

Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina.

Ballesteros, Matías S.

Cita:

Ballesteros, Matías S. (2015). *Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina*. e-ISSN: 1852-9429 - Revista de Salud Pública, XIX, 59-68.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/matias.salvador.ballesteros/19>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pkrn/eTg>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DIFERENTES OBSTÁCULOS FINANCIEROS EN LA CONSULTA CON PROFESIONALES DE LA SALUD EN ARGENTINA

DIFFERENT FINANCIAL OBSTACLES WHEN CONSULTING HEALTH PROFESSIONALS IN ARGENTINA

*DIFERENTES OBSTÁCULOS FINANCEIROS NA CONSULTA COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ARGENTINA*¹

Resumen

En el artículo se analizan los obstáculos financieros que debe atravesar la población para acceder a la consulta con un médico, un odontólogo y un psicólogo o psiquiatra en las zonas urbanas de Argentina. El trabajo está basado en la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud realizada en el año 2010 de forma conjunta por el CEDOP (UBA) y la DEIS (MSAL). Como resultado se encuentra que existen obstáculos financieros diferenciales para la consulta con los distintos profesionales de la salud. Aquellos que consultan con un odontólogo, o con un psicólogo o psiquiatra tienen que gastar más dinero “de su bolsillo” que aquellos que se atienden con un médico. El principal motivo que explica estos gastos diferenciales es la distinta cobertura que el sistema argentino brinda a la consulta con los profesionales.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud; financiamiento de la atención de la salud; atención de la salud; sistemas de salud; gasto en salud..

Abstract

In this article we analyze the different *financial obstacles* the population has to go through in order to have

Matías Salvador
Ballesteros¹

¹ Licenciado en Sociología y Magíster en Investigación en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA). Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires (IIGG-UBA).
matiballesteros@yahoo.com.ar

Trabajo recibido: 09 de
Marzo 2015.
Aprobado: 20 de
Agosto 2015.

access to a doctor, a dentist, a psychologist or a psychiatrist in urban areas in Argentina. The work is based on a Survey about Use and Expenditure on Health Services carried out in the year 2010 together by CEDOP (UBA) and DEIS (MSAL). As a result, we see that there are *differential financial obstacles* to make appointments with different health professionals. Those who see a dentist, a psychologist or a psychiatrist have to spend more of their “own” money than those who see a doctor. The main reason explaining this differential expenditure is the different coverage the Argentine system provides for the appointments with professionals.

Key Words: accessibility to health services; health care funding; health care; health systems; health expenditure.

Resumo

Neste artigo são analisados os *obstáculos financeiros* com que a população deve se deparar na hora da consulta com um médico, um dentista e um psicólogo ou psiquiatra nas áreas urbanas da Argentina. O estudo baseia-se na Enquete de Utilização e Despesas nos Serviços de Saúde realizada em 2010 conjuntamente pelo CEDOP (UBA) e a DEIS (MSAL). Como resultado, achou-se que existem obstáculos financeiros diferenciais para a consulta com diferentes profissionais da saúde. Aqueles que consultam com um dentista ou com um psicólogo ou psiquiatra devem gastar mais dinheiro, pela sua conta, que aqueles que são atendidos por um médico. O motivo principal que explica estas despesas diferenciais é uma cobertura diferente que o sistema argentino oferece na consulta com os profissionais.

Palavras-chave: acessibilidade aos serviços da saúde; financiamento dos cuidados da saúde; cuidados da saúde; sistemas da saúde; despesas com a saúde.

Introducción

El acceso y los patrones de utilización de los servicios de salud son una de las formas en que se expresa la desigualdad social ante los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado (1). En el caso de Argentina, el acceso a los servicios de salud asume características particulares, ya que cuenta con un sistema de salud fuertemente segmentado, fragmentado y heterogéneo. Ello genera que el tipo de cobertura, el acceso y los obstáculos que la población tiene que atravesar para poder utilizar los servicios de salud dependa en gran medida de sus características socioeconómicas, así como de factores territoriales vinculados con su lugar de residencia (2).

Si bien existen desigualdades en el acceso a diferentes servicios de salud, las mismas se tornan particularmente más importantes para algunos específicos. Trabajos anteriores han marcado que son mayores las desigualdades en el acceso a la consulta con un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra) y de la salud bucodental (odontólogo), que en la consulta médica (3, 4). Siguiendo a Stolkner y Solitario (5), cada vez es mayor el reconocimiento de la importancia de los padecimientos mentales, que en la actualidad representan el 12% de la carga global de morbilidad a escala mundial según la OMS. A pesar de ello, continúan existiendo grandes limitaciones en el acceso a los servicios de salud mental. En este sentido, los sectores estructuralmente más desfavorecidos son los que reportan los peores indicadores subjetivos de salud mental (como autopercepción de ansiedad y depresión) y mayores diagnósticos clínicos de ansiedad o depresión, pero son los que menos consultan con psicólogos o psiquiatras (4, 6). Por otro lado, distintos estudios coinciden en señalar que son los sectores estructuralmente más desfavorecidos los que tienen peores estados de salud bucodental (incluyendo mayor presencia y severidad de caries y pérdida de dientes) (7, 8, 9, 10) y los que menos utilizan dichos servicios (3, 4).

Los distintos niveles de consulta entre los grupos sociales con los diferentes profesionales de la salud se deben en parte a las distintas percepciones sobre la salud, la enfermedad y las formas de responder a ellas. Por ejemplo en el campo de la salud mental, siguiendo a Galende (11) existen una gran variedad de “cuidados informales” por fuera de los servicios oficiales de la psiquiatría y la psicología, para enfrentar los sufrimientos mentales. Sin descartar la importancia de los aspectos culturales vinculados con los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado, también hay factores vinculados con la organización del sistema de salud que imponen mayores *obstáculos* a la utilización de determinados servicios y menores para la utilización de otros. El presente trabajo se propone indagar en una de las dimensiones vinculadas con los *obstáculos* para acceder a los servicios de salud: la financiera. Específicamente el objetivo es analizar las modalidades de financiamiento en las consultas médicas, de salud mental y odontológica, así como los gastos “de bolsillo” que tuvo que afrontar la población que consultó con algunos de estos profesionales de la salud (con el período de un mes de referencia). Se restringe el universo de análisis a la población adulta (18 años y más) residente en zonas urbanas de Argentina

Características principales del sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino está compuesto por tres sectores no articulados entre sí y con superposición en los servicios y población destinataria. El sector público brinda cobertura a toda la población residente en el país. Sin embargo, debido a la combinación entre un sistema fuertemente descentralizado en las provincias y municipios, y las grandes diferencias de recursos entre dichas jurisdicciones, así como de las capacidades de gestión local, existe una heterogeneidad en las características de los servicios que el sector público ofrece en los distintos territorios en términos de oferta, cobertura y calidad (2, 12, 13).

Un segundo sector, el de la seguridad social, está compuesto por organizaciones denominadas obras sociales. Las mismas les brindan cobertura a los asalariados formales, a los autónomos registrados, a los jubilados y pensionados, y a sus familiares (2). Entre las obras sociales existen grandes diferencias en la cantidad de afiliados y de recursos por afiliados; a la vez que tienen pesos relativos muy distintos en la cobertura de la población total de cada Jurisdicción (14). Esta variación en los recursos incide fuertemente en las prestaciones brindadas por las obras sociales. Cuantitativamente se observa en que el número de prestaciones por usuarios se incrementa a medida que aumenta el ingreso per cápita de la obra social (15). Además, producto de una reforma sobre las obras sociales nacionales realizada en los '90, se abrió el camino para que algunos de sus afiliados se pasen a la cobertura del sector privado (prepagas) así como la aparición de planes diferenciales en su interior. Dicha reforma incluyó la definición de un conjunto mínimo de prestaciones que las obras sociales deben cubrirles a sus afiliados, conocido como Programa Médico Obligatorio (PMO). También se definió que se destine una parte de lo recaudado por todo el sector (Fondo Solidario de Redistribución) a contribuir en cubrir a los trabajadores que sus aportes se encuentran por debajo de los costos del PMO. Sin embargo, estas reformas permitieron que las obras sociales puedan brindarles un plan que asegure las prestaciones básicas del PMO para los afiliados que menos aportan en relación al tamaño de su grupo familiar, y ofrecer más servicios a otros afiliados (2)^{1*}. Cabe destacar que el PMO incluye entre sus prestaciones algunas vinculadas con la atención odontológica y de la salud mental.

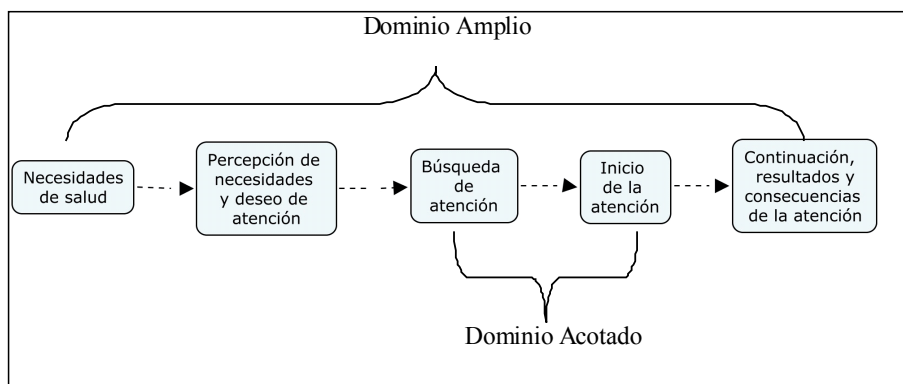
Un tercer sector es el privado. Dentro de este sector se encuentran las empresas de seguros privados de salud (prepagas), que históricamente han brindado cobertura a la población que paga de su bolsillo, por fuera del campo de lo contributivo. Sin embargo, a partir de la reformulación del sistema realizada en los '90, también puede acceder a las

^{1*} Antes de la reforma, existía una solidaridad interna al interior de cada obra social. Todos los asalariados de una misma rama de actividad tenía el mismo tipo de cobertura, sin importar su aporte contributivo.

prepagas población que deriva sus aportes de la seguridad social. Si bien existe una gran heterogeneidad en la cantidad de afiliados y de recursos por afiliado, las mismas cubren fundamentalmente a la población de mayores ingresos y más joven y se concentran en los grandes centros urbanos (principalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires) (16, 17). Cabe mencionar que en el 2011 se sancionó la Ley 26.682 que obliga a las empresas de medicina prepaga a cubrir el PMO. Sin embargo, los datos que aquí se analizan son del año 2010, previos a la formulación de dicha ley. Por otro lado, dentro del sector privado también existe una importante red de prestadores y profesionales independientes, que principalmente brindan sus servicios a beneficiarios de obras sociales y empresas de medicina prepaga, y a usuarios que pagan las consultas y tratamientos de “su bolsillo”. La necesidad de pagar “del bolsillo” varía según el tipo de servicio de salud que se requiera utilizar (como se verá más adelante), el sector al que se accede y el tipo de cobertura que tiene la población.

Acceso y obstáculos financieros en el acceso a los servicios de salud

Existe una gran variedad de estudios empíricos y modelos teóricos vinculados con distintas acepciones del concepto *acceso o accesibilidad*** a los servicios de salud. Entre las conceptualizaciones, hay diferencias en el enfoque que se le da al concepto. Mientras algunos autores se centran en las características de la población, otros lo hacen en las características de la oferta de servicios de salud, o bien combinan ambas perspectivas (18, 19, 20). Por otro lado, hay diferencias en el alcance que se le da al concepto. Siguiendo a Frenk (19), en el sentido más acotado, el *acceso* refiere a los acontecimientos que suceden entre la necesidad de utilizar un servicios de salud hasta el inicio de la atención. En el sentido más amplio, el *acceso* también incluye como antecedentes de la búsqueda de atención a las necesidades de salud, la percepción de las necesidades y el deseo de la atención. Además, luego del contacto inicial con los servicios de salud se incluye la continuidad y los resultados de la atención (19, 20, 21). En la figura 1, se esquematiza los distintos alcances que tiene el concepto de *acceso* en la literatura.



Fuente: Esquema elaborado por Frenk (19), modificado en base a Levesque et al. (21).

Figura 1. Alcances del concepto acceso a los servicios de salud

Cabe destacar que autores como Frenk (19) y Donabedian (22), que han desarrollado modelos teóricos dentro del dominio acotado del concepto acceso, reconocen la determinación social de los otros aspectos que se encuentran dentro del dominio amplio. Sin embargo, proponen restringir el concepto al dominio acotado para diferenciarlo del concepto

de utilización. Frenk (19) entiende la accesibilidad como una función de la relación entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de atención, generados por la organización de los servicios de salud (*obstáculos*, que el autor denomina *resistencia*) y las *capacidades* o *recursos* (el autor los denomina *poder de utilización*) de la población para superar esos obstáculos, en el contexto de los recursos disponibles en una zona. La relación entre los *obstáculos* generados por los servicios de salud y los *recursos* de la población se da en tres dimensiones. *La ecológica* que relaciona la ubicación geográfica de los lugares de atención con el tiempo y la capacidad de transporte de los usuarios. *La financiera* que vincula los costos para poder utilizar los servicios con la capacidad financiera de la población. Y *la organizacional* que relaciona las demoras para obtener turnos y los tiempos de espera con la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a las demoras (19).

Frenk (19) plantea que no son los *obstáculos* en sí mismos (por ejemplo, el costo del servicio) o los *recursos* de la población (por ejemplo, el ingreso de la persona que quiere utilizar el servicio), sino la relación entre ambos lo que puede generar la imposibilidad de acceder a un servicio. Por ejemplo, un mismo nivel de accesibilidad de un servicio en un área geográfica determinada puede representar distintas combinaciones entre el costo del servicio y el nivel de ingreso de la población. Dicho de otro modo, ante un costo determinado de un servicio, el nivel de la accesibilidad del mismo dependerá del nivel de ingreso de la población. O al revés, ante una población con un nivel de ingreso determinado, *la accesibilidad* a los servicios dependerá del costo que estos tengan. Cabe aclarar que los costos del servicio refieren a lo que tiene que pagar de “su bolsillo” la población y no está cubierto por el sistema.

Material y Metodo

El artículo está basado en el método de análisis de datos cuantitativos secundarios. Como fuente de información utiliza la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (EUGSS) del año 2010. La misma fue realizada en forma conjunta por el Centro de Estudios de Opinión Pública (CEDOP) de la Universidad de Buenos Aires y la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. La encuesta se basó en una muestra probabilística estratificada multietápica (tres etapas) que permite realizar estimaciones sobre toda la población del país. La muestra quedó conformada por 3.128 casos (2.263 de 18 años y más y 865 menores de 18 años) (23). Sin embargo, este artículo recorta el universo a la población adulta (18 años y más) residente en zonas urbanas de Argentina. En cuanto al recorte etario, sigue la estrategia adoptada por otras investigaciones realizadas a partir de las EUGSS del año 2005 (3, 24) de analizar a la población adulta por separado ya que la utilización de los servicios de salud en la población menor de edad adquiere características específicas que requiere un análisis diferencial (25). Algo similar sucede con la población del ámbito rural, en cuanto a que la oferta de servicios de salud, los factores geográficos, las distancias y medios de transporte disponibles, así como la importancia de diversas formas de cuidado por fuera del sistema de salud formal, condicionan de una forma diferencial la utilización, el acceso y las barreras a los servicios de salud, lo que justificaría la realización de estudios específicos. Por el recorte a la población adulta urbana, la muestra quedó compuesta por 2.049 casos.

La EUGSS indaga sobre la utilización, la cobertura y el gasto en salud de la población (23). Este artículo tiene como objetivo analizar las modalidades de financiamiento y el gasto “de bolsillo” que afronta la población que consulta con un médico, un odontólogo y un psicólogo o psiquiatra. Esto permite una aproximación a los *obstáculos financieros* que genera el sistema para poder utilizar estos tres servicios de salud. Como se ha mencionado anteriormente, para que el costo de un servicio genere un problema de *accesibilidad*, tiene que entrar en relación con las *capacidades financieras* de la población para afrontar los gastos. En este sentido, la encuesta no cuenta con un indicador que permita saber en qué medida los *obstáculos financieros* le impiden a la población utilizar algunos de los servi-

cios*. Sin embargo, el análisis comparativo de los gastos “de bolsillo” que debe afrontar la población que consulta con alguno de estos profesionales permite tener una aproximación a la forma en que el sistema de salud brinda una cobertura y *obstáculos financieros* diferenciales según el servicio de salud que se requiera utilizar.

Para analizar la EUGSS se trabajó la base de datos a partir del paquete estadístico SPSS 17.0 y se utilizaron los factores de ponderación desarrollados por los realizadores de la encuesta, pero sin expandir los resultados a toda la población. Además se accedió al cuestionario, el manual de códigos y el apartado metodológico de la publicación de la encuesta (23). También se han realizado consultas a técnicos e investigadores del CEDOP y de la DEIS encargados de desarrollar la encuesta. Esto permitió recodificar los sistemas de categorías originales de algunas variables, crear nuevas variables en base a la combinatoria de otras y realizar cruces de variables diferentes a los publicados.

Resultados

En la Tabla 1, se ve que es muy diferente el gasto de bolsillo por mes que se le destina a la consulta con los distintos profesionales, entre quienes se atienden con alguno de ellos. Mientras que el 70,1% de los que concurren al médico no han tenido que pagar la/s consulta/s, este porcentaje representa menos de la mitad de quienes han consultado con los otros profesionales (47,8% de los que consultaron con un odontólogo y 41,5% de los que consultaron con un psicólogo-psiquiatra). Pero además, se observa que entre quienes debieron pagar, la población que consulta con el médico es la que en mayor proporción paga menos dinero, mientras que la que consulta con el psicólogo o psiquiatra es la que en mayor proporción paga más dinero. El 28,9% de los que consultaron al psicólogo gastaron más de 100 pesos en el último mes, frente al 18% de los que consultaron al odontólogo y solo el 2,6% de los que consultaron al médico.

Tabla 1. Gasto de bolsillo entre quienes consultaron durante el último mes al médico, al odontólogo y al psicólogo-psiquiatra. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

Gasto de bolsillo en la consulta	Médico	Odontólogo	Psicólogo-psiquiatra
Nada	70,1	47,8	41,5
Más de 0 y hasta 50	22,2	26,1	10,7
Más de 50 y hasta 100	5,1	8,2	18,8
Más de 100	2,6	18,0	28,9
Total	100 (825)	100 (319)	100 (99)

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

El mayor gasto de bolsillo en la consulta con el psicólogo y el menor gasto en la consulta con el médico, entre quienes recurren a estos profesionales, se debe a diversos motivos. Por un lado, la mayor cobertura del sistema de salud en la consulta con el médico explica que sea más alto el porcentaje de población que no paga de su bolsillo la consulta. Como se ve en la Tabla 2, la consulta con el médico es la que en mayor proporción está cubierta en su totalidad por una obra social o empresa prepaga (46,7%) y por el subsistema público

*Un ejemplo de indicador que permite captar una problemática de accesibilidad vinculada con obstáculos financieros es relevado por la Encuesta de la Deuda Social Argentina realizada periódicamente por la Universidad Católica (UCA). La pregunta que permite construir el indicador es: “¿Por problemas económicos, en los últimos 12 meses, Ud. o su familia no pudieron alguna vez ir a algún médico o dentista?”. Cabe destacar que esta pregunta no permite diferenciar la problemática de accesibilidad financiera entre distintos profesionales ya que pregunta de forma conjunta por el médico y el dentista.

(21,1%), mientras que la consulta con el psicólogo o psiquiatra es la que en menor proporción está cubierta en su totalidad por estos subsistemas (22,3% por las obras sociales o prepagas y 11,3% por el subsistema público). Como contrapartida, es la consulta con el psicólogo o psiquiatra en la que en mayor medida el paciente debe hacerse cargo de la totalidad del costo (40,2%), mientras que es en la consulta médica la que en menor medida (12,8%). Los porcentajes de financiamiento de la consulta con el odontólogo se encuentran entre medio de los porcentajes del financiamiento de los otros profesionales (29,8% cubiertos en su totalidad por una obra social o prepa, un 15,3% en su totalidad por el subsistema público y en un 32,2% en su totalidad por el paciente).

Tabla 2. Forma de financiamiento en la consulta con el médico, el odontólogo y el psicólogo-psiquiatra. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

	Médico	Odontólogo	Psicólogo-psiquiatra
La totalidad Obra Social – Prepa	46,7	29,8	22,3
La totalidad subsistema público	21,1	15,3	11,3
La totalidad el paciente	12,8	32,2	40,2
Copago paciente con Obra social o Prepa	15,5	15,5	11,9
Copago paciente con subsistema público	0,3	1,6	0,0
Otros y otras combinaciones de financiamiento (1)	3,3	5,6	7,8
Ns-Nc	0,2	0,0	6,5
Total	100,0 (832)	100,0 (329)	100,0 (99)

Nota: (1) Esta es una categoría residual que combina dos posibilidades. Una es que el encuestado haya respondido otros cuando se le preguntó quién pagó la consulta. La otra posibilidad es que el entrevistado haya realizado más de una consulta con los profesionales y hayan sido diversas las fuentes de financiamiento.

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

La lectura anterior explica por qué quienes consultan al médico son los que en menor medida pagan la consulta y los que concurren a un psicólogo o psiquiatra los que en mayor medida. Sin embargo, no explica por qué, entre los que pagan, es más frecuente que el gasto en los profesionales de la salud mental sea más alto (más de 100 pesos por mes) y el gasto en el médico sea más bajo (hasta 50 pesos). Uno de los motivos es que, entre los que gastan de su bolsillo para consultar a algún especialista, es más frecuente que se trate de un copago (paga una parte el paciente y otra parte la obra social, la prepa o el subsistema público) para el caso del médico y es menos frecuente para el caso del psicólogo o psiquiatra. Mientras que en el caso de la consulta médica, el 12,8% de los pacientes paga la totalidad de la consulta de su bolsillo y el 15,8% realiza copagos, en el caso del psicólogo-psiquiatra el 40,2% paga la totalidad de la consulta y solo el 11,9% realiza copagos. Ello genera, como puede verse en la Tabla 3, que el 73,3% de las personas que pagan la consulta con el psicólogo o psiquiatra deban afrontar la totalidad del gasto, mientras que este porcentaje representa al 47,1% de los que pagan la consulta con el médico. Nuevamente en el medio se encuentra la consulta odontológica: el 57,9% de los que pagan la consulta, deben se hacen cargo de la totalidad del costo.

Tabla 3. Tipo de pago del servicio (totalidad o copago), entre la población que paga en la consulta con el médico, el odontólogo y el psicólogo o psiquiatra, según profesional de la salud que consulta. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

	Médico	Odontólogo	Psicólogo-psiquiatra
la totalidad del costo	47,1	59,7	73,3
sólo una parte (copago)	51,4	38,3	26,7
NS / NR	1,5	2,1	0
Total	100,0 (254)	100,0 (177)	100,0 (58)

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Otro de los motivos que explica las diferencias está vinculado con las características propias de las consultas con los distintos profesionales. Los tratamientos de salud mental suelen requerir una mayor cantidad de consultas por mes. En la Tabla 4 se observa que entre quienes consultaron con los distintos profesionales, es más frecuente se realice una única consulta por mes con el médico (59,1%) u odontólogo (59,5%) que con el psicólogo o psiquiatra (37,6%). Por el contrario, es mucho más frecuente que se realicen 4 o más consultas por mes con el psicólogo o psiquiatra (39,9%) que con el médico (8,9%) u odontólogo (10,6%). Es por ello que entre quienes consultan con un psicólogo o psiquiatra el promedio de consultas por mes es de 2,6 veces, frente a 1,8 veces en la consulta con el médico y con el odontólogo. La mayor cantidad de consultas genera que, en el caso de que la misma sea paga, se eleve el costo total mensual que se debe de pagar.

Tabla 4. Cantidad de consultas realizadas durante el último mes con el médico, el odontólogo y el psicólogo o psiquiatra, entre quienes consultaron con dichos profesionales de la salud. Población de 18 años y más de zonas urbanas de Argentina en el año 2010. Datos en %.

	Médico	Odontólogo	Psicólogo-psiquiatra
1	59,1	59,5	37,6
2	21,7	21,3	19,7
3	10,3	8,7	2,8
4 o más	8,9	10,6	39,9
Total	100,0 (832)	100,0 (329)	100,0 (98)

Fuente: Elaboración propia en base a la EUGSS 2010.

Conclusiones

En el trabajo se ha visto que los *obstáculos financieros* que debe afrontar la población para consultar con un profesional de la salud varían según el especialista que se requiera consultar. La consulta con un psicólogo o psiquiatra es la que en menor medida tiene algún tipo de cobertura (ya sea total o parcial mediante copagos) del sistema de salud (del sector público, de las obras sociales o de las prepagas). Ello genera que sus usuarios deban realizar mayores gastos “de bolsillo” para acceder a estos servicios. En el otro extremo, la consulta médica es la que mayor cobertura del sistema tiene y la que en menor medida implica una erogación de dinero para sus usuarios. En una posición intermedia entre las consultas anteriores se encuentra la odontológica. Es decir, existen unos *obstáculos finan-*

cieros diferenciales en el acceso según el servicio de salud que se consulta. Se entiende que este es uno de los motivos por los cuales trabajos previos han encontrado que existen mayores desigualdades en la utilización y acceso a la consulta de salud mental y odontológica que en la consulta médica (3,4).

Discusión

Los padecimientos mentales y bucodentales son una problemática de salud pública. En este sentido, el artículo brinda herramientas para sostener la necesidad de aumentar la oferta pública y gratuita de servicios de salud mental y odontológica que disminuyan los *obstáculos financieros* para acceder a ellos. También que es importante una política activa para que estos servicios tengan una mejor cobertura por parte de las obras sociales y las prepagas. Los datos muestran que gran parte de la población afiliada paga los costos de estas consultas por fuera de los servicios que brindan los seguros de salud. Disminuir la necesidad de realizar pagos “de bolsillo” en la consulta con estos profesionales no sólo permitiría aumentar el nivel de accesibilidad, sino que permitiría aumentar la equidad en el acceso. Esto es así ya que mientras mayores son los obstáculos financieros que el sistema genera para poder acceder a los distintos servicios, en mayor medida la utilización de los servicios va a depender de los recursos de la población y en menor medida de sus necesidades.

Agradecimientos

El estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) mediante una Beca Doctoral otorgada a Matías Salvador Ballesteros. El acceso a la base de datos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2010 fue facilitado por Raúl Jorrat y Manuel Riveiro (director y auxiliar del CEDOP-UBA durante el 2010) y María de las Mercedes Fernández y Élica Marconi (DEIS-MSAL). Finalmente, el estudio contó con comentarios y sugerencias de Betina Freidin y Ruth Sautu.

Referencias

- 1 Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009.
- 2 PNUD. 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; 2011. [Internet] [acceso: 30 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/EI%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>
- 3 Jorrat R, Fernández MM, Marconi E. Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferencias socio-económicas en salud. *Revista Salud Colectiva*. 2007; 4(1):57-96.
- 4 Ballesteros MS. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Argentina a partir de datos secundarios. Documentos de Jóvenes Investigadores. Buenos Aires: IIGG (UBA); 2014.
- 5 Stolkiner, A, Solitario R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira D, compilador. Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós; 207. p. 121-146.
- 6 Adaszko D. La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende. En Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario. Buenos Aires: Educa; 2011. p 135-176.
- 7 Yankilevich E, Cattoni S D, Cornejo LS, Battellino LJ. Distribución de la caries dental en niños preescolares en una región urbana, Argentina, 1992. *Rev. Saúde Pública*. 1993; 27: 436-44.
- 8 Sanders AE, Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in

- Australia. Australian and New Zealand journal of public health. 2004; 28(2): 159-166.
- 9 Medina-Solís CE, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Avila-Burgos L, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Revista de investigación clínica. 2006; 58(4): 296-304.
 - 10 Suárez AA, Herrera EM. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009; (16): 91-105.
 - 11 Galende E. Editorial. Revista Salud Mental y Comunidad. 2013; 3 (3): 7-15.
 - 12 Maceira D, Olaviaga S, Kremer P, Cejas C. **Centros de Atención Primaria de Salud: Radiografía de su distribución en Argentina.** Buenos Aires: CEDES; 2006.
 - 13 Báscolo E, Yavich N, Urquía M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. Rev Gerenc Polit Salud. 2007; 6 (12): 112-125.
 - 14 Maceira D. **Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino.** (Documento de Trabajo). Buenos Aires : CEDES ; 2008. [Internet] [acceso: 3 de diciembre de 2014]. http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc_c/39.pdf
 - 15 Findling L, Arruñada M, Klimovsky E.. Desregulación y Equidad: el proceso de reconversión de las obras sociales en Argentina. Reports in Public Health.2002; 18 (4)_ 1077-1086. . [Internet] [acceso: 1 de diciembre de 2014]. <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n4/10187.pdf>
 - 16 Findling L, Arruñada M, Klimovsky E. La desregulación de obras sociales: un balance de la libre elección. En La salud en crisis. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2000. pp. 55-67.
 - 17 Fidalgo M. **Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga.** Buenos Aires : Espacio; 2008 .
 - 18 Aday L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Health Service Research. 1974; 9 (3): 208-220.
 - 19 Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Publica Mex. 1985; 27(5): 438-453.
 - 20 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 (2): 190-198.
 - 21 Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International journal for equity in health. 2013; 12(1). [Internet] [acceso: 15 de diciembre de 2014]. <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>
 - 22 Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1988.
 - (3) Ministerio Salud de la Nación. Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud. Argentina- Año 2010. Primeros resultados. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012.
 - 24 López E, Findling L, Abramzon M. Desigualdades en la percepción de morbilidad y en las conductas frente al cuidado de la salud. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2005.
 - 25 De Santis M, Herrero V. Desigualdad y Utilización de los Servicios de Salud Una Aplicación al Caso Argentino en 2001. Revista de Economía y Estadística, 47(1). [Internet] [acceso: 5 de febrero de 2015]. http://ief.eco.unc.edu.ar/files/publicaciones/economiaestadistica/2009_47_n1/06_125-162_desantis_herrero.pdf