresos bajos, la mayoría de los contactos principales se producen con personas que no son médicos (es decir, asistentes médicos, funcionarios clínicos o enfermeros), especialmente si se tiene en cuenta que no suele exigirse que las personas se registren con determinados médicos generales¹⁵. En Argentina, en lugares geográficos de difícil acceso (parajes rurales), los enfermeros suelen visitar a los pacientes, pero dichas visitas no son consideradas CMA porque no están a cargo de un profesional médico ni se realizan en un establecimiento de salud, según la definición de la unidad de análisis de la presente investigación. Sin embargo, debe considerarse el crecimiento de la atención en las consultas no médicas de los últimos años: la variación en 2010-2017 significó un incremento de 966,8%, que se contraponen al ligero aumento de 7,4% en las CMA. Habida cuenta del notable incremento de la atención por profesionales no médicos, que no está correlacionado con un incremento sustantivo en recursos humanos al sector, cabe indagar si la suba no está en parte vinculada a una mejora en los registros.

Existe una estrecha relación entre las tasas de consultas médicas (un valor representativo del acceso a los servicios) y el gasto en salud per cápita: las tasas mencionadas son más altas en los países con mayor gasto. Este hallazgo apunta al hecho de que un mayor número de recursos disponibles para el sistema de salud puede dar lugar a mayores niveles de utilización (por ejemplo, por la elevada probabilidad de disponer de más médicos y asignarles más tiempo a las consultas). Lo anterior guarda relación con la duración de las consultas médicas, las cuales también se han asociado positivamente con el gasto en salud *per cápita* y la densidad de médicos primarios¹⁷.

La investigación efectuada en 2005 en centros de salud ⁶ reflejó inequidad jurisdiccional; sobre la base de las herramientas disponibles, se intenta observar si dicha situación pudo haberse modificado. En 2017 se realizaron 113 239 008 CMA en el sector oficial de Argentina. El 55,1% correspondió a la provincia de Buenos Aires, seguida por CABA con 6,6%, y con Tierra del Fuego en último lugar con 0,4%. Si bien estas cantidades y porcentajes denotan la magnitud que existe en la atención de la población en el sector oficial respecto a las CMA, dicha medida debe ser comparada; es por ello que, para dimensionar el fenómeno, se calcularon las tasas de CMA por habitante en cada provincia, la población atendida en el sector oficial y las tasas de CMA de la PPUeO. Pese a que los indicadores elaborados ofrecen una visión general respecto al eje que se intenta analizar, nunca logran captar totalmente la riqueza y complejidad de un sistema, aunque una combinación apropiada de ellos puede acercarse a un entendimiento suficiente para

tomar decisiones. Como pudo observarse en la presente investigación, se parte de un tema que en escasas oportunidades ha sido analizado a nivel nacional por las propias dificultades intrínsecas del sistema de información de salud. Sin embargo, la investigación soslayó ciertas dificultades y permitió conocer las desigualdades geográficas existentes a lo largo del territorio argentino a través de la atención en las CMA. La provincia con mayor tasa de CMA por habitante es Buenos Aires (3,6), y Córdoba tiene la menor (0,9), como puede visualizarse en la Tabla 3 y Figura 3, donde las tasas de CMA por habitante se distribuyeron en cuartiles, que en la región central y norte del país y en una provincia del sur la población tiene menor acceso a la atención en salud (dentro del sector oficial); se trata, en orden decreciente, de Córdoba, Santa Fe, Santa Cruz, Santiago del Estero, Catamarca, y Corrientes. En dichas regiones geográficas se denota en el sector oficial una mayor inequidad de acceso a la salud.

Debido a las limitaciones del estudio, hay que proceder con cautela al interpretar los datos de comparación internacional, ya que se han extraído de diferentes fuentes con distintos niveles de cobertura y comparabilidad¹⁵.

En este caso, los datos fueron obtenidos del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, con cobertura nacional y un nivel de 78-99% según la jurisdicción. Dicha información presenta sus bases en el CMDB aprobados de interés nacional de 2003. Las bases son enviadas al nivel nacional por las provincias con datos agrupados, no caso a caso; por lo tanto, no están nominalizadas y no es posible obtener estadísticas al respecto sobre la tasa de CMA por persona o paciente realizadas en un año calendario.

Respecto a las consultas médicas y no médicas, durante años en el registro de las CMA se relevaban solo las médicas, pero con la incorporación de los códigos de UO se fueron volcando también el resto de las consultas no médicas. Sin embargo, este registro quedó a criterio de cada jurisdicción, por lo que en algunas ha ido incrementándose y en otras no.

Las teleconsultas no fueron analizadas en la presente investigación, puesto que no se informan por esta modalidad por definición operativa.

Dada la complejidad de la descentralización operativa, a pesar de existir una centralización normativa a nivel nacional, en Argentina es difícil realizar un análisis más detallado. Los servicios públicos de otros países comparan estadísticas por pacientes o número de consultas por médicos. En 2018 se establecieron las bases para tener un sistema de información integrado¹⁸, estructurado y conectado entre sí a fin de cumplir un rol fundamental en el cuidado de las personas a lo largo de su vida, asegurando el diagnóstico y tratamiento oportuno para los pacientes, mejorando la calidad de atención en los servicios y permitiendo la formulación de políticas públicas con mayor impacto. La Secretaría de Gobierno de Salud aprobó la Resolución 115/2019, que creó la Red Nacional de Interoperabilidad (denominada Red Nacional de Salud Digital¹⁹), con el objetivo de integrar los sistemas de información de todas las jurisdicciones y sectores del sistema de salud, incluido el sistema público y privado. En

la medida que las provincias adopten los cambios para implementar el nuevo sistema, quizás en el mediano plazo se concreten muchos de los análisis que en la actualidad no pueden realizarse.

También es importante destacar que en el país siempre se analiza el acceso a la salud por intermedio del sector oficial, y no se dispone de esa dimensión del sector privado. Dicha situación solo puede verse reflejada en parte en la Tabla 3, con los datos que hacen referencia al CNPHV 2010 e indican el porcentaje de la población que disponía o no de obra social o prepaga. Quizás en esas jurisdicciones que aparentemente tienen poco acceso a la salud en el sector oficial, existan complementos suministrados en algunas circunstancias por el sector privado de salud (Córdoba o Santa Fe podrían ser un ejemplo de ello).

Un último aspecto a tener en cuenta es que el indicador tasa de CMA de PPUeO no puede diferenciar las consultas de efectores realizadas a usuarios de otra jurisdicción.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los indicadores de salud son esenciales, puesto que el patrón de distribución espacial de las CMA tiene profundas implicancias para la focalización de políticas: ayuda a entender cómo ciertos procesos sociales/demográficos ocurren en el territorio argentino. El Estado necesita datos precisos para poder actuar, fundamentar sus acciones y subsanar la inequidad en salud respecto al acceso en la atención. Hasta la fecha no se conocían estadísticas oficiales a nivel provincial sobre las tasas de CMA por habitante y en la PPUeO, pero a partir de ahora las desigualdades pueden ser tenidas en cuenta para aplicar políticas públicas a nivel nacional a través de los indicadores calculados.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La complejidad del problema abordado convoca a establecer distintas redes nacionales e internacionales para promover un marco de formación interdisciplinaria y analizar la reducción de la inequidad en el acceso a la salud, generando líneas de trabajo en salud pública dirigidas a disminuir sus posibles efectos.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Los resultados del estudio ecológico invitan a profundizar la línea de investigación visualizando el actual sistema fragmentado y abogando por el nuevo Sistema de Información en Salud¹⁹ creado en 2018. Con una nominalización por paciente, en la CMA y a través de la historia clínica electrónica, se pueden obtener datos precisos y confiables para crear más y mejores estadísticas en salud.

ABREVIATURAS

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud.

CMA: consulta médica ambulatoria.

CNPHV 2010: Censo Nacional de Población, Hogares y

Viviendas 2010.

UO: Unidad Operativa.

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

LAC: Latinoamérica y el Caribe.

CMDB: Conjunto Mínimo de Datos Básicos.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Q1: primer cuartil.

Q4: cuarto cuartil.

PAMI: Programa de Atención Médica Integral.

PPUeO: población potencialmente usuaria que concurre a establecimientos oficiales.

SISA: Sistema de Información Sanitaria Argentina.

AGRADECIMIENTOS

A Mathieu A. Santamaría Loiacono y a Leonardo Santamaría, por su apoyo incondicional.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Loiacono KV. Análisis de la distribución geográfica de la inequidad en salud mediante accesibilidad a consultas médicas ambulatorias. *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13:e36. Publicación electrónica 16 Mar 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina [Internet]. Buenos Aires: PNUD; 2011 [citado 3 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>

² Chiara M, Di Virgilio MM, Moro J. Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. *Post-data* [Internet]. 2009 [citado 3 Jul 2020];14(1):97-128. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262442154_Inequidades_en_la_atencion_de_la_salud_en_el_gran_Buenos_Aires_Una_mirada_desde_la_gestion_local

³ Quinonez C, Grootendorst P. Equity in dental care among Canadian households. *Int J Equity Health* [Internet]. 2011 [citado 3 Jul 2020];10:14. Disponible en: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-14>

⁴ Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Pont A, et al. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2009 [citado 3 Jul 2020];37(1):78-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18782332/>

⁵ Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2011 [citado 3 Jul 2020];53(2):96-109. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>

⁶ Ballesteros MS. Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina: Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando* [Internet]. 2016 [citado 3 Jul 2020];12(2):e015. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7670/pr.7670.pdf

⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Listado Establecimientos de Salud Asentados en el Registro Federal (REFES) [Internet]. Buenos Aires: Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria; 2018 [actualizado 13 Oct 2020; citado 25 Ene 2021]. Disponible en: <http://datos.salud.gob.ar/dataset/listado-establecimientos-de-salud-asentados-en-el-registro-federal-refes>

⁸ Ministerio de Salud de la Nación. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) Aprobados de Interés Nacional. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) Recomendaciones de Interés Jurisdiccional. Serie 1, N°14 [Internet]. Buenos Aires: DEIS; 2004 [citado 13 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro14.pdf>

⁹ Ministerio de Salud de la Nación. Códigos de Servicios y/o Unidades Operativas. Serie 1, N°23. Buenos Aires: DEIS; 2017.

¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación. Serie 11 – Estadísticas de Servicios de Salud. Consultas Ambulatorias en Establecimientos Oficiales. Año 2017 [Internet]. Buenos Aires: DEIS; 2018 [citado 13 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/serie-11-estadisticas-de-servicios-de-salud/>

¹¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimaciones de población por sexo, departamento y año calendario 2010-2025 [Internet]. Número 38, Serie análisis demográfico. Buenos Aires: INDEC; 2015 [citado 13 Ago 2020]. Disponible en: https://sitioanterior.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/proyeccion_departamentos_10_25.pdf

¹² Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2010 [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2010 [citado 16 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

¹³ Cetrángolo O, Goldschmit A. Organización y Financiamiento de la Provisión Pública de Salud en un País Federal. Serie Documentos de Trabajo del IIEP. N°24 [Internet]. Buenos Aires: Instituto Interdisciplinario de Economía Política; 2018 [citado 30 Nov 2020]. Disponible en: http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/docin/docin_ieep_024

¹⁴ Torres M, Paredes N. El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas. En: *Derecho a la salud. Situación en países de América Latina*. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo/Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 2005. p. 85-104.

¹⁵ OCDE; Banco Mundial. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. París: OECD Publishing; 2020 [citado 19 Ago 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

¹⁶ Banco Mundial. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. Washington DC: BM; 2017 [citado 19 Ago 2020]. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

¹⁷ Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado 19 Ago 2020];7:e017902. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>

¹⁸ Ministerio de Salud de la Nación. Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Modelo MAPEC [Internet]. Buenos Aires: Redes; 2017 [citado 14 Ago 2020]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/000000905cnt-mapec_docentes_2016.pdf

¹⁹ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Cobertura Universal de Salud, Desarrollando Sistemas de Información Integrados. Documento Técnico N°6 [Internet]. Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Salud; Año 2019 [citado 17 Ago 2020]. Disponible en: http://www.sadamweb.com.ar/news/2019_09Septiembre/Desarrollando_sistemas_de_informacion_en_salud_integrados.pdf



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.