

PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ARGENTINA. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales.

Ballesteros, Matías S.

Cita:

Ballesteros, Matías S. (2016). *PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ARGENTINA. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales*. *Geograficando*, 12, 1-20.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/matias.salvador.ballesteros/18>

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



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>.



Geograficando, vol. 12, n.º 2, e015, diciembre 2016. ISSN 2346-898X
 Universidad Nacional de La Plata.
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
 Departamento de Geografía

Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales

Health professionals in the first level of care in Argentina. An analysis on jurisdictional inequalities

Matías Salvador Ballesteros

Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Universidad de Buenos Aires (UBA).
 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina |
matiballesteros@yahoo.com.ar

PALABRAS CLAVE

Sistema de salud
 Primer nivel de atención
 Desigualdad
 Accesibilidad geográfica
 Departamentos

RESUMEN

En el artículo se analizan las desigualdades jurisdiccionales en los recursos humanos con los que cuentan los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del sector público de Argentina, teniendo en cuenta la población potencialmente usuaria. La metodología del artículo es cuantitativa, basada en datos secundarios. Como fuente de información se utilizó el Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas del año 2010 y el Catastro de CAPS de los años 2004-2005. Comenzamos analizando las diferencias provinciales y departamentales en la presencia de médicos, odontólogos y especialistas en salud mental en los CAPS. Luego, analizamos la relación entre las horas que estos profesionales trabajan en los CAPS con la población potencialmente usuaria. Destacamos que las características de la oferta de servicios de salud varían fuertemente entre las distintas provincias, pero también en los departamentos al interior de las mismas.

KEYWORDS

Health System
 Primary care
 Inequality
 Spatial accessibility
 Departments

ABSTRACT

The article analyzes jurisdictional inequalities in human resources in Centers of Primary Health Care (CAPS) in the public sectors of Argentina, considering the people who will be potential patients. The methodology is quantitative and it is based on secondary data. As a source of information we used the Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 and the Catastro de CAPS 2004-2005. We begin by analyzing the provincial and departmental differences in the presence of doctors, dentists and mental health specialists in CAPS. Then we analyze the relationship between the hours that these professionals work in CAPS with the potential patients. We emphasize that the characteristics of the supply of health services vary greatly among different provinces, but also in the departments within the same province.

Recibido: 16 de agosto de 2016 | Aceptado: 9 de octubre de 2016 | Publicado: 22 de diciembre de 2016

Cita sugerida: Ballesteros, M. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 12 (2), e015. Recuperado de <http://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Geo015>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR

Introducción

El sistema de salud argentino se asienta sobre el sector público, que brinda una cobertura a todos los habitantes del país (PNUD, 2011). Sin embargo, las características de la oferta de servicios de este sector son profundamente desiguales en las distintas jurisdicciones. Por un lado, debido a la combinación entre un sistema fuertemente descentralizado en los gobiernos provinciales y municipales y las fuertes desigualdades de recursos entre las distintas jurisdicciones. Por el otro, debido a que las distintas respuestas locales al proceso de descentralización y autonomía han tenido disímiles resultados en términos de calidad, equidad y eficiencia (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009; PNUD, 2011).

En el presente trabajo analizamos las características de la oferta de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del sector público, que son los establecimientos del primer nivel de atención. Las características de la oferta de los CAPS son unas de las formas en las que se expresan las heterogeneidades territoriales del sector público. Estos establecimientos tendrían que ser la “puerta de entrada” al sistema, desarrollar las actividades de promoción y educación sanitaria y cubrir los cuidados de baja complejidad de la población (OPS, 2007). Si bien en teoría atienden las necesidades de atención primaria de todos los habitantes, en la práctica concurren a ellos principalmente quienes no cuentan con la cobertura de obra social o prepaga (Maceira, Olaviaga, Kremer y Cejas, 2010; Lago, Elorza, Moscoso y Ripari, 2013).

Distintos trabajos han estudiado lo que se denomina accesibilidad espacial (Guagliardo, 2004) o accesibilidad física potencial (Joseph y Banktock, 1982) de los CAPS en la Argentina. Siguiendo a Guagliardo (2004), este concepto da cuenta de las potencialidades de la prestación sanitaria de determinadas zonas teniendo en cuenta la población que reside allí. Abarca tanto la disponibilidad de un área (en tanto existencia y cantidad de servicios a los que los usuarios pueden acceder), como los impedimentos (en tiempo, viaje o costo) entre el lugar de residencia o trabajo de los usuarios y los efectores de salud. Los antecedentes que abordaron esta problemática en la Argentina analizaron la distribución de los establecimientos del primer nivel de atención, poniéndolos en relación con la cantidad de población sin cobertura de obra social o prepaga y tomando como unidad de análisis los departamentos y provincias. La mayoría de estos trabajos (Tobar, Montiel, Falbo y Drake, 2006; Remediar, 2007; Maceira, Olaviaga, Kremer y Cejas, 2010) se basaron en el Catastro de CAPS realizado por el programa Remediar (MSAL) en los años 2004-2005 y en el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2001. En el caso de Lago, Elorza, Moscoso y Ripari (2013), se centraron sólo en la provincia de Buenos Aires, y también trabajaron con los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2010 y con información del Ministerio de Salud de la provincia.

Todos estos antecedentes muestran una gran desigualdad en la distribución de los CAPS, con grandes diferencias en la cantidad de habitantes que cuentan sólo con cobertura pública por CAPS entre las distintas jurisdicciones del país. Maceira, Olaviaga, Kremer y Cejas (2010) plantean que a las grandes diferencias entre los promedios provinciales se le agrega la desigual distribución de los CAPS entre los departamentos de las provincias. Estas persisten (menos intensamente), aun controlando esta relación por la densidad geográfica de los departamentos. Por su parte, Lago, Elorza, Moscoso y Ripari (2013) se centran en la provincia de Buenos Aires y plantean que la desigual distribución tampoco se vincula con necesidades diferenciales de utilización de los servicios (tomando como indicadores la tasa de mortalidad infantil y la población con necesidades básicas insatisfechas). En cambio, está más vinculada con la riqueza de los partidos y con el presupuesto municipal destinado a salud.

Este artículo se propone complementar el análisis de la oferta de CAPS y de su accesibilidad espacial en una línea similar a estos antecedentes pero profundizando el análisis de las diferencias jurisdiccionales de los servicios que ofrecen estos establecimientos. Específicamente, analizamos la presencia de distintos

profesionales (médicos, odontólogos y psicólogos-psiquiatras) en los centros de salud. En una primera subsección damos cuenta de las diferencias jurisdiccionales en la existencia de estos servicios de salud en los CAPS. En una segunda sección, relacionamos la cantidad de población sin cobertura de obra social o prepaga con una estimación de las horas de trabajo en los CAPS de médicos, odontólogos y de especialistas en salud mental a nivel provincial y departamental.

Destacamos la limitación de trabajar con datos de los años 2004-2005, más aun teniendo en cuenta que a partir del año 2004 comienza la implementación del Plan Federal de Salud que promovió políticas para jerarquizar el primer nivel de atención. En esta línea, el Ministerio de Salud de la Nación financió la formación de recursos en los CAPS a partir del Programa Médicos Comunitarios. Lo anterior, junto con las estrategias desarrolladas por distintas provincias y municipios, contribuyó a que aumentaran los recursos humanos en los CAPS (Tobar, Montiel, Falbo, y Drake, 2006; Lago, Elorza, Moscoso y Ripari, 2013).

Entendemos que luego de los años 2004 y 2005 hubo transformaciones que posiblemente modificaron las características de la oferta del primer nivel de atención, por lo que la información del Catastro quedó desactualizada. Aun así, nos parece importante analizar los datos del Catastro ya que es la información más actualizada con la que contamos para estudiar la presencia de determinados servicios y horas de trabajo de profesionales en el primer nivel de atención para el total del país¹. Además, porque entendemos que si bien desde el 2004-2005 hubo transformaciones en la oferta de CAPS de todo el país, gran parte de la heterogeneidad jurisdiccional que muestra el Catastro de CAPS continúa vigente (véanse por ejemplo Chiara, 2012 y Lago, Elorza, Moscoso y Ripari, 2013).

Metodología

La metodología del artículo es cuantitativa y está basada en la articulación de datos secundarios. Por un lado, trabajamos con datos del Catastro a Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) del sector público que realizó el Programa Remediar (Ministerio de Salud de la Nación) entre octubre de 2004 y marzo de 2005. El Catastro pudo relevar el “97% de los CAPS del país al momento de realizar el estudio” (Remediar, 2007: 3). En cada CAPS se entrevistó a su responsable, a partir de un cuestionario estructurado. Cada entrevista duró aproximadamente 45 minutos. Entre otras temáticas, el Catastro indagó sobre todos los recursos humanos con los que cuentan los establecimientos de salud (Remediar, 2007). Nosotros nos centramos en el análisis de los CAPS que tienen: 1. Médicos (todas las especialidades con excepción de psiquiatría), 2. Odontólogos y 3. Especialistas en salud mental (psiquiatras y/o psicólogos). En el caso de los psicólogos, el Catastro indagó por su presencia en los CAPS de forma conjunta con otros profesionales de la salud (psicopedagogos y fonoaudiólogos). Es decir, el cuestionario permitió diferenciar los establecimientos que cuentan con alguno de esos tres profesionales de la salud pero no especificar cuál. De todas formas, decidimos construir una variable que dé cuenta de la presencia de psiquiatras (indagado específicamente) y/o psicólogos (indagado junto con los otros dos profesionales), aun sabiendo que puede estar sobrestimada (ya que algunos centros que clasificamos con la presencia de psicólogos pueden tener sólo psicopedagogos o fonoaudiólogos). Otra aclaración necesaria es que en la variable que construimos diferenciamos si los centros cuentan -o no- con estos profesionales pero no incluimos la cantidad de profesionales ni la cantidad de horas semanales que trabajan allí. Estos puntos son considerados en la segunda sección.

En esta segunda sección del artículo construimos un indicador que pone en relación la población potencialmente usuaria de los servicios con la cantidad de horas que los distintos profesionales de la salud trabajan en los CAPS. Esta medida es similar a las usadas para dar cuenta de la distribución territorial de los CAPS (Tobar, Montiel, Falbo, y Drake, 2006; Remediar, 2007; Maceira, Olaviaga, Kremer y Cejas, 2010; Lago, Elorza, Moscoso y Ripari, 2013) y de profesionales de la salud (Abramzon, 2005; Tobar, Montiel,

Falbo, y Drake, 2006; Williams, Duré, Dursi y Pereyral, 2014), que se denominan ratio proveedor-población (Guagliardo, 2004). Sin embargo, nosotros no nos centramos sólo en la cantidad de CAPS o de determinados recursos humanos en una zona geográfica sino que combinamos elementos de ambos indicadores. El indicador nos permite dar cuenta de la cantidad de población potencialmente usuaria del primer nivel de atención del sector público en una zona geográfica determinada (departamento y provincias) por cada hora de trabajo de distintos profesionales de la salud. A continuación, detallamos con mayor precisión el indicador y algunas de sus limitaciones.

En relación con la población potencialmente usuaria, la información proviene del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC). Tomamos como indicador la población de cada departamento que no cuenta con obra social o prepaga. Si bien la población que cuenta con alguna de estas coberturas puede utilizar los servicios públicos, en la práctica concurren a ellos principalmente quienes no cuentan con la cobertura de obra social o prepaga. De todas formas, destacamos que una parte de la población que es atendida en los CAPS cuenta también con la cobertura de una obra social o prepaga. Esto se produce en mayor medida en zonas en las que la oferta de servicios de salud es principal o exclusivamente estatal (Cetrángolo y Devoto, 1998). En este sentido, el indicador de población potencialmente usuaria de los centros se encuentra subestimado, particularmente para los departamentos en los que la población con cobertura de obra social o prepaga suele utilizar los CAPS. Esto es así porque los profesionales de la salud de los CAPS destinan parte de sus horas de trabajo a atender a población con cobertura de obra social o prepaga.

Respecto de las horas de los distintos profesionales de la salud en cada CAPS, las estimamos a partir de la información presente en el Catastro de CAPS 2004-2005 (Remediar-MSAL). En este se indagó por la presencia de distintos profesionales de la salud: especialidades médicas, odontólogos y psicólogos (como vimos anteriormente, junto con psicopedagogos y fonoaudiólogos). En caso de que el centro cuente con dicho recurso humano, se indagó por la cantidad de profesionales y las horas semanales de trabajo. La cantidad de horas se consultó tomando como referencia tres categorías: menos de 12 horas, de 12 a 24 horas y más de 24 horas. Para calcular la cantidad de horas semanales de trabajo imputamos los puntos medios para cada categoría². Luego sumamos en cada CAPS la cantidad de horas de trabajo para cada uno de los tres tipos de profesionales con los que venimos trabajando: médicos (con la excepción de psiquiatras), odontólogos y psicólogos-psiquiatras. En un paso siguiente, sumamos las horas de los profesionales para cada uno de los departamentos y provincias del país. Finalmente, calculamos un cociente entre la población sin cobertura de obra social o prepaga y la cantidad de horas semanales de trabajo de los profesionales a nivel departamental y provincial. Este índice construido mide la cantidad de población potencialmente usuaria del primer nivel de atención del sector público por las horas de trabajo en dicho nivel y sector de distintos profesionales de la salud (médicos, odontólogos y psicólogos o psiquiatras).

Con toda la información referida anteriormente armamos una nueva base de datos tomando como unidades de análisis las provincias y los departamentos³ del país. Para procesar esos datos utilizamos el paquete SPSS versión 17.0, lo que nos permitió realizar tabulados y medidas de dispersión (rango, desvío estándar y coeficiente de variación) y construir el índice mencionado anteriormente. A su vez, utilizamos el programa QGIS para mapear parte de la información, el que nos ayudó a analizar y a hacer más accesible la comprensión de la problemática.

Antes de avanzar con los resultados, es importante considerar que el indicador construido comparte tres limitaciones que Guagliardo (2004) señala de los tradicionales indicadores de ratio población-proveedor para analizar la accesibilidad espacial. Una de ellas es que no puede dar cuenta de que los usuarios no se rigen por las fronteras delimitadas por el estudio para utilizar los servicios (en nuestro caso, los departamentos y provincias). Esto es particularmente importante cuando las unidades geográficas son más pequeñas y para la

población que reside en espacios cercanos a las fronteras. Otra limitación es que no considera la heterogeneidad en el interior de una propia área determinada. En nuestro caso, no estamos considerando las diferencias en el interior de los departamentos (que en muchos casos están compuestos por más de un municipio). Por último, el indicador no incluye ninguna medida de la distancia o el tiempo que requiere la población para llegar al CAPS. En nuestro caso, por ejemplo, estamos considerando como equivalente para un área determinada la oferta de un centro en el que trabajan 3 médicos 30 horas por semana (equivalen a 90 horas de trabajo) con la oferta de seis centros en los que trabajan 1 médico 15 horas por semana (equivalen a 90 horas de trabajo). Entendemos que estas limitaciones dan cuenta de muchas desigualdades territoriales en la oferta que el indicador no capta. Sin embargo, ellas no invalidan las desigualdades de la oferta que el indicador efectivamente logra captar.

Resultados

Diferencias jurisdiccionales en la existencia de servicios de salud

Como mencionamos anteriormente, a partir del Catastro de CAPS (Remediar) distintos antecedentes han enfatizado las diferencias territoriales en la presencia de estos establecimientos del primer nivel de atención. A nosotros nos interesa aquí profundizar en los servicios que brindan dichos centros. En la [Tabla 1](#) podemos observar que prácticamente todos los CAPS del país cuentan con la presencia de médicos (99%) (como era de esperar), mientras que aproximadamente la mitad (52%) cuentan con la presencia de odontólogos y menos de un tercio (30%) tienen psicólogos y/o psiquiatras.

Tabla 1.

Porcentaje de CAPS con presencia de médicos, odontólogos y psicólogos o psiquiatras por provincia y desvío estándar (DE) y rango entre los departamentos al interior de las provincias. Argentina, 2004-2005.

	% CAPS con médico	% CAPS con odontólogo	% CAPS con psicólogo o psiquiatra (1)	DE deptos. odontólogo (2)	Rango deptos. odontólogo (3)	DE deptos. psicólogo-psiquiatra (2)	Rango deptos. psicólogo-psiquiatra (3)
CABA	100	60	91	-	-	-	-
BUENOS AIRES	99	48	43	31	100	31	100
-Conurbano	99	51	48	22	83	25	81
- Resto Bs. As.	100	46	40	33	100	32	100
CATAMARCA	100	56	14	31	86	19	50
CHACO	99	67	4	33	100	11	50
CHUBUT	100	62	37	26	81	25	75
CÓRDOBA	100	69	41	18	61	23	81
CORRIENTES	96	50	2	28	100	6	25
ENTRE RÍOS	99	57	23	21	88	14	56
FORMOSA	100	77	5	17	50	5	13
JUJUY	92	37	5	26	100	7	22
LA PAMPA	99	85	51	17	50	35	100
LA RIOJA	100	65	13	24	60	28	100
MENDOZA	99	55	36	16	53	28	100
MISIONES	99	47	7	26	88	13	50
NEUQUÉN	100	73	39	20	50	39	100
RÍO NEGRO	98	37	40	29	100	39	100
SALTA	95	63	22	24	65	24	67
SAN JUAN	100	53	18	33	100	25	75

SAN LUIS	100	73	16	24	71	19	50
SANTA CRUZ	100	69	35	29	71	31	100
SANTA FE	100	50	44	22	83	34	100
S. DEL ESTERO	97	27	1	28	86	3	14
T. DEL FUEGO	100	82	82	24	33	28	40
TUCUMÁN	100	41	21	22	91	15	50
TOTAL PAÍS	99	52	30	31	100	31	100

(1) El relevamiento de la presencia de psicólogos se realizó de forma conjunta con los de psicopedagogos y fonoaudiólogos. Imputamos la presencia de psicólogos en todos los centros en los que se relevó la existencia de estos tres profesionales de forma conjunta.

(2) Para el desvío estándar de los departamentos de cada provincia, calculamos el promedio de las diferencias entre cada uno de los departamentos en relación con el promedio provincial de los departamentos.

(3) Calculado como la diferencia entre el departamento con el porcentaje más alto y el porcentaje más bajo de la provincia.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Catastro de CAPS 2004-2005 (Remediar-MSAL).

También observamos en la [Tabla 1](#) que la oferta es muy diferente entre las provincias. En ella podemos ver que es baja la proporción de CAPS que cuentan con odontólogos en Santiago del Estero (27%), Río Negro (37%) y Jujuy (37%). En cambio, en La Pampa (85%), Tierra del Fuego (82%) y Formosa (77%) más de tres cuartos de los CAPS cuentan con servicios odontológicos. Por su parte, mientras que más de cuatro de cada cinco CAPS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (91%) y de Tierra del Fuego (82%) cuentan con psiquiatras o psicólogos entre su personal, sólo cuentan con esos profesionales el 5% o menos de los CAPS de Santiago del Estero (1%), Corrientes (2%), Chaco (4%), Jujuy (5%) y Formosa (5%). Si bien son múltiples los motivos a considerar para explicar estas diferencias, Formosa parece un ejemplo paradigmático para dar cuenta de que las diferencias en la oferta de servicios no se deben simplemente a una cuestión presupuestaria, sino que también es muy importante considerar las prioridades que establecen las distintas jurisdicciones y que impactan en las prestaciones que brindan los CAPS (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009). Observamos que esta provincia se encuentra entre aquellas cuyos CAPS más frecuentemente tienen odontólogos y entre las que menos tienen psicólogos o psiquiatras. Por otro lado, destacamos que mientras no encontramos una regionalización clara en la proporción de CAPS que cuentan con odontólogos, podemos ver que son provincias del NEA (Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones) y del NOA (Jujuy, Santiago del Estero y Catamarca) las que tienen en menor proporción psicólogos o psiquiatras en sus CAPS.

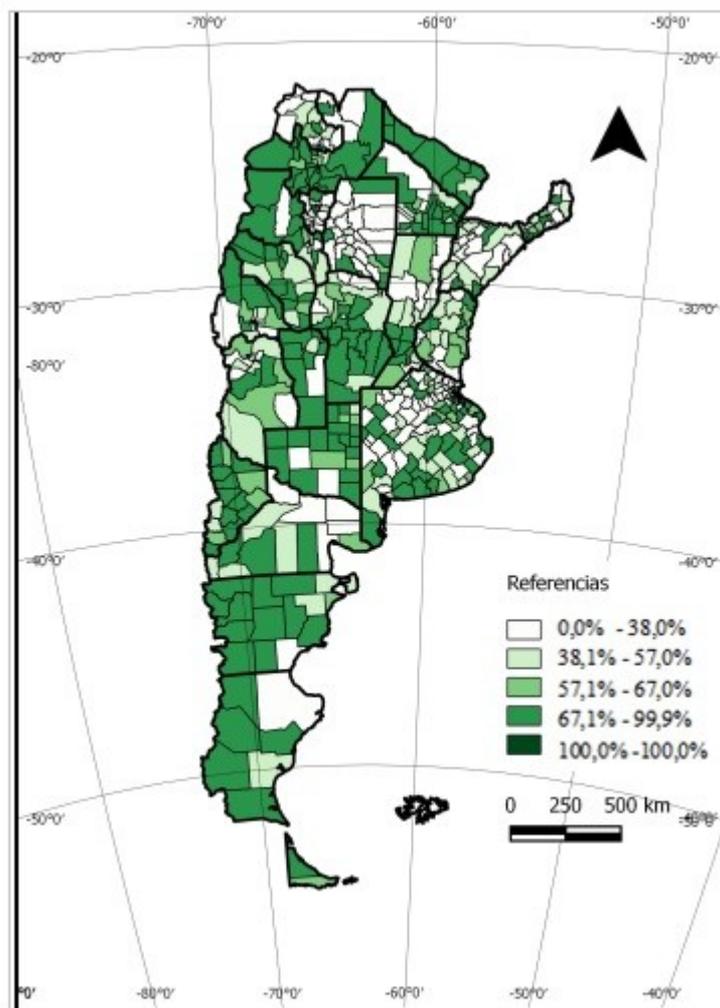
Además de estas diferencias en los promedios provinciales, nos interesa analizar las diferencias en el interior de las provincias. En la [Tabla 1](#) presentamos el rango y el desvío estándar (DE) de los departamentos en relación con la media provincial de los departamentos en el porcentaje de CAPS con odontólogo y con psicólogo o psiquiatra. Con ello intentamos dar cuenta de la variabilidad de los departamentos en el interior de las provincias respecto de la existencia de servicios odontológicos y de salud mental en los CAPS. No incluimos estas medidas de dispersión para analizar la presencia de médicos, ya que prácticamente todos los CAPS del país cuentan con dichos recursos humanos, por lo que la dispersión es muy baja para todas las provincias.

Comenzando por la variación entre departamentos en el porcentaje de los CAPS que cuentan con odontólogos, podemos ver que los mayores desvíos estándar los encontramos en San Juan (33 puntos %), Chaco (33 puntos %), Catamarca (31 puntos %) y Buenos Aires (31 puntos %). En estas provincias, la heterogeneidad entre los departamentos en el porcentaje de CAPS con oferta de servicios odontológicos es

similar a la que existe en el conjunto de los departamentos del país (31 puntos %). En el otro extremo, en las provincias de Mendoza (16 puntos %), Formosa (17 puntos %), La Pampa (17 puntos %), Córdoba (18 puntos %) y Neuquén (20 puntos %) no existe tanta diferencia entre sus departamentos en la presencia de servicios odontológicos en los CAPS. Además, vemos que en Jujuy, Corrientes, Río Negro, Buenos Aires, Chaco y San Juan el rango entre el departamento que tiene el mayor porcentaje de CAPS con odontólogos y el de menor porcentaje de CAPS con odontólogos es 100 puntos porcentuales. Esto significa que en esas provincias existen departamentos en los que todos sus CAPS cuentan con odontólogos y departamentos en los que ninguno de sus CAPS cuenta con odontólogos.

En la [Figura 1](#) pueden verse los departamentos del país según el porcentaje de sus CAPS que tienen odontólogos. Como resumimos en la lectura anterior, puede observarse claramente la heterogeneidad de la oferta entre provincias pero también en su interior entre sus departamentos. Por ejemplo, podemos ver que casi todos los departamentos de Formosa y La Pampa están con colores similares (por eso el desvío estándar es bajo) y estos son oscuros (en el mapa representan un alto porcentaje de CAPS con odontólogos). En cambio, en otras provincias como Buenos Aires o Chaco, puede observarse la gran variedad de tonalidades en los colores de sus departamentos, lo que indica que es muy diferente el porcentaje de CAPS que cuentan con odontólogos entre su personal (por ello, estas provincias tienen un desvío estándar alto).

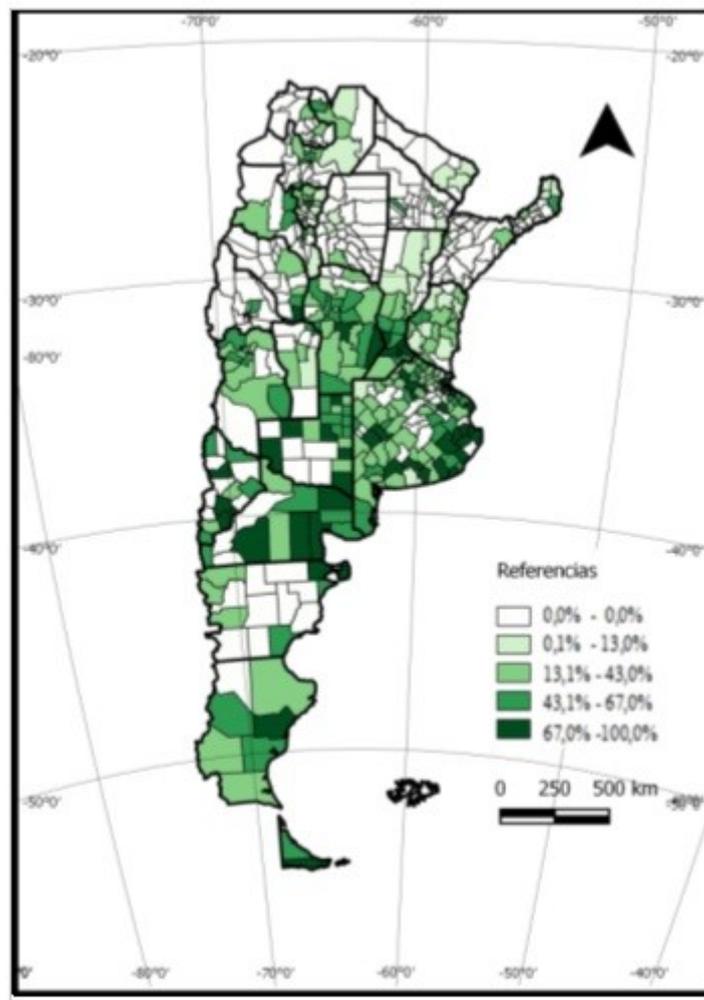
Figura 1. Porcentaje de CAPS que cuentan con odontólogo por departamento. Argentina, 2004-2005.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Catastro de CAPS (Remediar-MSAL).

En relación con la variación entre departamentos en el porcentaje de CAPS que cuentan con psicólogos o psiquiatras, en la [Tabla 1](#) podemos observar que los mayores desvíos estándar los encontramos entre los departamentos de Río Negro (39 puntos %), Neuquén (39 puntos %), La Pampa (35 puntos %), Santa Fe (34 puntos %), Santa Cruz (31 puntos %) y Buenos Aires (31 puntos %). En estas provincias, la heterogeneidad entre los departamentos en el porcentaje de CAPS con presencia de psicólogos o psiquiatras es mayor o igual que la existente entre todos los departamentos del país (31 puntos %). Además, en las provincias mencionadas, junto con La Rioja y Mendoza, el rango entre el departamento con mayor porcentaje de CAPS con psicólogos o psiquiatras y el de menor porcentaje es 100 puntos porcentuales. Es decir, en todas esas provincias existe al menos un departamento en el que todos sus CAPS cuentan con psicólogo o psiquiatra y al menos un departamento en el que ninguno de sus CAPS cuenta con esos profesionales. Por otra parte, vemos que los menores desvíos estándar los encontramos en las provincias de Formosa, Santiago del Estero, Jujuy y Corrientes. Ello se debe a que en estas provincias todos sus departamentos tienen un porcentaje muy bajo de CAPS con psiquiatras o psicólogos. La descripción anterior puede visualizarse claramente en la [Figura 2](#). En ella vemos que en estas provincias casi todos los departamentos se encuentran entre las categorías de menor porcentaje de CAPS con psicólogos o psiquiatras (en la [Figura 2](#) se los observa en tonos claros).

Figura 2. Porcentaje de CAPS que cuentan con psicólogos o psiquiatras por departamento. Argentina, 2004-2005.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Catastro de CAPS 2004-5 (Remediar-MSAL).

Destacamos que menos de un tercio de los CAPS del país tienen psicólogos o psiquiatras. Además, la presencia de estos profesionales de la salud es muy heterogénea entre las provincias pero también entre los departamentos en el interior de ellas. Cabe resaltar que no se requiere que en los CAPS existan todas las especialidades médicas y no médicas de atención de la salud sino que deben funcionar como “puerta de entrada” al sistema y, en caso de ser necesario, derivarse a centros de mayor complejidad (de segundo o tercer nivel) (Rovere, 2012). La inexistencia de determinados profesionales de la salud en un CAPS puede deberse a que este se encuentre en red con otros establecimientos que cuentan con esos recursos humanos y pueden brindar esos servicios a los usuarios. Sin embargo, la presencia de determinados servicios en los CAPS da cuenta de la importancia que las distintas jurisdicciones les brindan y está fuertemente vinculada con la accesibilidad (Yanko *et al.*, 2012). Si para utilizar servicios de salud mental y/o bucodental la población debe trasladarse a hospitales de referencia, aumentan las barreras en el acceso debido a los mayores costos y tiempos generados por la necesidad de trasladarse a mayores distancias, a la vez que los centros no cuentan con esos profesionales para realizar actividades de promoción, prevención y educación sanitaria.

Con respecto a la presencia de servicios de salud mental en los CAPS, su falta de integración parece ser una problemática compartida por la mayoría de los países de Latinoamérica (Rovere, 2012), aunque en el caso de la Argentina no está relacionada con una problemática de falta de recursos humanos en salud mental⁴. La oferta en los CAPS del ámbito público es escasa debido al bajo presupuesto público que se le destina a esta problemática⁵, por lo que la gran mayoría de las consultas de salud mental se realizan en el ámbito privado y la población debe solventar de su bolsillo los gastos (Ballesteros, 2015). A ello se le agrega, y sólo en parte debido a las diferencias en la oferta del sector público, que la distribución de los profesionales se encuentra fuertemente concentrada en algunas zonas del país (principalmente CABA, Buenos Aires y Santa Fe) (De Lelis, 2011).

Por último, cabe destacar que en el año 2010 se aprobó la Ley Nacional de Salud Mental, que impulsa una reconversión de los servicios promoviendo la incorporación de la salud mental en la atención primaria, y descentralizando la atención de las instituciones hospitalarias. Además, en algunas jurisdicciones, incluso algunos años antes de la Ley, ya se había comenzado a promover políticas sanitarias que incrementaron y redistribuyeron territorialmente los servicios de salud mental (Gerlero, Augsburguer, Duarte, Gómez y Yanco, 2011). Destacamos esto ya que los datos que hemos trabajado son anteriores a la Ley y es posible que hayan disminuido parte de las asimetrías en la distribución de recursos en los CAPS descripta para los años 2004-2005. Sin embargo, también es importante mencionar que, a pesar de la Ley Nacional de Salud Mental, los recursos en hospitales especializados en salud mental continúan teniendo “un peso desmesurado” en relación con los recursos en atención primaria, y que si bien aumentó la oferta de servicios en los CAPS, continúa existiendo una gran heterogeneidad territorial en ella (Yanco, Gerlero, Augsburguer, Duarte y Gómez, 2012).

Como cierre de la sección nos parece importante señalar que Buenos Aires es la única provincia que se encuentra entre el grupo de mayor heterogeneidad tanto para la presencia de odontólogos como para la de psicólogos o psiquiatras en sus CAPS. En este sentido, destacamos que en la provincia todos los CAPS tienen dependencia municipal, por lo que esta heterogeneidad puede estar dando cuenta de las diferencias de recursos y decisiones o políticas de salud municipales. Siguiendo a Chiara, Di Virgilio y Moro (2009: 106), esta gran heterogeneidad entre los distintos partidos de la provincia de Buenos Aires puede explicarse en parte porque la descentralización de los CAPS no estuvo acompañada por un “modelo prestacional” que debieran seguir los departamentos, “dando lugar a una oferta de servicios de salud diversa y fragmentada; organizada desde prioridades y orientaciones muy diferentes”. Las definiciones sobre qué prestaciones brindan los CAPS y bajo qué condiciones las realizan dependen de los municipios e incluso de los mismos

establecimientos de salud, en el marco de una escasa capacidad de control y regulación del Estado provincial (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009).

Diferencias jurisdiccionales en la población sin cobertura de obra social o prepaga por las horas que los profesionales trabajan en los CAPS

En esta sección complejizamos el análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales de la oferta de servicios de salud de los CAPS, considerando la accesibilidad espacial. Para ello ponemos en relación la población potencialmente usuaria de los CAPS (la que no cuenta con obra social o prepaga) con una estimación de las horas semanales que los distintos profesionales de la salud trabajan en los establecimientos. En la [Tabla 2](#) presentamos los resultados. Un primer dato a destacar es la alta cantidad de población sin obra social o prepaga en el Gran Buenos Aires (CABA y el conurbano bonaerense) por hora de trabajo médico y odontólogo en los CAPS. Estudios previos también encontraron que esta región se destaca por la baja cantidad de CAPS por población sin cobertura de obra social o prepaga. En gran medida, ello se explica por la alta densidad poblacional de esta zona (Maceira, Olaviaga, Kremer y Cejas, 2010) que, junto con un modelo sanitario hospital céntrico, genera que se concentren gran parte de los recursos del sector público en centros de salud de mayor complejidad y en muchos casos las guardias de los hospitales terminan convirtiéndose en el primer nivel de atención (Remediar, 2007; Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009).

Tabla 2.

Población sin obra social o prepaga por hora semanal de trabajo en CAPS de médicos, odontólogos y psicólogos-psiquiatras por provincia, y coeficiente de variación (CV) entre los departamentos por provincia. Argentina, 2004-2005 y 2010.

	Población sin O.S. o prepaga por h médico semanales en CAPS(1)	Población sin O.S. o prepaga por h odontólogo semanales en CAPS(1)	Población sin O.S. o prepaga por h salud mental semanales en CAPS(1) y (2)	CV h médico (3)	CV h odontólogo (3)	CV h salud mental (3)
CABA	56	487	105	-	-	-
Buenos Aires	39	284	288	2,02	1,57	2,43
-Conurbano	47	381	338	2,22	1,44	2,16
- Resto Bs. As.	29	182	219	1,54	1,40	0,91
Catamarca	21	67	169	0,64	2,14	0,68
Chaco	47	183	6252	1,03	1,02	0,80
Chubut	20	83	241	0,47	1,67	0,56
Córdoba	18	127	147	0,61	0,62	0,76
Corrientes	43	153	9499	0,74	1,08	0,54
Entre Ríos	20	73	208	0,57	1,63	1,49
Formosa	36	131	5887	0,60	0,63	0,50
Jujuy	36	188	1241	0,63	0,74	1,17
La Pampa	18	65	141	0,50	1,09	0,85
La Rioja	24	81	443	0,86	1,07	1,37
Mendoza	28	171	292	0,42	0,53	0,59
Misiones	39	258	1281	0,70	1,23	0,92
Neuquén	23	67	201	0,83	0,78	0,81
Río Negro	38	150	264	0,94	0,91	1,10
Salta	35	114	490	0,69	1,12	1,77
San Juan	49	219	702	0,97	1,68	1,27
San Luis	27	95	382	0,49	1,19	1,00
Santa Cruz	18	56	125	1,05	1,65	1,59

Santa Fe	27	187	246	0,60	0,49	1,75
Santiago del Estero	43	254	8449	0,59	1,64	1,13
Tierra del Fuego	24	66	145	0,09	0,33	0,64
Tucumán	21	129	251	0,55	1,21	0,68
Total país	32	173	291	1,49	1,68	2,38
CV interprovincial	0,30	0,42	4,53			
Brecha interprovincial	3,2	8,6	90,3			

(1) Calculado como el cociente de la población sin obra social o prepaga y la estimación de las horas de trabajo de los profesionales en los CAPS.

(2) El relevamiento de la presencia de psicólogos se realizó de forma conjunta con los de psicopedagogos y fonoaudiólogos. Imputamos la presencia de psicólogos en todos los centros en los que se relevó la existencia de estos tres profesionales de forma conjunta.

(3) Es el cociente entre el desvío estándar de los departamentos y la media provincial de los departamentos. Para el desvío estándar de los departamentos de cada provincia, calculamos el promedio de las diferencias entre cada uno de los departamentos en relación con el promedio provincial de los departamentos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Catastro de CAPS 2004-2005(Remediar) y CNPHV 2010 (INDEC).

Más allá del Gran Buenos Aires, en líneas generales podemos decir que en las provincias del NEA (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones), algunas del NOA (Jujuy y Santiago del Estero) y San Juan encontramos la mayor cantidad de población sin cobertura de obra social o prepaga por hora médico, odontólogo y psicólogo-psiquiatra en CAPS. Por su parte, la mayoría de las provincias patagónicas (Chubut, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego), algunas de la Región Pampeana (Córdoba, Entre Ríos y La Pampa) y Catamarca (provincia del NOA) son las que en líneas generales cuentan con la mayor cantidad de horas de profesionales en CAPS por población sin cobertura de obra social o prepaga.

Por otro lado, podemos observar que las diferencias interprovinciales tienden a ser mayores en las horas de profesionales de la salud mental, mientras que las menores diferencias se encuentran en las horas de médicos por población sin cobertura de obra social o prepaga. Por un lado, vemos que la brecha entre la provincia que tiene mayor (CABA) y menor (Santa Cruz) cantidad de población sin obra social o prepaga por hora médico es 3,2, mientras que para las horas odontólogo es 8,6 (entre CABA y Santa Cruz) y para las horas de psicólogos-psiquiatras es 90,3 (entre Corrientes y CABA). Además, las diferencias interprovinciales en la relación de población con horas-profesional las vemos resumidas en los coeficientes de variación (CV). Mientras que para las horas médicos es de 0,30, para las horas odontólogo es 0,42 y para las horas de psicólogos-psiquiatras es 4,53. Es decir, que encontramos grandes diferencias interprovinciales en la cantidad de población sin obra social o prepaga por profesional de la salud pero estas tienden a acentuarse particularmente en relación con los especialistas en salud mental y tienden a disminuir en relación con los médicos.

Un último aspecto a mencionar es la heterogeneidad de oferta entre los departamentos en el interior de las provincias. Aquí observamos que la provincia de Buenos Aires es, nuevamente, la que mayores diferencias tiene entre sus departamentos en relación con las horas médico y con las horas psicólogos-psiquiatras, y es una de las mayores respecto de las horas odontólogo por población sin obra social o prepaga. También vemos que las diferencias para la oferta de los tres profesionales de la salud son mucho más importantes en los partidos del conurbano bonaerense que en los del resto de la provincia. Por otro lado, destacamos que sin contar a Buenos Aires, en el resto de las provincias la heterogeneidad en la cantidad de población / horas

profesional suele ser menor que la heterogeneidad que existe entre todos los departamentos del país, ya que los coeficientes de variación del total país suelen ser superiores a los de las provincias. Esto significa que a pesar de existir diferencias importantes en el interior de las provincias, sus departamentos son más homogéneos que el conjunto de los departamentos del país. Como excepciones señalamos las provincias de Catamarca, Chubut y Entre Ríos en lo concerniente a las horas de odontólogo, que es similar o superior al coeficiente de variación del total país (1,68).

En cambio, vemos que el coeficiente de variación interprovincial para las horas médico (0,30) y odontólogo (0,42) suele ser menor que el de los departamentos para las distintas provincias. Ello significa que las disparidades al interior de las provincias suelen ser más importantes que las existentes entre los promedios provinciales. Esto no sucede en las diferencias en relación con las horas psicólogo-psiquiatra, en las cuales el coeficiente de variación del total país (4,53) es mayor a los existentes en el interior de las provincias.

Conclusiones

En el artículo analizamos desigualdades jurisdiccionales en la oferta del primer nivel de atención del sector público y su accesibilidad espacial. Para ello, problematizamos distintos aspectos vinculados con la disponibilidad diferencial de servicios médicos, odontológicos y de salud mental. Vimos que las características de la oferta de servicios de salud y su accesibilidad espacial varían fuertemente entre las distintas provincias pero también en los departamentos al interior de las provincias. Las probabilidades de que un CAPS cuente con determinados profesionales de la salud, y que estos dispongan de horas de trabajo suficientes como para atender a la población potencialmente usuaria y realizar actividades de promoción y prevención, están fuertemente vinculadas con la jurisdicción en que aquel se encuentra

Distintos antecedentes han dado cuenta de la desigualdad territorial de la distribución de los CAPS. Con nuestro análisis vimos que a las diferencias en la distribución se les agregan la heterogeneidad en el tipo de servicio que brindan así como en la cantidad de recursos humanos con los que cuentan (en relación con la población potencialmente usuaria). En este sentido, lo abordado en este artículo agrega evidencias sobre la profunda desigualdad en la accesibilidad espacial en lo que debería funcionar como “puerta de entrada” del sector público.

Notas

1 Cabe destacar que el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), a través del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), cuenta con un registro actualizado de todos los CAPS del país. Sin embargo, los datos sobre los recursos humanos están incompletos para la mayoría de los establecimientos.

2 A los profesionales que trabajan menos de 12 horas les imputamos 6 horas de trabajo, a los que trabajan de 12 a 24 horas les imputamos 18 horas y a los que trabajan más de 24 horas les imputamos 30 horas.

3 En la provincia de Buenos Aires se denominan *partidos* y no *departamentos* como en el resto del país. Para simplificar la redacción, también nos referimos a ellos como departamentos.

4 El país contaba hacia 2005 con 106 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Kohn y Levav, 2009), tasa que lo convierte en el país del mundo con mayor cantidad de psicólogos por habitante (Alonso *et al*, 2011, citado en Casari, 2012). Además, contaba con 13 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, uno de los índices más altos de Latinoamérica (Kohn y Levav, 2009).

5 Según la OMS, en 2005 Argentina destinaba sólo el 2% de su presupuesto sanitario a la salud mental, mientras Canadá el 12%, Costa Rica y Uruguay el 8% y Estados Unidos el 6% (Kohn y Levav, 2009). Además, un relevamiento de la OMS del año 2007 da cuenta de que la mayor parte del presupuesto está destinado a hospitales psiquiátricos (De Lellis, 2011).

Agradecimientos

La investigación fue financiada con una beca posdoctoral otorgada por CONICET. Agradezco a Betina Freidin y a Ruth Sautu, directora y codirectora de la beca, por los aportes realizados al trabajo. También a María de Estrada por la colaboración en la confección de los mapas.

Bibliografía

- Abramzón, M. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. Buenos Aires: OPS.
- Ballesteros, M. S. (2015). Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina. *Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba*, 19 (3): 59-68.
- Casari, L. (2012). Psicoterapia como actividad privada en Argentina. *Revista de Investigación Científica en Psicología*, 9 (1): 98-105.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*. Buenos Aires: CECE.
- Chiara, M. (Comp.) (2012). *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara M.; Di Virgilio, M. M. y Moro, J. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. *Postdata*, 14(1): 97-128.
- De Lellis, M. (2011). A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo. *Revista Diálogos. Universidad de San Luis*, 2(2): 7-25.
- Gerlero, S.; Augsburger, A.; Duarte, M.; Gómez, R. y Yanco, D. (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9): 24-29.
- Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International journal of health geographics*, 3(1).
- Joseph, A. E. y Bantock, P. R. (1982). Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: a method and case study. *Social science & medicine*, 16(1): 85-90.
- Kohn, R. y Levav, I. (2009). “La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe”. En Rodríguez, R.; Kohn, R. y Aguilar, Gaxiola, S. (Eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 300-315). Washington: OPC.
- Lago, F. P.; Elorza, M. E.; Moscoso, N. S. y Ripari, V.N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25): 40-54.
- Maceira, D.; Olaviaga, S., Kremer, P. y Cejas, C. (2010). Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. *Medicina y Sociedad*, 30(4).

- OPS (2007). Renovación de la atención primaria de la salud en las américas: documento de posición de la organización panamericana de la salud. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf
- PNUD (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.
- Remediar (2007). Caracterización de los centros de salud del país. Buenos Aires: MSAL. Recuperado de <http://www.remediar.gob.ar/files/Catastro.pdf>
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36(94): 327-342.
- Tobar, F.; Montiel, L.; Falbo, R. y Drake, I. (2006). La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina. Recuperado de http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf
- Williams, G.; Duré, I.; Dursi, C. y Pereyra, J. L. (2014). Médicos en Argentina: Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. *Revista Argentina de Salud Pública*, 5 (19): 39-42.
- Yanko, D.; Gerlero, S.; Augsburger, A.; Duarte, M. P. y Gómez, R. A. (2012). Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina. *Salud Mental y Comunidad*, 2 (2): 20-38.