

Evolución y localización
geográfica de barreras
financieras para el acceso
a servicios de salud en el
primer nivel de atención
del sector público

remediAR

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

Evolución y localización geográfica de barreras financieras para el acceso a servicios de salud en el primer nivel de atención del sector público

Autor: Matías Salvador Ballesteros

Responsable: Mauricio Monsalvo

Coordinadora: Anabel Fernández

Colaboración: Guadalupe Rezzonico

Paula Luque

Selene Corbey

Silvina Moises

Luciana Pozo

Índice

Resumen	3
1. Introducción.....	4
2. Algunas precisiones teóricas	5
3. Metodología.....	6
4. Análisis longitudinal de la presencia de barreras financieras en el acceso a servicios de salud.....	9
4.1. El análisis a partir de las auditorías del Programa Remediar	9
4.2 Un análisis a partir de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) 2003 y 2010.....	12
5. Análisis desagregado por Jurisdicciones.....	16
6. Usuarios afectados por las barreras en el acceso	24
7. El efecto de las auditorías del programa Remediar sobre el cobro en los establecimientos de salud	27
8. Consideraciones finales	30
Referencias bibliográficas	32
Anexo	34

Resumen

En el presente informe examinamos la presencia de *obstáculos financieros* para el acceso a servicios de salud presentes en el primer nivel de atención del sector público. Particularmente centramos el trabajo en los establecimientos que reciben regularmente botiquines del Programa Remediar. Por un lado, describimos la evolución temporal de las barreras financieras entre el 2002 y 2015. Por el otro, analizamos la localización geográfica de las mismas. Para realizar el informe nos basamos en las 18.317 auditorías que desde el Remediar se realizaron sobre centros de salud que reciben regularmente botiquines del Programa. Además incorporamos información proveniente de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (EUGSS) realizada por el CEDOP (UBA) y la DEIS (MSAL) y de informantes claves de Ministerios de Salud de cuatro provincias.

Entre los principales resultados destacamos que del total de auditorías realizadas por el Programa (18.317), en el 5,1% (934) se detectó la presencia de barreras financieras al acceso. Estas se detectaron en 666 establecimientos de los 6.184 en los que se realizaron auditorías (en varios establecimientos se realizó más de una auditoría). Estimamos que estos reciben el 16% (791.636) de las consultas mensuales (4.952.965) que se realizan sobre los establecimientos en los que se realizaron auditorías.

Con relación a la evolución temporal, los datos no muestran una tendencia clara. Además, debido a limitaciones metodológicas de las auditorías para realizar un análisis de ese tipo (señaladas en el informe) y porque los resultados no son consistentes con los de la EUGSS, no podemos realizar afirmaciones determinantes. En cambio, del informe se desprenden conclusiones claras sobre la localización geográfica de las barreras financieras. Las mismas están presentes principalmente en algunas provincias (Santa Cruz, La Pampa, Córdoba y Santa Fe) y, sobre todo, en algunos departamentos al interior de las provincias. Destacamos la importancia de incluir un análisis a nivel departamental, ya que en algunas Provincias se han detectado poca presencia de barreras financieras en el acceso en su conjunto, pero fuertemente localizadas en algunos departamentos (por ejemplo, los partidos Tres de Febrero y Jose C. Paz del conurbano bonaerense). Además, en muchos departamentos la presencia de barreras financieras se mantiene en el tiempo. La información suministrada por representantes de los ministerios provinciales de salud nos permitió reconstruir algunos de los motivos y actores vinculados en las definiciones del arancelamiento. Estas involucran desde leyes provinciales a prácticas propias de los centros de salud.

También destacamos que las auditorías realizadas por el Remediar, junto con la posibilidad de suspensión de los establecimiento para continuar recibiendo botiquines en caso de que se detecten barreras financieras, parece funcionar como un incentivo para que algunos centros no continúen con una política de arancelamiento.

Para finalizar, entendemos que el documento brinda información valiosa para el desarrollo de una política pública que elimine las barreras en el primer nivel de atención, ya que la problemática está delimitada a algunas jurisdicciones particulares.

1. Introducción

La problemática del acceso a los servicios de salud asume características específicas en Argentina ya que el país tiene un sistema de salud segmentado (en el que conviven distintos sistemas de aseguramiento), fragmentado (con una débil articulación entre los distintos subsistemas e incluso al interior de ellos) y con una heterogénea oferta de servicios en distintas zonas geográficas. El sistema está dividido en tres sectores: público, de la seguridad social y privado. Siguiendo a Centrángolo et al. (2011: 22-23), el mismo se asienta sobre el subsistema público, que brinda una cobertura básica a todos los habitantes del país. Sin embargo, debido a la combinación entre un sistema fuertemente descentralizado en los gobiernos provinciales y municipales y las fuertes desigualdades de recursos entre las distintas provincias y municipios del país, existen grandes diferencias en los servicios del sector público según la localización. A las diferencias en el acceso por las desiguales capacidades económicas entre las Jurisdicciones, se le suman las distintas respuestas locales al proceso de descentralización y autonomía, que han tenido distintos resultados en términos de equidad y eficiencia (Maceira 2006; Centrángolo et al., 2011; Chiara, 2012). Entre las distintas respuestas locales, se encuentra una gran diversidad de legislaciones provinciales y municipales sobre los regímenes de arancelamiento del sector público. Además, también inciden sobre las políticas de arancelamiento la toma de decisiones de actores gubernamentales de diferentes niveles (provinciales y municipales) y de responsables de los centros de salud que no necesariamente van de la mano con las respectivas legislaciones.

Cabe destacar que en Argentina la descentralización del sistema se dio de forma conjunta con un proceso de pérdidas de importancia del estado nacional en el sistema de salud. Distintos autores coinciden en señalar que se produjo una tendencial menor participación del estado nacional desde una vez terminado el primer período del gobierno peronista (1946-1955) hasta principios del siglo XXI (Tobar, 2001; Belmartino, 2005; Fidalgo, 2008; Centrángolo et al., 2011). Sin embargo, a partir del año 2003 desde el Ministerio de Salud de la Nación se han desarrollado algunos planes específicos para “limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos” (Centrángolo et al., 2011: 9), como la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, el Programa Remediar, el Plan Nacer/SUMAR y el Programa de Salud Sexual y Procreación responsable. Si bien estas políticas no han cambiado las bases centrales del funcionamiento del sistema, han permitido la recuperación de un mayor protagonismo del estado nacional y la jerarquización del primer nivel de atención en el marco de una estrategia de Atención Primaria de la Salud. Además han tendido a disminuir las desigualdades en el acceso al sistema sanitario ya que garantizan una cobertura básica de determinados servicios a la población de todo el país.

En el caso del Programa Remediar, el mismo ha permitido disminuir las barreras en el acceso a los servicios de salud a partir de la provisión de forma gratuita un conjunto de “medicamentos esenciales” a la población que cuenta únicamente con cobertura pública a través de establecimientos del primer nivel de atención (Ministerio de Salud, 2013: 16). Pero también es posible que haya

incidido indirectamente en la disminución de las barreras financieras en el acceso a la utilización de distintos servicios de salud a través de condicionalidades a los centros de salud usuarios del programa. Esto es así ya que el Remediar incluye como criterios de elegibilidad de los centros de salud que los mismos no cobren a la población usuaria por la utilización de los servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este informe nos proponemos como **objetivo** analizar cuáles son las características actuales y la evolución en los últimos años de los obstáculos financieros que el sistema de salud le genera a los usuarios que requieren utilizar los servicios del primer nivel de atención, poniendo énfasis en las diferencias geográficas ante las mismas.

2. Algunas precisiones teóricas

Siguiendo a Donabedian (1988) entendemos el acceso como un atributo de la oferta de los servicios de salud, pero no simplemente como su disponibilidad, sino en tanto la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población. Si bien se trata de una característica de los servicios, con aspectos que facilitan o limitan el uso potencial, asume un significado cuando entra en relación con las necesidades y capacidades de la población potencialmente usuaria de los mismos. Es decir, que el acceso es entendido a partir del grado de ajuste entre las características de la población y los recursos del sistema. Frenk (1985), retomando la definición de acceso de Donabedian, plantea que la misma es una función de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de atención (que nosotros denominaremos “barreras en el acceso”), generados por la organización de los servicios de salud y las capacidades o recursos de la población para superar esos obstáculos o barreras, en el contexto de los recursos disponibles en un ámbito geográfico. El autor plantea tres dimensiones a partir de las cuales se relacionan las barreras del sistema y las capacidades o recursos de la población: la ecológica¹, la organizacional² y la financiera. Esta última dimensión vincula los costos en la obtención de la atención con la capacidad financiera de los usuarios. En el informe nos centramos en el análisis de las barreras financieras generada por el cobro para la utilización de los servicios de salud.

De esta perspectiva se desprende que existen dos vías para disminuir la problemática de la dimensión financiera del acceso a los servicios de salud: que aumente la capacidad financiera de la población usuaria de los servicios o que disminuya el costo asociado con la utilización de los mismos. Las capacidades de modificar las características de los servicios (como el costo que le demanda al usuario), a diferencia de las capacidades de la población (como sus recursos financieros), pueden ser modificadas en el corto plazo (Frenk,

¹ Relaciona la ubicación geográfica de los lugares de atención con el tiempo y la capacidad de transporte de los usuarios.

² Relaciona las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera con la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras

1985). Es por ello que definir al acceso como un atributo de los servicios, se enfatiza el hecho de que estos deberían responder a las características de la población, para asegurar la capacidad de las personas de usar los servicios cuando se enfrentan a una necesidad de salud (Levesque et al., 2013).

3. Metodología

En el marco del Programa Remediar se vienen realizando de forma continua auditorías a los CAPS que reciben regularmente botiquines del Programa. Como se observa en el Cuadro 1, entre el año 2002 y principios de marzo de 2015 se realizaron 18.317 auditorías en los establecimientos de salud que están incluidos en el Programa. Se han realizado auditorías en todas las provincias y en casi todos los departamentos del país. Más precisamente se realizaron auditorías sobre establecimientos localizados en 503 departamentos/partidos sobre un total de 513 que existen en Argentina³. Las auditorías se realizaron sobre 6.184 establecimientos de salud que reciben regularmente botiquines del Remediar. En la actualidad el Programa Remediar cubre 7.823 establecimientos, pero no en todos se realizó al menos una auditoría. En promedio, se hicieron casi tres auditorías por centro, aunque en alguno de ellos se realizaron más de 10 auditorías y en otros solo una.

Cuadro 1. Tabla resumen de auditorías realizadas por el Programa Remediar entre 2002 y marzo de 2015.

Total de auditorías realizadas por el Remediar	18.317
Auditorías en las que se detectaron barreras financieras	927
Total de establecimientos auditado	6.184
Establecimientos en los que se detectó al menos una vez barreras financieras	666
Total de establecimientos cubiertos por el Remediar en la actualidad	7.823

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

En las auditorías se releva i. la existencia de cobros por la entrega de medicamentos, ii. la presencia de barreras financieras para el acceso a servicios de salud, iii. que los establecimientos tengan un mínimo de horas médico (16 horas) y de enfermería (6 horas) establecido por el programa, iv. que exista un lugar destinado al almacenamiento de los medicamentos adecuados y v. diversos aspectos relacionados con la entrega de medicamentos y con la confección y rendición de la documentación del Programa (vinculados a la prescripción y gestión del stock de medicamentos e insumos).

En el presente informe nos centramos en la presencia de cobros por la realización de la consulta con algún profesional de la salud o la realización de alguna práctica médica, ya sea voluntario u obligatorio, que de aquí en más denominaremos presencia de barreras financieras. Según el relato de los auditores, para detectar la presencia de barreras financieras, se consulta con el

³ Los 513 departamentos/partidos incluyen la Antártida y las Islas del Atlántico Sur, y consideran a la CABA como una unidad (sin dividirla en comunas).

personal encargado del centro de salud, con otros empleados del establecimiento y en algunas ocasiones también con usuarios. Además observan si existen carteles que den cuenta de la presencia de algún tipo de barrera financiera para el acceso. Del total de auditorías (18.317), en el 5,1% (934) se detectó la presencia de barreras financieras al acceso, que corresponden a 666 establecimientos (en algunos establecimientos se detectó más de una vez la presencia de barreras financieras). Es decir, de los 6.184 establecimientos en los que se realizaron auditorías, en el 11% (666) se detectó al menos una vez la presencia de algún tipo de barrera financiera (Cuadro 1).

Previo a presentar el análisis de la presencia de barreras financieras en los establecimientos nos parece importante destacar algunas características de los datos que determinan el tipo de conclusiones que pueden obtenerse de ellos. Uno de los elementos a considerar es que existió un cambio en la forma en que se releva la presencia de barreras financieras. A partir del año 2012⁴ se introdujeron cambios en el instrumento de recolección de los datos. Uno de ellos permitió conocer de forma detallada la presencia de barreras financieras. El instrumento, previo a la transformación, permitía registrar la existencia de cobros en las consultas (ya sea voluntario u obligatorio). A partir de los cambios realizados, se permite la detección del cobro (voluntario u obligatorio) en la consulta médica, en las especialidades médicas, en la consulta con una especialidad no médica y en la realización de prácticas médicas. Es decir, el nuevo instrumento permite discriminar en qué servicio de salud se realizan cobros en los establecimientos mientras que con el instrumento anterior no se podía discriminar. Este cambio además garantiza que se incluya en el control de las auditorías la presencia de barreras financieras en las consultas con especialidades no médicas y en la realización de prácticas médicas.

Otro elemento importante a considerar es que la realización de las auditorías no sigue una lógica aleatoria, sino que se eligen intencionalmente los establecimientos a realizar auditorías, con el fin de generar una mayor eficiencia en los controles⁵. El problema para realizar un análisis temporal de estos datos es que en los distintos años tienen distinto peso la cantidad de auditorías que se realizaron en las distintas provincias, así como en los departamentos al interior de ellas. Dada la fuerte descentralización del sistema de salud argentino, las características de los servicios varían profundamente según las provincias, departamentos y localidades en las que estos se encuentran. Como veremos más adelante, la existencia de barreras financieras en los distintos centros está fuertemente asociada con su ubicación geográfica, ya que se centran principalmente en algunos departamentos, de algunas provincias determinadas. El problema de realizar un análisis longitudinal de los datos con una muestra no aleatoria es que la mayor o menor presencia de barreras financieras en las auditorías entre un año y otro puede deberse a un cambio en los establecimientos de salud o a que se hayan realizado más o menos auditorías en determinadas Jurisdicciones en las que hay mayor cantidad de centros que cobran.

⁴ El nuevo formato del instrumento de recolección de datos se empezó a aplicar a partir de mediados de mayo.

⁵ Además, en algunos pocos casos, las auditorías se realizan como consecuencia de una denuncia realizada a un establecimiento de salud a través del número gratuito que el Programa dispone para tal fin (0800-222-1002)

Es por todo lo anterior que a pesar de que presentamos el análisis longitudinal, entendemos que para ese tipo de estudio es más confiable basarse en la información que nos brindan otras fuentes de datos secundarias. Es por eso que en el informe complementamos el análisis longitudinal de las auditorías con información que nos brinda la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) de los años 2003 y 2010.

La EUGSS fue realizada en los años 2003, 2005 y 2010 de forma conjunta por la DEIS (MSAL) y el CEDOP (UBA). Para analizar la evolución temporal, nos centraremos en las encuestas realizadas en los años 2003 y 2010. La encuesta se realizó en base a un muestro probabilístico sobre la base de toda la población del país (todas las edades y de zonas rurales y urbanas). Es por ello que nos permite hacer estimaciones sobre las características de toda la población residente en Argentina (Ministerio de Salud, 2012: 22-23). En el presente trabajo presentaremos los datos ponderados, pero sin expandir al total de la población.

Anteriormente planteamos las fuertes limitaciones que tienen las auditorías para realizar un análisis longitudinal. Sin embargo, un análisis más preciso que permiten las auditorías lo constituye identificar si hay una delimitación geográfica de la presencia de barreras financieras (si se concentran en determinadas Jurisdicciones); si los establecimientos con barreras financieras se mantienen en el tiempo y si las auditorías del Remediar significan un incentivo para que los centros dejen de cobrar.

Hemos planteado que las características de la oferta de servicios de salud varía fuertemente entre las distintas provincias, y en los departamentos al interior de las provincias (Belmartino, 2005; Maceira 2006; Cetrángolo et al., 2011; Chiara, 2012). Las encuestas poblacionales como la EUGSS tienen fuertes limitaciones para poder dar cuenta de estas heterogeneidades geográficas en la oferta de servicios de salud ya que por las características de sus muestras, tienen un máximo nivel de desagregación regional. En este sentido, información proveniente de los servicios de salud que permita dar cuenta de las diferencias geográficas a un nivel más desagregado puede ser un elemento importante para comprender las heterogeneidades en las características del sistema sanitario argentino. Es por ello que luego de presentar la evolución temporal de la presencia de barreras financieras de forma global a partir de las auditorías, nos centraremos en el análisis más detallado de los centros y las zonas en donde se presentan las barreras financieras.

Queremos destacar que para la realización del informe hemos trabajado en forma cotidiana con integrantes de las áreas del Programa Remediar que trabajan con las auditorías quienes nos han podido precisar con detalle algunas de las complejidades vinculadas con la información presente en las mismas y nos han ayudado a elaborar las bases de datos, procesar la información, y construir los mapas del informe. Hemos entrado en diálogo con los auditores, quienes nos han comentado algunas precisiones sobre el trabajo cotidiano que realizan, importantes para comprender algunas características de los datos. Por último, destacamos que hemos presentado una versión preliminar del informe tanto ante los integrantes de las áreas de evaluación y monitoreo y de auditoría como de los auditores. Algunas de los comentarios que realizaron sobre el informe han sido incorporadas en esta versión definitiva.

Por último, cabe resaltar que luego de un primer análisis de los datos, los resultados de algunas provincias llamaron nuestra atención. Para comprender las lógicas diferenciales de la existencia de cobros en los centros de atención primaria del sector público (actores involucrados, motivos a los que responden, fuerte localización en algunos departamentos de la provincia, existencia de legislación provincial, entre otros) hemos entrevistado a cuatro representantes de los ministerios de salud provinciales (de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Cruz). Los mismos funcionaron como informantes claves para ayudarnos a comprender las lógicas diferenciales al interior de distintas provincias. Complementamos estos datos con información cualitativa que los auditores vuelcan en sus informes, en donde describen los elementos más importantes que surgen de su visita a los centros de salud. En los casos en que detectan barreras financieras, estas observaciones suelen incluir descripciones que ayudan a comprender las características de las mismas.

4. Análisis longitudinal de la presencia de barreras financieras en el acceso a servicios de salud

4.1. El análisis a partir de las auditorías del Programa Remediar

En esta sección analizamos cómo evolucionó la detección de barreras financieras en las auditorías del Programa Remediar entre los años 2002 y 2015. Observamos en el Cuadro 2 que del total de auditorías realizadas (18.317), en el 5,1% (927) se detectó la presencia de cobros a la atención (consulta con profesionales o prácticas médicas) en los establecimientos de salud. Prestando atención a la evolución temporal, la detección de barreras financieras no parece tener tendencias claras. Podemos ver que estas aumentan desde el año 2002 hasta el 2005 (año en el que llegan al 7,7%), luego descienden constantemente hasta el año 2009 (año en el que llegan al piso del 2,7%), vuelven a aumentar los años 2010 (5,2%) y 2011 (9,4% siendo el año con mayor detección de barreras financieras en el acceso), desciende nuevamente en los años 2012 (5,3%) y 2013 (3,5%) y por último vuelven a aumentar en el año 2014 (7,6%). En el año 2015 se realizaron hasta principio de marzo solo 227 auditorías y en ellas no se detectó la presencia de barreras.

Cuadro 2. Total de auditorías y auditorías que detectaron barreras financieras al acceso según año. Auditorías realizadas a Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2002 y 2015.

AÑO	Total auditorías	Auditorías que detectaron barreras	% de auditoría que detectaron barreras
2002	434	0	0,0%
2003	1698	91	5,4%
2004	1430	86	6,0%
2005	1287	99	7,7%
2006	1150	74	6,4%

2007	2456	82	3,3%
2008	1445	40	2,8%
2009	1302	35	2,7%
2010	1416	73	5,2%
2011	1339	126	9,4%
2012	1330	71	5,3%
2013	1534	53	3,5%
2014	1269	97	7,6%
2015	227	0	0,0%
Total	18317	927	5,1%

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Un elemento importante a considerar es si el cobro de la consulta es optativo u obligatorio⁶. Como vemos en el Cuadro 3, un 32% de las barreras financieras detectadas han tenido el carácter de obligatorias, un 66% han tenido el carácter de voluntarias y sobre un 2% no tenemos datos. Nuevamente no existe un patrón claro en la temporalidad de la evolución de la detección de barreras obligatorias en el período. Sin embargo, entendemos que es posible diferenciar dos subperíodos (2003-2008 y 2009-2014). En todos los años que van entre el 2003 y el 2008 la detección de barreras obligatorias se encuentran por debajo de la media de todas las auditorías (el año 2007 es la única excepción, con un 33% de barreras detectadas se encuentra apenas por encima de la media pero por debajo de los años del siguiente subperíodo). En cambio, en cada uno de los años del subperíodo 2009-2014 las barreras de tipo obligatorio pasan a tener más peso que en el promedio de todas las auditorías. En los años 2012 y 2014 representan el pico del peso de las barreras obligatorias con un 54%. Sin embargo, en términos absolutos, es el año 2011 en el que más barreras financieras obligatorias se detectaron con (54). Ello se debe a que si bien el porcentaje de barreras obligatorias es levemente menor (42%), ese fue el año en que más barreras se detectaron (126).

Cuadro 3. Auditorías que detectaron barreras financieras al acceso según período y tipo de cobro. Auditorías realizadas a Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2002 y 2015. Datos en %.

AÑO	Tipo de Cobro			Total	
	Obligatorio	Solo voluntarios	Sin datos		
2002	0%	0%	0%	0%	(0)
2003	19%	81%	0%	100%	(91)
2004	16%	84%	0%	100%	(86)
2005	12%	88%	0%	100%	(99)

⁶ El cobro de la consulta optativa puede tener una importante carga simbólica y generar que el pago, aunque optativo, se transforme en una barrera en el acceso. Por un lado, si para no pagar la persona tiene que plantear su incapacidad de pago, el proceso puede generar una carga social negativa y en un proceso que conlleva a una estigmatización hacia el usuario. Por otro lado, en el contexto de la relación asimétrica médico-paciente, es posible que los usuarios no se sientan habilitados a no abonar por el servicio utilizado. Por lo tanto esto podría implicar que si bien el cobro es optativo, desde la perspectiva del usuario signifique una carga obligatoria. Además, observaciones realizadas en hospitales públicos dan cuenta de que muchas veces el cobro que en teoría es voluntario, adquiere el carácter de compulsivo en la práctica (Cerrutti y Freidín, 2004). Es por lo anterior que le concedemos importancia a la presencia de cobros por servicios optativos. Sin embargo, es importante diferenciarlo de los obligatorios en donde el margen de maniobra para los usuarios del sector público es mucho menor.

2006	26%	74%	0%	100%	(74)
2007	33%	67%	0%	100%	(82)
2008	18%	83%	0%	100%	(40)
2009	43%	57%	0%	100%	(35)
2010	34%	66%	0%	100%	(73)
2011	42%	58%	0%	100%	(126)
2012	54%	42%	4%	100%	(71)
2013	36%	51%	13%	100%	(53)
2014	54%	38%	8%	100%	(97)
2015	0%	0%	0%	0%	(0)
Total	32%	66%	2%	100%	(927)

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Otro elemento importante a considerar es sobre qué tipo de servicios se realizan los cobros y cuál es el carácter del cobro (obligatorio o voluntario) para los servicios. Cabe recordar que la diferenciación sobre el servicio de salud en el que se detectan barreras financieras se comenzó a registrar a partir del 2012, por lo que es desde ese año que presentamos los datos. En Cuadro 4 puede verse que la mayor cantidad de detección de barreras financieras están vinculadas con la consulta médica general (133), seguido por las prácticas médicas (92), las especialidades médicas (56) y las especialidades no médicas (34). Sin embargo, entendemos que el cobro en la consulta médica general se encuentra más extendido que el cobro en las especialidades médica debido a que en muchos centros no existe la oferta de especialidades médicas⁷. Por otro lado, destacamos que en las prácticas médicas y en las especialidades médicas es donde es mayor la proporción de pagos obligatorios (65% y 63% respectivamente).

Cuadro 4. Auditorías que detectaron barreras financieras al acceso según tipo de cobro y tipo de servicio. Auditorías realizadas a Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2011 y 2015. Datos en %.

Tipo de cobro (1)	Consulta médica	Especialidades médicas	Especialidades no médicas	Prácticas médicas
Obligatorio	48%	63%	32%	65%
Voluntario	52%	38%	68%	35%
Total	100%	100%	100%	100%
	(133)	(56)	(34)	(92)

(1) Se excluyeron los sin datos y los casos en los que no se cobra el servicio o el mismo no se brinda.

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Como cierre de la sección es importante remarcar que la oscilación de presencia de barreras financieras en el acceso detectadas en las auditorías no permite observar una clara tendencia en el tiempo. En cambio sí se puede destacar que parece haber ganado peso el cobro obligatorio en retroceso del

⁷ Las auditorías que realiza el Programa Remediar recaba información sobre los distintos servicios de salud que se brindan en los centros. Entre ellos recaba por la existencia de cardiólogos y ginecólogos. De las 221 auditorías que entre el 2012 y 2015 detectaron la presencia de barreras financieras en los centros de salud, más de la mitad (116, 52%) se realizaron sobre centros que no tienen ginecólogos ni cardiólogos. Los médicos generalistas, clínicos y pediatras no son considerados en las auditorías como especialidades médicas sino que se incluyen en la categoría de consulta médica.

optativo. Sin embargo, tampoco podemos afirmar de forma contundente esta tendencia debido a las limitaciones vinculadas con la intencionalidad de las muestras y el distinto peso que tienen las distintas provincias y departamentos del país en los distintos períodos. Con más precaución hay que tomar estos datos teniendo en cuenta que reflejan una tendencia contraria a la que arroja las EUGSS de los años 2003 y 2010 como veremos en la siguiente sección.

4.2 Un análisis a partir de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) 2003 y 2010

Anteriormente hemos planteado que las auditorías realizadas por el Remediador tienen algunas limitaciones para dar cuenta de la evolución temporal en las barreras financieras en la atención en el sector público. En la presente sección presentamos información proveniente de una fuente secundaria que nos permite aproximarnos a dar cuenta la evolución temporal. No contamos con otra información sobre la presencia de barreras generadas a partir de los establecimientos de salud. Sin embargo, contamos con la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (EUGSS) de los años 2003 y 2010 que nos permitirán aproximarnos a la problemática desde la perspectiva de los usuarios.

Entre las diversas temáticas que se abordaron en la EUGSS, se le consultó a la población por la utilización de distintos servicios de salud durante el último mes y por los gastos que tuvieron que afrontar ante ello. Además, solo para la consulta médica y odontológica, se indagó por el tipo de establecimiento que se utilizó. De esta forma, la encuesta nos permite reconstruir la presencia de barreras financieras en el acceso a la consulta con estos dos profesionales de la salud tanto en el sector público como en el privado para los años 2003 y 2010.

El Cuadro 5 nos permiten ver cómo evolucionó la presencia de barreras financieras en la consulta médica según el sector de atención al que concurrió la población entre los años 2003 y 2010. Allí vemos que el 13% de la población que consultó a un médico en el sector público⁸ en el 2003 pagó la consulta, mientras que en el 2010 la población que debió pagar en el sector público se redujo al 5%. Por su parte, el porcentaje de población que debió pagar por las consultas realizadas en establecimientos de gestión privada apenas se redujo en 3 puntos porcentuales (pasó del 42% al 39%).

Cuadro 5. Presencia de barreras financiera en la consulta médica según tipo de establecimiento y año. Población residente en Argentina en los años 2003 y 2010. Datos en %.

Barrera financiera en consulta	2003		2010	
	Tipo de establecimiento		Tipo de establecimiento	
	Público	Privado (1)	Público	Privado (1)
Sí	13	42	5	39
No	87	58	95	61

⁸ La información presentada de la EUGSS incluye los distintos niveles de atención y tanto a hospitales públicos como CAPS. En cambio, las auditorías del Remediador se centran principalmente en los CAPS, dado que estos centros del primer nivel de atención son la mayoría de los establecimientos que son parte del programa.

Total	100	100	100	100
	(387)	(508)	(440)	(859)

(1) Incluye establecimientos privados, de obras sociales, consultorios particulares y otros lugares que no son de gestión estatal. La población que durante el último mes consultó tanto en establecimientos públicos como en privados fueron incluidos en la categoría privados.

Fuente: Elaboración propia en base a EUGSS 2003 y 2010.

El Cuadro 6 nos permiten ver cómo evolucionó la presencia de barreras financieras en la consulta odontológica según el sector de atención al que concurrió la población entre los años 2003 y 2010. Aquí el descenso de la presencia de barreras financieras en el sector público es aún más pronunciado que en la consulta médica. En el 2003 el 24% de la población que consultó con un odontólogo en el sector público debió pagar de su bolsillo, mientras que en el 2010 solo tuvo que hacerlo 12% de la población que se atendió en este sector. En cambio, prácticamente se mantiene constante el porcentaje de la población que debió afrontar un gasto para atenderse con un odontólogo en el sector privado (pasó del 56% en 2003 al 57% en 2010).

Cuadro 6. Presencia de barreras financiera en la consulta odontológica según tipo de establecimiento y año. Población residente en Argentina en los años 2003 y 2010. Datos en %.

Barrera financiera en consulta	2003		2010	
	Tipo de establecimiento		Tipo de establecimiento	
	Público	Privado	Público	Privado
Sí	24	56	12	57
No	76	44	88	43
Total	100	100	100	100
	(94)	(237)	(126)	(350)

(1) Incluye establecimientos privados, de obras sociales, consultorios particulares y otros lugares que no son de gestión estatal. La población que durante el último mes consultó tanto en establecimientos públicos como en privados fueron incluidos en la categoría privados.

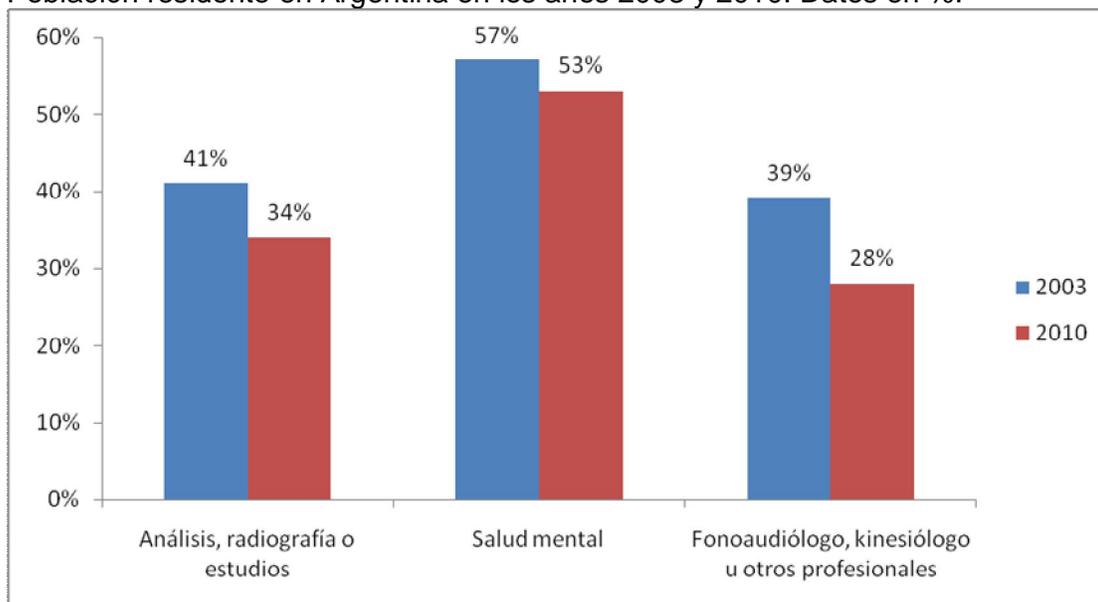
Fuente: Elaboración propia en base a EUGSS 2003 y 2010.

Anteriormente hemos planteado que la encuesta indaga sobre la utilización de otros servicios de salud (estudios o análisis, consulta de salud mental y consulta con kinesiólogos, fonaudiólogos u otros profesionales de la salud), y el gasto asociado a ello, pero no releva el tipo de establecimiento al que se accedió (público, privado, obra social). Es por ello que para estos servicios de salud podremos analizar cómo ha evolucionado la necesidad de pagar del bolsillo para la población que necesitó utilizar estos servicios, pero no podremos diferenciar entre los distintos tipos de establecimientos. Más precisamente, no podremos decir cómo ha evolucionado la presencia de barreras financieras en el sector público.

En el Gráfico 1 puede observarse que entre el 2003 y el 2010 ha descendido el porcentaje de la población que debió efectuar un pago de bolsillo para utilizar alguno de los distintos servicios analizados. El descenso más importante se produce en la consulta con un fonaudiólogo, kinesiólogo u otros profesionales de la salud. En 2003 el 39% de la población que realizó alguna de estas consultas debió pagar mientras que en el 2010 ese porcentaje

descendió al 28%. En el caso de la realización de análisis, radiografías u otros estudios, el porcentaje de la población que debió abonar por ellos en el 2003 fue el 41% de la población mientras que en el 2010 fue el 34%. Por último, la consulta de salud mental fue la que en menor medida descendió (además de ser la que en mayor medida requiere un pago directo por parte de los usuarios). En 2003 el 57% de la población que consultó con un psicólogo o psiquiatra debió abonar la consulta, mientras que ese porcentaje descendió al 53% en el 2010.

Gráfico 1. Porcentaje de población que debió pagar por la realización de análisis, radiografías u otros estudios, la consulta con un especialista de la salud mental y la consulta con un fonaudiólogo, kinesiólogo y otro profesional de la salud entre quienes accedieron a algunos de estos servicios por año. Población residente en Argentina en los años 2003 y 2010. Datos en %.



Fuente: Elaboración propia en base a EUGSS 2003 y 2010.

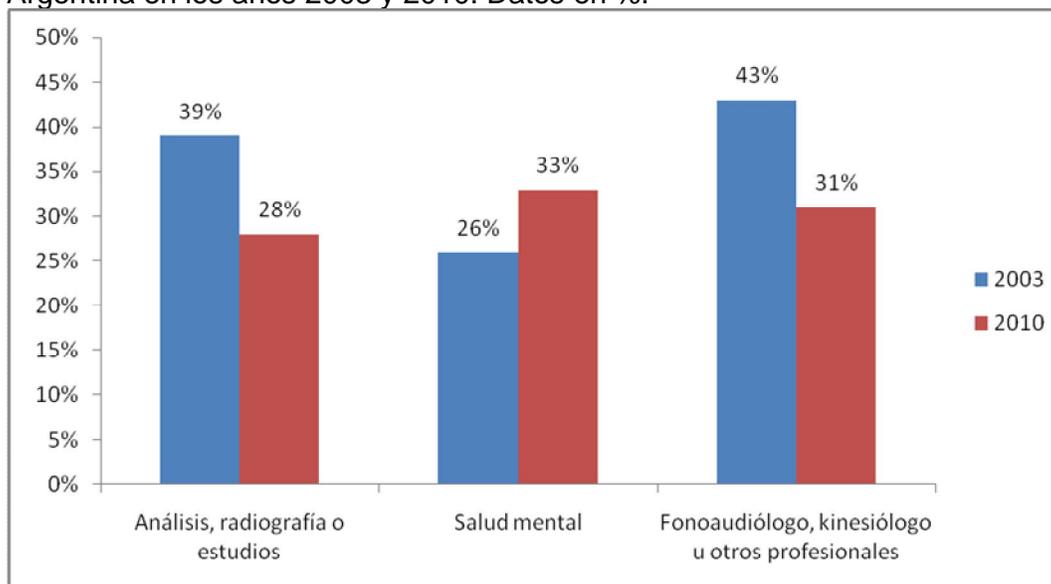
Una objeción válida al análisis anterior es que en este período descendió la población que cuenta únicamente con cobertura pública, principalmente debido al aumento a la población que cuenta con la cobertura de una obra social. Según los datos de los Censos Nacionales de Población y Vivienda, en el año 2001 el 48,1% de la población residente en Argentina contaba únicamente con cobertura pública mientras que en el año 2010 ese porcentaje aumentó al 36,1%⁹. Es por ello que el descenso de la población que debió pagar de su bolsillo para utilizar algunos de estos servicios pudo deberse a un aumento de la población que accedió a través de una cobertura distinta a la pública. Por lo anterior, a continuación presentamos los gastos que debió

⁹ El descenso de la población cubierta únicamente por la cobertura pública se explica principalmente por los siguientes cambios generados en el mercado de trabajo: aumento de la PEA, proceso de asalarización, aumento del trabajo registrado y descenso de la desocupación. También ha contribuido a ello el aumento de la población que recibe jubilaciones (y que en su mayoría tiene la cobertura de INSSJP-PAMI) debido a la moratoria previsional realizada en el año 2004 y la incorporación de monotributistas al régimen de obras sociales (para profundizar en estos temas veáse Dalle, 2012; Danani y Grassi, 2013 y Ballesteros, 2015).

realizar la población que contaba únicamente con cobertura pública para utilizar alguno de estos servicios en el 2003 y en el 2010.

En el gráfico 2 puede verse que disminuyó el porcentaje de población que debió pagar para realizarse análisis, radiografías u otros estudios entre la población que cuenta únicamente con cobertura pública (pasó del 39% en 2003 al 28% en 2010). También descendió el porcentaje de la población que consultó con un fonaudiólogo, kinesiólogo u otros profesionales de la salud (descendió del 43% en 2003 al 31% en 2010). En cambio, aumentó la población que debió pagar de su bolsillo para consultar con un psicólogo o psiquiatra entre quienes cuentan únicamente con cobertura pública (pasó del 26% en 2003 al 33% en 2010).

Gráfico 2. Porcentaje de población que cuenta únicamente con cobertura pública y debió pagar por la realización de análisis, radiografías u otros estudios, la consulta con un especialista de la salud mental y la consulta con un fonaudiólogo, kinesiólogo y otro profesional de la salud entre quienes accedieron a algunos de estos servicios por año. Población residente en Argentina en los años 2003 y 2010. Datos en %.



Fuente: Elaboración propia en base a EUGSS 2003 y 2010.

Como cierre de esta sección podemos destacar que la EUGSS muestra que disminuyeron la presencia de barreras financieras para la población que realizó una consulta médica y odontológica en el sector público. En cambio, el porcentaje de la población que tuvo que realizar un pago de su bolsillo para acceder a uno de estos servicios en el sector privado se mantuvo constante. La fuente no nos ha permitido reconstruir la evolución de la presencia de barreras financieras en el sector público en la consulta con otros profesionales de la salud o en la realización de prácticas médicas. Sin embargo, hemos comprobado que ha descendido el porcentaje de la población que debió pagar para acceder a estos servicios (independientemente del sector a partir del cual accedió). Además, hemos visto que para la población que cuenta únicamente

con cobertura pública descendió el porcentaje que debió pagar de su bolsillo para realizarse análisis o consultar con un fonodiólogo, kinesiólogo u otro profesional. En cambio, aumentó la necesidad de recurrir a un pago para la población que realizó una consulta de salud mental. En síntesis, podemos decir que los resultados de la EUGSS tienden a indicar que entre 2003 y 2010 han descendido la presencia de barreras financieras para la población necesitó utilizar un servicio de salud en el sector público.

5. Análisis desagregado por Jurisdicciones

Como planteamos en la introducción, las características del sistema de salud varían profundamente entre las distintas provincias, así como en los departamentos al interior de las distintas provincias. En la presente sección nos proponemos indagar si existen diferencias geográficas en la presencia de barreras financieras. Para ello, comenzamos realizando un análisis a nivel provincial y luego lo profundizamos a nivel departamental. Por otro lado, además de realizar un examen de todas las auditorías en su conjunto, realizamos un análisis dividiendo las auditorías en dos subperíodos (2002-2010 y 2011-2015¹⁰). Ello nos permite identificar si tienden a prevalecer la presencia altos niveles de detección de barreras financieras en determinadas jurisdicciones o si por el contrario, estas tienden a variar con el tiempo.

En el Cuadro 7 puede verse claramente que los mayores promedios de detección de barreras financieras se encuentran en las provincias de Santa Cruz (22,5%) Córdoba (15,2%), La Pampa (14,5%), y Santa Fe (12,0%). Además, estas provincias se mantienen en ambos períodos promedios de detección de barreras financieras por encima del resto de las provincias (consideramos como valor de referencia el 7%). Por su parte, en la provincia de Mendoza encontramos barreras financieras por encima del resto en el período 2002-2010 y por debajo en el período 2011-2015; al revés de Chubut y Entre Ríos que se ubican por encima en el período 2011-2015 y por debajo en el período 2002-2010. El resto de las 18 jurisdicciones, se mantienen por debajo del 7% en ambos períodos. Este primer análisis da cuenta de que la problemática no se distribuye de forma aleatoria entre las provincias, ya que en algunas de ellas es más frecuente su detección y que existe una constancia en cuáles son las que se detectan problemas de acceso.

¹⁰ Definimos realizar el corte en el 2011 por motivos sustantivos y pragmáticos. Por un lado, hemos visto ese es el año en el que se detecta la mayor presencia de barreras financieras en las auditorías (Cuadro 2). Por otro lado, debido a cambios en la forma de cargas de los datos, las auditorías se encuentran divididas en dos bases de datos y es a partir del año 2011 que se encuentran cargados los datos en la nueva base. Es por ello realizar este corte temporal nos allanó el trabajo con los datos.

Cuadro 7. Total de auditorías y % auditorías que detectaron barreras financieras al acceso según período y provincia. Auditorías realizadas a Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2002 y 2015.

Provincia	Todo el período		2002-2010		2011-2015	
	Auditorías realizadas	% barreras detectadas	Auditorías	% barreras detectadas	Auditorías	% barreras detectadas
BUENOS AIRES	7120	4,3%	5292	4,2%	1828	4,7%
CAPITAL FEDERAL	303	0,3%	183	0,0%	120	0,8%
CATAMARCA	310	3,9%	171	1,8%	139	6,5%
CHACO	451	0,2%	240	0,0%	211	0,5%
CHUBUT	314	2,2%	216	0,0%	98	7,1%*
CORDOBA	1277	15,2%*	914	13,7%*	363	19,0%*
CORRIENTES	852	5,4%	508	4,5%	344	6,7%
ENTRE RIOS	603	3,3%	431	1,9%	172	7,0%*
FORMOSA	228	0,9%	127	0,0%	101	2,0%
JUJUY	338	2,7%	179	2,2%	159	3,1%
LA PAMPA	214	14,5%*	108	7,4%*	106	21,7%*
LA RIOJA	266	1,1%	223	1,3%	43	0,0%
MENDOZA	656	7,9%*	458	9,6%*	198	4,0%
MISIONES	483	1,7%	325	0,6%	158	3,8%
NEUQUEN	417	1,0%	280	0,0%	137	2,9%
RIO NEGRO	546	0,7%	385	0,0%	161	2,5%
SALTA	469	2,8%	231	0,4%	238	5,0%
SAN JUAN	453	0,0%	306	0,0%	147	0,0%
SAN LUIS	313	3,2%	216	3,2%	97	3,1%
SANTA CRUZ	80	22,5%*	37	8,1%*	43	34,9%*
SANTA FE	1429	12,0%*	985	12,0%*	444	12,2%*
SANTIAGO DEL ESTERO	484	1,0%	393	1,3%	91	0,0%
TIERRA DEL FUEGO	49	2,0%	29	0,0%	20	5,0%
TUCUMAN	662	0,9%	381	1,0%	281	0,7%
Total general	18317	5,1%	12618	4,6%	5699	6,1%

*Mayor a 7% de las auditorías detectaron barreras financieras.

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Si bien hemos planteado que la comparación entre los distintos subperíodos presenta complejidades metodológicas, no podemos dejar de destacar el aumento que se ha producido en tres provincias específicas: Córdoba (del 13,7% al 19,0%), La Pampa (del 7,4% al 21,7%) y particularmente Santa Cruz (del 8,1% al 35,7%). La detección de barreras financieras cercanas al 20% en la Pampa y Córdoba, y del 35% en Santa Cruz, nos marca la fuerte presencia que tiene esta problemática en estas tres provincias en el período más actual.

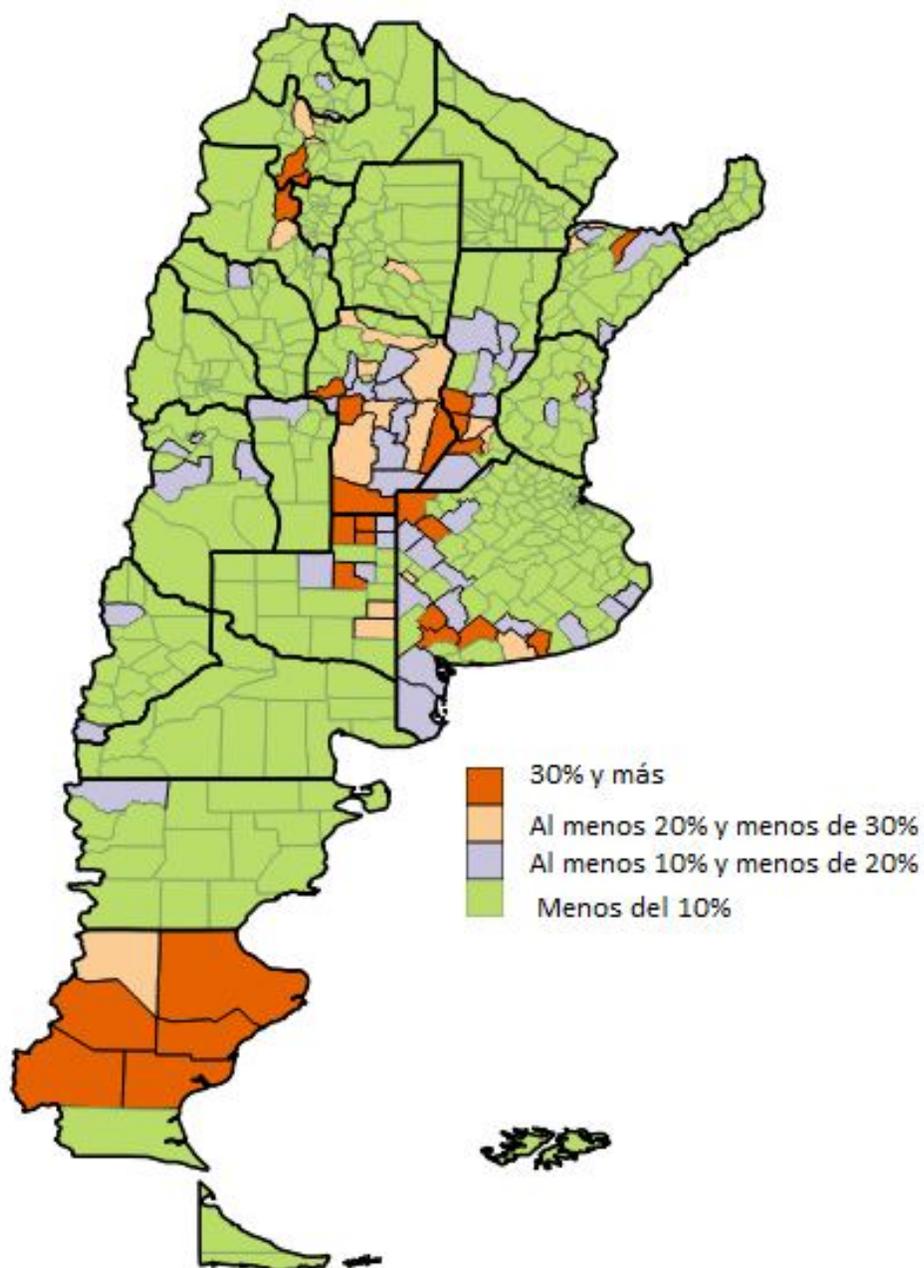
Profundizando más el análisis al interior de las provincias, vemos que la problemática se produce con particular fuerza en algunos departamentos

específicos. A lo largo de la existencia del programa se realizaron auditorías sobre establecimientos localizados en 503 departamentos/partidos sobre un total de 513 que existen en Argentina¹¹. De los 503 departamentos, en 101 se detectaron barreras en el acceso en al menos el 10% de las auditorías (ver Gráfico 3). De estos 101 departamentos, en 50 se detectaron barreras en al menos el 10% y en menos del 20% de las auditorías, en 23 departamentos se detectaron barreras en al menos el 20% y menos del 30% y en 27 departamentos se detectaron barreras en el 30% y más de las auditorías.

En el gráfico 3 se observan todos los departamentos del país según el porcentaje de auditorías que detectaron barreras financieras. En el mismo puede verse que las provincias con niveles más altos de barreras financieras (Santa Cruz, Córdoba, La Pampa y Santa Fe) son las que en mayor medida cuentan con departamentos en los que se encontraron niveles elevados de barreras financieras. Sin embargo, también vemos que al interior de estas provincias la problemática tiene diferentes intensidades, y en gran parte de sus departamentos no se han detectado barreras financieras. Por otro lado, otras provincias como Buenos Aires, cuentan con un promedio general bajo de detección de barreras financieras, pero se destacan varios departamentos y partidos en los que se detectaron niveles elevados. En caso el de la Provincia de Buenos Aires, además de los departamentos del interior de la provincia que pueden visibilizarse en el mapa con diversos niveles de detección de barreras financieras, existen diferencias entre partidos del conurbano bonaerense que no pueden visualizarse en el mapa por su extensión geográfica. Todos los partidos del conurbano bonaerense están dentro de la categoría menos de 10% de barreras financieras (verde), con la excepción de La Matanza (en la categoría entre 10% y 20%, color gris), José C. Paz (entre 20% y 30%, color marrón) y Tres de Febrero (más de 30%, color naranja).

Gráfico 3. Departamentos de Argentina según porcentaje de detección de barreras financieras en las auditorías realizadas por el Programa Remediar entre el 2002 y el 2015.

¹¹ Los 513 departamentos/partidos incluyen la Antártida y las Islas del Atlántico Sur, y consideran a la CABA como una unidad (sin dividirla en comunas).



Para profundizar el análisis, nos parece importante continuar con la diferenciación de períodos para dar cuenta de si existe continuidad en la presencia de cobros. En el primer período (2002-2010) se realizaron auditorías en establecimientos ubicados en 480 departamentos del país, mientras que en el segundo período (2011-2015) se realizaron en 447 departamentos. Hay 57 departamentos en los que se auditaron establecimientos en el primer período pero no en el segundo, mientras que hay 24 que se hicieron en el segundo pero no en el primero. En otros 423 departamentos se realizaron auditorías en ambos períodos.

En el período 2002-2010 hay 71 departamentos en los que se ha detectado la presencia de barreras en el acceso en al menos el 10% de las auditorías (ver el listado en Cuadro 1 del Anexo). De ellos, hay 32 en los que se detectó la presencia de barreras financieras en al menos el 20% de las auditorías, mientras que en los restantes 39 se detectó la presencia entre en más del 10% pero en menos del 20% de las auditorías. Por otro lado, analizando lo que sucedió con estos de los 71 departamentos en el período 2011-2015 vemos que hay 10 en los que no se realizaron auditorías. Centrándonos en los que sí se realizaron auditoría, en aproximadamente la mitad (31 departamentos), no detectaron barreras financieras o lo hicieron en menos del 10% de los casos. En cambio, en la otra mitad de los departamentos (30) se detectaron nuevamente barreras en el acceso en al menos el 10% de los casos. Esto marca claramente que hay una continuidad en los departamentos en los que se detectaron barreras en el 2002-2010 con los del 2011-2015.

Esta continuidad es más evidente si nos centramos en los 32 departamentos en los que en el período 2002-2010 se detectó la presencia de barreras financieras en al menos el 20% de las auditorías. De ellos, en el período 2011-2015 hay 5 en los que no se realizaron auditorías. De los restantes (27), en dos tercios de los departamentos (18), en al menos el 10% de las auditorías se detectaron barreras financieras al acceso. En cambio, solo en un tercio de los departamentos (9), las auditorías no detectaron barreras financieras o lo hicieron en menos del 10% de los casos. Es decir, en aquellos departamentos en los que se detectó mayor porcentaje de barreras financieras en el primer período, fue aún más fuerte la tendencia a que nuevamente existan barreras financieras.

Cabe destacar también que en el período 2011-2015 hemos detectado 58 departamentos en los que al menos el 10% de las auditorías han detectado la presencia de barreras financieras y que en el período anterior no las tenían o se habían detectado solamente en menos del 10% de las auditorías realizadas (ver cuadro 2 de anexo). Y hay otros 6 departamentos que en el período 2011-2015 al menos el 10% de las auditorías han detectado la presencia de barreras financieras y en el período 2002-2010 no se realizaron auditorías.

Entendemos que si bien la incorporación del análisis a nivel departamental puede resultar más compleja y engorrosa (por la cantidad de Jurisdicciones que involucra), la misma nos brinda elementos muy importantes para comprender la complejidad de la presencia de barreras financieras en el acceso a los servicios de salud en la atención primaria del sector público. Por ejemplo, a nivel de análisis provincial puede observarse que la provincia de Buenos Aires se ha mantenido en ambos períodos con bajos porcentajes de detección de barreras financieras (4,2% y 4,7% respectivamente). Ahora bien, vemos que la inexistencia de barreras financieras en muchos partidos invisibiliza los altos niveles existentes en otros. En el partido de Tres de Febrero, el 41% de las auditorías que se realizaron entre el 2002-2010 detectaron barreras financieras, mientras que ese porcentaje se eleva al 82% en el período 2010-2015. En otros tres partidos de la provincia (Coronel Suárez, General Villegas y José C. Paz) también se ha detectado la presencia

de barreras en más del 10% de las auditorías que se realizaron para ambos períodos.

Al profundizar el análisis a nivel departamental parecería haber algunos casos en los que las diferencias podrían explicarse por el nivel de descentralización de dependencia de los establecimientos de salud, pero en otros no. Por ejemplo, los altos niveles de presencia de barreras financieras en algunos departamentos y los bajos niveles o inexistencia en otros, en las Provincias de Córdoba y Buenos Aires pueden comprenderse porque la gran mayoría de los establecimientos tienen dependencia municipal¹². Por lo tanto, la definición del cobro puede corresponderse con una política municipal.

En el caso de la Provincia de Córdoba nuestro informante clave de la provincia nos confirmó que la definición obedecía a una definición municipal y en muchos casos está apoyado en ordenanzas municipales¹³. Según el funcionario, en la mayoría de los casos el cobro le sirve a los municipios para financiar el servicio de la atención con especialistas médicos. La decisión se fundamenta en que algunos municipios no cuentan con los recursos para financiar los servicios de determinados especialistas y si no utilizan el copago de los usuarios del sistema público para financiarlos, estos tienen que viajar a otros municipios para ser atendidos y les termina resultando más caro y significando una pérdida de tiempo. En esta línea, muchas de las descripciones volcadas en las auditorías por los auditores del Remediar dan cuenta que los cobros se realizan en las consultas con médicos especialistas¹⁴, aunque también aparece frecuentemente el cobro para la realización de prácticas y estudios médicos y en alguna ocasión para la atención odontológica. Para finalizar, destacamos que nuestro informante clave nos cuenta que desde la Provincia se alinean en contra la política de arancelamiento y ellos mismos realizan auditorías para supervisar si se cobran en los centros de salud. Sin embargo, es una relación compleja con los municipios, que en la mayoría de los casos plantean que no les alcanza los recursos con los que cuentan para solventar los gastos.

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, sucede algo similar aunque con una lógica y trayectoria un tanto distinta. Con relación a la presencia de cobros en el primer nivel de atención en municipios del conurbano bonaerense (como José C. Paz, Tres de Febrero o La Matanza) nuestra informante clave de la provincia nos explicó que dentro de muchos centros de salud funcionan sociedades de fomento¹⁵. Estas sociedades de fomento en algunos casos son preexistentes a los centros de salud municipales (es decir, los centros se crearon en espacios donde ya funcionaban sociedades de fomento)¹⁶. Algunas sociedades de fomento recaudan dinero con el cobro de las consultas y con

¹² El 93,9% de los establecimientos públicos de Buenos Aires, y el 89,2% de los de Córdoba, tienen dependencia municipal (ver anexo 3).

¹³ Nuestro informante clave nos dio el ejemplo de la Municipalidad de Villa Giardino, departamento de Punilla, donde existe una ordenanza que habilita el cobro.

¹⁴ Entre otros se menciona el cobro en la consulta al neurólogo, urólogo, ginecólogo, diabetólogo, oftalmólogo, endocrinólogo, alergista, psiquiatra, cardiólogo y traumatólogo.

¹⁵ Siguiendo a Moro (2012: 57) las demandas de las sociedades de fomento para que se instalen establecimientos sanitarios es fundamental para comprender la forma en que se fue contruyendo el primer nivel de atención en el Gran Buenos Aires. En la década del 80, gran parte de los establecimientos que venían siendo gestionadas por las sociedades de fomento pasaron a depender de los municipios.

¹⁶ En parte, la existencia de Centros de Atención Primaria de Salud al interior en espacios como los de sociedades de fomento se debe a que la Ley de coparticipación Provincial, premia la apertura de CAPS. Estos es así ya que uno de los indicadores de la polinómica de salud es el número de establecimientos sin internación por municipio.

ello financian tanto honorarios de especialistas como insumos varios. Varias de las observaciones que acompañan las auditorías, van en línea con esta información y dan cuenta de que al interior de los CAPS funcionan sociedades de fomento o bien que el CAPS funciona en un espacio cedido por la sociedad de fomento¹⁷. Si bien en estos casos el cobro no corresponde a una política explícita de los Municipios, estos no desconocen la presencia de las sociedades de fomento y permiten su accionar en los espacios donde funcionan los centros de salud municipales.

En el caso de la Provincia de Santa Cruz, en el período 2011-2015 hemos detectado la presencia de altos niveles de barreras financieras en casi todos los departamentos en los que se han realizado auditorías. Aquí tenemos constancia que existe una legislación provincial que habilita el cobro de las consultas. La Ley 2901, vigente desde el 2006¹⁸, habilita a los establecimientos de salud a cobrar por la utilización de diversos servicios de salud a pacientes que cuenten únicamente con cobertura pública que “cuenten con recursos económicos suficientes para solventar las prestaciones que se les efectúen” (Nota número 144, Programa Remediar, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Santa Cruz: 1). Según nos ha informado el informante clave de la Provincia, la definición sobre si cuenta con los recursos para solventar las prestaciones la realiza una trabajadora social¹⁹. En este caso, la definición de cobrar o no por los servicios corresponde a una política de los establecimientos de salud. En el caso de los CAPS, suele definirlo el hospital del que dependen. La plata recaudada forma parte del “Fondo de asistencia financiera al Sistema Provincial de Salud”. Parte este fondo es repartido entre las personas que trabajan en los establecimientos de salud como un extra a su salario, como un incentivo económico. El porcentaje se reparte varía según la calificación y función que se cumple. El incentivo económico funciona como una “motivación” al desempeño de los trabajadores de los centros de salud, existiendo diversas situaciones a partir de las cuales parte del mismo puede ser quitado²⁰. Nuestro informante nos ha comentado que desde la Provincia se está evaluando derogar la Ley 2901, y hacer que la atención sea totalmente gratuita para la población, ya que son muchos los recursos que dejan de recibir por esta política de arancelamiento (por ejemplo, parte de los que se transfieren a partir del Programa Remediar).

¹⁷ Por ejemplo, una de ellas realizada sobre un CAPS de José C. Paz en febrero de 2014 dice que detectan el cobro obligatorio para la atención de profesionales contratados por la cooperadora de la sociedad de fomento “Zona Norte”. El arancel de la consulta por profesional es de \$80,00 y las especialidades contratadas son: clínica médica, pediatría, cardiología, ginecología, traumatología, dermatología, oculista, neumonología infantil y flebología. El valor de consulta de odontología es de \$ 60,00 cobrandose por extracción de diente \$ 100,00 y de muela \$ 150,00 mientras que los arreglos no tienen arancel fijo sino determinado por el profesional en el momento de realizar el mismo. También tienen aranceles diferenciales las distintas prácticas médicas y la consulta de salud mental. En el centro también hay profesionales contratados por el municipio (pediatras, odontólogos, ginecólogos y obstetras). La entrega de medicamentos del Programa Remediar es tanto a los pacientes atendidos por profesionales municipales como por los contratados. Luego de la auditoría el centro fue suspendido.

¹⁸ La Ley 2901 vigente desde el 2006 actualiza a la Ley 2036, vigente desde el año 1988 y a diversas modificaciones que se habían realizado a la misma (como las Leyes 2219, 2266, 2713 y 2826). Es por ello que el cobro en los establecimientos existían previo a la sanción de la Ley 2901, basados en estas leyes previas.

¹⁹ Estas visitan a la población luego de utilizar por primera vez los servicios de salud y la catalogan en diversas categorías, según las cuales tienen o no que pagar los servicios. En caso de que tengan que pagar, existen montos diferenciales según la categoría que le asigna la trabajadora social. La Ley 2901 fijamontos máximos que la población debe pagar según la categoría y el tipo de servicio que utilizara (diferencia topes para atención ambulatoria e internación). Para atención ambulatoria, en el año 2006, la categoría 3a tenía como límite \$10, la 3b \$40, la 3c \$150, la 3d \$300 y la 3e sin límite.

²⁰ Por ejemplo, por cada falta injustificada se descuenta el 50% del plus, por cada falta justificada el 20% y por la llegada tarde un 5%

En otros casos la situación no es tan clara y requiere la incorporación de otros elementos para comprender las diferencias al interior de las provincias. Por ejemplo, en Santa Fe las auditorías que han detectado barreras financieras corresponden en un 71% a establecimientos provinciales y un 29% a establecimientos municipales²¹. Aquí no hemos podido establecer contacto con informantes clave que den cuenta de los motivos por los que existen mayores barreras financieras en algunos departamentos determinados. Sin embargo, los auditores del Programa Remediar nos advirtieron sobre la existencia de distintas legislaciones provinciales que habilitan los cobros. Por ejemplo, los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO), creados desde 1967, tienen entre sus facultades cobrar por los servicios que brindan a la población para recaudar fondos (se financian también con aportes de la Provincia, los municipio y las universidades, donaciones y aportes voluntarios entre otros) (Bisang y Cetrángolo, 1997: 53). Además, el resto de los establecimientos descentralizados también pueden cobrar por las prestaciones de servicios (Bisang y Cetrángolo, 1997: 56). Hacia 1996, lo recaudado se distribuía de la siguiente manera: “55% a un fondo para gastos de funcionamiento e inversiones del hospital; 10% a un fondo compensatorio de redistribución que dirigirá el Ministerio a áreas que considere prioritarias; 30% a distribuir entre todo el personal del establecimiento acorde con una fórmula de productividad que determine el Ministerio (...) y, un 5% a un fondo de asistencia social destinado a cubrir necesidades sociales emergentes del personal del establecimiento” (Bisang y Cetrángolo, 1997: 57). Cabe destacar que la mayor parte de la recaudación proviene del cobro a terceros pagadores (obras sociales, por ejemplo) (Bisang y Cetrángolo, 1997: 61). De la lectura de las observaciones realizadas por los auditores en sus informes, se desprende que la mayoría de los cobros están asociados a la consulta con médicos especialistas (se mencionan entre otros el cobro en consultas con el oftalmólogo, cardiólogo, alergista, neurólogo, fisiatra, hematólogo, urólogo, y dermatólogo) y prácticas médicas (se menciona a rayos, ecografías, radiografías, análisis bioquímicos, PAP). Dos de las auditorías describen que un porcentaje de lo recaudado por los cobros es destinado al SAMCO. No pudimos contar con información más reciente sobre las lógicas de funcionamiento de los cobros en la provincia.

En el caso de La Pampa, la provincia no cuenta con establecimientos de salud municipales (el 95% son provinciales). Sin embargo, considerando el período 2011-2015 encontramos algunos departamentos con altos niveles de detección de barreras financieras en las auditorías que se les realizaron: en Trenel tres de las cuatro (75%) auditorías que se realizaron detectaron barreras financieras, en Realico y en Guatrache dos de las tres (67%), en Rancul 3 de las 9 (33%) y en Capital 5 de las 31 (16%). En cambio, en otros 6 departamentos (Catrilo, Chalileo, Conhelo, Pueblen, Quemu Quemu y Utracan) no se ha detectado la presencia de barreras financieras en ninguna de las 27 auditorías que se han realizado. Es decir, existe una gran diversidad entre los departamentos de la provincia en la detección de barreras financieras a pesar de que todos los establecimientos tienen dependencia provincial. El informante clave de La Pampa con el que nos contactamos nos contó que en la provincia

²¹ En la provincia el 22% de los establecimientos del sector público tienen dependencia municipal y el 77% provincial (ver anexo 3).

existe un decreto del año 2005 que habilita el cobro a los pacientes con capacidad de pago²². Sin embargo, planteó que desde el gobierno Provincial se sostiene una política de no arancelamiento en los centros de atención primaria (no así en los hospitales de mayor complejidad que no están incluidos en el Programa Remediar donde sí se cobra por determinados servicios) y que en caso de existir cobro por algún servicio se debe al desconocimiento que existe en algunos centros de esta política provincial.

Como cierra de la sección nos gustaría destacar que no sólo existen heterogeneidades en la presencia de cobros entre provincias y al interior de ellas, sino que también son muy diversos los motivos para que ello suceda, así como los actores involucrados en las definiciones sobre el arancelamiento. Mientras que en algunas provincias el cobro está relacionado con la existencia de una ley provincial (Santa Cruz, Santa Fe y La Pampa), en otros responde a una iniciativa municipal explícita (Córdoba) o implícita (Buenos Aires). Además, mientras que en algunos municipios de Córdoba la existencia de cobros se utiliza para financiar determinados especialistas y en algunos partidos del conurbano bonaerense sirven para financiar especialistas e insumos varios, en Santa Cruz funcionan como un incentivo económico para los trabajadores de los centros de salud. Por último, destacamos la diferencia en la autonomía que parecen tener los centros para realizar los cobros. Mientras que en Córdoba la decisión de cobrar la consulta para financiar especialistas pasa por una política municipal en la que no parecieran tener una decisión directa los centros de salud, en Santa Cruz la definición sobre cobrar o no depende del centro de salud (a partir de una ley provincial que lo habilita). Queremos remarcar que la comunicación con funcionarios provinciales ha sido importante para comprender las lógicas diferenciales a partir de las cuales existen cobros en las distintas provincias, y por qué en algunos departamentos las mismas tienen más fuerzas que en otras.

6. Usuarios afectados por las barreras en el acceso

Otro elemento importante a considerar es la población que asiste a los establecimientos que tienen barreras financieras para la utilización de servicios de salud. Cabe preguntarse cuántas personas deben afrontar estas barreras cuando necesitan utilizar los servicios de salud de los centros que reciben habitualmente botiquines del Programa Remediar. Una estimación de ello podemos hacerlo a partir de la cantidad de consultas que atienden por mes los establecimientos en los que se detectaron alguna vez barreras financieras.

Esta información es reportada al Remediar por los centros de salud que reciben habitualmente botiquines del Programa. A continuación analizaremos estos datos en los establecimientos en que las auditorías detectaron al menos una vez barreras en el acceso. Antes de ello, debemos destacar dos

²² El decreto diferencia a los pacientes según mutualizados (con cobertura de salud), no mutualizados con capacidad contributiva y los no mutualizados sin capacidad contributiva. En casi todas las observaciones realizadas por los auditores se detecta este sistema y los cobros están dirigidos a la población catalogada como "con capacidad contributiva".

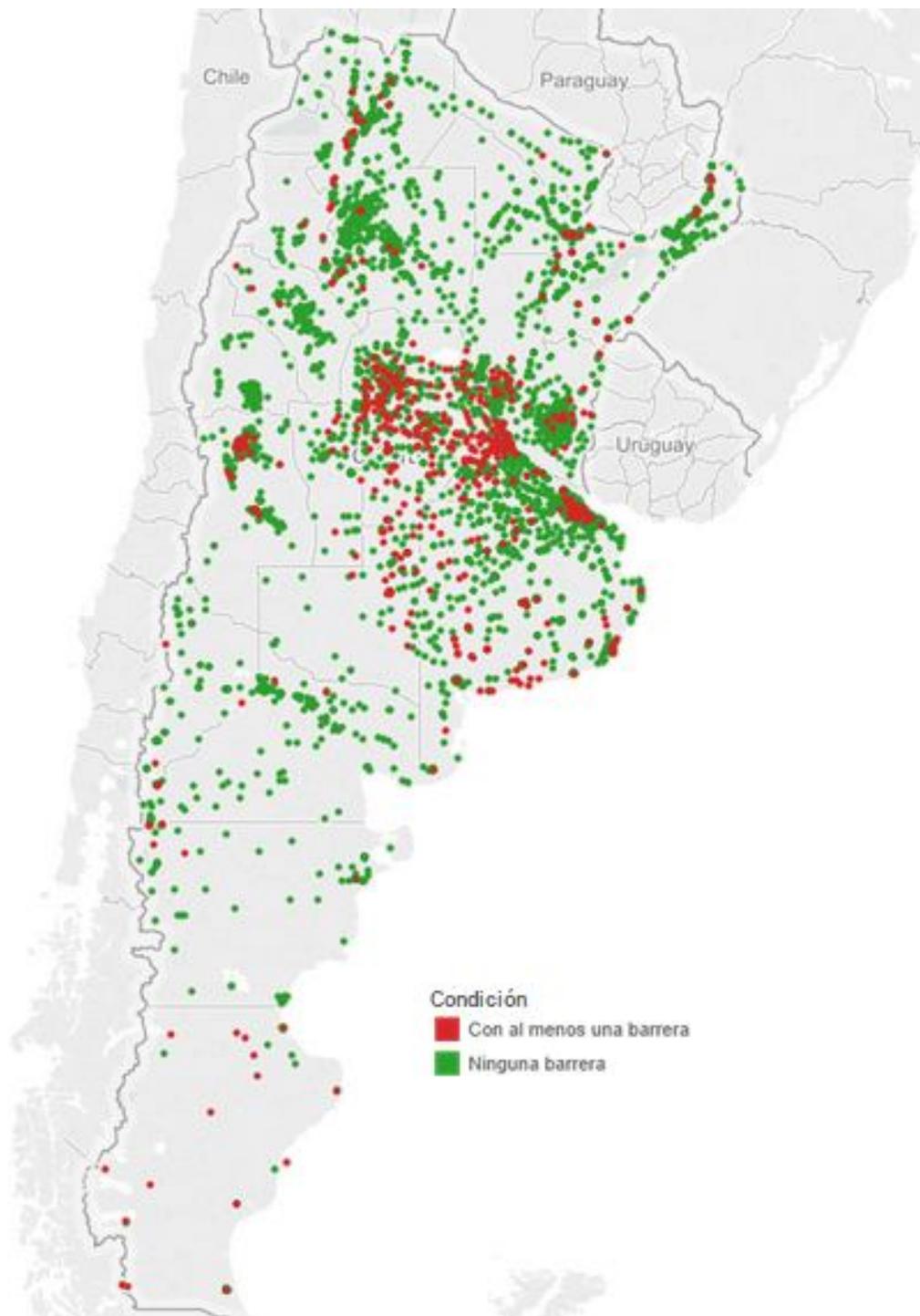
limitaciones que tiene esta estimación. Por un lado, los datos sobreestiman la cantidad de consultas que debieron afrontar barreras financieras, ya que no siempre se cobran todas las consultas en los establecimientos en los que se detectaron barreras financieras. Recordemos que en gran parte de los establecimientos las consultas son opcionales. Por otro lado, la estimación no considera a la población que necesitó utilizar un servicio de salud pero desestimó su utilización por las barreras financieras.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, daremos cuenta de la cantidad de consulta por mes en promedio que atienden los 666 establecimientos en los que al menos una vez se detectaron barreras financieras²³. De ellos, hay 10 que nunca reportaron la cantidad de consultas mensuales que atienden, por lo que la información con la que contamos corresponde a los 656 restantes. Estos establecimientos atienden por mes un promedio de 791.636 consultas. El resto de los establecimientos cubiertos sobre los que se realizó al menos una vez auditoría atienden mensualmente 4.160.329 consultas. Es decir, los 656 establecimientos sobre los que alguna vez se detectaron barreras financieras atienden al 16% (791.636) de las consultas que se realizan en los establecimientos sobre los que alguna vez se realizó una auditoría (en total, 4.952.965 consultas).

En el mapa que presentamos a continuación (Gráfico 4) están graficados de color rojo los establecimientos sobre los que se detectó alguna vez la presencia de una barrera financiera y en verde en los que nunca se detectó. En el mapa se ve nuevamente que la presencia de barreras no se distribuye aleatoriamente y está centrada en algunas zonas específicas. Se ve por ejemplo que en casi todos los centros de Santa Cruz se detectó al menos una vez la presencia de barreras financieras. En Córdoba la presencia de barreras abarca a casi toda la provincia, aunque también se ve que en la mayoría de los centros nunca se detectó una barrera. Con relación a La Pampa, se ve claramente que las barreras se detectan principalmente en la zona noroeste mientras que en Santa Fe tiene más presencia en la zona Sur.

²³ Cabe recordar que en la sección de metodología dijimos que las 927 auditorías que detectaron barreras en el acceso corresponden a 666 establecimientos. Esto es así ya que en algunos establecimientos se detectó más de una vez la presencia de barreras en el acceso.

Gráfico 4. Establecimientos de salud cubiertos por el Programa Remediar según si en las auditorías se detectó al menos una vez la presencia de barreras financieras.



Fuente: área de Evaluación del Remediar

Cabe destacar que el sector público atiende principalmente a la población de menores recursos del país. En este sentido destacamos que la presencia de barreras financieras en el primer nivel de atención del sector público impacta en la equidad del sistema sanitario, imposibilitando o dificultando el acceso a los servicios de salud principalmente en la población más carenciada. Pero además, teniendo en cuenta la gran cantidad de consultas que se realizan en estos centros, podemos también considerar como un factor que tiene una incidencia regresiva en la distribución de recursos en la población. Ello se debe a que es un importe que debe pagar principalmente la población de menores recursos.

7. El efecto de las auditorías del programa Remediar sobre el cobro en los establecimientos de salud

Como dijimos anteriormente, para recibir mensualmente los botiquines del Programa Remediar, los establecimientos de salud tienen que cumplir con una serie de requisitos. Uno de ellos es “no cobrar bajo ningún concepto la atención (médica y no médica), ni la realización de prácticas complementarias” (Remediar, 2015: 1). En este sentido, la detección del cobro de algún servicio de salud en una auditoría implicaría el no cumplimiento de uno de los criterios de elegibilidad del programa e implica la suspensión del establecimiento para recibir botiquines al mes siguiente. En muchas ocasiones, luego de la suspensión, el establecimiento realiza un descargo comprometiéndose a revertir la situación (en este caso, dejar de cobrar por la utilización de los servicios de salud) para poder ser incorporado nuevamente en el Programa²⁴. En estos casos, a esos centros se les suele volver a realizar una auditoría para corroborar el cambio en la política de arancelamiento de los servicios del centro. En este sentido, la realización de las auditorías, junto con la posibilidad de suspensión de la entrega de botiquines, puede entenderse como un incentivo para que los establecimientos de salud no tengan una política de arancelamiento para la utilización de los servicios de salud.

En la presente sección nos proponemos dar cuenta de si efectivamente las auditorías de Remediar tienen un efecto sobre las políticas de arancelamiento de los establecimientos. Para ello nos detenemos en el período 2011-2015 y analizaremos si luego de la detección de presencia de barreras financieras en una auditoría, las siguientes auditorías detectaron nuevamente el cobro por algún servicio de salud.

Hemos dicho que entre el 2011 y 2015 se detectó la presencia de barreras financieras en 347 auditorías. Ellas se realizaron sobre un total de 307 establecimientos, algunos de los cuales se le detectó más de una vez la presencia de una barrera financiera. Del total de 307 establecimientos en los que se detectaron barreras financieras, en un 44%(134) no se volvieron a

²⁴ Dijimos que las detecciones de barreras en el acceso corresponden a 666 establecimientos. De ellos, hay 99 que están suspendidos y otros 42 que están dados de baja por el programa. Los 525 restantes se encuentran activos.

realizar auditorías²⁵ (Cuadro 7). En el resto de los establecimientos se realizaron dos (37%), 3 (14%) y 4 o más (6%) auditorías.

Cuadro 7. Cantidad de auditorías realizadas en establecimientos en los que se detectó al menos una vez barreras financieras. Auditorías realizadas a Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2011 y 2015.

Cantidad de auditorías realizadas	%
1 ⁽¹⁾	44
2	37
3	14
4 o más	6
Total	100 (307)

(1) Un 43% (58) de estos establecimientos se encuentran suspendidos o de baja y un 57% (76) se encuentran activos. Entre los que se encuentran activos (76), un 62% (47) de las auditorías se realizaron en el año 2014, lo que explica que no se hayan vuelto a realizar auditorías hasta el momento.

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

En el Cuadro 8 vemos que entre los establecimientos que se realizaron dos auditorías, en un 20% (22) se detectaron barreras financieras en ambas. Es decir que sobre estos establecimientos las auditorías previas no tuvieron efecto para modificar sus políticas arancelarias. Cabe destacar que la mitad (11) de estos establecimientos se encuentran suspendidos y la otra mitad (11) se encuentran activos. En cambio, vemos que en un 56% (64) de los establecimientos se detectó la presencia de barreras financieras en una primera auditoría realizada, pero no en la segunda. Es decir, que en la mayoría de los establecimientos la realización de auditorías efectivamente generó que se deje de cobrar por la utilización de los servicios de salud. Por último, vemos que en un 24% (27) de los establecimientos no se encontró una barrera financiera en la primera auditoría, pero sí se detectó una barrera en una segunda y no se volvieron a realizar auditorías.

Cuadro 8. Tipología de detección de barreras financieras en establecimientos en los que se detectó al menos una vez barreras financieras y se realizaron 2 auditorías. Auditorías realizadas a Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2011 y 2015.

Tipología de detección de barreras financieras en establecimientos con 2 auditorías	Frecuencia	%
Encuentran barreras en las 2 ⁽¹⁾	22	20

²⁵ Entre estos establecimientos, el 43% (58) se encuentran suspendidos o de baja y el 57% (76) restante se encuentra activo. Entre los que se encuentran activos (77), un 62% (47) de las auditorías se realizaron en el año 2014, lo que explica que no se hayan vuelto a realizar auditorías hasta el momento. Cabe destacar de todas formas que la realización de nuevas auditorías en los centros en los que se han detectado barreras financieras en el acceso no es obligatorio aunque sí es un elemento que se tiende a priorizar al momento de planificar la realización de nuevas auditorías.

Encuentran barrera en las 1 y no la 2	64	56
Encuentran barrera en la 2 y no en la 1	27	24
Total	113	100

(1) 11 de estos establecimientos se encuentran suspendidos y 11 se encuentran activos.

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Entre los establecimientos que se realizaron tres auditorías (Cuadro 9), vemos que en casi la mitad (47%) se detectaron barreras financieras en la primera auditoría pero no en las restantes. Además hay otro 42% en el que se detectaron barreras financieras en la segunda auditoría pero no en la tercera. Tan solo en el 12% de los casos se detectó la presencia de barreras financieras en la tercera auditoría que se realizó.

Cuadro 9. Tipología de detección de barreras financieras en establecimientos en los que se detectó al menos una vez barreras financieras y se realizaron 2 auditorías. Auditorías realizadas a Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2011 y 2015.

Tipología de detección de barreras financieras en establecimientos con 3 auditorías	Frecuencia	%
Barreras en la primera y no en las restantes	20	47
Barreras en la segunda pero no en la tercera (1)	18	42
Con barreras en la tercera (2)	5	12
Total	43	100

(1) De ellas, en 14 establecimientos no se detectaron barreras financieras en la primera auditoría mientras que en otros 4 también se habían detectado barreras financieras en la primera auditoría.

(2) De ellas, en 2 establecimientos se detectaron barreras financieras en las tres auditorías, en un establecimiento no se detectó en la primera pero sí en la segunda y la tercera y en otros dos solo se detectaron las barreras financieras en la tercera auditoría.

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Como vimos en el Cuadro 7, los establecimientos en los que se realizaron 4 o más auditorías apenas representan el 6% de los centros en los que se detectó al menos una vez la presencia de barreras financieras. Es por ello que no presentamos un análisis de estos establecimientos, pero de todas formas en estos establecimientos se detecta la misma tendencia que en los anteriores. Entre los establecimientos con 4 auditorías, solo en el 15% se detectó la presencia de barreras financieras en la cuarta auditoría que se realizó.

Como cierre de la sección vale la pena realizar una breve reflexión sobre el “efecto” de las auditorías sobre la presencia de barreras financieras en los establecimientos de salud que forman parte del Programa Remediar. Evidentemente, los factores que pueden incidir para las decisiones sobre las políticas de arancelamiento en el primer nivel de atención son múltiples (algunos de ellos los vimos anteriormente) y no contamos con suficientes elementos como para afirmar categóricamente que la realización de auditorías

efectivamente es lo que ha determinado los cambios en algunos establecimientos. Para ello sería necesario indagar en cada uno de los centros de salud que dejaron de cobrarle a los usuarios por la utilización de los distintos servicios de salud. Sin embargo, las tendencias observadas brindan elementos para poder hipotetizar que las auditorías, junto con la posibilidad de suspensión de los centros de salud, son instrumentos efectivos para incidir en las políticas de arancelamiento de los establecimientos. En la mayoría de los casos en los que se han vuelto a realizar auditorías sobre los centros en los que se detectaron barreras financieras, se observó que los establecimientos han dejado de cobrar por la utilización de los servicios de salud.

Además, las comunicaciones que hemos tenido con los representantes de la Provincia de Córdoba y Santa Cruz refuerzan la hipótesis de que el Programa funciona como un incentivo para que los centros de salud eliminen las barreras financieras al acceso. En el caso de Santa Cruz, el representante del Ministerio de salud nos transmitió que desde la Provincia están evaluando la posibilidad de derogar la Ley Provincial 2901 que habilita la presencia de barreras financieras en los centros de salud, debido a que los recursos que están perdiendo por no ser parte de Programas Nacionales supera lo recaudado en los cobros a los pacientes.

8. Consideraciones finales

En el informe nos planteamos como objetivo analizar la presencia de barreras financieras en el primer nivel de atención del sector público. Por un lado, nos propusimos analizar su evolución temporal y por el otro dar cuenta de su ubicación geográfica.

Con relación a la evolución temporal, los datos analizados no permiten obtener conclusiones determinantes. El análisis de las auditorías no marcan tendencias claras en cuanto a su presencia, aunque sí parecen marcar un aumento de los cobros obligatorios en retraining de los voluntarios. Como contrapartida, los datos de la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de salud de los años 2003 y 2010 marcan una tendencia contraria, en tanto descende el porcentaje de población que debe efectuar gastos de bolsillos para utilizar los servicios en el sector público.

Con relación a la localización geográfica de los establecimientos, el análisis de las auditorías nos permitieron obtener datos contundentes. La presencia de barreras financieras tienden a estar presentes en establecimientos ubicadas en determinadas provincias, y más aún, en algunos departamentos de determinadas provincias. Además, en muchos departamentos la presencia de barreras financieras suele mantenerse en el tiempo. Destacamos aquí también la importancia de contar con información recabada sobre los centros de salud (como las auditorías) para comprender las heterogeneidades geográficas de las características de los servicios de salud, ya que a diferencia de las encuestas poblacionales permiten dar reflejar las diferencias existentes al interior de las regiones y provincias. Entendemos que la información que brindan puede ser muy valiosa para la aplicación de políticas públicas como para la comprensión del sistema de salud. Además,

cabe mencionar que a partir de entrevistas con representantes de Ministerios de Salud provinciales pudimos ver que las lógicas de la presencia de los cobros (normativas, motivaciones, poder de definición sobre las mismas) varían profundamente entre unas provincias y otras.

Por último, quisiéramos destacar que en el contexto de un sistema de salud fuertemente heterogéneo en el tipo de oferta a la que puede acceder la población según su lugar de residencia, en parte debido a las distintas respuestas locales al proceso de descentralización y autonomía (Cetrángolo et al. 2011; Chiara, 2012), entendemos que son importantes los intentos del Estado Nacional para garantizar una cobertura homogénea básica en todas las Jurisdicciones del país. La ausencia de barreras financieras está lejos de garantizar la cobertura homogénea, ya que también hay que tener en cuenta otros factores como la no existencia de los servicios y la presencia de otros tipos de barreras en el acceso (organizacionales y ecológicas). Sin embargo, y siguiendo a lo desarrollado anteriormente sobre Frenk (1985), entendemos que la ausencia de barreras financieras en el sector público es un elemento que aporta hacia mejorar los niveles de acceso a los servicios de salud. En este sentido, destacamos que las auditorías del Remediador parecen tener algún “efecto” en la mayoría de los establecimientos de salud. Sin embargo, la persistencia de barreras financieras en determinadas jurisdicciones son una evidencia de que es necesario otro tipo de intervención para reducir las barreras en el acceso de los establecimientos ubicados en determinadas zonas que no parecen ser sensibles a los o “incentivos” de las auditorías del programa.

Referencias bibliográficas

Ballesteros, M. S. (2015). Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la población residente en zonas urbanas de Argentina entre el 2003 y 2010. *Trabajo y sociedad*, 26 (en prensa).

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997). *Descentralización de los servicios de salud en Argentina. Serie Reformas de Política Pública, 47*. Santiago de Chile: CEPAL.

Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Cerrutti, M., y Freidin, B. (2004). *Evaluando la calidad de la atención en servicios de planificación familiar en la ciudad de Buenos Aires: medidas estandarizadas y percepción de las usuarias*. Buenos Aires: CENEP.

Cetrángolo, O., Goldschmit, A., Lima Quintana, L., San Martín, M. y Aprile, M. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. Buenos Aires: PNUD.

Chiara, M. (2012). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.

Dalle, P. (2012). Cambios recientes en la estratificación social en Argentina (2003-2011). Inflexiones y dinámicas emergentes de movilidad social. *Argumentos, Revista de crítica social*, 14, 77-114.

Danani, C. y Grassi, E. (2013). El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: características y nuevos problemas. En A. Kornblit, A. Camarotti, G. Wald y M. Ponce (Coord.), *Taller El balance de una década: avances y cuestiones pendientes en la política social y de salud 2003-2011*. X Jornadas de Salud y Población, IIGG-UBA. Buenos Aires, Argentina.

Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires : Espacio.

Frenk, J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública Mex*, 27(5):438-453.

Levesque, J. F., Harris, M. F., y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1).

Maceira, D., Olaviaga, S., Kremer, P., y Cejas, C. (2006). *Centros de Atención Primaria de Salud: Radiografía de su distribución en Argentina*. Buenos Aires: CEDES.

Remediar (2015). Procedimiento. Auditorías en terreno en efectores Remediar. Remediar (MSAL): Buenos Aires.

Tobar, F. (2001). *Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina* (Documento de trabajo Fundación Isalud). Buenos Aires: Isalud.

Anexo

Cuadro 1. Departamentos en los que en el período 2002-2010 se detectaron al menos un 10% de barreras financieras según total de auditoría, presencia de barreras financieras y período.

Provincia	Departamento	2002-2010			2011-2015
		Presencia barreras	% Presencia barreras	Total auditorías	
Buenos Aires	3 DE FEBRERO	38	41,3%	92	81,8%
	ADOLFO ALSINA	2	16,7%	12	Sin Auditorías
	CARLOS TEJEDOR	1	33,3%	3	Sin Auditorías
	CORONEL PRINGLES	11	78,6%	14	Sin Auditorías
	CORONEL SUAREZ	4	20,0%	20	14,3%
	DAIREAUX	1	10,0%	10	Sin Auditorías
	GENERAL VILLEGAS	2	22,2%	9	100,0%
	JOSE C. PAZ	19	15,7%	121	30,2%
	LA MATANZA	37	14,3%	258	2,4%
	LINCOLN	2	10,5%	19	Sin Auditorías
	MONTE HERMOSO	3	37,5%	8	Sin Auditorías
	MORENO	15	10,4%	144	4,6%
	PATAGONES	2	20,0%	10	0,0%
	SAAVEDRA	5	55,6%	9	0,0%
	SALLIQUELO	1	20,0%	5	Sin Auditorías
	SAN CAYETANO	1	100,0%	1	0,0%
	TORNQUIST	7	63,6%	11	Sin Auditorías
	TRENQUE LAUQUEN	2	16,7%	12	0,0%
	TRES ARROYOS	7	26,9%	26	0,0%
	VILLARINO	2	12,5%	16	0,0%
CATAMARCALA PAZ	1	11,1%	9	0,0%	
Córdoba	CALAMUCHITA	13	29,5%	44	40,0%
	COLON	12	19,0%	63	22,9%
	GENERAL ROCA	3	33,3%	9	66,7%
	GENERAL SAN MARTIN	10	16,7%	60	10,0%
	MARCOS JUAREZ	20	36,4%	55	14,3%
	RIO CUARTO	9	13,4%	67	36,4%
	RIO PRIMERO	5	15,2%	33	0,0%
	SAN ALBERTO	6	28,6%	21	40,0%
	SAN JAVIER	3	18,8%	16	11,1%
	SAN JUSTO	10	17,5%	57	63,6%
	TERCERO ARRIBA	9	20,9%	43	50,0%
	TOTAL	1	12,5%	8	0,0%
	TULUMBA	2	25,0%	8	0,0%
	UNION	12	23,1%	52	22,2%
Corrientes	ITUZAINGO	1	10,0%	10	Sin Auditorías
	MERCEDES	1	10,0%	10	3,3%
	MONTE CASEROS	3	15,8%	19	5,0%
	PASO DE LOS LIBRES	4	15,4%	26	0,0%
	SAN LUIS DEL PALMAR	1	14,3%	7	16,7%
Jujuy	EL CARMEN	2	12,5%	16	11,1%
La Pampa	CONHELO	1	14,3%	7	0,0%
	QUEMU QUEMU	1	16,7%	6	0,0%

	RANCUL	2	40,0%	5	33,3%
	REALICO	1	20,0%	5	66,7%
	UTRACAN	1	20,0%	5	0,0%
La Rioja	FAMATINA	2	16,7%	12	0,0%
Mendoza	GUAYMALLEN	14	31,1%	45	8,7%
	LA PAZ	1	25,0%	4	0,0%
	LAS HERAS	6	12,2%	49	0,0%
	LUJAN DE CUYO	3	13,6%	22	0,0%
	MAIPU	6	12,8%	47	20,0%
	SAN CARLOS	1	10,0%	10	25,0%
	TUPUNGATO	1	14,3%	7	0,0%
Misiones	LIBERTADOR GENERAL SAN MARTIN	1	11,1%	9	8,3%
Salta	ROSARIO DE LERMA	1	20,0%	5	28,6%
San Luis	SAYACUCHO	3	17,6%	17	0,0%
	CORONEL PRINGLES	2	10,5%	19	0,0%
	JUNIN	1	14,3%	7	0,0%
Santa Cruz	DESEADO	3	20,0%	15	50,0%
Santa Fe	BELGRANO	3	18,8%	16	75,0%
	CASEROS	13	37,1%	35	40,0%
	GARAY	1	16,7%	6	0,0%
	GENERAL LOPEZ	16	16,7%	96	25,0%
	IRIONDO	10	25,6%	39	16,7%
	LAS COLONIAS	8	15,7%	51	14,3%
	SAN JERONIMO	6	13,3%	45	0,0%
	SAN JUSTO	1	16,7%	6	Sin Auditorías
	SAN LORENZO	18	21,7%	83	23,8%
	SAN MARTIN	8	29,6%	27	50,0%
Santiago del Estero	AVELLANEDA	2	25,0%	8	0,0%

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Cuadro 2. Departamentos en los que en el período 2011-2015 se detectaron al menos un 10% de barreras financieras y en el período 2002-2010 se detectaron menos del 10% de barreras según total de auditorías, presencia de barreras financieras y período.

Provincia	Departamento	2011-2015			2002-2010
		Total auditorías	Presencia barreras	% Presencia barreras	
Buenos Aires	9 DE JULIO	5	1	20,0%	0,0%
	ADOLFO GONZALES CHAVES	2	1	50,0%	0,0%
	COLON	3	2	66,7%	0,0%
	GENERAL MADARIAGA	4	1	25,0%	0,0%
	LOBERIA	5	1	20,0%	8,3%
	MAR CHIQUITA	10	4	40,0%	3,4%
	NECOCHEA	9	1	11,1%	3,2%
	PERGAMINO	14	2	14,3%	0,0%

	RAMALLO	9	1	11,1%	5,0%
	RIVADAVIA	1	1	100,0%	0,0%
	SAN PEDRO	8	2	25,0%	0,0%
	ZARATE	9	1	11,1%	8,3%
	ANDALGALA	4	1	25,0%	0,0%
	BELEN	8	1	12,5%	0,0%
	CAPAYAN	10	2	20,0%	0,0%
	POMAN	6	1	16,7%	0,0%
	SANTA MARIA	4	2	50,0%	0,0%
Catamarca	SANTA ROSA	10	2	20,0%	0,0%
Chubut	CUSHAMEN	16	6	37,5%	0,0%
	JUAREZ CELMAN	5	3	60,0%	0,0%
	PRESIDENTE ROQUE SAENZ PEÑA	8	3	37,5%	0,0%
	PUNILLA	14	4	28,6%	7,0%
	RIO SEGUNDO	21	6	28,6%	9,1%
Córdoba	SANTA MARIA	6	5	83,3%	0,0%
	EMPEDRADO	9	4	44,4%	0,0%
	ITATI	2	2	100,0%	0,0%
	SAN COSME	6	2	33,3%	0,0%
Corrientes	SAN MIGUEL	3	2	66,7%	0,0%
	COLON	10	3	30,0%	5,3%
	NOGOYA	2	1	50,0%	0,0%
	SAN SALVADOR	4	1	25,0%	0,0%
	TALA	8	3	37,5%	7,7%
	URUGUAY	3	2	66,7%	0,0%
Entre Ríos	VILLAGUAY	9	2	22,2%	0,0%
Jujuy	SANTA BARBARA	9	1	11,1%	0,0%
	ATREUCO	7	1	14,3%	0,0%
	CAPITAL	31	5	16,1%	7,7%
	CHAPALEUFU	2	1	50,0%	0,0%
	GUATRACHE	3	2	66,7%	0,0%
	HUCAL	2	1	50,0%	0,0%
	LOVENTUE	4	1	25,0%	0,0%
	MARACO	12	3	25,0%	0,0%
	TOAY	2	1	50,0%	0,0%
La Pampa	TRENEL	4	3	75,0%	0,0%
	ELDORADO	6	2	33,3%	0,0%
Misiones	IGUAZU	10	3	30,0%	0,0%
	LOS LAGOS	7	2	28,6%	0,0%
Neuquén	ÑORQUIN	4	1	25,0%	0,0%
	CHICOANA	5	2	40,0%	0,0%
	LA CALDERA	4	2	50,0%	0,0%
Salta	SAN CARLOS	7	3	42,9%	0,0%
	CHACABUCO	7	1	14,3%	0,0%
San Luis	DUPUY	9	1	11,1%	6,3%
	GUER AIKE	21	3	14,3%	0,0%
Santa Cruz	LAGO	3	1	33,3%	0,0%
	CASTELLANOS	9	2	22,2%	2,3%
	CONSTITUCION	8	1	12,5%	8,9%
Santa Fe	SAN CRISTOBAL	3	1	33,3%	0,0%

Fuente: Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Cuadro 3. Establecimientos de salud públicos según dependencia y provincia. Argentina, 2015.

Provincia	Nacional	Provincial	Municipal	Otros	Total
Buenos Aires	0,5%	3,9%	93,9%	1,8%	100,0%
CABA	13,8%	0,0%	73,6%	12,6%	100,0%
Catamarca	0,5%	90,5%	8,4%	0,5%	100,0%
Chaco	0,9%	95,5%	2,0%	1,6%	100,0%
Chubut	0,0%	85,9%	7,6%	6,5%	100,0%
Córdoba	0,2%	9,5%	89,2%	1,1%	100,0%
Corrientes	0,3%	59,1%	38,0%	2,6%	100,0%
Entre Ríos	0,2%	69,7%	27,9%	2,2%	100,0%
Formosa	0,0%	97,9%	0,0%	2,1%	100,0%
Jujuy	0,0%	98,6%	0,3%	1,1%	100,0%
La Pampa	0,0%	95,7%	0,0%	4,3%	100,0%
La Rioja	0,0%	98,6%	0,0%	1,4%	100,0%
Mendoza	0,5%	76,3%	19,3%	3,9%	100,0%
Misiones	0,5%	78,9%	18,1%	2,5%	100,0%
Neuquén	0,0%	95,5%	0,0%	4,5%	100,0%
Río Negro	0,4%	95,5%	1,8%	2,2%	100,0%
Salta	0,2%	97,0%	0,6%	2,1%	100,0%
San Juan	0,0%	85,7%	11,6%	2,6%	100,0%
San Luis	0,0%	98,7%	0,6%	0,6%	100,0%
Santa Cruz	1,3%	88,8%	2,5%	7,5%	100,0%
Santa Fe	0,1%	76,5%	22,3%	1,0%	100,0%
Santiago del Estero	0,2%	87,4%	11,9%	0,5%	100,0%
Tierra del Fuego	0,0%	84,6%	7,7%	7,7%	100,0%
Tucumán	0,6%	89,5%	8,8%	1,1%	100,0%
Total general	0,5%	58,8%	38,6%	2,1%	100,0%

Fuente: elaboración en base al SISA.