

Características del uso y acceso a los servicios de salud en Argentina. Años 2000-2009.

Andrés Peranovich y Malena Monteverde.

Cita:

Andrés Peranovich y Malena Monteverde (2013). *Características del uso y acceso a los servicios de salud en Argentina. Años 2000-2009. XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Bahía Blanca.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiijornadasaepa/50>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edrV/zug>



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>.

CARACTERÍSTICAS DEL USO Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA. Años 2000-2009

Andrés Peranovich y Malena Monteverde
CIECS-CONICET, UNC.
andrescpera@gmail.com
CIECS-CONICET, UNC.
montemale@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Los estudios macroeconómicos han evidenciado que los países con peores condiciones de salud y educación tienen más dificultades para lograr un crecimiento sostenido en comparación con los países que han superado esas deficiencias. Dada la importante repercusión de las enfermedades en el desarrollo económico, invertir en salud es un componente substancial de las estrategias generales de desarrollo. Esto es especialmente cierto en los países pobres en los que la carga de morbilidad es muy elevada. Pero las inversiones en salud alcanzan su máxima eficacia cuando forman parte de una sólida estrategia general de desarrollo (Rodríguez Acosta, S., 2010).

En el contexto del desarrollo de las políticas de salud, los sistemas de salud toman un papel preponderante, siendo sus objetivos fundamentales el mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

Resulta común imponer a los sistemas de salud la obligación de ser asequibles, equitativos, accesibles, sostenibles y de buena calidad, y en ocasiones también que exhiban muchas otras virtudes. Sin embargo, bajo la visión de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) ciertos objetivos deseados, como la accesibilidad, son en realidad un medio para alcanzar un fin, son metas instrumentales. Cuanto más accesible sea un sistema, más debería utilizarlo la gente para mejorar su salud.

Sobre ese marco teórico, este trabajo propone estudiar la situación de uso y acceso a los servicios de salud de la población argentina durante la primera década del siglo XXI, considerando esta temática bajo la perspectiva de los determinantes de salud de la población.

OBJETIVOS

- Caracterizar el estado del uso y acceso a los servicios de salud de la población argentina para el período 2000-2009, a través del análisis de las internaciones y consultas realizadas por la población y de los nacimientos y defunciones según local de ocurrencia.
- Describir la disponibilidad de recursos en salud y el gasto público en salud anual del territorio argentino.

METODOLOGÍA

El presente es un trabajo de índole descriptiva y cuantitativa. Se utilizan valores absolutos y relativos de mortalidad y de egresos de establecimientos oficiales, por edad, sexo, y causas de muerte. También datos de defunciones y nacimientos por local de ocurrencia, por sexo. Los datos mencionados se organizan según provincias del territorio argentino y el período estudiado comprende el lapso entre el año 2000 al 2009 inclusive, con series de valores obtenidos a través de interpolaciones lineales o logarítmicas de datos no consecutivos. Para el análisis de los datos se procedió a la agrupación de la población en cuatro grupos de

edades: 0-14, 15-29, 30-64 y 65 y más, basándose en el impacto que tienen los grupos de enfermedades más frecuentes (infecciosas, crónicas-degenerativas, traumáticas, etc) en las edades de la población general. En el caso de las causas de internación y de defunción, se agruparon las causas específicas en grandes grupos de causas básicas según la lista recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Además, en el estudio de las causas de muerte e internación se utilizan promedios móviles.

También se recurre a datos de uso y acceso sanitario y disponibilidad de recursos en salud correspondientes a la totalidad del país, para el período estudiado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se utilizan como fuentes la información estadística originada en los registros permanentes y censos del Sistema Estadístico de Salud (SES) de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de Argentina, desde el 2000 hasta el 2009, y los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riego 2005 y 2009, producidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). También se utilizó la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003, 2005 y 2010, coordinada por el Centro de Estudios de Opinión Pública de la Universidad de Buenos Aires (CEDOP-UBA).

RESULTADOS OBTENIDOS

INTERNACIONES

Los egresos hospitalarios o internaciones constituyen una forma de uso de los servicios de salud, y el estudio de sus características (cantidad, causa, distribución por edad y sexo) es importante para comprender el alcance de su utilización. A su vez, las internaciones representan la principal fuente de datos sobre morbilidad de la población argentina. Relacionar la

morbilidad específica por causa con su correspondiente mortalidad resulta beneficioso para conocer cómo se desenvuelven ciertos procesos salud/enfermedad en una población, y luego, generalizando los datos a toda la población, determinar cuáles y cuantos recursos implicarán esos procesos para el sistema de salud.

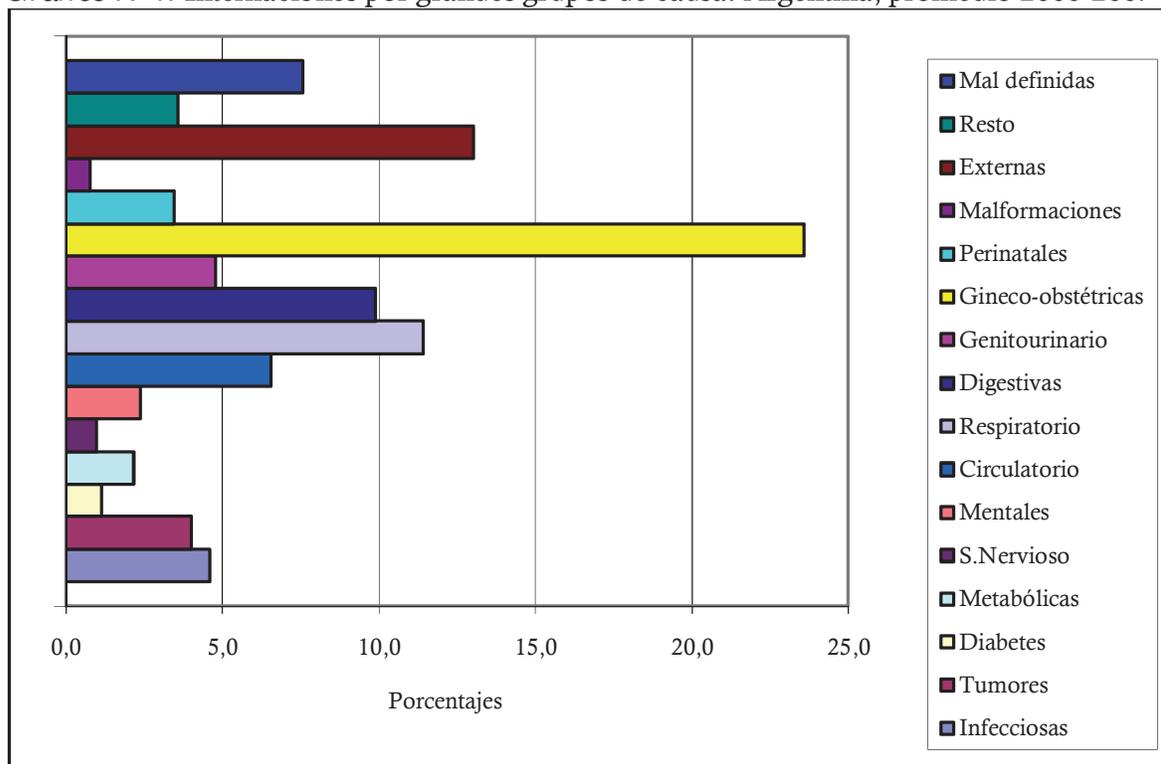
Antes de seguir es necesario dejar en claro que los datos sobre las características de las internaciones que analizamos corresponden a las internaciones realizadas en establecimientos del sector público solamente, no disponiendo de datos para el sector no público.

En promedio, el 22% de la población requiere ser internada al menos una vez por mes, y esa cifra se eleva a un 29% para el año 2010. El objetivo de la internación no siempre es el mismo: puede ser para realizar pruebas diagnósticas en el enfermo, para aplicar tratamientos específicos (principalmente intravenosos) o bien por la misma enfermedad o sus complicaciones. Sin embargo no todo es enfermedad en salud: las mujeres embarazadas también se internan para el parto. Esto último explica el que sea mayor el porcentaje de mujeres internadas que de hombres durante todo el período en estudio. Sin embargo esta diferencia no es constante: varía con los grupos etarios. En efecto, hasta los 15 años de edad, existe un leve predominio de las internaciones en hombres con respecto a las mujeres; entre los 15 y 29 años (inicio de la edad fértil) la internación de mujeres sufre una elevación muy importante (cuatro veces con respecto a los hombres), que se mantiene entre los 30 a 64 años, aunque en valores gradualmente menores. En cambio, a partir de los 65 años de edad, el porcentaje de internaciones de hombres y mujeres es similar.

En el período 2000-2009, la principal causa de internación para el total de la población resultan ser las causas relacionadas a partos, embarazos y puerperio; en segundo lugar las causas externas, en tercer lugar las causas respiratorias, en cuarto las causas digestivas y en quinto lugar las cardíacas. Si bien la prevalencia de estas causas se mantiene poco variable a lo largo de la década considerada, para el año 2009 se observa un

aumento en las internaciones por causas digestivas y del aparato genitourinario, pero principalmente por causas obstétricas. Este último aumento, sin embargo, no se corresponde con un incremento gradual en años anteriores, a diferencia las causas digestivas y genitourinarias, por lo que hasta no comparar estos valores con nuevos datos, nos remitiremos a considerarlo como un hecho puntual, esto es, una diferencia aislada.

Gráfico N°1. Internaciones por grandes grupos de causa. Argentina, promedio 2000-2009

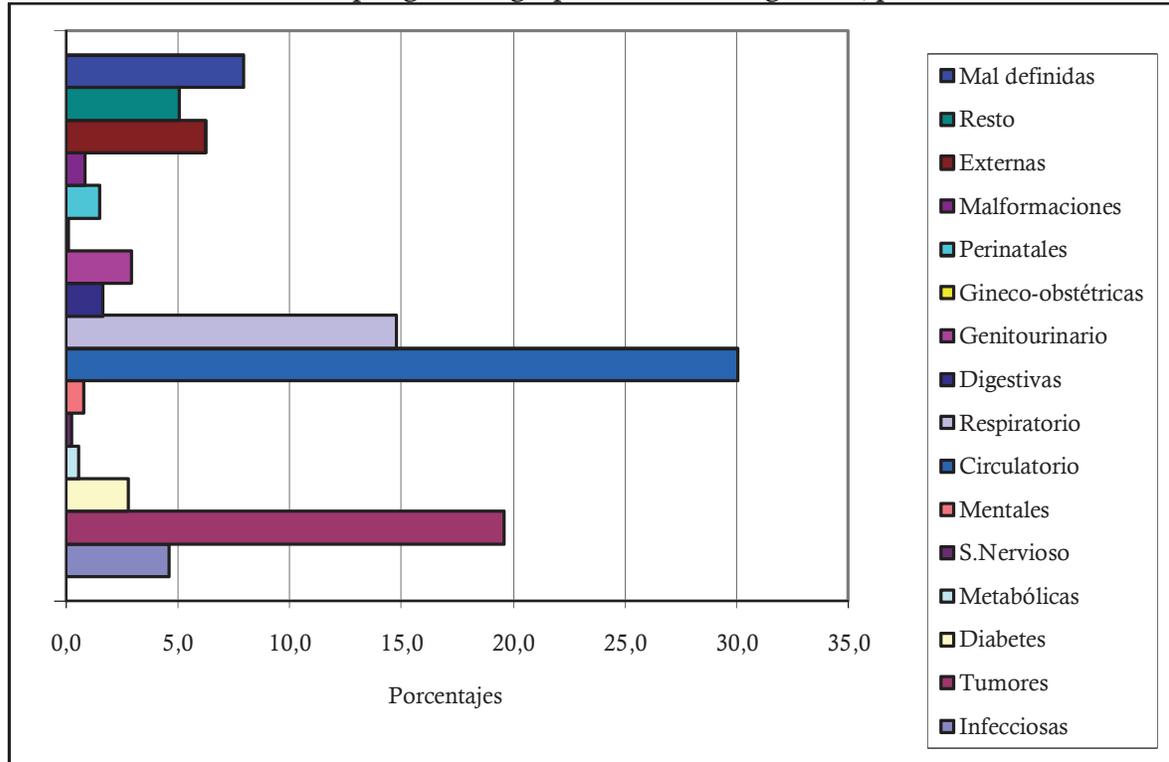


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud

En comparación, los grupos de causas que mayor cantidad de muertes producen en la población estudiada son las relacionadas con el aparato circulatorio en primer lugar, los tumores en segundo lugar, las causas respiratorias en tercer lugar y las causas externas en cuarto lugar. Resultan importantes luego el resto de las causas definidas, las causas infecciosas, diabetes mellitus y las del aparato genitourinario. Las causas designadas como mal definidas presentan un valor promedio de 7,6 % para el período

estudiado, y es alto en relación a otras causas, pero sólo las consideraremos como testigos de la calidad de los datos que estamos contemplando.

Gráfico N°2. Defunciones por grandes grupos de causa. Argentina, promedio 2000-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud

ANALIZANDO LOS DATOS POR GRUPOS DE EDADES:

Menores de 1 año: La principal causa de internación en esta edad es debida a afecciones del período perinatal en primer lugar, seguido de enfermedades respiratorias en segundo, infecciones en tercer lugar y causas externas en cuarto. Las principales causas específicas de internación se refieren a ciertas afecciones del período perinatal, bronquitis y bronquiolitis agudas y neumonías e influenza. Las causas relacionadas a afecciones del período perinatal también constituyen la principal causa de muerte en este grupo etario, seguida de las malformaciones congénitas. Ambos grupos de causas

abarcan el 72-75% de las defunciones en esta edad. Lejos se encuentran las causas respiratorias, las infecciosas y las externas.

De 1 a 4 años Las enfermedades respiratorias predominan como causa de internación, seguida por las causas externas, las infecciones y las causas digestivas. Las principales causas específicas de internación se refieren a enfermedades infecciosas intestinales, bronquitis y bronquiolitis agudas, neumonías e influenza y traumatismos de cabeza y cuello. Como causa de decesos, predominan las causas externas, seguidas por el resto de las causas definidas, las malformaciones congénitas, las causas respiratorias, las infecciones y los tumores.

De 5 a 14 años Las causas externas comprenden un cuarto de las internaciones de este período de vida, seguido de las causas respiratorias, digestivas e infecciones, respectivamente. En este grupo etario son los traumatismos de cabeza, cuello y miembros los que predominan como causa específica de internación, junto con la apendicitis y la neumonía e influenza. Las causas externas también resultan ser la principal causa de muerte, seguida por los tumores en segundo lugar. El resto de las causas definidas se emplazan en tercer lugar, las causas respiratorias en cuarto y las cardíacas en quinto lugar. En los últimos años de la década empieza a adquirir mayor importancia el grupo de las malformaciones congénitas.

De 15 a 29 años Las causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituyen el 60% de las internaciones de este grupo etario. Le continúan en importancia las causas externas, las digestivas y las respiratorias. Las causas específicas más comunes son las relacionadas al parto, embarazo y aborto, seguidas de las enfermedades de vesícula y apéndice y de los traumatismos en general. Este grupo etario debe principalmente su mortalidad a las causas externas, con una apabullante diferencia con respecto a las demás causas: le corresponden el 60% de los decesos de esta población. Le sigue en importancia los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades respiratorias y las infecciosas. En la última mitad de la década estudiada las enfermedades

respiratorias adquieren en este grupo de edad mayor relevancia que las circulatorias.

De 30 a 64 años En este grupo etario observamos que las internaciones se producen principalmente por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio, causas digestivas, causas externas y causas cardíacas. Toman importancia las internaciones producidas por tumores, que se ubica en quinto puesto. Son importantes causas específicas de internación las relacionadas al parto y aborto, las colecistitis, el grupo designado como demás enfermedades cardíacas y las enfermedades del aparato genitourinario. En cuanto a la mortalidad, se observa un notable descenso en las defunciones por causas externas, que queda relegada al tercer puesto de causas de muerte, siendo los tumores los que provocan mayor mortalidad en este grupo etario, seguido de las enfermedades cardiovasculares. En cuarto puesto se destacan las enfermedades respiratorias y en quinto las infecciosas.

Más de 65 años Las enfermedades cardíacas resultan ser la causa más común de internación en los adultos mayores, seguidas por las causas respiratorias, digestivas, externas y los tumores. Para este grupo etario las causas específicas más frecuentes son las designadas como demás enfermedades cardíacas, neumonía e influenza, resto de enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades hipertensivas y enfermedades cerebrovasculares, en ese orden. Como es de esperar, la principal causa de muerte de esta población es la relacionada a enfermedades del aparato circulatorio en primer lugar, los tumores en segundo lugar, las enfermedades respiratorias en tercer lugar, el resto de las causas definidas en cuarto lugar y las infecciosas en quinto lugar.

En relación a la distribución por grupos de edades y sexos, tanto para las causas de internaciones como para las causas de muerte, observamos que, en general, el orden de importancia de las causas se mantiene tanto para varones como para mujeres. Las principales diferencias encontradas se resumen de la siguiente manera: en el caso de las internaciones, las

enfermedades genitourinarias presentan mayor relevancia en el sexo femenino a partir de los 15 años de edad, en comparación con los varones y con otras causas de internación, inclusive las respiratorias. Para los varones, en cambio, en el grupo etario de 15 a 29 años, las enfermedades mentales tienen más peso que las respiratorias como causa de internación. Además, en los varones, por cuestiones biológicas obvias, las causas externas constituyen la primera causa de internación entre los 30 y 64 años de edad.

En el caso de la mortalidad, las causas externas presentan valores muchos menores para las mujeres que para los varones, y por el contrario, los tumores representan una mayor amenaza para el sexo femenino que para el masculino hasta los 65 años de edad. Las muertes por causas respiratorias a su vez tienen más importancia en las mujeres que en los varones a partir de los 30 años de edad. Las causas cardiovasculares constituyen una fuente constante de decesos en el sexo masculino y sólo se equipara en el sexo femenino luego de los 65 años de edad.

En resumen, observamos que las enfermedades respiratorias y las causas externas constituyen afecciones que demandan el uso continuo de los servicios de salud, puesto que su incidencia es grande en todas las edades de la vida. Hasta los 15 años de edad además, las infecciones se transforman en una importante fuente de morbi-mortalidad en los niños; de la misma forma, en la edad adulta (a partir de los 30 años), las enfermedades cardíacas, respiratorias y los tumores incrementan la incidencia de su morbi-mortalidad de manera gradual y en ambos sexos. Las afecciones del período perinatal también implican una gran afluencia a los servicios de salud, así como una importante causa de mortalidad en los menores de 1 año.

En los hombres la prevalencia de las causas externas como productoras de muerte e internaciones es mayor que en las mujeres, al menos hasta los 65 años de edad. Por su parte, la mortalidad por tumores de las mujeres entre 30 y 64 años es mucho mayor que en los varones del mismo rango

etario, sin embargo en este grupo no es muy frecuente la internación por esta causa, pues su tratamiento se hace mayoritariamente en forma ambulatoria.

Mención aparte merecen las enfermedades crónicas dentro del sistema de salud, tanto por la cantidad de intervenciones médicas que desencadenan (consultas, internaciones), como por el prolongado tiempo de su permanencia. En nuestro caso, en base a la disponibilidad de datos, hablaremos de sólo dos de ellas: la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

La hipertensión arterial constituye una enfermedad crónica con una prevalencia en la población general que llega al 31%. Su distribución es diferente según las edades, siendo su prevalencia más importante entre los mayores de 65 años (cerca del 60%), luego entre los 30 y los 64 años (32%) y es menor entre los menores de 29 años (13%). Esta enfermedad y sus complicaciones acarrear episodios de internación, que constituyen en promedio el 1,49% del total de internaciones realizadas en el período analizado. Si bien del total de internaciones por hipertensión, el 50% le correspondió al grupo de población de entre 30 y 64 años, y sólo el 40% a los mayores de 65 años, las internaciones por enfermedad hipertensiva constituyen más del 4% del total de las internaciones de los mayores de 65 años y apenas cerca del 2% de las internaciones de la población entre 30 a 64 años de edad. De más está repetir que es justamente en la población de 65 años y más donde la mortalidad por causas del aparato circulatorio (donde están incluidas las enfermedades hipertensivas) tiene mayor relevancia.

La diabetes mellitus, por otro lado, tiene una prevalencia que es cercana al 9%, aunque viene en ascenso en los últimos años. Esta prevalencia, al igual que en la hipertensión, es mayor en la población de 65 años y más (19%), luego en la población de 30 a 64 años (10%) y en los menores de 29 años llega al 3%. En promedio constituye el 1% de todas las internaciones y su distribución en los grupos etarios también es similar a la de la

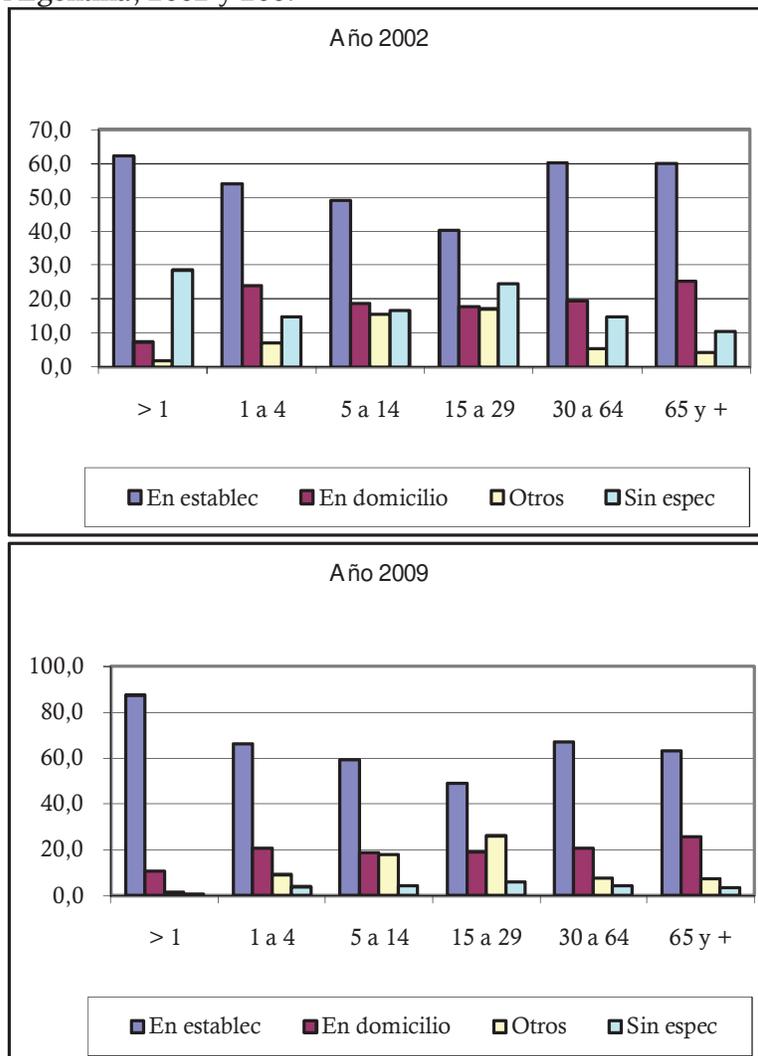
hipertensión arterial: si bien se internaron por diabetes más personas entre 30 y 64 años (50%) que de más de 65 años (35%), para este último grupo etario constituyen el 2,7% del total de las internaciones, mientras que para la población entre 30 y 64 años constituye apenas el 1,7% en promedio.

DEFUNCIONES SEGÚN LOCAL DE OCURRENCIA

Los datos de los egresos hospitalarios o internaciones registran aquellos pacientes que cumplieron una estadía en los establecimientos sanitarios, pero no consignan a aquellas personas que fueron internadas y murieron durante la internación. Estas personas también constituyen registros de uso de servicios de salud, pero sus datos se mezclan con los de mortalidad. De ahí la necesidad de estudiar las defunciones según local de ocurrencia.

Para todo el territorio argentino, más del 60% de las defunciones de todas las edades se producen en un establecimiento sanitario, mientras que el resto se distribuye entre las ocurrencias domiciliarias (20-24%) y otros lugares (6-8%). El resto corresponde a lugares sin especificar, que a principios de la década llega a valores de hasta 12%, pero que disminuye gradualmente para llegar a cerca de 4% para final del período.

Gráfico N°3. Defunciones por local de ocurrencia y grupos de edad seleccionados. Argentina, 2002 y 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud

Con respecto a las defunciones que ocurren en establecimientos sanitarios, los mismos pueden ser públicos o privados. Hasta el año 2005 la clasificación de la mortalidad en establecimientos hospitalarios incluía la categoría “sin especificar”, para designar cuando no se registraba el tipo de establecimiento donde se producía la muerte. Los datos para la primera mitad de la década del 2010 muestran que las muertes en establecimientos públicos constituían entre el 27-30% del total, mientras que las producidas

en establecimientos privados abarcaban el 30-35%. La categoría no especificado comprendía el 36-39% restante, pero partir de 2006 esa categoría desaparece, por lo que encontramos diferencias notables en los porcentajes a partir del mencionado año. Así podemos observar que a partir del 2006, de los fallecimientos ocurridos en establecimientos hospitalarios, el 45% ocurría en establecimientos públicos, mientras que el 55% restante se producía en establecimientos privados, con una tendencia creciente a fines de la década estudiada.

Es necesario poner de manifiesto que el lugar de ocurrencia de las defunciones, cuando es institucionalizado, sea público o no público, no habla de la calidad de los establecimientos, sino de la preferencia de la población por el uso de esos servicios de salud.

El predominio de la ocurrencia de las defunciones en establecimientos sanitarios se da en todas las edades de la vida, aunque es mayor en los menores de 1 año (83-87%) y a en los grupos de 30 a 64 años (60-66%) y de 65 años y más (60-63%). En este último grupo de edad es donde ocurren con más frecuencia los fallecimientos domiciliarios (25%), al igual que en el grupo de 1 a 4 años de edad (20% de las muertes). Las muertes ocurridas en otros lugares son más frecuentes en aquellos grupos etarios donde mayor prevalencia tienen las muertes por causas externas, es decir, entre los 15 a 29 años y entre los 5 a 14 años, respectivamente.

Las defunciones ocurridas en lugares sin especificar se distribuyen en todas las edades, son más comunes en el grupo de los 15 a 29 años y, como se mencionó anteriormente, tienden a reducirse en todas las edades a medida que pasan los años, lo que indica un mejor registro de las defunciones.

Teniendo en cuenta la localidad de ocurrencia de los decesos en establecimientos públicos, son las provincias de Tucumán (70-75%), La Rioja (70-73%), Chubut (68-72%), Jujuy (67-72%), Santa Cruz (67-72%), Neuquén (68-71%) y Santiago del Estero (63-71%), las que mayores porcentajes presentan, mientras que Mendoza (54-56%), Misiones (55-

62%) y provincia de Buenos Aires (55 – 61%), muestran los menores valores.

A su vez, las provincias de Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut y Entre Ríos concentran la mayor cantidad de muertes en el sector público (Tierra del Fuego hasta un 86%), mientras que las provincias de Santa Fe, Córdoba y Mendoza, en ese orden, concentran la mayor cantidad de defunciones en el sector no público (74% para Santa Fe).

Con respecto a las defunciones en los domicilios, resultan notables los bajos valores que se observan en provincia de Buenos Aires, donde los porcentajes oscilan entre 10 -14% hasta el 2005. Simultáneamente resulta ser la provincia con mayor porcentaje de lugares sin especificar que hay en el país, siendo estos valores muy elevados en la primera mitad de la década (30%). A partir del 2006 las muertes domiciliarias en esta provincia alcanzan valores promedios con respecto al resto del país, y si bien descienden los valores de lugares no especificados, hacia el 2009 continúa siendo la provincia que mayor porcentaje de esta categoría presenta (9% en relación a su más cercana que es Tucumán con 1,8%). Por el contrario, las provincias de Mendoza y Formosa presentan un continuo alto porcentaje de defunciones domiciliarias (30-33%).

En relación a las defunciones en otros lugares, éstas son más frecuentes en las provincias de Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Santa Fe, La Pampa y ciudad de Buenos Aires (9-14%) que en el resto del país.

Para las defunciones de menores de 5 años ocurridas en establecimientos sanitarios, en promedio el 82% de los decesos se produjeron en dichos establecimientos, mientras que el 13% ocurrió fuera de estas instituciones. Analizando los datos, son la ciudad de Buenos Aires (90-98%) y la provincia de Tucumán (83-93%) las que más altos valores presentan, y, por el contrario, las provincias de Jujuy (22-36%), Santiago del Estero, Catamarca, Salta y Misiones (en promedio 20-24%) son las que mayor cantidad de defunciones no institucionalizadas exhibieron en el período estudiado. Tierra del Fuego presenta

ocasionalmente valores muy elevados de defunciones infantiles no institucionalizadas (hasta un 45%), pero éstos deben ser considerados en relación a las pocas muertes acaecidas en esa provincia.

Sólo la provincia de Buenos Aires muestra porcentajes significativos de datos sin especificar, que oscilan entre 14 a 23%, pero mejoran bastante a partir del 2008, llegando a sólo un 3% para el 2009.

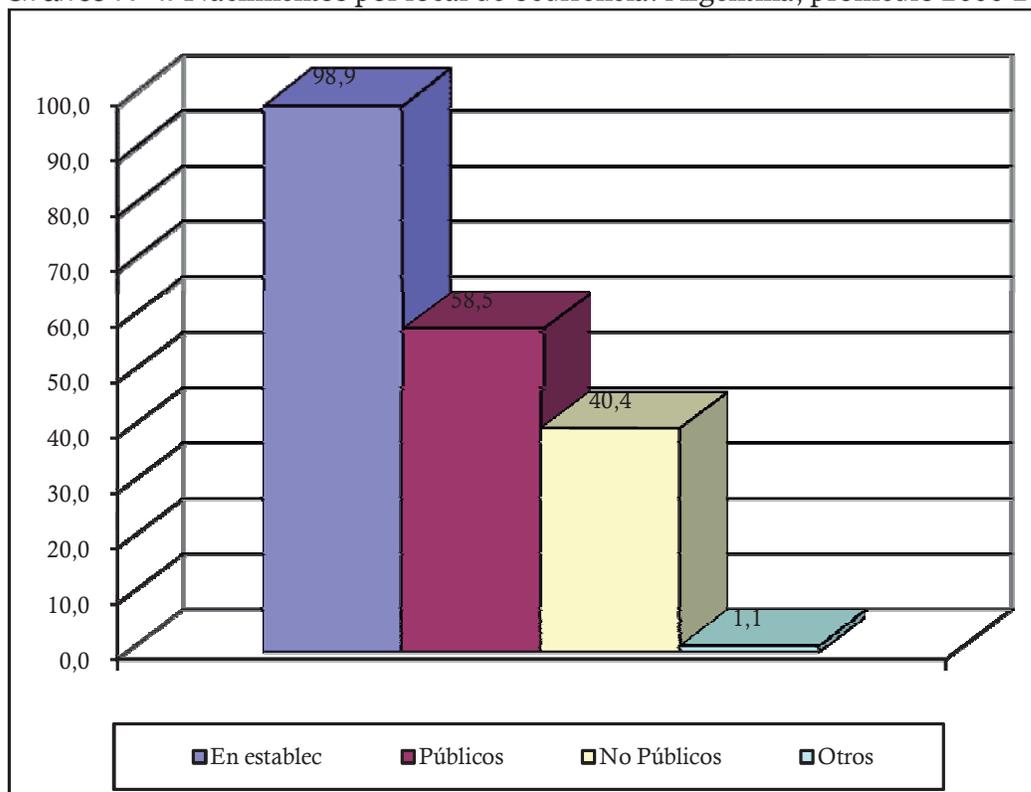
A su vez, del total de las defunciones de menores de 5 años, el 80% alegó haber recibido atención médica al momento del deceso a principios del 2000, cifra que se reduce al 75% para fines del período analizado; paralelamente, los casos no especificados aumentan desde el 2001 de un 12 a un 18% en 2009. Por otra parte, aquellos niños que no recibieron atención médica fueron en promedio 7% para todo el país. En relación a esta variable en particular, es necesario acotar que la falta o no de atención médica al momento del deceso depende también de las causas de defunción. Como habíamos comentado en secciones anteriores, las causas externas constituyen la principal fuente de mortalidad del grupo etario de 1 a 4 años de edad, éstas incluyen circunstancias tales como accidentes o eventos que producen muerte instantánea, sin oportunidad del equipo médico de intervenir en la situación. En estos casos, la mortalidad de los menores de 5 años va a estar influenciada por la cantidad de estos eventos que se presenten. Aún así, podemos afirmar que las provincias de Tucumán y Formosa presentan valores más elevados que el resto de las provincias en relación a defunciones sin atención médica, y estos valores se mantienen durante todos los años estudiados.

Considerando los registros no especificados, si bien los valores son bastante variables para las provincias según los años, podemos afirmar que Entre Ríos, Salta, Chaco y Misiones presentan en general porcentajes altos de inespecificidad en esta categoría.

NACIMIENTOS POR LOCAL DE OCURRENCIA

Como mencionamos anteriormente, los nacimientos representan una parte importante de las internaciones de la población femenina, y por ende, del acceso y uso de servicios de salud. Aproximadamente entre el 98 y 99% de los nacimientos que se producen en Argentina ocurren en un establecimiento sanitario, sea público o no. El 1-2% restante se distribuye entre nacimientos domiciliarios y otros lugares. Esto nos habla de un buen acceso a los servicios de salud en el caso de la singularidad del nacimiento, aunque no necesariamente un acceso constante a los servicios de salud. Si bien es alta la atención de los nacimientos en los hospitales, clínicas, etc., en algunas provincias las cifras son algo más bajas, principalmente en Formosa (92-95%), Salta (95-97%) y Santiago del Estero (94-97%). La gran mayoría de los nacimientos no institucionalizados resultan ser domiciliarios (90%), siendo los nacimientos en otros lugares muy escasos. En cuanto a los nacimientos sin especificar lugar también presentan cifras insignificantes, excepto para la provincia de Buenos Aires, en donde llega hasta el 1%.

Gráfico N°4. Nacimientos por local de ocurrencia. Argentina, promedio 2000-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud

A diferencia de la mortalidad, los nacimientos tienen mayor predominio en los establecimientos públicos que en los no públicos (aproximadamente una relación establecimientos públicos/no públicos de 60/40%) y las excepciones no son pocas, se producen principalmente en las provincias de Chubut, Córdoba, Ciudad de Buenos Aires y Santa Fe. Sin embargo se puede apreciar que la preferencia por establecimientos de salud no públicos como lugar de nacimiento ha ido incrementándose paulatinamente en todas las provincias en los últimos años, sobre todo en San Luis y La Pampa.

Con respecto a la asociación de la madre a una obra social, observamos que en general la población con obra social utiliza los servicios de salud no públicos, mientras que los que no tienen obra social utilizan los públicos, como es de esperarse. Sin embargo en algunas provincias el uso

de obra social en hospitales públicos es bastante marcado, sobre todo en Santa Cruz, Tierra del Fuego y Neuquén.

Hay que tener en cuenta, no obstante, la distribución de la población con obra social. En efecto, las madres con obra social que acudieron a un establecimiento sanitaria para dar a luz constituyen en promedio el 44% de toda la población que da a luz, mientras que aquellas que no tienen obra social representan el 40%. Los valores dependen de la provincia considerada: Santiago del Estero, Formosa y Chaco ostentan valores de madres afiliadas de entre 20 al 30%, en promedio, mientras que Tierra del Fuego, Santa Cruz, Ciudad de Buenos y Chubut muestran porcentajes de entre 58 y 78% de madres con obra social. Analizando las tendencias de los datos, se puede concluir que la asociación a obras sociales ha ido aumentando en los últimos años, pasando de un 38 a un 47% en menos de diez años. Finalmente, la falta de especificidad de los registros en estas categorías presenta cifras altas en la provincia de Buenos Aires y en Corrientes.

CONSULTAS AL MÉDICO

Las consultas ambulatorias al médico constituyen otro registro del uso de los servicios de salud en la población. En este caso tomamos como parámetros los datos obtenidos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud y de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, los cuales se generalizan para todo el territorio argentino.

Bajo este supuesto, para el total del país en el período considerado, el promedio mensual de consultas al médico de la población en general es de 0,78, siendo el promedio de cantidad de consultas al médico de 1,78 hasta los 65 años, y de ahí en más de 2 consultas por mes. El 60% de la población en general realiza consultas a un profesional de la salud en un mes. Ese porcentaje se ha visto incrementado durante la década analizada, llegando a un 64% en el 2010. Ese aumento parece estar influenciado por un importante incremento en las consultas de los mayores de 60 años de edad, en mayor medida, y un leve aumento de las consultas de los

menores de 15 años. Sin embargo, es necesario hacer notar la posible presencia de otros factores ambientales que impactarían en la salud de la población, relacionados por ejemplo a enfermedades emergentes, contaminación ambiental, deforestación, cambio climático, etc. De todas formas, más del 50% de la población mayor de 65 años realiza al menos una consulta por mes al profesional de salud, lo mismo que el 50% de la población menor de 15 años, y el 35% de la población entre 15 y 64 años de edad.

Tabla N°1. Porcentajes de afiliación, consultas e internaciones de la población argentina. Años 2003, 2005 y 2010

Año	Afiliación	Consultas				Internaciones
		Total	Médico	Dentista	Otros	
2003	58,2	60,3	39,5	14,9	5,9	22,9
2005	62,7	62,7	40,6	15,3	6,8	22,1
2010	66,6	64,6	42,1	15,6	6,9	29

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud

Del total de las consultas, el 65% corresponden a un médico, el 24% a un dentista y un 10% a otros profesionales de la salud (salud mental, fonoaudiología, kinesiología, etc.). Esta distribución se mantiene invariable a lo largo del período.

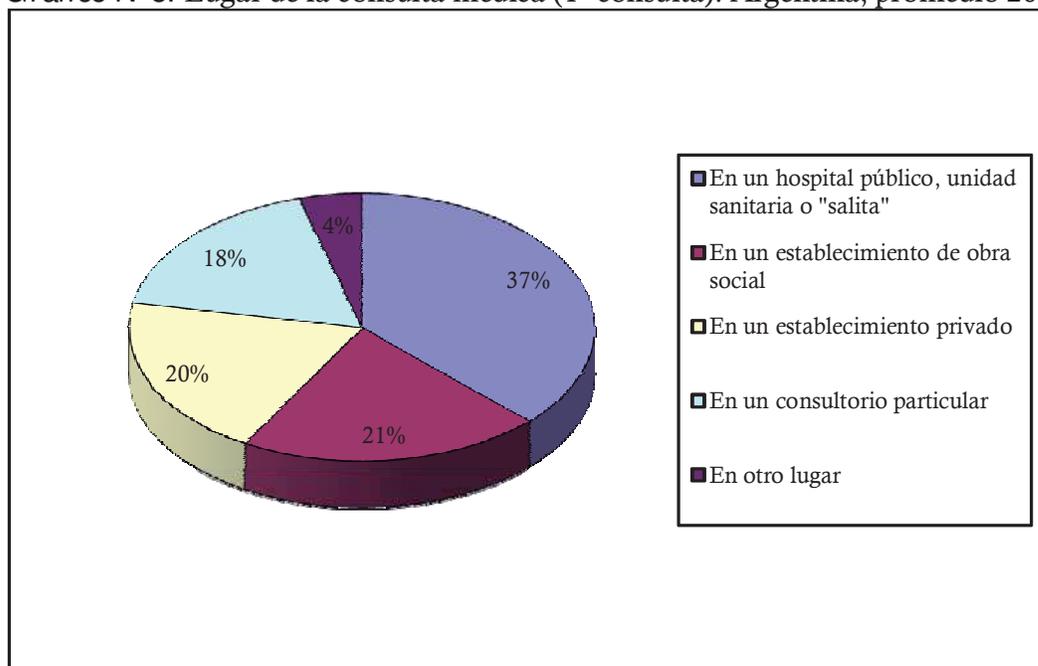
Con respecto a la distinción por sexo, existe una clara predominancia de las mujeres en todos los tipos de consulta ambulatoria con respecto a los hombres, diferencia que se mantiene en todo el período analizado. Para explicar esta diferencia hay que tener en cuenta dos cuestiones: por un lado las características biológicas reproductivas de las mujeres, el embarazo principalmente, que las llevan van a una mayor asistencia ambulatoria a servicios de salud; por otro lado, ciertos patrones culturales de comportamiento que suelen “evadir” el contacto con los profesionales de la salud, y que son más frecuentes en hombres.

Otra variable que ha aumentado en los últimos años ha sido la afiliación de los pacientes a algún sistema de seguro de salud, pasando de

un 58% en el 2003 a un 66% en el 2010. Si bien este incremento se observa en todos los ámbitos descriptos, es más marcado en la población de 60 años y más.

En relación al lugar donde se realiza la consulta médica, aproximadamente un 35% de las mismas se efectúa en un establecimiento de salud pública (20% en hospital público y 14% en Centros de Atención Primaria de Salud), un 20% corresponde a establecimientos privados, otro 22% a establecimientos de obras sociales y el resto corresponde a consultorios particulares y otros.

Gráfico N°5. Lugar de la consulta médica (1ª consulta). Argentina, promedio 2000-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud

Considerando el motivo de consulta, sólo contamos con datos para el año 2010: el 61% de los pacientes asistió a la consulta para control o seguimiento de su estado de salud (enfermedad, embarazo, etc.), un 2,6% asistió para realizarse estudios o análisis y un 7,3% acudió por accidentes y otras causas. Es decir que solamente el 29% de pacientes ambulatorios asistieron por problemas de salud o enfermedad.

Finalmente, existe un 14% de la población que en el 2005 sintió un malestar o tuvo un problema de salud y no consultó al médico, porcentaje que disminuye a 10% en el 2009. La principal causa para no asistir a un profesional de salud, según alega la esta población, es que el hecho no le pareció importante (38% para el 2005 y 42% en el 2009). En el 2005, la segunda causa alegada es “otra razón”, sin identificar la misma (22%) y en tercer lugar el hecho de “no tener tiempo” con un 18%. Para el 2009, se invierten estas últimas dos causas, quedando el no tener tiempo con 22% y otra razón con 15%. La población que afirmó no tener dinero para la consulta constituyó en promedio el 14% y aquéllos que dijeron haber pedido turno pero que todavía no lo habían atendido llegan al 5,4%. Considerando grupos etarios, en general los porcentajes mencionados se mantienen en todas las edades, siendo sólo relevante el hecho de que en la población de 18 a 29 años la respuesta “no le pareció importante” llega a más del 53%, y en la población de 65 años y más son más elevados los porcentajes de “otra razón” y “pidió turno pero aún no lo atendieron” como motivo de no consulta. Contrariamente, en este grupo etario es menor el porcentaje de personas que alegó no tener tiempo para realizar consulta médica. Al contrario de lo que se podría pensar, la distinción por sexo en este tema no aporta diferencias significativas.

COBERTURA DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El acceso a los servicios de salud depende de varios factores: geográficos, culturales, socioeconómicos, etc. De ellos, el factor económico tiene un innegable impacto sobre la cantidad y calidad de servicios a los que se accede, en forma de posibilidad de cobertura de los gastos en salud. Bajo esta perspectiva, el conocimiento del alcance que tiene la cobertura de salud en la población, así como el tipo de cobertura, resulta necesario.

Según el censo del año 2001, el 51,9 % de la población argentina contaba con cobertura médica, porcentaje que asciende a 64 % según los datos del censo del 2010. El tipo de cobertura médica también ha sufrido

algunas variaciones durante el período: ha aumentado la población asociada a sólo obra social a un 54%, en detrimento de sólo plan de salud privado y los servicios de emergencia. De igual modo también ha aumentado la cantidad de población con obra social y plan de salud no privado y ha disminuido la afectación al plan o seguro público.

La cobertura médica no es igual en todo el territorio argentino. Así por ejemplo, las provincias del Norte argentino tenían porcentajes de no asociación a obra social que superaban el 50% en el 2005, bajando al 30% en el 2009, en tanto otras provincias como Ciudad de Buenos Aires y Santa Cruz estos valores llegan apenas al 15% de los habitantes en el 2005 y a 8% en el 2009.

La distribución del tipo de cobertura médica también es diferencial según provincias, encontrándonos con que en Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Tucumán, hay mayor preferencia por el plan de salud privado que en otros lugares. Asimismo, es mayor la afiliación sólo a obra social en Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut y San Luis y la combinación de obra social y otro servicio no privado es más frecuente en Catamarca y La Rioja.

RECURSOS DISPONIBLES

Hasta ahora hemos analizado la demanda de servicios de salud de la población, pero faltaría entonces describir la oferta de servicios de salud, para tener un panorama claro del sistema sanitario actual de Argentina. Desafortunadamente, los datos oficiales disponibles de establecimientos sanitarios sólo se refieren al año 2000, mientras que los otros datos son relevados de distintas bases de datos, tanto nacionales como internacionales.

Según los datos del año 2001, hay en Argentina 17.845 establecimientos de salud distribuidos por todo el territorio, siendo 7.727 del sector oficial y 10.118 del sector tanto privado como de obras sociales y mixtos. De esa cantidad, sin embargo, sólo cuentan con internación 3311

establecimientos, de los cuales apenas 1.271 pertenecen al sector público, principalmente bajo autoridad provincial. En el sector no público, en cambio hay 2040 establecimientos con capacidad de internación.

Si relacionamos la cantidad de establecimientos con la cantidad de población, obtenemos que en Argentina hay en promedio, 4,8 establecimientos de salud cada 10.000 habitantes, y si consideramos la población del 2009, esa cifra disminuye a 4,5. Las diferencias regionales siguen persistiendo según provincia, y podemos observar que en Tucumán y en provincia de Buenos Aires la densidad de establecimientos por población es muy baja (0,3 y 3,4 por 10.000 habitantes, respectivamente). En cambio en otros lugares como en Catamarca, La Rioja o Santiago del Estero es elevada la densidad (11,9–10–7,2 respectivamente), siendo en la provincia de Tierra del Fuego excesiva (55 establecimientos por cada 10.000 habitantes para el 2009). No obstante, hay que tener en cuenta también la distribución geográfica de los establecimientos dentro de cada territorio en particular antes de poder hablar de un número aceptable o no.

Por otro lado, los establecimientos del sector oficial o público recibieron más de 89 millones de consultas en el año 2000, cifra que se elevó gradualmente hasta llegar a 102 millones hacia el año 2004. Asimismo debieron atender 431.345 partos y la internación de 2.244.713 personas en el 2000, que implicó 17.810.080 pacientes día, mientras que para el 2004, las cifras correspondientes fueron de 440.994, 2.415.923 y 18.033.349, respectivamente.

Teniendo en cuenta los establecimientos con internación, consideramos entonces la cantidad de camas disponibles, que para el total del territorio asciende a 153.065: 81.816 pertenecen al sector público y 67.233 al sector privado, 3.947 a obras sociales y 69 al sector mixto. A pesar de ser mayor la cantidad de establecimientos no públicos con internación, estas cifras se explicarían por la mayor capacidad de internación de los hospitales públicos en relación al resto. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, Argentina registraba para el período 2000-2008, 41 camas por

cada 10.000 habitantes, que asciende a 45 camas cada 10.000 habitantes en el período 2009-2011.

Con respecto a los recursos humanos, para el año 2001 existían en Argentina en promedio 33 médicos, 3,5 enfermeros y 9,3 dentistas por cada 10.000 habitantes, siendo las cifras anteriores al 2000 cercanas a 30 médicos, 8 enfermeros y 8 dentistas por cada 10.000 habitantes. Estas cifras se mantienen durante toda la década del 2000, según los datos de la Organización Panamericana de Salud

Con respecto al gasto nacional en salud, medido como porcentaje del PBI, el mismo se ha mantenido estable durante el período considerado, siendo en total aproximado de 7,9%, que corresponde un 4,6% al gasto público y un 3,3% al gasto privado.

COMENTARIOS FINALES

Las estimaciones realizadas son perspectivas a corto plazo de parte de la condición sanitaria de nuestro país y nos hablan de un aumento de la cantidad de gente que necesita internación, particularmente de la población adulta-anciana y de sexo femenino. Si la actual condición sanitaria referida a la disponibilidad de camas en los servicios hospitalarios oficiales ya es deficitaria en algunas regiones de nuestro país, esta situación puede convertirse en un gran problema sanitario en el futuro.

A los fines de entender por qué existe un déficit de camas hospitalarias disponibles, a pesar de que los números muestran que en la mayor parte de las provincias las camas alcanzarían, es necesario tener en cuenta varios factores relacionados a la realidad del país. Anteriormente mencionamos que existe una cantidad de camas disponibles para cada servicio del hospital o centro especializado y que esas camas no son intercambiables entre los servicios, por lo que 30 camas para un servicio que atiende 100 pacientes por mes no es lo mismo que 30 camas para un servicio que atiende 1000 pacientes por mes. Y es que diversas patologías son tratadas por distintos especialistas médicos, pero esa distinción no se tiene en

consideración cuando se cuentan las camas. Mencionamos también el problema de la distribución de las camas disponibles según provincia, problema que además podemos trasladarlo a las zonas rurales. Muchos hospitales no tienen capacidad instalada suficiente para poder abastecer la demanda de la zona, y esto es algo que se acumula año a año. Mientras tanto, se van deteriorando las camas hospitalarias para ofrecer a la población, porque va aumentando la población, pero no así la cantidad de camas de internación. Por si esto no fuera poco, los brotes de enfermedades como la bronquiolitis (que afecta a los menores de 2 años) y otras infecciones como la influenza y la neumonía, saturan los hospitales públicos y privados de manera estacional, siendo enfermedades previsibles y prevenibles.

Por otro lado es necesario mencionar que no todos los establecimientos hospitalarios, por más camas disponibles que tengan, están capacitados para atender pacientes con patologías complejas, sobre todo en las zonas más alejadas de los grandes centros urbanos, por lo que estos pacientes son derivados a grandes hospitales urbanos y de esta forma se pierden camas disponibles y otras no se aprovechan.

Otro gran problema que aqueja a los servicios públicos de salud estriba en el evidente deterioro de los establecimientos, con edificios de más de 50 años, con falta de obras o escasa actualización y reparación del equipamiento y falta de insumos médicos, lo que también conspiran contra la buena atención de los pacientes.

En cuanto al personal disponible, también hay déficit, de médicos y de enfermeros. "Se forman más de 4.500 médicos por año, pero 3.000 no pueden hacer la residencia. Por lo tanto -afirmó Jorge Eduardo Califano, autor del libro El financiamiento del sistema de salud argentino-, faltan buenos médicos que estén dedicados a cubrir vacantes". Y los salarios bajos tampoco atraen.

BIBLIOGRAFÍA

Califano, J. (2007). El financiamiento del sistema de salud argentino. Editorial Dunken.

Buenos Aires, Argentina.

DIRECCION DE ESTADISTICAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Egresos de establecimientos oficiales según variables seleccionadas. República Argentina - Años 2000, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. República Argentina.

DIRECCION DE ESTADISTICAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Indicadores de salud seleccionados. República Argentina – Años 2000 a 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. República Argentina.

DIRECCION DE ESTADISTICAS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Estadísticas vitales. Años 2000 a 2009. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. República Argentina.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra-Suiza.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Información y Análisis de Salud (HSD/HA): Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Años 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012. Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Rodríguez Acosta, S. (2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada. Departament d'Economia Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona.