



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR**

**TESIS DE DOCTOR EN ECONOMÍA**

Tópicos de economía de la salud: la atención  
primaria en los sistemas de salud

María Eugenia Elorza

BAHÍA BLANCA

ARGENTINA

2014

## **PREFACIO**

Esta Tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Doctor en Economía de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en el ámbito del Departamento de Economía durante el período comprendido entre el 28/09/2010 y el 22/12/2014, bajo la dirección de la Dra. en Economía Nebel Silvana Moscoso y la co-dirección del Dr. en Economía Fernando Pablo Lago.

Lic. María Eugenia Elorza



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR**  
**Secretaría General de Posgrado y Educación Continua**

**La presente tesis ha sido aprobada el .../.../..... , mereciendo la calificación de ..... (.....)**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer al CONICET, por haber financiado mis estudios de posgrado a través del otorgamiento de las becas doctorales tipo I y tipo II. Al Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur, a sus autoridades, docentes y a su personal administrativo, que me ofreció el marco adecuado para el avance de mis investigaciones.

En segundo lugar agradezco a la Dra. Nebel Moscoso, por su presencia diaria e incansable, por proponerme siempre nuevos desafíos y sus sabios consejos principalmente en lo académico pero también en la vida, y al Dr. Fernando Lago por invitarme a transitar el camino de esta investigación hace seis años y sus certeros aportes durante el proceso de la misma. Este trabajo no hubiera sido posible sin todas las horas de trabajo que dedicaron y la ayuda que me brindaron.

A mis compañeros del doctorado, por compartir nuestros días de trabajo desde hace 5 años. En especial a Nadia por su tiempo, su colaboración desinteresada, y principalmente su amistad. A mis compañeras de las cátedras de Estadística del Departamento de Matemática por recibirme en su grupo de trabajo con mucho cariño.

Finalmente, y no por ello menos importante, a mis padres, hermanas y amigas porque siempre me alentaron y estuvieron presentes. A Emanuel por su comprensión y por contagiarme su alegría cada día de nuestras vidas. Por último, y en especial, a Manuela por su inmensa paciencia en estos últimos meses.

## RESUMEN

Desde hace algunas décadas, los bienes y servicios provistos a través del Primer Nivel de Atención (en adelante PNA) en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud (en adelante APS) se consideran prioritarios en la gran mayoría de los sistemas de salud, pues constituyen insumos relevantes dentro de la función de producción de salud individual y poblacional.

Si bien numerosos estudios han abordado la estrategia de APS desde la perspectiva de las ciencias médicas, desde la economía de la salud no se ha generado suficiente evidencia acerca del impacto económico de las prestaciones de APS (como tampoco del PNA) sobre los resultados de salud y/o el desempeño de los sistemas de salud.

Por tal motivo, el presente trabajo se propone dos objetivos básicos. En primer lugar, se intenta presentar un marco teórico-conceptual que permita reconocer qué tipo de prestaciones pueden enmarcarse en la APS y cuál es la importancia otorgada a las mismas en los distintos sistemas de salud. En segundo lugar, pretende realizar un aporte al estudio de las problemáticas de la provisión pública de servicios de APS en contextos descentralizados. Este constituye un aspecto cada vez más analizado en la literatura económica, debido a que si bien las estrategias de APS pueden mejorar la equidad en el acceso a los servicios médico-sanitarios, también se ha alertado sobre la posibilidad de que las políticas de descentralización aplicadas al sector salud generen efectos negativos sobre la equidad en el acceso al PNA entre habitantes de distintas regiones.

El cuerpo de la tesis está dividido en cuatro capítulos. Los dos primeros abordan el primer objetivo, constituyendo aportes a la comprensión y desarrollo del marco teórico-conceptual de la APS, mientras que los dos últimos avanzan sobre el segundo objetivo, a partir del análisis del sub-sistema de salud público de salud de la Provincia de Buenos Aires (República Argentina), en el cual los servicios del PNA son gestionados por los gobiernos locales.

En el primer capítulo se estudian los marcos conceptuales desarrollados en las últimas décadas en torno a la atención primaria de salud. La revisión de la literatura revela que las variaciones del término de *atención primaria de salud* están asociadas a una gran cantidad de conceptos, no necesariamente coincidentes entre sí, y que muchas veces responden a características propias de los sistemas de salud donde fueron formulados. Por este motivo se

avanzó en el diseño de un ordenamiento de tales conceptos, que se espera sea de utilidad a aquellos investigadores que deban abordar problemáticas vinculadas a la APS en casos específicos.

En el segundo capítulo se estudia la relevancia otorgada a la APS (y el PNA) en las clasificaciones de sistemas de salud disponibles. En general, su intervención varía a lo largo del tiempo, y en particular, no aparece en aquellas empleadas habitualmente en los análisis económicos. Se presenta evidencia empírica sobre la relación entre la intervención de Estado, la priorización otorgada al primer nivel de atención y el estatus de salud de la población. Esta evidencia refuerza la necesidad de diseñar clasificaciones que incluyan entre sus dimensiones la APS (y el PNA) si se pretende investigar su impacto en el desempeño en los sistemas de salud.

En el tercer capítulo se describen los resultados en términos de la cobertura alcanzada por las políticas públicas de provisión de medicamentos esenciales para controlar la evolución de una patología crónica de alta prevalencia (diabetes) desde un enfoque de necesidad, oferta y demanda.

En el cuarto capítulo se analiza la equidad en el acceso potencial a los servicios médico-sanitarios brindados en el primer nivel de atención del subsistema de salud público a los habitantes de los municipios de la provincia de Buenos Aires. Asimismo se estudia la relación entre los niveles de acceso al primer nivel de atención, el gasto público municipal finalidad salud y la riqueza relativa municipal.

Finalmente se concluye acerca de la necesidad de avanzar en el diseño de nuevos marcos teóricos que permitan reconocer la importancia económica de los bienes y servicios provistos a través de la atención primaria de salud en los sistemas de salud.

## ABSTRACT

For several decades, the goods and services provided through the first level of health care as part of the strategy of Primary Health Care (hereafter PHC) have been considered high priority in most health systems, as they are relevant inputs into the health production functions of individuals and populations.

While numerous studies have addressed the PHC strategy from the perspective of medical sciences, health economics has not generated sufficient evidence on the economic impact of neither PHC related services nor the first level of health care on health outcomes or the performance of health systems.

It is for this reason that this thesis has two basic objectives. First, it presents a theoretical-conceptual framework that allows to recognize what kind of services are part of the PHC strategy and what is the importance given to them in different health systems. Second, it seeks to make a contribution to the study of the problems of PHC public services delivery in decentralized contexts. This topic has received a lot of attention within academic circles, because although PHC strategies can improve the equity in access to medical and health services, it has been warned about the possibility that decentralization policies in the health sector could generate negative effects on the equity in access to the first level of health care between people living in different regions.

The body of the thesis is divided into four chapters. Chapters one and two addresses the first objective, being contributions to the understanding and development of the theoretical and conceptual framework of primary health care, while the last two approach the second goal, analyzing the public health subsystem of the Province of Buenos Aires (Argentina), in which the first level of health care is managed by local governments.

In the first chapter, the conceptual frameworks developed around PHC in the past decades are analyzed. The literature survey reveals that variations of the term *primary health care* are associated with a multiplicity of concepts, with different meanings, that often refers to specific features of the health systems in which they were formulated. It is for this reason that progress was made in the design of a classification system of such concepts, which is expected to be useful to researchers interested in the study of PHC on different contexts.

In the second chapter, the importance given to PHC is assessed based on their participation in different classifications of health systems. Overall, the consideration of the

PHC on different typologies varies over time, but noticeably, there is not a single mention to it in the classifications most commonly used in the economic analysis. Empirical evidence on the relationship between government intervention, the priority given to the first level of health care and the health status of the population is presented. This evidence reinforces the need to develop classifications to be used in investigations of health systems that includes in their dimensions references to PHC.

Using a need, supply and demand framework, the third chapter describes the results in terms of coverage of a policy of public provision of essential medicines to control the evolution of a high prevalence chronic disease (diabetes).

In the chapter four, the degree of equity in potential access to medical services provided at the first level of health care for the inhabitants of the 135 municipalities in the province of Buenos Aires (Argentina) is analyzed. Also, results about the relationship between potential access to the first level of care, municipal public health care spending and municipal relative wealth are presented.

Finally, we conclude about the need to advance in the design of new theoretical frameworks that recognize the economic importance of the PHC in health systems.

**Certifico que fueron incluidos los cambios y correcciones sugeridas por los jurados**

-----  
**Dra. Nebel Silvana Moscoso**

-----  
**Dr. Fernando Pablo Lago**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	Pág. 1
<b>CAPÍTULO I. Atención primaria de salud como objeto de estudio: marco conceptual</b>	
Introducción.....	Pág. 7
DEFINICIONES VINCULADAS CON ALMA-ATA (1920 - 1992).....	Pág. 8
i. Definiciones anteriores a la reunión de Alma-Ata (1920 - 1978).....	Pág. 8
ii. Definición de Alma-Ata (1978).....	Pág. 10
iii. Definiciones de los años posteriores a Alma-Ata (1978 - 1992).....	Pág. 12
DEFINICIONES DE LA LITERATURA RECIENTE (1992 - 2012).....	Pág. 15
Conclusiones.....	Pág. 26
<b>CAPÍTULO II. Marco teórico: la atención primaria de salud en los sistemas de salud</b>	
Introducción.....	Pág. 28
CLASIFICACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	Pág. 35
i. Modelos cualitativos generales.....	Pág. 35
ii. Modelos cualitativos generales para grupos de países.....	Pág. 41
iii. Modelos cuantitativos para grupos de países.....	Pág. 55
RELEVANCIA DE LA APS COMO DIMENSIÓN: EVIDENCIA EMPÍRICA.....	Pág. 66
i. Intervención del Estado y Primer Nivel de Atención.....	Pág. 67
ii. Primer Nivel de Atención y Resultados en Salud.....	Pág. 70
Conclusiones.....	Pág. 74
<b>CAPÍTULO III. Cobertura de medicamentos esenciales en sistemas de salud descentralizados: el caso de la ciudad de Bahía Blanca (Provincia de Bs. As.)</b>	
Introducción.....	Pág. 77
1. Metodología.....	Pág. 84
2. Resultados.....	Pág. 86
Conclusiones.....	Pág. 91
<b>CAPÍTULO IV. Equidad en el acceso al primer nivel de atención: estudio de caso de los sistemas locales de salud de la Provincia de Buenos Aires</b>	
Introducción.....	Pág. 94
1. Metodología.....	Pág. 97
2. Resultados.....	Pág. 107
Conclusiones.....	Pág. 133
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b> .....	Pág. 137
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	Pág. 141



## INTRODUCCIÓN

Desde hace algunas décadas, los bienes y servicios provistos a través del Primer Nivel de Atención (en adelante PNA) en el marco de una estrategia de Atención Primaria de Salud (en adelante APS) se consideran prioritarios en la gran mayoría de los sistemas de salud. Sin embargo, las diferentes modalidades de provisión y financiamiento de este tipo de bienes y servicios han generado interrogantes acerca de su eficacia para incrementar el estatus de salud de la población (Gofín y Gofín, 2007).

El estudio de los bienes y servicios provistos como parte de una estrategia de APS puede abordarse desde la perspectiva de los determinantes de la salud, los cuales constituyen el conjunto de factores personales, políticos, sociales y ambientales que permiten explicar el estado de salud de los individuos y las poblaciones (OMS, 1998). De acuerdo a González de Haro (2006), el *modelo de promoción de la salud* basado en el *Informe Lalonde* (1974), ha sido uno de los principales marcos conceptuales disponibles para abordar su estudio en el siglo pasado. Este informe propone un enfoque multi-causal del proceso salud-enfermedad, al identificar cuatro grandes grupos de factores influyentes: los *estilos de vida*, la *biología humana*, el *medio ambiente* y el *sistema sanitario*.

En línea con dicho enfoque, desde la economía de la salud se analizan los factores que potencialmente pueden afectar el estatus de salud de la población a partir del marco analítico denominado *función de producción de salud* que describe en términos formales la relación entre los flujos de insumos determinantes de la salud y un determinado flujo de estatus de salud (HS), en un período de tiempo definido. Este enfoque constituye una extensión del modelo teórico propuesto por Grossman (1972) para estudiar la producción de salud que realizan los individuos a partir de la variable “consumo de servicios médico-sanitarios” y de la variable “tiempo”.

Los insumos que contribuyen a la producción de salud agregada fueron adoptados a partir del consenso alcanzado en estudios previos sobre los determinantes de la salud, y pueden agruparse en las categorías propuestas por Lalonde (1974): estilo de vida (L), cuidados médico-hospitalarios (HC), medio ambiente (E) y biología humana (HB). Suponiendo que tales factores determinantes pueden ser cuantificados, este análisis puede representarse en términos formales mediante la siguiente expresión, propuesta por Folland *et al.* (1997):

$$HS = f(HC, L, E, HB) \quad (1)$$

En particular, con respecto a cada insumo de producción, es posible afirmar que:

- i. HC representa los bienes y servicios médico-hospitalarios que el sistema de salud provee para garantizar a cada individuo el mantenimiento o recomposición de su estatus su salud.
- ii. L incluye los hábitos y características de los individuos con respecto al tipo de alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas, tipo de empleo, prácticas de actividades físicas, sedentarismo, contexto familiar, etc. La importancia de esta variable radica en que está determinada por la actitud que cada persona adquiere con respecto a su salud. La alimentación, el ejercicio físico y la actitud optimista ante la vida son los ingredientes positivos de un estilo de vida saludable. Consumir drogas o practicar una rutina estresante son ejemplos de conductas negativas que merecen ser evitadas.
- iii. E considera dos clases de factores: los relacionados con el medio ambiente *físico* (de tipo *macro*, que incluyen la contaminación del aire, el acceso al agua potable, el tipo de transportes, etc.; y de tipo *micro*, al incluir factores relacionados con el hogar, el barrio, la escuela y el trabajo, etc.) y los relacionados con el medio ambiente *social* (al considerar el nivel cultural, el nivel de ingresos, el nivel de educación, la condición de empleo, el tipo de hogar, etc.). Es decir, en el *input* E se incluyen los factores sociales que condicionan la salud en su sentido más amplio.
- iv. HB tiene que ver con las características propias de cada individuo en cuanto a su formación biológica-genética dónde se pueden heredar caracteres saludables, pero también ciertas tendencias a enfermar, cuando no defectos genéticos causantes de graves dolencias.

La primer contribución empírica al estudio sobre los determinantes de la salud a partir de una función de producción se debe a Auster *et al.* (1969) quienes realizan un análisis de regresión (empleando mínimos cuadrados en dos etapas) donde el estatus de salud es explicado a partir de variables de cuidados médico-hospitalarios (HC) y variables medioambientales (E) (tales como raza, ingreso, educación, geografía, etc.). Con datos de los distintos estados de Estados Unidos para el año 1960, estiman una pequeña elasticidad (0,10) de HS (medida como la tasa de mortalidad infantil) respecto

de HC (medida como gasto en salud). Concluyen que existen efectos marginales pequeños e insignificantes estadísticamente de los cuidados médico-hospitalarios sobre el estatus de salud poblacional.

Otros estudios aportan resultados al análisis de los determinantes de la salud bajo el mismo enfoque teórico<sup>1</sup>. En general, coinciden en que el estatus de salud de la población (medido con la esperanza de vida o la tasa de mortalidad) depende de variables que reflejan el entorno físico o social (por ejemplo, renta, educación, seguridad, infraestructura, condiciones laborales, etc.), el estilo de vida (por ejemplo, consumo de tabaco o alcohol) y el consumo de cuidados médico-sanitarios (por ejemplo, gasto médico o farmacéutico) (Shaw *et al.*, 2005). En particular, Dever (1984) estima que el medio ambiente contribuye alrededor del 20% en la producción global de salud, la biología humana un 25%, la atención médica a través del sistema sanitario un 10% y el estilo de vida un 45%.

La evidencia empírica invariablemente encuentra que el estilo de vida es un importante determinante del estatus de salud de la población (Fuchs, 1974), mientras que la contribución de los recursos para la atención de la salud (medidos en términos físicos y monetarios) ha sido más debatida. Con respecto a HC, mientras que Hitiris y Posnet (1992) encuentran que el aumento del gasto en salud *per cápita* tiene un impacto sobre el estatus de salud pequeño pero estadísticamente significativo, Self y Grabowski (2003) demuestran que los recursos médico-sanitarios no tienen un impacto significativo sobre dicho estatus. Este tipo de resultados despierta el interés por evaluar qué tipo de bienes y servicios (asistenciales o preventivos) deben proveer los sistemas de salud, y como se debe organizar esta provisión para lograr un mayor impacto sobre los resultados de salud de la población (Moscoso y Lago, 2006).

Según Thornton (2002) la principal utilidad de la estimación de una función de producción de salud agregada es que permite evaluar el efecto total de los distintos servicios de cuidados de salud sobre el estatus de salud de la población. Esta información constituye un importante insumo para el diseño de políticas públicas que se

---

<sup>1</sup> Rodgers (1979), Peltzman (1987), McAviney (1988), Babazono y Hillman (1994), Siddiqui y Mahmood (1994), Barlow y Vissandjee (1999), Crémieux *et al.* (1999), Ngongo *et al.* (1999), Filmer y Pritchett (1999), Miller y Frech (2000), Martínez-Sánchez *et al.* (2001), Lichtenberg (2002), Audrey (2004), Chang y Ying (2008), Kabir (2008), Shing-Jong (2009), Lei *et al.* (2009), Halicioglu (2010), Baltagi *et al.* (2011) y Bayati *et al.* (2013).

propongan incrementar las ganancias en el estatus de salud poblacional a partir de los recursos asignados (Fayissa y Gutema, 2005). Sin embargo, a la hora de evaluar el impacto de los cuidados de la salud (representados por HC) los estudios pueden incluir prestaciones muy heterogéneas, tales como visitas médicas, test diagnósticos, diagnóstico por imágenes, cirugías, medicamentos, vacunas, entre muchos otros, por lo cual es frecuente convertir los distintos tipos de cuidados médico-hospitalarios en unidades monetarias. De acuerdo a Joumard *et al.*, (2008) la modesta contribución de los recursos para la atención de la salud a la producción de salud poblacional que encuentran muchos estudios puede deberse a los problemas de medición, o bien a que dichos recursos se cuantifican utilizando conceptos demasiado amplios. De esta forma al no diferenciar los tipos de bienes y servicios en los cuales invierte el sistema de salud se está obviando que algunos componentes pueden tener un mayor impacto que otros sobre el estatus de salud.

En este contexto se plantea: ¿cómo impactan los bienes y servicios provistos a través de la *atención primaria de salud* (y en el *primer nivel de atención*) en el estatus de salud poblacional? Sin duda representan un insumo de la producción de salud, individual y poblacional, aunque con características totalmente diferentes a los servicios de atención especializada u hospitalaria, que indiscutiblemente se incluyen en el input HC. Adicionalmente, es importante mencionar que los servicios médicos provistos en el marco de la estrategia de APS modifican el estatus de salud a través de dos canales: i) un canal directo: que es la atención médica dirigida a proveer cuidados curativos de baja complejidad, y ii) un canal indirecto: que genera impactos positivos sobre el estatus de salud al promover cambios sobre el estilo de vida (L), a través de actividades de promoción y prevención, tendientes a modificar hábitos poco saludables en los individuos.

Los bienes y servicios correspondientes a la atención especializada u hospitalaria son referidos en la literatura como atención secundaria y, se distinguen de los bienes y servicios de atención primaria provistos en el primer nivel por las características del proceso de atención, en términos de duración, frecuencia e intensidad (Shi, 2012). En particular, la atención secundaria es un proceso de corto plazo, pues generalmente implica una consulta médica puntual cuyo fin es obtener la opinión de un experto (médico especialista) o bien realizar un procedimiento (diagnóstico, clínico o quirúrgico) que los médicos de atención primaria en el primer nivel no están en

condiciones de realizar. Por otro lado, Rosas Prieto *et al.* (2013) sugieren que la atención primaria se diferencia de otros tipos de atención médica por las características clínicas de los pacientes (debido a que, frecuentemente, no presentan un diagnóstico clínico característico) y por los problemas de salud (que, en general, están mal definidos y poco diferenciados).

Teniendo en cuenta estos aspectos, es posible re-exresar la función de producción de salud (Ecuación 1) incorporando la diferenciación entre “tipos de cuidados médicos”:

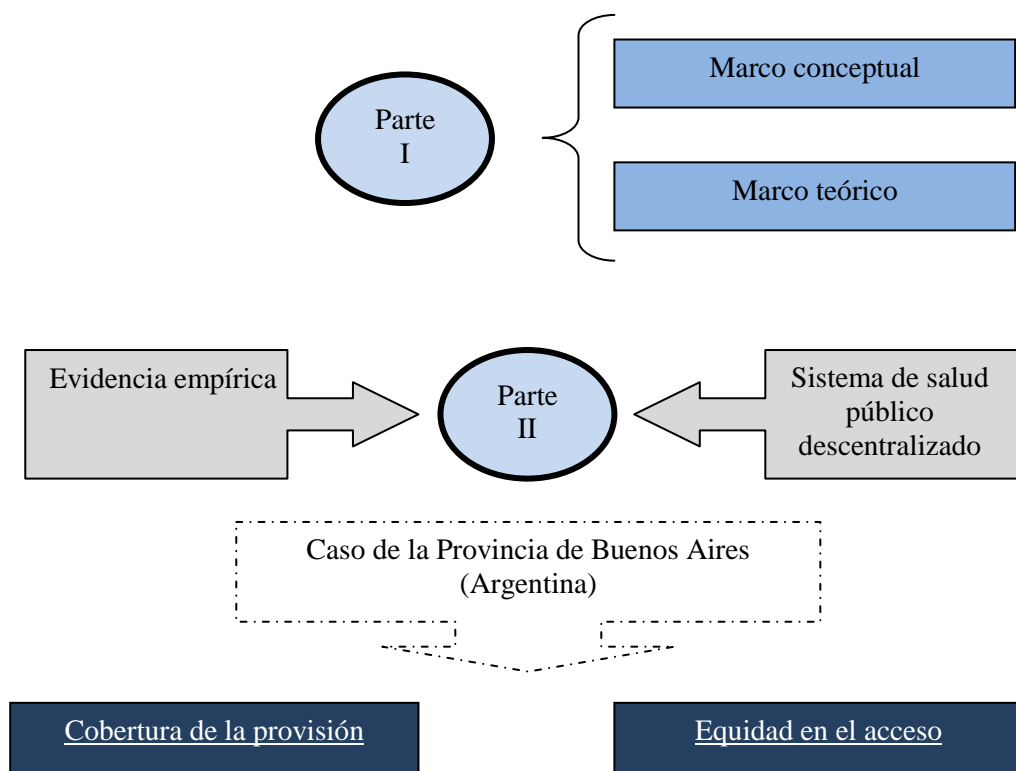
$$HS = f (HC (PHC, SHC), L (PHC), E, HB) \quad (2)$$

donde PHC representa los cuidados de atención primaria y SHC los cuidados de atención secundaria (incluyendo atención especializada e internación hospitalaria).

Pese al reconocimiento de estos bienes y servicios como un insumo importante dentro de la función de producción de salud actualmente es escasa la evidencia generada desde la economía de la salud sobre el impacto económico de la APS en los resultados de salud y/o el desempeño de los sistemas de salud. Por este motivo esta tesis tiene como objetivo general aportar un marco teórico-conceptual que sirva de base para cualquier estudio que, desde las ciencias sociales, se proponga evaluar el impacto de estas prestaciones en el estatus de salud poblacional. Este marco teórico permite reconocer las características particulares de estas prestaciones las cuales requieren un análisis económico diferente del resto de los bienes y servicios del sector salud así como también la importancia otorgada a las mismas en los sistemas de salud. Luego, como aplicación de los conceptos previos, se exhiben los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en torno a la provisión y financiamiento públicos de bienes y servicios de APS y del PNA en un sub-sistema público de salud descentralizado.

La tesis se estructura en dos partes, una teórica y otra empírica, siguiendo el esquema presentado en la Figura I.1. La primer parte incluye dos capítulos teórico-conceptuales en torno a la atención primaria de salud y el rol asignado a esta estrategia en las diferentes tipologías de sistemas de salud.

**Figura I.1.** Estructura de la investigación



**Fuente:** elaboración propia.

En la parte empírica se exponen dos estudios. El primero evalúa la cobertura alcanzada por políticas públicas de provisión de medicamentos esenciales de distintos niveles de gobierno en un sistema de salud local desde un enfoque de necesidad, oferta y demanda. En el segundo se describen los resultados vinculados con la equidad en el acceso al primer nivel de atención del subsistema de salud público en una provincia de la República Argentina compuesta por más de 100 municipios. Finalmente se exponen las conclusiones generales de la investigación.

# CAPÍTULO I

## Atención primaria de salud como objeto de estudio: marco conceptual

### Introducción

Dado que la atención primaria de salud (en adelante APS) es un componente fundamental de los sistemas de salud modernos, la evaluación de su desempeño se ha convertido en un área de investigación importante por su trascendencia para la gestión de los servicios de salud y el diseño de las políticas de salud. Sin embargo, cualquier evaluación tiene como prerequisite definir con exactitud qué involucra el objeto de estudio. Este es un aspecto crítico debido a que los instrumentos de evaluación de la APS han sido diseñados a partir concepciones particulares surgidas en distintos momentos y lugares<sup>2</sup>. Esto sugiere la relevancia de precisar el concepto de APS para cada caso de estudio específico, pues permitirá describir adecuadamente el funcionamiento de los diversos mecanismos económicos relacionados con los procesos de consumo, provisión y financiación, y guiará por ejemplo, la selección y/o adaptación de los instrumentos disponibles para evaluar el desempeño de la misma.

Por tal motivo, en el presente capítulo se asume como objetivo general organizar los conceptos relacionados con la APS, esperando que este ordenamiento funcione como un dispositivo conceptual a la luz de avanzar, en los siguientes capítulos en el análisis empírico de la APS en el caso Argentino.

La metodología utilizada para abordar el objetivo consistió en revisar exhaustivamente la literatura médica y económica relacionada con el término. Se analizan investigaciones teóricas y empíricas diseñadas por los autores referentes del tema, abarcando el período comprendido entre los años 1970 y 2012. En la búsqueda de información se consultaron los estudios publicados en español, inglés y portugués en las bases Medline (literatura médica) y EconLit (literatura económica), y en buscadores genéricos de internet. Al mismo tiempo, y para evitar el sesgo de publicación, se revisaron las referencias bibliográficas (artículos o libros) de las investigaciones

---

<sup>2</sup> Sin embargo, de acuerdo a Berra *et al.* (2011) el conjunto PCAT (Primary Care Assessment Tools: instrumentos para la valoración de la atención primaria de la salud), diseñado originalmente en inglés y para Estados Unidos, es útil para recoger datos desde diversas perspectivas, de acuerdo con el modelo teórico sobre las funciones de la APS que es ampliamente aceptado y tiene un creciente interés a nivel internacional.

encontradas en la primera etapa de búsqueda. Los descriptores empleados en la búsqueda fueron: primary healthcare, primary care, atención primaria y atención primaria de salud.

La revisión de la literatura sugiere que no existe un único concepto de APS. Las definiciones varían según el momento del tiempo y el lugar donde fueron diseñadas. Pese a la complejidad de establecer una clasificación de los diferentes conceptos de acuerdo a estos criterios, es conveniente distinguir desde una perspectiva histórica dos grupos de definiciones asociadas a un hecho histórico fundamental: la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

Considerando este evento se pueden distinguir dos clases de definiciones: i) las vinculadas con la Declaración de Alma-Ata (establecidas entre los años 1920 y 1992), y ii) las propuestas en la literatura reciente (publicadas entre los años 1992 y 2012). La elección de los períodos se realiza en función de que en el año 1992 comienzan a difundirse las primeras contribuciones de uno de los autores referentes del tema, Bárbara Starfield, y gran parte de la literatura de los últimos veinte años basa sus definiciones en el marco conceptual propuesto por la autora. En particular, en los últimos años se establece la distinción existente entre los términos atención primaria y atención primaria de salud, usados indistintamente en gran parte de la literatura.

#### **DEFINICIONES VINCULADAS CON ALMA-ATA (1920 - 1992)**

Entre las definiciones incluidas dentro de este grupo es posible distinguir tres clases:

- (i) las anteriores a la reunión de Alma-Ata (1920 - 1978) que constituyen los antecedentes del concepto;
- (ii) la establecida en la Declaración de Alma-Ata (1978); y finalmente,
- (iii) las producidas en los años posteriores a la reunión de Alma-Ata (1978 - 1992) que constituyen las interpretaciones del concepto establecido en la mencionada reunión.

##### **i. Definiciones anteriores a la reunión de Alma-Ata (1920 - 1978)**

Durante este período aparecen las primeras referencias respecto al uso de distintos términos relacionados con la APS constituyendo los antecedentes del concepto. En este sentido, el Reporte Dawson publicado en Inglaterra en el año 1920 es citado frecuentemente como el antecedente precursor del concepto de atención primaria (en



adelante AP) debido a que introduce la noción de tres niveles de atención de la salud. También menciona los centros de atención primaria, como proveedores del primer nivel de atención (en adelante PNA), donde se desempeñan los equipos de trabajo compuestos de médicos generales<sup>3</sup> y personal auxiliar (Frenk, 2009).

Durante las décadas de los años sesenta y setenta el concepto se fue estableciendo a partir del trabajo de varios autores provenientes de la comunidad internacional de salud pública, tales como Kerr White, Jack Bryant, Kenneth Newell y Carl Taylor (White, 1961; Bryant, 1969; Newell, 1975; Taylor, 1976) como así también de autores críticos de la medicina tradicional, como el epidemiólogo Thomas McKeown y el sociólogo Ivan Illich (McKeown, 1976; Illich, 1975).

En el mismo período dos reportes de la Asociación Médica de Estados Unidos (Millis, 1966; Willard, 1966) y el *Reporte Lalonde* en Canadá (Lalonde, 1974) también hicieron referencia al término AP aunque sin definirlo explícitamente. En el primer caso se trata de expresiones de un movimiento de reforma de la educación médica que recomendaba que los pacientes tengan de referencia un médico de familia y enfatizaba la necesidad de una reforma de la medicina general para contrarrestar el avance de la especialización médica<sup>4</sup>. En el segundo caso se resaltó la potencialidad de la AP en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud.

De acuerdo a Cueto (2004) el término APS fue usado por primera vez durante la década de los años setenta en la revista *Contact* de la Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de las Iglesias que divulgaba las experiencias de APS de los misioneros cristianos que participaban en proyectos de salud en algunos países en desarrollo.

---

<sup>3</sup> El médico general o médico generalista, también conocido como médico de familia o médico de cabecera, es un profesional de la medicina que cuenta con el conocimiento y destreza necesaria para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y/o con procedimientos sencillos, la mayoría de los problemas de salud que los individuos pueden enfrentar a lo largo del ciclo de vida, con acciones frecuentemente realizadas en el consultorio médico o en el hogar del paciente. Este profesional acepta la responsabilidad de tomar las decisiones iniciales en todos los problemas que se le presenten, requiriendo la opinión de médicos especialistas cuando lo juzgue conveniente. En el proceso de diagnóstico tiene en cuenta aspectos psíquicos, psicológicos y sociales, y establece planes educativos, preventivos y/o terapéuticos tendientes a mejorar la salud de sus pacientes (Gérvás *et al.*, 1995).

<sup>4</sup> Este proceso se encuentra asociado a la tecnificación y medicalización de la medicina. Se inició en la década de los años veinte y continúa hasta la actualidad generando un desbalance entre los profesionales de la salud generalistas y especialistas, a favor de estos últimos. Estados Unidos constituye el paradigma de la especialización médica destinando un gran porcentaje de su gasto total en salud a financiar estos bienes y servicios pero obteniendo pobres resultados en relación al estatus de salud de la población.

En síntesis, es durante estos años que comienza a aparecer el término APS asociado a determinadas características, que tiempo después, en Alma-Ata, darán lugar a la primera definición.

## ii. Definición de Alma-Ata (1978)

El concepto de APS se establece formalmente recién en el año 1978 en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en adelante UNICEF) y celebrada en Alma-Ata (Kazajistán, ex-Unión Soviética), a partir de la propuesta del gobierno de China.

El propósito principal fue difundir a nivel internacional estudios de caso sobre modelos de atención<sup>5</sup> en los cuales la población constituía un agente fundamental en la producción de salud. Se incluyeron diez experiencias de atención de la salud, seleccionadas por su significancia en términos de tamaño y complejidad, implementadas en China, Tanzania, Bangladesh, India, Venezuela, Cuba, Yugoslavia, Níger y Nigeria.

El evento concluyó con la confección de la *Declaración de Alma-Ata* en la cual por un lado, se ratificó la definición amplia de salud propuesta por la OMS, que concibe como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y por el otro, se consensó que la APS, entendida como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo factible para la sociedad, era la clave para alcanzar un mejor nivel de salud poblacional.

Este concepto aparece en los siguientes fragmentos de los capítulos VI y VII del texto original de la *Declaración de Alma - Ata*:

*“... cuidado (o atención) esencial de la salud, basado en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, universalmente accesible a los individuos y las*

---

<sup>5</sup> Los modelos de atención constituyen el componente técnico de los servicios de salud y se definen a partir de los contenidos de la atención, que se refiere al tipo de prestación ofrecida, así como por las características de la interacción entre el prestador y el usuario del servicio, que incluyen variables tales como el grado de pertinencia de la oferta con respecto a las necesidades y demandas, el grado de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, la orientación de los servicios con respecto a las personas, familias y comunidades, el rol que tienen las personas, familias y comunidades en la producción de su propia salud y el nivel de integración de los servicios (Ruales, 2004).

*familias en la comunidad, a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación. Forma parte integral, tanto del sistema nacional de salud, del cual es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico total de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y trae los cuidados de salud lo más cerca posible al lugar en que la gente reside y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud. VII. Se manifiesta según las características económicas, sociales, culturales y políticas de cada país. Se basa, en los niveles locales y de referencia, en los trabajadores de la salud, incluyendo a médicos, enfermeras, matronas, auxiliares y trabajadores comunitarios según sea el caso, así como a practicantes tradicionales según se les necesite; todos ellos formados social y técnicamente de modo apropiado para trabajar como equipo de salud y para responder a las necesidades expresas de salud de la comunidad...” (OMS, 1978).*

Se recomendó que, para el correcto abordaje de los principales problemas de salud de la población, la APS debía contener ciertos componentes e incluir, como mínimo, ocho elementos o actividades. Entre los componentes se destacan los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Por su parte, los elementos o actividades a incluir son, educación en salud para trabajadores y pacientes, promoción de nutrición adecuada, provisión de agua y saneamiento básico, atención materno-infantil (incluyendo planificación familiar), inmunizaciones, tratamiento apropiado de enfermedades frecuentes, prevención y/o control de enfermedades endémicas locales y provisión de medicamentos esenciales.

Esta concepción de la APS había sido descripta e interpretada un año atrás por dos autores. Castellanos Robayo (1977) destaca la presencia de dos características básicas: ser el primer contacto del individuo con el sistema de salud, e incorporar

elementos que surgen de la propia comunidad para la atención de la salud de sus miembros. Enfatizando la segunda característica, define la APS como un enfoque de atención integral de la salud que combina por un lado, una forma particular de identificar las necesidades básicas de la población al reconocer que los problemas de salud no son estrictamente médicos. Por otro, una estrategia para organizar las acciones necesarias tendientes a abordar los problemas de salud que involucra la activa participación de la comunidad así como la coordinación con otros sectores de política pública.

Vargas Tentori (1977) la presenta como un instrumento de política indispensable que sirve para conseguir la extensión de la cobertura de los servicios de salud. En este sentido, la APS es entendida como el procedimiento adecuado para proveer servicios de salud a la población no atendida en las áreas rurales y sub-atendida de las áreas urbanas de bajo nivel de ingresos. Pese a que el autor considera que las definiciones conocidas hasta aquel momento eran inadecuadas no propone ninguna definición de la APS. Sin embargo, enfatiza que se trata de un concepto distinto, en términos de contenido, al termino AP empleado desde hace varios años en los países desarrollados y utilizado casi siempre para definir acciones de recuperación del stock de salud dirigidas al individuo.

### **iii. Definiciones de los años posteriores a Alma-Ata (1978 - 1992)**

Pese a que en la definición consensuada internacionalmente aparecen los elementos y componentes esenciales de la APS, su escasa precisión determinó la implementación de distintas versiones de acuerdo a la adaptación que cada comunidad realizó en función de sus necesidades y capacidades. Esto generó la existencia de varios usos y/o interpretaciones del concepto que luego, algunos autores, se propusieron esclarecer en los años posteriores a la *Declaración de Alma-Ata*.

Durante este período comienzan a diferenciarse dos conceptos de APS: la **atención primaria selectiva** (en inglés, Selective Primary Care) y la **atención primaria integral** (en inglés, Primary Health Care).

El primero hace referencia a un enfoque limitado de la APS que surge en el año 1979 a partir de las críticas de diversos organismos internacionales a la concepción establecida en la *Declaración de Alma-Ata*. Está basado en la provisión de un conjunto restringido de servicios de salud de alto impacto (sobre los indicadores de resultados de salud) en relación al costo, o de programas focalizados en la población de bajo niveles

de ingreso (o de alto riesgo sanitario) que en muchos casos tienen estructuras verticales<sup>6</sup>, y en general, bajo nivel de resolución de los problemas de salud (Cueto, 2004).

Para Sepúlveda (2008) se trata de paquetes técnicos diseñados por la corriente más reduccionista del concepto que priorizó la implementación de los componentes programáticos tradicionales tales como salud materno-infantil, inmunizaciones, etc. sobre la participación comunitaria<sup>7</sup>, los agentes comunitarios de salud<sup>8</sup>, la intersectorialidad<sup>9</sup>, la integración de la red asistencial<sup>10</sup>, etc.

Si bien fue presentado como una propuesta transitoria y establecida como complementaria a la propuesta de Alma-Ata (Walsh y Warren, 1979), este enfoque de APS se difundió a partir de la década de los años ochenta ayudado por un contexto internacional adverso de bajo crecimiento económico, con el objetivo de controlar sólo algunas enfermedades en la mayor parte de los países en desarrollo de América Latina y África. El programa de mayor popularidad que puede ser incluido dentro de esta perspectiva es el conocido como GOBI, y más tarde, también como GOBI-FFF cuando

---

<sup>6</sup> Los programas verticales incluyen una selección de intervenciones, a menudo de forma independiente, con una gestión especializada y mecanismos de provisión propios. En cambio, los programas horizontales tienden a incorporar varias intervenciones de salud como parte de un enfoque integral, por lo general a través de establecimientos de salud públicos. En los países con escasos recursos humanos y financieros, y cuyos sistemas de salud presentan limitaciones, la implementación de las intervenciones efectivas tienden a ser verticales (Velásquez, 2011).

<sup>7</sup> La participación comunitaria en salud se refiere a la integración de la comunidad, entendida como grupo de personas que residen en un área geográfica determinada con conciencia de pertenencia y problemas sociales comunes, en la planificación, financiamiento, organización, funcionamiento y control de un servicio de salud, consiguiendo el mayor beneficio posible de los recursos disponibles (Agudelo, 1983).

<sup>8</sup> El agente comunitario de salud es un miembro voluntario de la comunidad, que es elegido democráticamente por los miembros de la misma o captado por el personal sanitario, y es capacitado para brindar servicios de salud y orientar a las personas de su comunidad, ejecutando además programas preventivos y promocionales destinados a la misma. Cabe señalar que en general se trata de un trabajo no remunerado y sin vinculación administrativa con el centro de salud.

<sup>9</sup> La colaboración intersectorial (o intersectorialidad) se refiere a la intervención coordinada de instituciones (gubernamentales y no gubernamentales) representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas complejos vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita en acciones que, lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas, se orienten estratégicamente hacia aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes debido a la posibilidad de buscar soluciones integrales y de compartir recursos que son propios de cada sector (Pastor Castell-Florit Serrate, 2007).

<sup>10</sup> Las redes asistenciales integradas hacen referencia a un sistema organizado de servicios de salud que están constituidos por un conjunto articulado de prestadores de servicios ubicados en un espacio geográfico definido, interrelacionados funcionalmente, con distintos niveles de complejidad y capacidad resolutive.

se incorporaron los suplementos alimentarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar<sup>11</sup>.

Este enfoque ha sido denominado atención primaria selectiva debido a que no conserva los principios básicos propuestos en la *Declaración de Alma-Ata*. En cambio, los modelos de APS, donde la implementación no se ha apartado de dichos principios se conocen en la literatura como atención primaria integral, la cual ha sido definida como una política de salud orientada a reducir inequidades en salud a través de la participación de la comunidad, los equipos de salud multidisciplinarios y la acción intersectorial (Labonté *et al.*, 2009).

Tiempo más tarde, Vouri (1984) plantea la existencia de cuatro líneas principales de interpretación de los componentes incluidos en la definición establecida en la *Declaración de Alma-Ata*, pudiendo ser entendida como:

- un conjunto específico de actividades, refiriéndose básicamente a un número limitado de servicios, generalmente reducidos a las ocho actividades básicas recomendadas por consenso;
- un nivel de atención, considerándola como un nivel asistencial que constituye el lugar donde se produce el primer contacto de las personas con el sistema de salud y se resuelven la mayor parte de los problemas de salud a través de la provisión de servicios no especializados;
- una estrategia de organización de los diferentes servicios del sistema de salud, que implica un modelo de atención diferente, asociado a la noción de atención de la salud accesible, aceptable y acorde a las necesidades de la población, costo-efectiva y funcionalmente integrada, basada en la participación comunitaria y la colaboración intersectorial;
- una filosofía o principio orientador del sistema de salud que supone un cambio de paradigma en la atención de la salud y se sustenta por un lado, en

---

<sup>11</sup> Este programa fue lanzado por UNICEF en el año 1982, con el apoyo de otras organizaciones internacionales, dentro de lo que se conoció más tarde como la “Revolución en pro de la Supervivencia Infantil”. Estaba dirigido principalmente a niños menores de cinco años y recortaba el alcance de la APS a sólo cuatro intervenciones con alto impacto sobre la salud de la población materno-infantil que, en inglés, forman el acrónimo GOBI: control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. A mediados de la década de los años ochenta, prácticamente todos los países sub-desarrollados habían lanzado alguna campaña promocionando algunas o todas las intervenciones del GOBI o del GOBI-FFF (Wisner, 1988).

la aceptación de un concepto amplio de salud y por el otro, en el principio de equidad en la distribución de los cuidados de salud.

Si bien estos enfoques no son mutuamente excluyentes, la prioridad otorgada a un sentido u otro determina la modalidad de implementación de la APS y define el rol que se le otorga dentro de las políticas de salud.

### **DEFINICIONES DE LA LITERATURA RECIENTE (1992 - 2012)**

En las definiciones de APS propuestas en la literatura de los últimos años se pueden observar discrepancias. La mayoría de los autores la relacionan con la provisión de servicios de salud<sup>12</sup>. Dentro de este grupo de autores, se destaca el concepto diseñado por Starfield (1994) quien define a la AP como la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, realizada por profesionales médicos que son responsables de atender la mayor parte de las necesidades de cuidados individuales, desarrollando una relación de largo plazo y practicándola en el contexto de la familia y la comunidad. Este concepto constituye una de las descripciones de la APS que ha dado origen a gran parte de la discusión reciente sobre el concepto. Sin embargo, algunos autores consideran que la APS es una política pública donde los recursos no necesariamente provienen del sistema de salud y los beneficios no se limitan al estatus de salud de los individuos y poblaciones.

Los autores que establecen el concepto desde la perspectiva de la provisión de los servicios de salud, describen a la APS de diferente forma según la característica empleada para referirse a las condiciones de prestación del servicio. Es posible agrupar sus definiciones según se refieran: i) al objeto receptor de la atención; ii) al lugar; iii) las prestaciones; iv) los proveedores y v) la relación entre proveedor y usuario.

Cuando se define a partir de la caracterización del **objeto** receptor de la atención, los autores acuerdan que la provisión no se centra en una enfermedad u órgano en particular (Hogg *et al.*, 2008). Valdivia (2003) considera que el foco de análisis está puesto en los individuos, la familia y la comunidad. Muench *et al.* (2013) destacan que la atención se orienta al paciente. Sin embargo, también se suele mencionar que debe ser

---

<sup>12</sup> La provisión de servicios de salud constituye una de las funciones de los sistemas de salud. Los servicios de salud se definen como la serie de instituciones y programas que proveen por un lado, cuidados y atención directa a las necesidades de salud de los individuos y por otro, los servicios de salud pública enfocados en la protección de la salud colectiva.

practicada en el contexto de la familia y la comunidad (Kruk *et al.*, 2010). Esta diversidad de descripciones introduce dudas acerca de si los servicios provistos son de tipo personales, entendidos como los cuidados de la salud orientados al individuo (fundamentalmente curativos) o de tipo poblacionales, entendidos como los servicios de salud prestados al conjunto de la comunidad (básicamente preventivos) y relacionados con las actividades de salud pública<sup>13</sup>.

Entre los autores que se propusieron aclarar esta confusión se destaca Gervas (2008), quien define dos componentes de los sistemas sanitarios, uno que provee servicios individuales clínicos, y otro que provee servicios de salud pública (en todas sus variantes). Según el autor, la AP es uno de los niveles (el otro es la atención hospitalaria) del primer componente, y la define como la atención médica clínica que ofrece servicios preventivos y colabora con el segundo componente del sistema sanitario pero sin sustituirlo. Starfield (1992) también intentó reducir la confusión sobre las funciones de los servicios de salud individual y poblacional, indicando que la AP connota atención médica no especializada convencional tratando de lograr algunos objetivos de salud pública.

Con relación al **lugar** donde regularmente se ofrecen los servicios, varios autores enfatizan que las prestaciones son provistas en el PNA que constituye el lugar donde el paciente se encuentra por primera vez con los proveedores de cuidados médico-sanitarios dentro de la estructura del sistema de salud frente a cada nuevo problema de salud (Muench *et al.*, 2013). En términos generales, el nivel de atención también conocido como nivel asistencial, se refiere a una forma estratificada de organizar los recursos del sistema de salud para satisfacer las necesidades de la población. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención: primer, segundo y tercer, que agrupan a las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo a su infraestructura y a la complejidad de los servicios que ofrecen (Vignolo *et al.*, 2011).

---

<sup>13</sup> Existen diversas interpretaciones del concepto salud pública. Sin embargo, se destaca aquel que la concibe como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria, describiéndola como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo. En esta concepción, la salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud (Muñoz *et al.*, 2000). En particular, se suele identificar con los llamados *servicios no personales de salud*, es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente o a la población y que por lo tanto no son apropiables por un único individuo, como podría ser una consulta médica.



Algunos autores se refieren a la APS sencillamente como un nivel de atención (Menéndez-Asenjo *et al.*, 2003). Sin embargo, otros como Etchebarne (2001) consideran que es posible diferenciarla del PNA al sugerir que la confusión entre ambos conceptos aparece debido a que la mayoría de las actividades de la APS se realizan en el PNA.

Vignolo *et al.* (2011) contribuyen a esclarecer la confusión entre ambos conceptos al definirla como una estrategia que se puede aplicar en todos los niveles de atención y no únicamente en el PNA, que se establece con el objetivo de reemplazar los modelos de atención centrados en la enfermedad (que privilegian servicios de tipo curativos provistos en establecimientos de segundo y tercer nivel) por modelos de atención basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El concepto establecido por Haggerty *et al.* (2009) y Yavich *et al.* (2010) se dirige en el mismo sentido. Estos autores a diferencia de Vignolo *et al.* (2011) consideran que la APS es una estrategia del PNA pero destacan su capacidad para articular todos los niveles de atención del sistema de servicios de salud a través de un modelo de medicina familiar orientado a resolver y prevenir problemas de salud.

Por otro lado, algunos autores la definen como atención ambulatoria<sup>14</sup> (Giovanella y Magalhães de Mendonça, 2008) por ser las prestaciones de servicios de salud ofrecidas en algún lugar (no especificado) distinto a la institución hospitalaria. Para Berman (2000) es posible diferenciar la AP de la atención ambulatoria, pues si bien la última hace referencia a profesionales o instituciones que proveen servicios de atención de la salud (que incluyen atención de tipo curativa como preventiva) en forma ambulatoria, dichos proveedores no necesariamente ofrecen de servicios de APS, pudiendo incluir dentro de sus prestaciones atención especializada.

Cuando la descripción de la APS se basa en las características de las **prestaciones** se destacan el tipo de servicio y el nivel de complejidad. En relación al tipo de servicio ha sido definida como los servicios de salud que incluyen prevención, promoción, diagnóstico y educación para la salud (Günes, 2009). Con respecto al nivel

---

<sup>14</sup> La atención ambulatoria (*outpatient care*) se define como la modalidad de atención médica en la que el paciente recibe los cuidados de salud sin pernoctar en una cama hospitalaria, pudiendo ser en el consultorio de un médico, clínica o unidad de consulta externa del hospital. En contraste, la atención hospitalaria (*inpatient care*) se refiere a transcurrir la noche ocupando una cama en una institución de salud.

de complejidad ha sido entendida como los cuidados de tipo general, esenciales o básicos, independientemente del tipo de servicios provistos (Schäfer *et al.*, 2011).

Cuando la APS se define en función de las características de los **proveedores**, se pueden encontrar principalmente conceptos basados en el tipo de proveedor y la función que desempeñan en el sistema de salud. Con respecto al tipo de proveedor según su especialidad dentro de las ciencias de la salud, se describe como los cuidados de salud provistos por un profesional con formación en la subdisciplina (pudiendo ser un médico generalista, médico de familia y/o médico de atención primaria) que no selecciona a sus pacientes por patologías ni por la aplicación de técnicas específicas o por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo (Ortún y Gervas, 1996). Sin embargo, dependiendo de la organización de la provisión, el proveedor puede ser un único profesional médico con formación en medicina general, o bien un equipo de salud o equipo de atención primaria conformado por profesionales de distintas especialidades, médicas y no médicas pero, en general con conocimientos y habilidades específicas requeridas para la atención primaria<sup>15</sup>.

Con relación a la función que desempeñan los proveedores, algunos autores la describen como los servicios suministrados por un proveedor que cumple el rol de fuente regular de atención dentro del sistema de salud debido a que es el profesional (o institución) frecuentemente elegido (punto de referencia) para realizar la consulta médica inicial frente a la aparición de cada nuevo problema de salud (Chan, 2008). Otros, la describen como los servicios provistos por un profesional que funciona como filtro a la atención especializada (u hospitalaria) debido a que tiene bajo su control el acceso del paciente a los mencionados tipos de atención (Velasco Garrido *et al.*, 2010).<sup>16</sup> Recientemente, se ha destacado la relevancia del rol de coordinador entre los distintos tipos de atención de salud que debe recibir el paciente (Schwenkglenks *et al.*, 2006). Por último, algunos autores destacan el rol que desempeñan asignando recursos

---

<sup>15</sup> En algunos países, el equipo de salud puede incluir trabajadores básicos de salud, integrantes de la comunidad donde ofrece servicios el centro de salud, que funcionan como nexo entre los proveedores y los usuarios y son conocidos de distinta manera, destacándose los nombres de trabajador comunitario de salud, promotor sanitario, promotor de salud, agente de salud y agente comunitario, entre otros. Adicionalmente, puede recibir el soporte de otro tipo de recursos humanos no profesionales, tales como administrativos y demás servicios de apoyo al equipo de salud.

<sup>16</sup> La existencia de arreglos institucionales donde los proveedores del PNA cumplen el rol de regular el acceso a los servicios especializados u hospitalarios son conocidos en la literatura como *gatekeeping* (portero del sistema de salud).

dentro del sistema de salud al ser responsables de comprar de servicios de atención secundaria para sus pacientes (Wyke *et al.*, 2003; Iversen y Luras, 2006).

Cuando la APS se define a partir de las características de la **relación entre proveedor y paciente**, en general se hace referencia a cuatro atributos específicos de la atención primaria postulados inicialmente por Starfield (1998): puerta de entrada, longitudinalidad, integralidad y coordinación.

La *puerta de entrada* se refiere a que los servicios de AP tienen que ser el primer contacto del paciente con el sistema de salud por tratarse del primer servicio demandado frente a cada nueva necesidad de atención de la salud (Van der Stuyft y De Vos, 2008). Para ser el primer contacto, debe cumplir dos requisitos; por un lado, ser accesible (es decir, estar disponible sin barreras financieras, geográficas, organizacionales y culturales, posibilitando que sea utilizado cuando se necesite) y por el otro, que los proveedores de la AP sean quienes suministren el acceso a la atención especializada, de forma estructurada, convirtiéndolos en el punto de inicio obligatorio de la atención. En particular, algunos autores prefieren definirla como una de las principales puertas de entrada. De esta manera enfatizan que la APS no es la única forma en que el paciente ingresa al sistema de salud, debido a que existen otras formas de ingreso (como los servicios de emergencia) y representaría costos administrativos excesivos el procedimiento de controlar que sea la única (Campos, 2005).

La *longitudinalidad* (o continuidad) supone una responsabilidad continua del proveedor sobre la salud del paciente, con independencia del estado de salud del mismo, manteniendo una relación de largo plazo. Para establecer una relación duradera entre pacientes y proveedores, estos últimos deben ser capaces de identificar su población objetivo, ya sea mediante la delimitación territorial de los usuarios bajo responsabilidad, o por inscripción voluntaria de los pacientes. Este atributo se relaciona con el anterior, pues para que se establezca un vínculo continuo entre ambos a lo largo de la vida, es necesario que efectivamente exista una puerta de entrada al sistema de salud, de forma que el proveedor de AP se convierta en la fuente regular de atención usada a lo largo del tiempo.

Por *integralidad* (o globalidad), se entiende que el cuidado provisto debe reconocer una amplia gama de necesidades (orgánicas, psicológicas y sociales) de salud, dentro de los límites de actuación de los integrantes del equipo de atención primaria. Por tal motivo, requiere la disponibilidad de servicios preventivos y curativos que

aborden ampliamente los problemas de salud de todos los grupos etarios. Si no los ofreciera directamente el proveedor de AP debe derivar al paciente donde corresponda, ya sean servicios especializados, internación u otros servicios de apoyo, como el servicio social.

Por último, la *coordinación* implica la capacidad de garantizar la continuidad de la atención al interior de la red de servicios de salud. Para lograrlo es necesario disponer de información acerca de los problemas de salud del paciente en el pasado, lo cual requiere un registro médico de seguimiento que regrese al proveedor de AP luego de haber obtenido la atención del médico especialista, para lograr la especificación del diagnóstico y/o la decisión del tratamiento. Por lo tanto, para coordinar el cuidado, debe haber transferencia de información sobre el estado de salud de los pacientes, así como de la atención médica recibida a fin de garantizar que se continúe ininterrumpidamente con las visitas y la continuidad del contacto.

Estas características de la relación entre proveedor y paciente son importantes por sí mismas y porque se encuentran relacionadas entre ellas, pues por ejemplo un buen desempeño de la longitudinalidad facilitará el vínculo del proveedor con los usuarios y la utilización de estos servicios como puerta de entrada (Starfield y Shi, 2002).

Como se observa son muchas las características asociadas a la prestación de los servicios de salud que, desde las distintas perspectivas, suelen emplearse para conceptualizar la APS. En general, se trata de características que aparecen también en el caso de otros tipos de atención de la salud, no siendo exclusivas de la APS. Por ejemplo, no resulta apropiado definirla como el proveedor elegido por el paciente como fuente regular de atención, pues no necesariamente éste será un profesional proveedor de atención primaria, lo cual variará de acuerdo al contexto institucional. Tampoco es conveniente definirla en función del tipo de prestaciones ya que algunos profesionales de la salud (por ejemplo, médicos especialistas) ofrecen el mismo tipo de servicios (prevención, promoción, educación, etc.) concentrados en un órgano o enfermedad particular en lugar de estar centrados en el paciente en general.

Por otro lado, los autores que consideran que la APS excede la provisión de servicios de salud en general, la describen como una estrategia o política pública, aunque no ofrecen una caracterización precisa. Gómez (2011) considera que la APS es un componente clave de la política sanitaria internacional pues constituye, desde sus

orígenes, la expresión de una política pública mundial, adoptada por aquellos gobiernos preocupados por abordar el problema de la equidad en salud<sup>17</sup>.

Frenk (2009) sugiere que la *Declaración de Alma-Ata* hace énfasis en un concepto amplio de atención de salud, en el cual el término primario hace referencia a la causa primaria de los problemas de salud, subrayando la importancia de los determinantes sociales de la salud<sup>18</sup> y la colaboración intersectorial. Hogg *et al.* (2008) reconocen la existencia de un concepto amplio de APS que enfatiza la educación, el empoderamiento de la comunidad y la salud poblacional.

En tanto que Sepúlveda (2008) considera que la APS constituye la confluencia entre los servicios formales de salud (diseñados y provistos por la comunidad técnica) y aquellos que las propias comunidades desarrollan con sus recursos humanos y financieros; es decir, constituye un complemento entre conocimiento técnico de salud y organización comunitaria. Asimismo, destaca la existencia de dos interpretaciones del concepto: un enfoque basado en la existencia de estructuras integradas de producción en el ámbito de la comunidad y un enfoque que la concibe como un servicio básico periférico producido en un ámbito institucional pero basado en un médico o auxiliar con insuficiente formación académica. Labonté *et al.* (2009) entienden que si bien, la APS se sustenta en los servicios de atención de salud, a partir de esta provisión también se propone abordar los determinantes sociales de la salud. En particular, Ortún y Gervas (1996) establecen que la atención médica (primaria) constituye solo una parte, y no una interpretación restrictiva, de la APS. Villarreal (2013) también considera que la atención primaria no se centra sólo en la prestación de servicios de salud sino que abarca todas las funciones del sistema de salud y otros sectores sociales con un enfoque de determinantes sociales de la salud. Asimismo, indica que el concepto implica una redefinición de las relaciones entre proveedores y pacientes a partir de la participación comunitaria.

---

<sup>17</sup> La equidad en salud implica que, idealmente, todos los individuos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello puede evitarse. Por lo tanto, implica la inexistencia de diferencias en salud que resultan de factores que se consideran evitables e injustos al mismo tiempo (Whitehead, 1991).

<sup>18</sup> Los determinantes sociales de la salud son entendidos como el conjunto de condiciones políticas, sociales y económicas en las cuales las personas viven y trabajan, y que influyen en las posibilidades de alcanzar su potencial de salud y determinan la aparición de diferencias injustas y evitables en el estado de salud (OMS, 2008).

Finalmente se puede destacar que la literatura de los últimos años ofrece definiciones que permiten contemplar la complejidad del concepto. Por ejemplo, Kringos *et al.* (2010) describen la APS como un sistema multidimensional, estructurado según tres dimensiones: gobernanza<sup>19</sup>, la condición económica del sistema de AP<sup>20</sup> y el desarrollo de la fuerza de trabajo<sup>21</sup>, que facilita el acceso a una amplia cantidad de servicios de atención de una manera coordinada y continua a través de una asignación eficiente de los recursos, para proveer servicios de alta calidad y contribuir a una mejor distribución de la salud en la población.

En los últimos años continúan las propuestas de distinción de las expresiones **Atención Primaria** (en inglés, Primary Care) y **Atención Primaria de Salud** (en inglés, Primary Health Care) (Bortolotti, 2009). Ciertos autores coinciden en que el primero se refiere a los servicios de atención médica ambulatorios no especializados orientados al paciente (individuales y longitudinales) frecuentemente provistos por médicos, mientras que el segundo intenta describir tanto los cuidados de salud individuales, como las actividades enfocadas en la población, que incorporan varios elementos de salud pública. Asimismo, puede incluir políticas sociales más amplias, como el acceso universal a los servicios de salud y la colaboración intersectorial (Shi, 2012). En la misma dirección, Kruk *et al.* (2010) asocian el último concepto a la movilización de las distintas fuerzas de la sociedad en torno a la transformación del sistema de salud de acuerdo a los valores de equidad, solidaridad y participación.

Recientemente Starfield (2012) explica que el término APS se refiere a una política de salud, mientras que el término AP hace referencia a la atención clínica primaria. Manifiesta que cuando la APS se caracteriza por la cobertura financiera

---

<sup>19</sup> La dimensión de gobernanza incluye ocho características: i) los objetivos de salud; ii) la política sobre equidad en el acceso a los servicios de AP; iii) la descentralización de la gestión y provisión de los servicios de AP; iv) la infraestructura para la gestión de la calidad en AP; v) la tecnología apropiada para AP; vi) la defensa del paciente; vii) el régimen de propiedad de los servicios de AP; y viii) la integración de la AP en el sistema de servicios de salud.

<sup>20</sup> La dimensión económica está formada por seis características: i) el sistema de financiamiento de la atención médico-sanitaria; ii) los gastos en atención médico-sanitaria; iii) los gastos en AP; iv) situación laboral de la fuerza de trabajo de AP; v) el sistema de remuneración de la fuerza de trabajo de AP; y vi) el ingreso de la fuerza de trabajo de AP.

<sup>21</sup> La dimensión sobre la fuerza de trabajo de AP se puede resumir a partir de las siguientes seis características: i) el perfil de la fuerza de trabajo; ii) el reconocimiento y responsabilidades; iii) la educación y retención; iv) las asociaciones profesionales; v) el estatus académico de la disciplina de AP; y vi) el futuro desarrollo de la fuerza de trabajo.

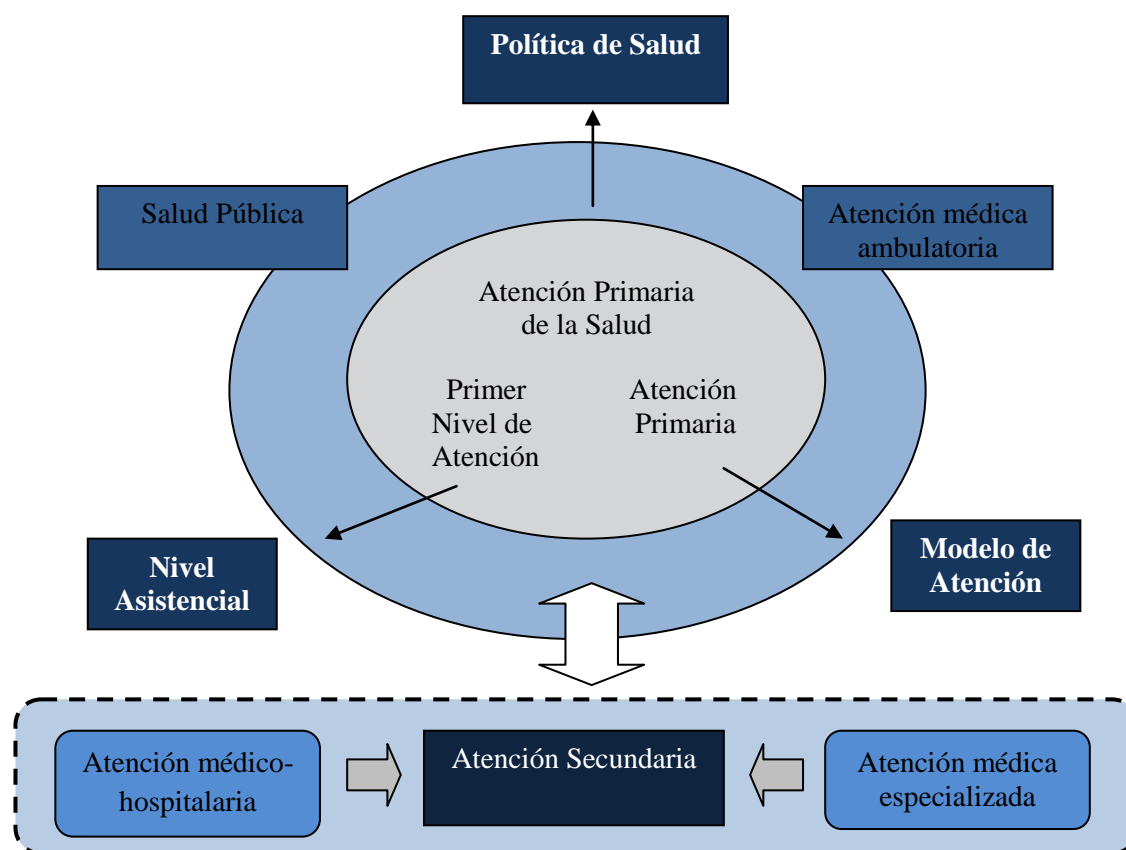
universal, distribución equitativa de los recursos, integralidad de los servicios, y bajos o nulos copagos, se establecen las condiciones generales para mejorar la eficiencia de la AP a partir del mejor desempeño de los atributos de la AP asociados a la relación entre proveedor y paciente.

El uso diferenciado de estos términos puede estar asociado a los diversos objetivos perseguidos en la implementación del modelo de atención. Sistemáticamente se ha observado que la AP se emplea en los países de altos niveles de ingresos con el objetivo de contener el gasto sectorial y mejorar tanto la eficiencia del mismo como la calidad de la atención, mientras que en los países de niveles de ingresos medios y bajos la APS se ha implementado con el objetivo de ampliar la cobertura, mejorar el acceso a los servicios de salud y principalmente revertir la inequidad en los resultados de salud.

Es posible afirmar que el desarrollo histórico de los servicios de salud, junto a los sistemas políticos y sociales, pueden explicar la gran variedad de conceptos y aplicaciones de la APS entre países (Casas *et al.*, 2013). Por tal motivo, los conceptos tienden a diferir entre países en desarrollo y desarrollados, debido a que el alcance y contenido de la APS, varían frente a una mayor disponibilidad de recursos asociada al mayor grado de desarrollo socio-económico.

A continuación en la Figura II.1 se presenta un esquema que resume la relación existente entre los distintos términos que se encuentran asociados al concepto de APS. En primer lugar se destaca que, independientemente de cómo sea definida la atención primaria de la salud es indiscutiblemente distinta a *la atención secundaria* que se refiere tanto a la *atención médico-hospitalaria* como a la *atención médica especializada*. En segundo lugar también refleja la posibilidad de que la APS sea confundida tanto con el concepto de *salud pública* como con el de *atención médica ambulatoria* cuando los bienes y servicios que debe incluir la APS no se encuentran claramente definidos. En ambos casos se trata de conceptos esencialmente diferentes debido a que por un lado, la salud pública excede a la APS al incluir más componentes mientras que por el otro, la APS incluye la atención médica ambulatoria pero no se limita simplemente a ese tipo de prestaciones. Finalmente, de la revisión de la literatura se pudo concluir que pese a que los conceptos de APS, AP y PNA son frecuentemente confundidos y empleados como sinónimos, el primer concepto hace referencia a una política de salud mientras que el segundo debe ser asociado a un modelo de atención; en tanto que el último corresponde simplemente a un nivel asistencial del sistema de salud.

**Figura II.1.** Concepto de Atención Primaria de Salud



**Fuente:** elaboración propia.

En los abordajes económicos de los conceptos de APS no se emplean definiciones distintas a las generadas en la literatura médica, ya presentadas en los apartados anteriores. En particular, los trabajos publicados en los últimos años en la literatura económica se refieren principalmente a la AP, que según un Diccionario de Economía de la Salud desarrollado por Culyer (2005), se define como *“los cuidados prestados por los profesionales de la salud generalistas (médicos y así como también, enfermeras) basados habitualmente en la comunidad (a diferencia de los hospitales)”*. Dicho profesional de atención primaria por un lado, coordinará con frecuencia la atención de los pacientes ambulatorios a través de varios profesionales clínicos (por ejemplo odontólogos, oftalmólogos, etc.) y otros (tales como los servicios sociales), y por otro lado, servirá como primer punto de contacto (porteros) del paciente con el conjunto del sistema de salud, derivando a los pacientes que serán diagnosticados y tratados de forma más adecuada en otros niveles del sistema de salud. Los servicios de AP suelen incluir la promoción de la salud, prevención de enfermedades, vacunación, planificación familiar, mantenimiento de la salud, consejería, educación del paciente y,



diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas que se considera que no requieren derivación a un especialista o un hospital.

Esta concepción limitada de la APS es la aceptada por los autores de la literatura económica que se han constituido como referentes del tema en la última década. Iversen y Luras (2006) también destacan los roles de provisión de servicios de salud en el primer nivel de atención y filtro médico a la atención especializada. Scott (2000) menciona que pese a que las definiciones varían ampliamente según los países, entre los aspectos que resultan comunes a todas ellas, se destacan la continuidad del cuidado, la relación entre paciente y proveedor, el fácil acceso a los servicios y la provisión de servicios que cubren un amplio espectro de necesidades de cuidados de salud.

Kernick y Scott (2002) para superar la ambigüedad de las definiciones encontradas sugieren que los elementos que debe incluir la lista de atributos exclusivos y comprensivos que caracterizan a la AP son el acceso directo, la atención de tipo general, la longitudinalidad del cuidado y la provisión en un ámbito comunitario. Finalmente, Scott y Jan (2011) mencionan la existencia de varias definiciones de APS y destacan los cuatro atributos postulados por Starfield (1998). Consideran que algunos de ellos (como la continuidad y el primer contacto) se pueden estudiar empleando como marco teórico una relación de agencia que aborde las asimetrías de información entre paciente y doctor.

A su vez, desde un enfoque económico, los bienes y servicios provistos a través de la APS pueden ser definidos como parte de los llamados *healthgoods*, nombre que hace referencia a aquellos bienes económicos que se producen y demandan en el sector salud (Zweifel *et al.*, 2009). Los bienes y servicios provistos en el marco de la estrategia de APS presentan algunas características que los diferencian del resto de los bienes y servicios del sector aumentando la complejidad de su análisis desde la teoría económica. Por un lado, la APS consiste en una *canasta* de bienes y servicios que pueden reportar utilidad a los pacientes por varios motivos. En este sentido la APS es considerada como una mercancía multiatributo debido a que no tienen un único valor de uso, sino que satisfacen varias necesidades de los pacientes al mismo tiempo.

Por otro lado, se trata de un tipo de atención basado en la comunidad, donde a diferencia de la atención hospitalaria, en la cual los pacientes son admitidos y dados de alta de la institución, los límites del ámbito de producción se encuentran poco definidos (Amado y Dyson, 2008). Ambas características contribuyen a incrementar la dificultad

de establecer una definición apropiada del producto para ser empleado en los análisis económicos. Por tal motivo, adquiere relevancia avanzar en la caracterización de los distintos conceptos involucrados en la temática con el objetivo de establecer un concepto de APS adecuado a cada contexto donde se pretende abordar el análisis de la APS desde la economía de la salud.

## **Conclusiones**

Pese a que existe único concepto formal de APS que se consensuó en la *Conferencia de Alma-Ata*, se pueden encontrar múltiples interpretaciones del mismo. La variabilidad de los sistemas de salud entre países explica la existencia de diversos modelos de APS. Así, el concepto de APS se encuentra influenciado por los antecedentes históricos, sociales, epidemiológicos, políticos, culturales, y económicos, del sistema de salud y cada país, lo cual ha generado algunas distorsiones de la concepción original establecida en la *Conferencia de Alma-Ata*.

En general, las distintas versiones de la estrategia de APS se diseñan con el objetivo de implementar servicios de salud cuya provisión verifique, como mínimo, ciertas características específicas. Sin embargo, la dificultad para implementarlas en algunos casos, la composición de la canasta de bienes y servicios incluidos (que varía, en cantidad y según el nivel de complejidad), el carácter individual o colectivo de los mismos y el grado de desarrollo socio-económico, contribuyen a explicar la diversidad de modelos de APS implementados, y por lo tanto de interpretaciones del concepto disponibles en la literatura.

Desde una perspectiva histórica, fue posible distinguir dos categorías de conceptos: los que se relacionan con la *Declaración de Alma-Ata* y los diseñados en el ámbito académico a partir del trabajo de Bárbara Starfield en el año 1992. En el primer grupo es posible distinguir al menos tres períodos históricos según la distancia cronológica a la definición de *Alma-Ata*, donde gran parte de la literatura se dedica a analizar dos modelos de APS: *atención primaria selectiva* y *atención primaria integral*.

El segundo grupo contiene los conceptos diseñados en los últimos veinte años orientados a precisar qué se entiende por APS. En general, la mayoría de los autores plantean sus definiciones desde la perspectiva de la provisión de los servicios de salud distinguiendo las características de provisión de los bienes y servicios de APS. En

particular se destacan los esfuerzos por establecer la distinción entre *atención primaria* y *atención primaria de salud*, identificando el término APS con una estrategia tendiente a mejorar atención de los problemas de salud de toda la población mientras que el término AP se asocia a los servicios de atención médica provistos en el PNA del sistema de salud.

A su vez, la APS se diferencia tanto de la AP como del PNA por tratarse de una estrategia de salud que involucra la colaboración intersectorial y la participación de la comunidad y, cuyos beneficios no se limitan al estatus de salud de las poblaciones, sino que se extienden por ejemplo, al empoderamiento de las mismas. Asimismo, es posible distinguir a la AP del PNA por tratarse de un modelo de atención de salud que no solo tiene el atributo de ser la puerta de entrada al sistema de salud (en general, a través del PNA), sino que además incluye los atributos de continuidad, integralidad y coordinación. Pese a las diferencias y similitudes generales que existen entre los conceptos, la relación entre los mismos varía de acuerdo a las características de organización de los servicios de salud establecidas en los distintos sistemas de salud.

Finalmente en lo referido a los conceptos empleados en la literatura económica se puede observar que son tomados de los diseñados en la literatura médica y, en general se asocian a la concepción de *atención primaria*. Esto se explica por el hecho que la mayoría de los trabajos publicados donde se han abordado los problemas de la APS desde una perspectiva económica provienen fundamentalmente de Estados Unidos, Australia y varios países de Europa, donde la concepción predominante es la AP.

A modo de síntesis, pese a las décadas transcurridas desde la aparición del concepto, la discusión acerca de su significado continúa abierta. Este capítulo tuvo como objetivo contribuir a un ordenamiento de los conceptos relacionados, usados frecuentemente de manera indistinta pero imprecisa tanto en la literatura académica como en el ámbito de los servicios de salud. En particular, pretende ser de utilidad para la orientación a aquellos investigadores de las ciencias sociales que se propongan realizar análisis socio-económicos de este tipo de bienes y servicios en distintos sistemas de salud.

## CAPÍTULO II

### Marco teórico: la atención primaria de salud en los sistemas de salud

#### Introducción

Dado el consenso generalizado acerca de la necesidad que los sistemas de salud se reorienten en función de los principios de la atención primaria de salud (en adelante APS), resulta de interés analizar si esta estrategia participa activamente en las diferentes clasificaciones de sistemas de salud. Entendiendo por “sistema de salud” a todos los actores, instituciones y recursos que se proponen promover, restaurar o mantener la salud de la población que se encuentra bajo su responsabilidad, procurando una distribución equitativa de la salud entre las distintas poblaciones. De acuerdo a este enfoque el sistema de salud desarrolla cuatro funciones claves que determinan la forma en la cual los insumos sanitarios son transformados en resultados de salud: prestación, financiamiento, generación de recursos y rectoría (OMS, 2000).

Existen diferentes concepciones de “sistemas de salud”. Field (1973) lo define como un mecanismo social que transforma recursos generales (humanos, materiales, políticos y culturales) en productos especializados dirigidos a resolver los problemas de salud de la población. Hoffman *et al.* (2012) realizan una revisión sistemática de la bibliografía publicada en los últimos 20 años encontrando 41 marcos conceptuales de los sistemas de salud que clasifican de acuerdo al enfoque y a la función. De acuerdo al **enfoque** se agrupan según estén centrados en el conjunto del sistema de salud, alguna parte del sistema de salud y otros sistemas sociales que interactúan con el sistema de salud. De acuerdo a la **función** se agrupan según si se hayan diseñado para comprenderlos, compararlos, detectar cambios y/o evaluarlos. A continuación se presentan los autores más destacados de esta revisión.

Se resaltan los aportes de Roemer (1993) y Roberts *et al.* (2003). El primer autor desarrolla un marco de interacciones básicas para comprender los sistemas de salud a partir de cinco componentes: factores de producción, mecanismos de financiamiento, organización de los programas, métodos de gestión y provisión de los servicios. El flujo de relaciones que se establecen entre dichos componentes determina diferentes resultados en función de su respuesta a las necesidades de salud de la población. Roberts *et al.* (2003) conceptualizan al sistema de salud como un conjunto de relaciones

entre componentes estructurales (*medios*) cuyas interacciones están causalmente asociadas con los resultados de salud (*objetivos finales*). Dichos componentes pueden ser utilizados como instrumentos de política (*control knobs*) para alcanzar los objetivos perseguidos. Identifican cinco *control knobs*: financiamiento, organización, mecanismos de pago, regulación e incentivos, que influyen en el logro de la eficiencia, calidad y acceso (*resultados intermedios*), y en los objetivos finales de mejorar el estado de salud, la satisfacción del cliente y la protección de riesgos. Rechel, *et al.* (2010) conceptualizan el sistema de salud a partir de los componentes: organización y gobernanza, financiación, recursos físicos y humanos, y prestación de servicios. El marco conceptual diseñado por Londoño y Frenk (1997) define el sistema de salud como un conjunto de relaciones entre dos componentes: poblaciones e instituciones, que se generan en el marco de las funciones: financiamiento, provisión, modulación y articulación<sup>22</sup>.

Frenk (1994) define un sistema de salud como el conjunto de instrumentos sociales (por ejemplo, legislación, organizaciones y tecnologías) que movilizan recursos para transformarlos en servicios de salud. Estos instrumentos son dirigidos por políticas e información acerca de las necesidades de salud y el desempeño del sistema. En esta concepción, se percibe cómo la interacción entre la población, los prestadores de servicios de salud y el mediador colectivo (Estado) se complejiza por la presencia de otros actores (por ejemplo, generadores de recursos y otros sectores de política pública social). En particular, este marco conceptual permite comprender la distinción entre sistema de servicios de salud (*Health-care System*) y sistema de salud (*Health System*). Mientras que el primero es un concepto más estrecho que se restringe a los prestadores de servicios de salud, generadores de recursos y al mediador colectivo, el segundo abarca todos los actores considerados en este marco conceptual, incluyendo la población y los demás sectores de la política social. En particular, esta última definición otorga un

---

<sup>22</sup> El financiamiento se refiere a la movilización de recursos de los hogares, empresas, gobierno (en todos los niveles) y organismos internacionales, y a su acumulación (por ejemplo, fondos de aseguramiento público, presupuestos públicos o ahorros de la familia), que pueden ser asignados a través de diversos arreglos institucionales a la producción de servicios. La provisión se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, que ocurre en una estructura organizacional particular y genera servicios médico-sanitarios con el objetivo de generar aumentos en el estatus de salud. La modulación implica diseñar, establecer y monitorear las reglas de juego transparentes y justas para el sistema de salud, así como establecer en el mismo una dirección estratégica. La articulación se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la provisión, se refiere a la gestión de las transacciones entre los grupos y sirve para dar coherencia a los diversos componentes de la atención a la salud.

mayor peso a dos componentes fundamentales en la definición de APS consensuada en Alma-Ata: la acción multisectorial y la participación comunitaria.

Si bien estas diferencias conceptuales pueden expresar divergencias, también significan una oportunidad para investigar las dimensiones que definen un sistema de salud, aspectos fundamentales si se pretende, por ejemplo, evaluar los resultados obtenidos por un sistema específico. Dado que la medición de desempeño deberá ser congruente con las dimensiones consideradas en la definición, cualquier análisis de este tipo requiere como paso previo, identificar sus actores y objetivos así como las relaciones que se establecen entre ellos.

Algunos resultados llaman la atención e invitan a reflexionar cuan vigentes están ciertas clasificaciones de sistemas de salud. Se ha observado que países cuyos sistemas de salud pertenecen en términos teóricos a la misma categoría, no necesariamente obtienen similares resultados con los recursos que gastan y/o invierten en el sector salud (Tarazona y Barrachina, 2006). Al respecto se han vertido diferentes hipótesis para explicar esta evidencia empírica, como la existencia de ciertas características institucionales o demográficas (envejecimiento poblacional), los vínculos (o relaciones contractuales) entre subsectores público y privado, aspectos no considerados explícitamente en las clasificaciones de los sistemas de salud empleadas frecuentemente en las investigaciones económicas.

En particular, dada la abundante literatura que sugiere que el desempeño alcanzado por un sistema de salud puede mejorar a través de la implementación de estrategias de APS<sup>23</sup> adquiere relevancia investigar en qué medida se ha incorporado la APS en las concepciones de sistemas de salud disponibles hasta el momento en la literatura internacional.

El presente capítulo se propone el objetivo general de evaluar en las distintas clasificaciones de los sistemas de salud si la APS ha sido utilizada como criterio o dimensión de clasificación. Además como un objetivo particular se propone analizar la existencia de una relación entre: a) la intervención del Estado y la priorización otorgada

---

<sup>23</sup> Varios estudios han encontrado que los sistemas de salud basados en los principios de la APS aseguran, entre otros resultados, mejores niveles de salud en la población (ver por ejemplo, Starfield *et al.*, 2005; Macinko *et al.*, 2003; Macinko *et al.*, 2009).

al PNA, y b) la priorización otorgada al PNA y los resultados alcanzados por el sistema de salud.

La metodología empleada para abordar el primer objetivo del trabajo se basó en la revisión de la literatura referida a las tipologías de sistemas de salud, considerando investigaciones teóricas o conceptuales (modelos cualitativos) como empíricas (modelos cuantitativos), elaboradas por los autores referentes del tema. La búsqueda de información consistió en recuperar los estudios publicados principalmente en inglés, aunque también algunos en español, disponibles en los buscadores genéricos de internet. Los descriptores empleados en la búsqueda inicial fueron: Healthcare System, Health System, Sistema de Salud, Clasificación y Classification, y se abarca el período comprendido entre el año 1973 y el año 2013. A partir de los trabajos encontrados en la búsqueda inicial se revisaron las referencias de forma manual. Finalmente, se seleccionaron aquellas tipologías de sistemas de salud que, a nuestro criterio, expresan las tendencias dominantes del momento histórico, y aquellas que parecen marcar un cambio significativo con respecto a las disponibles al momento de su publicación.

Las clasificaciones seleccionadas se analizaron en base al marco conceptual de sistema de salud diseñado por Tobar (2000)<sup>24</sup> el cual constituye, junto con las políticas de salud y el estado de salud de la población, una dimensión central para el análisis del sector. Para el autor el sistema de salud comprende la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan para solucionar los problemas de salud de la población, pudiendo ser definido como la respuesta social organizada para los problemas de salud. Asimismo presenta un esquema que permite entender el sistema de salud como la articulación de tres componentes:

- Desde una perspectiva política, llamado *modelo de gestión* donde se destacan dos problemas centrales: establecer los valores que guían el sistema (por ejemplo, la cobertura universal, la autonomía de los profesionales de la salud, etc.) y definir las funciones del Estado en el sector (decidiendo por ejemplo, qué tipo de información debe suministrar, que servicios debe proveer directamente,

---

<sup>24</sup> Entre los estudios identificados por Hoffman *et al.* (2012) existe una concepción del sistema de salud establecida por la OMS que reviste de especial importancia para nuestro objeto de estudio. Se trata del *Primary healthcare Framework* diseñado por la OMS que está orientado a analizar los cambios generados en la parte del sistema de salud relacionada a la prestación de los servicios de atención primaria (OMS, 2008). Sin embargo, se optó para realizar el análisis propuesto con un marco teórico que aborde el análisis del sector salud desde una perspectiva más amplia.

que y como comprar a los proveedores servicios de servicios y como regular el mercado de salud).

- Desde una perspectiva económica, llamado *modelo de financiación* involucrado en la resolución de tres cuestiones principales: cuánto se debe gastar, de dónde deben provenir los recursos (por ejemplo, los impuestos generales, los salarios o los usuarios) y cómo deben asignarse (estableciendo los mecanismos de financiamiento y los métodos de pago).
- Desde una perspectiva técnica, llamado *modelo de atención* que se relaciona con las cuatro problemáticas: qué prestaciones cubrir (definiendo los tipos de bienes y servicios a proveer), a quién cubrir (estableciendo los criterios de elegibilidad de la población), cómo proveer y dónde proveer servicios (especificando los proveedores y lugares de provisión).

La metodología empleada para abordar el segundo objetivo del trabajo consistió en estudio descriptivo basado en el análisis de datos cuantitativos disponibles a nivel mundial en la base de datos de la OMS. Para los 192 países miembros de la OMS se seleccionó un indicador de disponibilidad de infraestructura y un indicador de disponibilidad de servicios en el primer nivel de atención, denominados:

- Número de postas sanitarias cada 100.000 habitantes** para el 2013. Constituye un índice de elementos de infraestructura física por unidad poblacional (100.000 habitantes), el cual se refiere a un tipo de infraestructura disponible para brindar servicios en el PNA. Las Postas Sanitarias son los efectores de salud más pequeños del sistema de salud que brindan servicios de baja complejidad a través de pocos recursos humanos en la cercanía de las comunidades. De acuerdo a Yepes (1991) este tipo de indicadores, que miden la infraestructura física, constituyen uno de los más empleados en las comparaciones de los sistemas de salud a nivel internacional. Sin embargo, presentan limitaciones tales como: diferentes calidades y disponibilidades (accesibilidad) para diversos grupos poblacionales (geográficos, socioeconómicos), niveles de productividad variables, etc. En este caso los datos estaban disponibles para 109 de los 192 países de la base de datos de la OMS.
- Número de tests disponibles para control de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes** con datos del 2010. Constituye un indicador de



disponibilidad general de programas o tests para control de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en el PNA. Se trata de una variable cuantitativa discreta que puede tomar desde el valor 0 (ninguno) hasta el valor 8 (todos) de acuerdo a la cantidad de test disponibles según una encuesta realizada en el año 2010<sup>25</sup>. En este caso los datos estaban disponibles para 179 de los 192 países de la base de datos de la OMS.

Para evaluar la relación del PNA con el grado de intervención del Estado (objetivo 1) se consideró el gasto público en salud (en adelante GPS) como % del gasto total en salud (en adelante GTS), que puede ser considerado una medida del compromiso del sector público con la provisión de bienes y servicios para la atención de la salud. Esta información también se obtuvo de la base de datos de la OMS y corresponde al año 2012.

Se procedió a realizar el siguiente análisis para cada uno de los dos indicadores de disponibilidad:

a) Para la muestra total de países: se agrupó a los países en cuartiles de acuerdo al valor del GPS como % del GTS. Así, el primer cuartil comprende el 25% de los países que tienen valores más bajos de dicho indicador, y el último cuartil incluye el 25% de los países con los valores más altos. Posteriormente, para cada cuartil de países se calculó la mediana en el caso del indicador i (medida de tendencia central de los datos alternativa al valor medio, adecuada para describir conjuntos de datos asimétricos) y la media en el caso del indicador ii.

---

<sup>25</sup> Fue construida a partir de los resultados de las siguientes ocho variables dicotómicas (posibles respuestas: si/no):

- Variable 1: disponibilidad general de la detección del cáncer de colon (por examen digital o colonoscopia) a nivel de atención primaria de salud.
- Variable 2: disponibilidad general del cribado del cáncer de mama (por palpación o mamografía) a nivel de atención primaria de salud.
- Variable 3: disponibilidad general de la citología cervical a nivel de atención primaria de salud.
- Variable 4: disponibilidad general de la medición de colesterol total a nivel de atención primaria de salud.
- Variable 5: disponibilidad general de la prueba de diabetes (por medición de glucosa en sangre, SOG, o HbA1c) en el nivel de atención primaria de salud.
- Variable 6: disponibilidad general de electrocardiograma en el nivel de atención primaria de salud.
- Variable 7: disponibilidad general de medición de flujo máximo espirometría en atención primaria de salud.
- Variable 8: disponibilidad general de la visualización de ácido acético a nivel de atención primaria de salud.

b) Para la muestra dividida en grupos de países según la categoría de ingresos definida por el Banco Mundial (ingresos altos, medio-altos, medio-bajos y bajos): se realizó la misma agrupación de países en cuartiles de acuerdo al valor del GPS como % del GTS y para cada cuartil de países se calculó la mediana en el caso del indicador i y la media en el caso del indicador ii.

Para evaluar la relación del PNA con los resultados del sistema de salud (objetivo 2) se consideraron dos variables alternativas:

- i. *Tasa de mortalidad infantil (en adelante TMI)*: indica el número de defunciones anuales por cada 1.000 nacidos vivos antes del primer año de vida.
- ii. *Esperanza de vida al nacer (en adelante EVN)*: indica el número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas, por edad y sexo, prevalentes al momento de su nacimiento.

Igual que en el caso anterior la información se obtuvo de la base de datos de la OMS y corresponde al año 2009.

Por un lado se procedió a realizar el siguiente análisis para el indicador número de postas sanitarias cada 100.000 habitantes:

- a) Se dividió a la muestra en grupos de países según la categoría de ingresos definida por el Banco Mundial (ingresos altos, medio-altos, medio-bajos y bajos).
- b) En cada sub-muestra se agrupó a los países en cuartiles de acuerdo al valor del indicador número de postas sanitarias cada 100.000 habitantes.
- c) Para cada cuartil de países se calculó el valor promedio de la TMI y EVN.

Por otro lado se realizó el siguiente análisis para el indicador número de tests disponibles para control de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes:

- a) Se dividió a la muestra en grupos de países según la categoría de ingresos definida por el Banco Mundial (ingresos altos, medio-altos, medio-bajos y bajos).
- b) En cada sub-muestra se agrupó a los países según el número de test disponibles determinando la existencia de nueve categorías.
- c) Para cada grupo de países se calculó el valor promedio de la TMI y EVN.

El capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se presentan las principales tipologías de sistemas de salud agrupadas de acuerdo a la metodología utilizada para su caracterización y el grupo de países que las representan. Para cada una se analiza, en base a las perspectivas propuestas por Tobar (2000) el rol otorgado a la APS así como la existencia de sistemas de salud donde la APS desempeñe un rol destacado. En la segunda sección se evalúa empíricamente la existencia de una relación entre el grado de intervención Estatal, la priorización otorgada a la APS en el sistema de salud y el estatus de salud de la población. Finalmente se presentan las conclusiones del capítulo.

### **CLASIFICACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

Los sistemas de salud varían sustancialmente entre países debido a que su configuración depende de factores políticos, culturales, demográficos, históricos y sociales (Dewar, 2010) por lo cual, para clasificarlos es necesario considerar sus componentes y funciones. Una detallada discusión sobre tipologías de sistema de salud se puede encontrar en Freylejer (1996), Burau y Blank (2006), Wendt *et al.* (2009) y Freeman y Frisina (2010).

Las tipologías de sistemas de salud se diferencian según: i) la metodología empleada para realizar la clasificación (por ejemplo análisis cualitativos y/o cuantitativos), ii) las dimensiones del sistema de salud consideradas en la metodología, y iii) el grupo de países bajo estudio (pudiendo ser, un análisis general con todos los sistemas de salud del mundo, o un grupo de sistemas de salud seleccionado de acuerdo a criterios regionales o de nivel de desarrollo socio-económico). A continuación se evalúa la participación de la APS en las clasificaciones de los sistemas de salud distinguiendo entre: i) modelos cualitativos generales, ii) modelos cualitativos para grupos de países y iii) modelos cuantitativos para grupos de países.

#### **i. Modelos cualitativos generales**

Inicialmente se establecieron clasificaciones de los sistemas de salud identificando *tipos ideales*<sup>26</sup> que representan situaciones sociales complejas que, en

---

<sup>26</sup> El “tipo ideal” constituye un instrumento conceptual que sirve para la comparación con la realidad. Fue diseñado por Weber (1949) y es empleado regularmente en las ciencias sociales para referirse a los casos seleccionados que mejor ejemplifican las características de una clase dada (Freeman y Frisina, 2010).

general, implican una simplificación de la realidad. En el caso de los sistemas de salud donde los “modelos puros” no existen se suele aproximar a los casos reales a partir de sus rasgos dominantes (por ejemplo, tipo de sistema de salud que absorbe al mayor porcentaje de la población total).

Field (1973) sugirió la existencia de cuatro tipos ideales de sistemas de salud de acuerdo a su forma de **articulación con el sistema social**. Se basó en cinco dimensiones: papel del Estado frente al rol del mercado, posición del médico, rol de las asociaciones profesionales, propiedad de los servicios y forma de pago a los proveedores. Fueron denominados y caracterizados de la siguiente forma:

- i. **Pluralista:** los servicios de salud son considerados bienes de consumo, existe gran autonomía de los profesionales médicos (las asociaciones profesionales tienen un importante rol), la provisión es público-privada (pero con una alta participación de la provisión privada) y se emplean formas de pago directas (pago de bolsillo) e indirectas (por medio de terceros pagadores). Este era el sistema predominante en Estados Unidos.
- ii. **Seguro de salud:** las prestaciones de salud son tratadas como bienes o servicios de consumo garantizados, hay una fuerte autonomía profesional, provisión mixta (público-privada) y pago frecuentemente indirecto. Este era el caso de Japón y los países de Europa Occidental (con la excepción de Reino Unido), destacándose en particular el caso de Francia.
- iii. **Servicio de salud:** los servicios médico-sanitarios son concebidos como bienes de consumo, existe un alto grado de autonomía profesional, la provisión es frecuentemente pública (la mayoría de las instituciones son propiedad del Estado) y la forma de pago es indirecta. Este era caso del Reino Unido.
- iv. **Socializado:** la salud es considerada un servicio público provisto por el Estado, los médicos son empleados del Estado y, si bien pueden nuclearse en organizaciones médicas, éstas tienen un rol débil. Se distingue por el control total del Estado sobre los recursos sanitarios. Los ejemplos típicos son la extinta URSS y los países que conformaban su área de influencia.

Esta clasificación no explícita ningún aspecto sobre el *modelo de atención* que haga referencia a la APS. Sin embargo, en la descripción de los tipos de sistemas el

autor concluye sobre ciertas cuestiones claves, entre las que se destacan la función que debe otorgársele a la AP (y en particular, al médico de familia) dentro del sistema de salud. Al respecto sugiere la necesidad de mejorar la relación entre la disponibilidad de médicos generalistas (definidos como “especialista en generalidades”) y médicos especialistas a favor de los primeros en todos los tipos de sistemas.

Terris (1978) propuso una clasificación general basada en la naturaleza del **sistema económico**. Su esquema conceptual consistió en asociar los sistemas de salud de los distintos países del mundo a los tres sistemas económicos dominantes hacia 1980: precapitalista, capitalista y socialista. Estableció que, pese a que en un mismo país pueden coexistir diferentes sistemas, es posible observar alguna forma de organización predominante<sup>27</sup>. Para el autor los tipos de sistemas básicos eran:

- i. **Asistencia pública:** dominante en los países con sistemas pre-capitalistas de Asia, África y América Latina, donde también existían relaciones económicas de tipo socialista o capitalista. Para la mayoría de la población la única fuente de atención médico-sanitaria radicaba en el sistema orientado a los individuos con mayores necesidades de salud y menores recursos, con servicios provistos en hospitales y otros centros de salud propiedad del Estado financiados mediante impuestos generales. Costa Rica, México y Turquía constituían ejemplos de este tipo de organización en aquellos años.
- ii. **Seguro nacional de salud:** asociado a los países con sistemas capitalistas cuyo predominio se encontraba en Europa Occidental<sup>28</sup>, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel. Sin bien, en general la cobertura del seguro de salud se limita a las personas empleadas, y se financia con contribuciones de empleados, empleadores y fondos gubernamentales, se observan grandes diferencias entre los sistemas de seguros de los distintos países, que pueden ser gubernamentales o no gubernamentales.

---

<sup>27</sup> Esta es definida como unidad principal de organización y se establece en función de la cantidad de población que recibe atención médico-sanitaria a través de cada tipo de sistema de salud.

<sup>28</sup> En el análisis del autor, Reino Unido y Suecia fueron incluidos dentro de los países en los cuales el seguro nacional de salud es la modalidad de organización dominante aunque actualmente ocupan posiciones intermedias que los ubican entre un seguro nacional de salud y un servicio nacional de salud.

- iii. ***Servicio nacional de salud:*** se diferencia de los sistemas de asistencia pública y de seguro de salud porque la cobertura es universal y, en general, se financia con fondos públicos. La atención médico-sanitaria es provista por médicos asalariados y otro personal de salud que trabaja en centros de salud públicos. Prácticamente todos los servicios están incluidos y se proveen sin cargo. Era el modelo predominante en nueve naciones europeas que integraban el bloque socialista, cuatro de Asia, y Cuba en América Latina.

Si bien esta clasificación no considera ninguna dimensión del sistema de salud, sino simplemente el orden económico dominante, para caracterizar cada tipo ideal recurre a diversas dimensiones relacionadas fundamentalmente con el *modelo de atención* y el *modelo de financiamiento*. Destaca dos aspectos del modelo de atención que diferencian al último tipo de los anteriores: en primer lugar por el énfasis puesto en la atención ambulatoria, por medio de los centros de salud locales, y en segundo lugar, por la sectorización en regiones a través de la existencia de unidades básicas de servicios de salud integradas por un equipo multidisciplinario de profesionales, que es responsable no sólo del diagnóstico y tratamiento de la población que tiene bajo su responsabilidad, sino también de la promoción de la salud y prevención de enfermedades<sup>29</sup>. Sin embargo, dado que la tipificación general se basa en el orden económico dominante agrupa a países con modalidades de organización de los servicios de salud muy distintas.

Roemer (1993) presenta una clasificación de tipos ideales de sistemas de salud para países industrializados y en desarrollo, en base a información de los años 1980 a 1990, de acuerdo a la combinación de las siguientes dos dimensiones:

- i. El ***nivel de intervención del Estado en el mercado de servicios médico - sanitarios*** distinguiendo cuatro niveles: empresarial; seguridad social; universal o asistencia pública y socialista o servicio universal.
- ii. El ***nivel de desarrollo económico de los países*** (de acuerdo al producto bruto nacional *per cápita*) distinguiendo cuatro tipos: industrializados y ricos; en

---

<sup>29</sup> También se caracteriza por enfatizar la participación comunitaria y las medidas preventivas, entre las que se encuentran no sólo el control de los riesgos ambientales y laborales, y las campañas contra las enfermedades infecciosas y en defensa de la salud materno infantil, sino que también se otorga gran importancia a la detección temprana de la enfermedad, y el seguimiento, para supervisión preventiva, de los grupos vulnerables de la población y las personas con enfermedades crónicas.

desarrollo y transición (ingresos medios); muy pobres (ingresos bajos), y ricos en recursos naturales.

Los ejemplos más ilustrativos de su clasificación son Estados Unidos, como sistema empresarial en un país desarrollado, Perú como un sistema de asistencia pública en un país en transición, y China como el ejemplo de un sistema socialista en un país muy pobre. En el Cuadro III.1 se presenta la clasificación de los países estudiados por Roemer (1993) según estas dimensiones. La clasificación propuesta por el autor combina una dimensión referida al sistema de salud con una dimensión del sistema económico (ingresos y/o grado de desarrollo socio-económico) determinando la posibilidad de 16 tipos de sistemas de salud ideales.

**Cuadro III.1.** Clasificación de los sistemas de salud estudiados por Roemer (1993)

		<b>Intervención del Estado</b>			
		<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>
<b>Nivel Económico</b>	<b>a</b>	<b>Estados Unidos</b>	Canadá, Australia, Alemania, Japón, Austria, Francia, Bélgica, Países Bajos.	Reino Unido, Nueva Zelanda, Grecia, España, Italia, Países Escandinavos	URSS, Checoslovaquia.
	<b>b</b>	Tailandia, Filipinas, Sudáfrica	Brasil, <b>Perú</b> , Egipto, Malasia.	Costa Rica, Israel, Nicaragua,	Cuba, Corea del Norte
	<b>c</b>	Kenia, Gana, Bangladesh, Nepal	India.	Sri Lanka, Tanzania,	<b>China</b> , Vietnam.
	<b>d</b>		Libia, Gabón	Kuwait, Arabia Saudita	

**Fuente:** elaboración propia adaptada de Roemer (1993)

En esta clasificación la APS no es incluida dentro de las dimensiones empleadas para realizar la clasificación debido a que el componente del sistema de salud considerado se refiere al *modelo gestión* al priorizar el grado de intervención del Estado en el sector salud. Sin embargo, se observan ciertos aspectos del *modelo de atención* cuando describen la provisión de los servicios cuando se destaca la APS en dos sistemas de salud socialistas con distinto nivel económico: la ex-URSS y Cuba. A su vez, en todos los tipos de sistemas de salud se destaca la importancia del equipo de salud, tanto para la atención primaria como para la secundaria.

Pese a que estas clasificaciones son útiles para realizar comparaciones generales, introducen el problema de forzar la pertenencia a una única categoría de sistemas de salud a países que, en muchos casos, involucran múltiples actores o sectores con diferentes objetivos. Esto sucede por ejemplo, en el caso de Reino Unido, que tiene dos

sistemas muy distintos: los servicios de medicina general (donde el Estado financia la atención proporcionada por proveedores privados) y los servicios hospitalarios (proporcionados directamente por proveedores públicos). Otro ejemplo es el de algunos países de América Latina donde el Estado gestiona dos subsistemas destinados a distintos grupos poblacionales: la asistencia pública para la población rural y la población urbana de escasos recursos, y la seguridad social destinada a los asalariados y sus familias (Frenk, 2003).

El Cuadro III.2 resume los aspectos más relevantes de las tipologías mencionadas, presentando información sobre: las dimensiones de los sistemas de salud, los tipos o modelos de sistemas de salud (número y denominación), los países que representan cada tipo, la inclusión (o mención) de la APS y finalmente, en el caso de ser incluida o mencionada, se expone la concepción de la APS empleada por el autor.

**Cuadro III.2.** La APS en los modelos cualitativos generales

Tipología	Dimensiones	Componente según Tobar (2000)	Tipos	Países	Inclusión o mención de la APS	Concepción de la APS
Field (1973)	1.Intervención del Estado 2.Importancia del médico 3.Rol de las asociaciones médicas 4.Propiedad de los servicios 5.Forma de pago a los provisión	Modelo de Gestión  Modelo de Financiamiento	a. Pluralista b. Seguro de salud c.Servicio de salud d. Socializado	a. Estados Unidos b. Europa Occidental (excepto Reino Unido) y Japón c. Reino Unido d. URSS y Europa del Este	Mención en la caracterización	AP
Terris (1978)	Sistema económico predominante	Modelo de Gestión	a. Asistencia pública b. Seguro nacional de salud c. Servicio nacional de salud	a. Costa Rica, México y Turquía b. Europa Occidental, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel. c. Países socialista de Europa (9, (por ejemplo, Alemania), países socialista en Asia (4) y Cuba en América	Mención en la caracterización	APS



				Latina.		
Roemer (1993)*	1.Nivel de desarrollo económico del país 2.Nivel de intervención del Estado	Modelo de Gestión	a. Sistema empresarial en un país desarrollado b. Sistema asistencialista en un país en transición c. Sistema socialista en un país muy pobre	a. Estados Unidos b. Perú c. China	Mención en la caracterización	APS AP PNA

\* Sólo se presentan los tres tipos de sistemas más representativos de la tipología de Roemer (1993). En el Cuadro N° 1 se puede observar la clasificación del resto de los países analizados.

**Fuente:** elaboración propia

Las clasificaciones propuestas por Field (1973), Terris (1978) y Roemer (1993) emplean al país como unidad de análisis y reflejan la dicotomía, existente hasta principios de la década de los noventa, entre los sistemas sociales basados en el mercado y los sistemas gestionados por el Estado. La dimensión que priorizan las tres tipologías es el grado de intervención del Estado en el sector salud (Nolte *et al.*, 2005) y sólo la clasificación propuesta por Field (1973) incluye, entre las dimensiones, aspectos relativos al *modelo de gestión* y al *modelo de financiación*. Ninguna de las tipologías analizadas emplea la estrategia de APS como dimensión para clasificar los tipos de sistemas de salud, aunque todas incluyen en la caracterización aspectos relativos al *modelo de atención*. Se observa que la concepción de APS varía de acuerdo al autor y los países analizados. Roemer (1993) hace referencia al concepto de atención primaria de salud (APS), atención primaria (AP) y primer nivel de atención (PNA). Terris (1978) siempre se refiere a la APS mientras que Field (1973) hace referencia a la AP.

## ii. Modelos cualitativos para grupos de países

Diferentes autores se han propuesto clasificar sistemas de salud con metodologías cualitativas enfocando el análisis en grupos de países de altos niveles de ingreso pertenecientes a la OCDE. Estas publicaciones han sido influyentes en el ámbito académico y son frecuentemente empleadas en otras investigaciones realizadas en países de América Latina, las cuales se presentan a continuación.

### Países de alto nivel de ingresos: OCDE

Frenk y Donabedian (1987) sugirieron una tipología de la intervención estatal en el sector salud. Enfocados en los servicios personales de salud (en particular, servicios médicos) desarrollan una clasificación basada en dos dimensiones: el grado de control estatal sobre la producción de los servicios de salud que caracteriza la relación del

Estado con los prestadores y los principios de acceso a los servicios médico sanitarios, que resume la relación del Estado con los usuarios reales o potenciales.

Esta clasificación, a diferencia de las desarrolladas por Field (1973), Terris (1978) y Roemer (1980), permite identificar distintas modalidades de intervención estatal en un mismo país, debido a que emplea un nivel analítico de agregación inferior, que denominan “modalidad de organización de la atención de la salud”. Dado que en la mayor parte de los sistemas de salud coexisten diversas modalidades de organización, es posible describir el patrón nacional mediante un perfil de modalidades que representan un nivel de análisis intermedio entre la totalidad del sistema de salud y los programas de salud específicos.

Frenk y Donabedian (1987) identifican 12 modalidades de organización, a partir de una combinación entre el nivel de control y el acceso. Dado que algunas modalidades eran poco probables en la realidad y/o sólo fueron importantes en el pasado, la clasificación fue adaptada por Frenk (2003) para incorporar las funciones de financiamiento y regulación, que junto con la provisión pueden ser controladas por el Estado (Nolte *et al.*, 2005). Los tipos de modalidades de organización posibles para los autores se presentan en el Cuadro III.3.

**Cuadro III.3.** Clasificación de sistemas de salud según modalidades de organización de Frenk y Donabedian (1987)

Control del Estado	Principio de acceso de la población			
	Poder de compra	Pobreza	Prioridad socialmente percibida	Ciudadanía
Regulación	Atención privada	Beneficencia privada	Servicios de empresa	Seguro social (Alemania)
Financiamiento	-----	Medicaid en Estados Unidos	Seguro social incipiente	Seguro nacional
Provisión	-----	Asistencia pública	Seguridad social	Servicio nacional (Reino Unido)

**Fuente:** elaboración propia a partir de Frenk y Donabedian (1987)

De acuerdo a Frenk (2003) esta clasificación de modalidades de permite diferenciar los países de acuerdo al grado de fragmentación de la participación del Estado en la atención de la salud, medido por el número y la fuerza relativa de las modalidades. Sin embargo, no es posible observar en la tipología propuesta por Frenk y Donabedian (1987) ninguna referencia a la estrategia de APS, ni en las dimensiones empleadas para realizar la agrupación de los sistemas, ni en los aspectos utilizados para caracterizar cada tipo.

Un trabajo preparado por George Schieber para los países occidentales de alto nivel de ingreso introdujo una clasificación de los sistemas de salud en base a las dimensiones de cobertura, financiamiento y propiedad de la provisión, distinguiendo tres modelos (OCDE, 1987):

- i. ***Servicio nacional*** (o tipo *Beveridge*): se caracteriza por la cobertura universal, el financiamiento público mediante impuestos generales, y la propiedad y/o el control público de la provisión de los servicios. Los países con este tipo de modelo son: Reino Unido, Nueva Zelanda, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Portugal, Irlanda, España, Italia, Suecia y Grecia.
- ii. ***Seguridad social*** (o tipo *Bismarck*): caracterizado por la cobertura universal obligatoria como parte del sistema de seguridad social, el financiamiento a través de las contribuciones de empleados y empleadores, y la provisión efectuada por proveedores públicos o privados. Alemania, Japón, Austria, Holanda, Luxemburgo, Francia, Bélgica y Suiza responden a este tipo de diseño.
- iii. ***Seguro privado*** (o soberanía del consumidor): la cobertura no es universal, se basa en la compra de seguros privados. Es financiado por los individuos y/o contribuciones de los empleadores y la provisión de servicios es privada. Este modelo es representado por Estados Unidos, aunque varios países tienen algún elemento de este tipo.

De acuerdo a Burau y Black (2006) esta clasificación está orientada a casos “reales” más que “ideales”, por encontrarse fuertemente relacionada con los paradigmáticos sistemas de salud de Reino Unido, Alemania y Estados Unidos respectivamente. La misma ha resultado muy influyente en los años posteriores a su aparición siendo la clasificación más empleada en las investigaciones sobre sistemas y políticas de salud (Freeman y Frisina, 2010).

La OCDE ha reconocido limitaciones en esta tipología, sugiriendo que debido a las grandes diversidades existentes, entre y dentro de los sistemas de salud, ninguno de los tipos ideales suministra una descripción totalmente adecuada. Por ejemplo, aunque los sistemas de salud de Bélgica y Suiza se consideran modelos de la seguridad social y el de Grecia un servicio nacional, son en realidad modelos híbridos (OCDE, 1987).

Esta tipología, al igual que la diseñada originalmente por Frenk y Donabedian (1987), no emplea aspectos del *modelo de atención* y por lo tanto no consideran el tipo de servicios ofrecidos, el modo de prestación de los mismos, ni se refieren a la APS para caracterizar cada tipo de sistema.

Un estudio posterior (OCDE, 1992) para los sistemas de salud de 7 países de la OCDE (Alemania, Francia, Irlanda, Los Países Bajos, España, Reino Unido y Estados Unidos) introduce la distinción entre subsistemas de salud al clasificarlos según dos fuentes de financiación y cuatro métodos de pago a los proveedores. Este análisis se basa en el trabajo desarrollado por Evans (1981) quien diseña un marco conceptual basado en los actores y los diferentes patrones de integración vertical entre: consumidor/paciente, proveedores del primer nivel, proveedores del segundo nivel, aseguradoras (o terceros pagadores) y el Estado como regulador del sistema. Las interacciones entre los mismos en el mercado de los servicios de salud determinan: la provisión de servicios, derivaciones de los proveedores del primer nivel al segundo nivel de atención, el pago por los servicios, el pago por los seguros, el pago de los reclamos a los seguros y varias formas de regulación del Estado. Evans esboza las formas más comunes de las interacciones entre estos actores mostrando cómo los patrones observados o supuestos de desempeño en los diferentes sistemas se pueden remontar a las diferencias en la estructura.

La combinación de las distintas formas de financiamiento y pago a los proveedores<sup>30</sup> da lugar a ocho modelos teóricos que determinan distintos subsistemas de salud aunque en la práctica sólo se verifican siete tipologías. A continuación se describe cada uno de los modelos identificados que surgen de la combinación de las dos dimensiones presentadas en el Cuadro III.4:

- i. ***Modelo voluntario de desembolso directo (o autofinanciado)***: juega un rol secundario en los sistemas de salud. Es empleado universalmente para la compra de medicamentos de venta libre, aunque existen casos como Irlanda, donde más de la mitad de la población paga de bolsillo la consulta al médico generalista.

---

<sup>30</sup> Distingue dos formas básicas de financiación: pública u obligatoria, y privado o voluntario, y cuatro formas básicas de pago por los servicios: desembolso directo de las personas sin seguro, desembolso directo con reintegro por seguro, pago indirecto por terceros mediante contrato, y pago indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organización con integración vertical.

- ii. ***Modelo voluntario con reintegro a pacientes:*** es el modelo de los seguros privados de salud característico del sector privado en Reino Unido y los Países Bajos.
- iii. ***Modelo público con reintegro a pacientes:*** involucra el agrupamiento obligatorio de riesgos, contribuciones basadas en los salarios y subsidios públicos como contribuciones para la población de bajo nivel de ingresos. Se presenta en algunos casos de los sistemas de seguro de salud en Francia.
- iv. ***Modelo de contrato (asegurador-prestador) voluntario:*** se trata de un modelo de seguro de salud donde el paciente paga una prima mensual y los aseguradores establecen contratos con los proveedores. Existen varias versiones según quienes sean los encargados de gestionar los seguros (consumidores, profesionales médicos u organizaciones privadas) y los tipos de prestaciones incluidas (atención primaria, atención hospitalaria, emergencias, etc.). Un rasgo destacable de este modelo radica en que si se ofrece atención hospitalaria es altamente probable que la atención primaria cumpla el rol de portero del sistema de salud. Es el sistema empleado en la práctica individual y grupal en el sector privado en España.
- v. ***Modelo de contrato (asegurador-prestador) público:*** es un modelo de seguro obligatorio con contratos entre aseguradores y proveedores. Se caracteriza por proveer servicios a cierto grupo de la población, existen organismos de financiamiento o seguros no competitivos, usan contribuciones obligatorias en proporción al salario y pagos directos a proveedores independientes a través de los seguros de salud. Este modelo se puede presentar en distintas versiones y es el dominante en la atención primaria de Alemania, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido, y en la atención hospitalaria de Alemania, Países Bajos y Reino Unido.
- vi. ***Modelo voluntario integrado (asegurador-proveedor):*** se trata de seguros voluntarios con integración entre aseguradores y proveedores. Se caracteriza por proveer servicios en especie a los pacientes, aseguradores competitivos, contribuciones voluntarias basadas en la comunidad e integración vertical entre aseguradores y prestadores, con pagos mediante salarios y presupuestos prospectivos a los proveedores. El ejemplo clásico es conocido como

*managed care* empleado por las *Health Maintenance Organizations* (MHOs) en Estados Unidos.

- vii. **Modelo público integrado (asegurador-proveedor):** es un modelo de seguro obligatorio con integración entre aseguradores y proveedores. Se caracteriza por proveer servicios en especie a pacientes, pagos de terceros gestionados por organismos de financiamiento públicos (por ejemplo, gobiernos locales o centrales), financiación por contribuciones obligatorias proporcionales al salario y pago a los proveedores mediante salarios y presupuestos prospectivos. El modelo admite variaciones, aunque en términos generales los consumidores no pueden elegir entre aseguradores y la elección del prestador es limitada. Es el modelo dominante en España y en los hospitales públicos de Francia e Irlanda.

**Cuadro III.4.** Clasificación de sistemas de salud de OCDE (1992)

Método de pago	Fuente de Financiación	
	Pública (obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	-----	(i)
Desembolso directo con reintegro	(iii)	(ii)
Indirecto por contratos	(v)	(iv)
Indirecto con integración vertical	(vii)	(vi)

**Fuente:** elaboración propia.

Para Tobar (2000) esta clasificación permite analizar el sistema de salud de un país a partir de la identificación de los distintos subsistemas de flujos de recursos y servicios. Thompson y McKee (2004) indican que el trabajo de la OCDE (1992) significa una importante contribución a la comparación de los sistemas de salud reflejando la complejidad de establecer clasificaciones. Si bien la propuesta de la OCDE (1992) está basada en el *modelo de financiación* y no en el *modelo de atención*, describe cada tipo de sistema de salud según la relación que se establece entre los proveedores de los diferentes niveles de atención y sus formas de pago.

En las clasificaciones recientes de los sistemas de salud la dimensión de la regulación o la gobernanza, ocupa un lugar destacado. Este concepto se refiere a las interacciones existentes entre las estructuras, procesos y tradiciones, que determinan la forma en la cual los distintos actores involucrados en un asunto público participan en la

toma de decisiones o en la formulación de normas sociales (Plumtre y Graham, 1999; Hufty, 2010).

Los estudios que comparan sistemas de salud en base a los modos de gobernanza se proponen una mejor comprensión de las diferencias institucionales entre países. Entre los estudios comparativos de sistemas de salud es posible mencionar a Marmor y Okma (1998), quienes se enfocaron en los arreglos administrativos (entendiendo como los gobiernos reparten responsabilidades con los grupos de interés y el mercado) y las barreras al acceso de atención. Rico *et al.* (2003) compararon los sistemas de salud con respecto a la importancia relativa del mercado, jerarquía y redes, que difieren en la forma de abordar las funciones de gobernanza de coordinación y control, mientras que Tuohy (2003) diferencia entre agencia, contrato y redes como formas de gobernanza. Giaimo y Manow (1999) a partir del análisis de los casos reales de Reino Unido, Alemania y Estados Unidos distinguen tres tipos de sistemas de salud: *state-led*, *corporate-governed* y *market-driven* aunque no vinculan directamente los modos de gobernanza con información cuantitativa.

Morán (2000) propone un marco conceptual que, de acuerdo a Wendt *et al.* (2009), constituye una de las tipologías de sistemas de salud más completa al ofrecer un alto nivel de abstracción de forma tal que los tipos ideales reflejan en menor medida los casos reales. Basado en el concepto de *health-care state*, hace referencia a la existencia de tres ámbitos de gobernanza: *consumo*, *provisión* y *producción*, que pueden ser regulados por distintas instituciones. Distingue cuatro familias de sistemas de salud de acuerdo a la forma de intervención del Estado en los mismos:

- i. ***Entrenched command and control state***: se caracteriza por tener un Estado como actor dominante en el consumo y la prestación (gran parte de los medios de producción son públicos, en particular en el sector hospitalario, y los profesionales médicos son empleados públicos). En la producción de tecnología médica, el control del Estado es limitado aunque la función de regulación es importante. Los casos típicos de esta familia son Finlandia, Suecia, Dinamarca, Noruega y Reino Unido.
- ii. ***Supply state***: se caracteriza por no tener proveedores de servicios ni creadores de tecnología médica bajo el control del Estado. El ejemplo más destacado es Estados Unidos.

- iii. ***Corporatist state:*** se caracteriza por una provisión de atención ambulatoria dominada por asociaciones de profesionales médicos y por un Estado insignificante en su rol de tercer pagador. El rol del Estado en el ámbito de la innovación tecnológica es rudimentario. El Estado es relegado a un rol regulatorio para las entidades de derecho público. El ejemplo típico de esta familia es Alemania.
- iv. ***Insecure command and control state:*** se asemejan a la familia de *entrenched command and control state* pero el control del Estado no ha logrado imponerse de la misma forma. En estos sistemas, la cobertura dista mucho de ser universal. En algunos casos, el sistema público nunca logró desplazar a un gran sector de seguros privados y numerosos servicios (hospitalarios y médicos) se proveen de forma privada. Los ejemplos de esta familia son Portugal, España, Italia y Grecia.

Wendt *et al.* (2009) establecen una clasificación que combina las dimensiones de financiamiento, provisión y regulación postuladas por Moran (2000) con los distintos actores que pueden participar en el sistema de salud: el Estado, los actores no gubernamentales y el mercado (Rothgang *et al.*, 2005). Propone la existencia de veintisiete sistemas de salud, que surgen de todas las combinaciones posibles entre las tres dimensiones del sistema de salud y los tres actores que pueden dominarlas. En particular, identifica tres sistemas de salud como tipos ideales donde las tres funciones son dominadas por el mismo actor:

- i. ***State healthcare system:*** en los cuales las funciones de financiamiento, provisión y regulación son desempeñadas por actores e instituciones del Estado.
- ii. ***Societal healthcare system:*** en los cuales los actores sociales son quienes tienen la responsabilidad del financiamiento, provisión y regulación.
- iii. ***Private healthcare system:*** en los cuales las tres dimensiones del sistema de salud caen bajo el control de actores del mercado.

El Cuadro III.5 presenta un resumen de las distintas tipologías seleccionadas para el grupo de países de la OCDE. Se observa que, en general, otorgan una amplia relevancia al grado de control estatal sobre el sector salud y a los aspectos relacionados con el *modelo de financiación* del sistema de salud.



La APS sólo es considerada en la clasificación de la OCDE (1992) basada en el modelo de Evans (1981). La misma aparece en la caracterización de algunos tipos de sistemas de salud en función de la relación establecida entre los distintos actores. En este caso, la concepción de APS se encuentra en la referencia al PNA del sistema de salud.

**Cuadro III.5.** La APS en los modelos cualitativos para países de la OCDE

Tipología	Dimensiones	Componente según Tobar (2000)	Tipos	Países	Inclusión o mención de la APS	Concepción de la APS
Frenk y Donabedian (1987)	1. Grado de control por el Estado en relación al: a. Financiamiento b. Provisión c. Regulación 2. Principio de acceso de la población.	Modelo de Gestión Modelo de Financiamiento Modelo de Atención	a. Atención privada b. Beneficencia privada c. <i>Medicaid</i> en Estados Unidos d. Asistencia pública e. Servicios de empresa f. Seguro social (incipiente) g. Seguridad Social h. Seguro social i. Seguro nacional j. Atención socializada k. Servicio nacional	(ver Cuadro III.3)	NO	--
OCDE (1987)	1. Cobertura 2. Financiamiento 3. Propiedad de los bienes de producción (provisión)	Modelo de Atención Modelo de Financiamiento Modelo de Gestión	a. Servicio nacional b. Seguridad social c. Seguro privado	a. Reino Unido, Nueva Zelanda, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Portugal, Irlanda, España, Italia, Grecia y Suecia. b. Alemania, Japón, Austria, Holanda, Luxemburgo, Francia, Suiza y Bélgica. c. Estados Unidos	NO	--
OCDE (1992)	1. Fuente de financiamiento 2. Método de pago a proveedores		a. Modelo voluntario de desembolso directo b. Modelo público con	a. En la AP en Irlanda b. Francia y Bélgica c. Reino Unido y los	Mención en la caracterización	PNA

		Modelo de Financiamiento	reintegro c. Modelo voluntario con reintegro d. Modelo de contrato público e. Modelo de contrato voluntario f. Modelo de integración vertical publico g. Modelo de integración vertical voluntario	Países Bajos d. En la AP de Alemania, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido y en los hospitales de Bélgica, Alemania, Países Bajos y Reino Unido. e. España f. Hospitales de Francia e Irlanda. g. Estados Unidos		
Morán (2000)	1. Consumo 2. Provisión 3. Producción	Modelo de Gestión	a. Entrenched command and control state b. Supply state c. Corporatist state d. Insecure command and control state	a. Finlandia, Suecia, Dinamarca, Noruega y Reino Unido. b. Estados Unidos y Suiza. c. Alemania. d. Portugal, España, Italia y Grecia.	NO	--
Wendt <i>et al.</i> (2009)	1. Dimensiones a regular: a. Financiamiento b. Provisión c. Regulación 2. actores que regulan: a. Estado b. Mercado c. Actores no gubernamentales	Modelo de Gestión  Modelo de Financiamiento  Modelo de Atención	a. State healthcare system b. Societal healthcare system c. Private healthcare system	.....	NO	--

**Fuente:** elaboración propia

### Otros grupos de países: América Latina

En el caso de los países de América Latina se destaca la clasificación de los sistemas de salud diseñada por Londoño y Frenk (1997). Los autores basan su análisis en la integración de dos componentes: población e instituciones.

Desde la perspectiva de **la población**, la integración hace referencia al grado en que los diferentes grupos tienen acceso a las instituciones del sistema de salud. En un extremo se encuentra la *segregación*, escenario donde se han separado a los diferentes grupos de población en diferentes instituciones de atención de la salud debido a que las posibilidades financieras, e incluso legales, de moverse de un segmento a otro son limitadas, y en el otro extremo, la *integración horizontal*, situación en la que todos los

grupos de la población tienen acceso a las mismas instituciones. Esta situación puede presentarse, o bien porque existe libertad de elección, o porque existe una única institución.

Desde la óptica de **las instituciones**, la integración se refiere a los arreglos establecidos para llevar a cabo las distintas funciones del sistema de salud. El análisis del grado de integración sólo considera las funciones de financiamiento y de provisión, debido a la debilidad tradicional de las funciones de modulación y articulación en los países de América Latina. En uno de los extremos se encuentra la *integración vertical*, donde la misma institución desempeña las funciones de provisión y financiamiento, y en el otro extremo, la *separación*, donde ambas funciones se encuentran bajo responsabilidad de diferentes instituciones.

Los autores relacionan la integración de las funciones institucionales con la integración de la población, obteniendo una caracterización general de los cuatro principales modelos de sistemas de salud que han prevalecido en América Latina hasta las reformas implementadas en la década de los años noventa, los cuales se presentan en el Cuadro III.6.

**Cuadro III.6.** Clasificación de los sistemas de salud en Latinoamérica según Londoño y Frenk (1997)

Población	Instituciones	
	Integración Vertical	Separación
Integración horizontal	Cuba, Costa Rica Bahamas, Barbados, Granada, Jamaica y Trinidad y Tobago.	Brasil
Segregación	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela	Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay*, Colombia**

\* Para Madies *et al.* (2000) y Maceira (2004) Paraguay tiene un *Modelo segmentado*.

\*\* Para Restrepo *et al.* (2001) Colombia posee características del *Modelo privado atomizado* y del *Modelo público unificado*.

**Fuente:** Londoño y Frenk (1997), Madies *et al.* (2000) y Maceira (2004).

Si bien, cabe destacar que ningún país constituye una expresión pura de cualquiera de los modelos, estos pueden describirse de la siguiente manera:

- i. **Modelo segmentado:** es el tipo de modelo más frecuente y puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación de la población donde el segmento institucional (el sector público, el sector de la seguridad social y el sector privado) desempeña las funciones de financiamiento, provisión y articulación (cuando existe), pero cada uno lo hace para un grupo

específico de población<sup>31</sup>. Los sectores públicos se encargan de suministrar servicios personales a la población sin capacidad de pago (además, de implementar programas de salud pública para toda la población).

- ii. ***Modelo de contrato público o sistema de salud unificado***: en este modelo el financiamiento público se combina con una creciente participación privada en la provisión; separación conseguida mediante la contratación de servicios. Se caracteriza por la cobertura universal y por las mayores opciones de atención que tiene la población. Los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. A menudo existe un presupuesto público global que no se asigna por adelantado a prestadores públicos independientemente de su desempeño, sino que se dirige a un conjunto de prestadores en función de ciertos criterios de productividad y, en el mejor de los casos, también de calidad.
- iii. ***Modelo público unificado o sistemas públicos integrados***: donde el Estado financia y provee servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. La ausencia de subsidio público a los servicios privados lo distingue del modelo de contrato público, y la existencia de un sólo presupuesto público, y no dividido entre el sector público y la seguridad social, lo diferencia del modelo segmentado.
- iv. ***Modelo privado atomizado o sistemas con aseguramiento mixto regulado*** (Madies *et al.*, 2000) **o *modelo intensivo en contratos*** (Maceira, 2004): se caracteriza por el financiamiento mediante gasto de bolsillo de los consumidores o a través de múltiples seguros privados, que reembolsan a los diversos proveedores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones. Dentro de este esquema, existe amplia heterogeneidad en la organización administrativa y financiera (Madies *et al.*, 2000). Si bien ningún país latinoamericano presenta este modelo extremo, existen dos variantes importantes que se acercan al mismo. La primera es una modalidad

---

<sup>31</sup> El sistema de salud se encuentra dividido en tres grandes segmentos que corresponden a distintos grupos de población según sus características socioeconómicas, existiendo una distinción fundamental entre la población con y sin capacidad de pago. A su vez, la primera abarca a dos grupos: uno formado por individuos que trabajan en el sector formal de la economía que quedan cubiertos por una o varias instituciones de la seguridad social y otro constituido por las clases sociales medias y altas, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social.

de libre mercado, observada en países con elevado gasto privado, niveles muy bajos de aseguramiento y proveedores altamente desregulados. El ejemplo característico es Paraguay. La segunda variante (denominada modalidad corporatista) se caracteriza por la segregación de diferentes grupos por rama de actividad económica en fondos de enfermedad exclusivos no competitivos. Aunque en ocasiones algunos fondos cuentan con sus propias instalaciones para la prestación de servicios, el arreglo más común implica una separación entre el financiamiento y la prestación, de forma que el fondo de enfermedad cubre la atención que el paciente recibe en instituciones públicas o privadas. El ejemplo característico de este caso es el sistema de obras sociales en Argentina.

Mesa-Lago (2005) ha establecido una clasificación de los diferentes modelos de sistemas de salud en América Latina en base a las siguientes dimensiones: i) número de subsistemas (público, seguro social y privado), ii) nivel de integración, iii) formas de financiamiento y provisión y, iv) grado de cobertura. De esta manera, distingue los siguientes diez modelos:

- i. ***Público unificado***: el financiamiento y la provisión están a cargo del Estado, y la cobertura es universal y gratuita. El único ejemplo de este modelo es Cuba.
- ii. ***Seguro social unificado***: el seguro es público, se encarga del financiamiento y de la mayor parte de la provisión directa de servicios, pero al mismo tiempo puede negociar con el subsector privado la prestación para una parte de los asegurados, y tiene una cobertura virtualmente universal. Costa Rica es un ejemplo de este modelo.
- iii. ***Dual***: el subsector público desempeña un papel fundamental, mientras que el privado es pequeño, y el de la seguridad social es prácticamente inexistente. Los subsectores público y privado trabajan sin coordinación, no existe separación de funciones y la cobertura es media (alcanza al 60% de la población). El ejemplo característico del modelo dual es Haití.
- iv. ***Dual coordinado***: Combina los subsectores público-seguro social y privado; las funciones de financiamiento y provisión están separadas, y la cobertura es casi universal. Tal situación es característica de Chile.

- v. **Dual con cierta coordinación:** El subsector público está descentralizado, dividido en niveles federal, estatal y municipal; los tres niveles ejercen funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado ofrece importantes servicios complementarios. La cobertura es virtualmente universal. Este modelo se encuentra en Brasil.
- vi. **Virtualmente dual:** se encuentra integrado funcionalmente, de forma tal que el seguro social cumple un papel central, el rol del sector público es secundario, y el sector privado es marginal. No existe separación de funciones y la cobertura es casi universal, tal como sucede en Panamá.
- vii. **Cuatripartito coordinado:** existen cuatro subsectores, público-seguro social (dividido en regímenes, contributivo y no contributivo), privado y público de carácter transitorio. Las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión están separadas, y la cobertura es baja (tan sólo supera al 50% de la población). Es posible observar este modelo en el caso de Colombia.
- viii. **Tripartito:** existe una baja coordinación entre tres subsectores: el seguro social (cubre a la mayoría), el público y el privado. Cada subsector tiene su financiamiento y provisión propios. La cobertura es virtualmente universal. Es el caso de Argentina.
- ix. **Tripartito segmentado:** no existe coordinación adecuada entre los tres subsectores, hay una separación parcial de las funciones de provisión y financiamiento, y la cobertura es virtualmente universal. Este modelo puede aplicarse a Uruguay.
- x. **Tripartito muy segmentado:** carece de coordinación adecuada entre los tres subsectores, no existe separación de funciones y la cobertura varía entre el 57% al 73% de la población. Este modelo se observa en Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.

En el Cuadro III.7 se resume la información mencionada en los párrafos previos sobre las dos clasificaciones seleccionadas para el grupo de países de América Latina. Se observa que, en las dos clasificaciones de los sistemas de salud más destacadas para los países de América Latina, se priorizan dimensiones referidas a los *modelos de gestión y de financiamiento*, restando importancia al *modelo de atención*. A su vez, en

ninguna de las dos clasificaciones se hace referencia a la importancia otorgada a la APS dentro del sistema de salud.

**Cuadro III.7.** La APS en los modelos conceptuales para países de América Latina

Tipología	Dimensiones	Componente según Tobar (2000)	Tipos	Países	Inclusión o mención de la APS	Concepción de la APS
Londoño y Frenk (1997)	1. Integración población: a. Segregación b. Integración horizontal 2. Integración instituciones: a. Integración vertical b. Separación.	Modelo de Gestión  Modelo de Financiamiento	a. Modelo segmentado b. Modelo de contrato público c. Modelo público unificado d. Modelo privado atomizado	a. Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela. b. Brasil. c. Cuba, Costa Rica Bahamas, Barbados, Granada, Jamaica y Trinidad y Tobago. d. Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay, Colombia.	NO	--
Mesa-Lago (2005)	1. El número de subsectores (público, de seguro social y privado). 2. Los niveles de integración. 3. Las distintas formas de financiamiento y provisión 4. Los grados de cobertura	Modelo de Gestión  Modelo de Financiamiento	a. Público unificado b. Seguro social unificado c. Dual coordinado d. Dual con cierta coordinación e. Virtualmente dual f. Cuatripartito coordinado g. Tripartito h. Tripartito segmentado i. Tripartito muy segmentado j. Dual	a. Cuba b. Costa Rica c. Chile d. Brasil e. Panamá f. Colombia g. Argentina h. Uruguay i. Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela j. Haití	NO	--

**Fuente:** elaboración propia.

### iii. Modelos cuantitativos para grupos de países

Pese a la existencia de múltiples clasificaciones de los sistemas de salud basadas en descripciones cualitativas, se han realizado pocos intentos para caracterizarlos empíricamente, lo cual podría ocurrir por la escasez de datos. Sin embargo, cuatro trabajos publicados a partir del año 2009 aportan la identificación de tipos de sistemas

de salud desde otra perspectiva. En todos los casos evalúan grupos de países y ningún trabajo se propone identificar tipos de sistemas de salud a nivel mundial.

Wendt (2009) enfatiza la dimensión de la provisión de los servicios y la regulación del acceso, a través de una agrupación empírica realizada mediante la técnica de conglomerados con base en información cuantitativa sobre financiamiento, gasto, provisión, algunas características institucionales y variables relacionadas con la AP. En particular, para medir la dimensión de la provisión, emplea dos indicadores que ofrecen información sobre la priorización en el sistema de salud de la AP:

- i. *Un índice de cuidados hospitalarios* (que incluye médicos especialistas y enfermeras hospitalarias), y
- ii. *Un índice de cuidados ambulatorios* (que incluye médicos generalistas y farmacéuticos) (ver también, Wendt y Kohl, 2009).

Por otro lado, para medir la dimensión institucional construye las siguientes variables, que en los dos últimos casos recogen aspectos referidos a la APS:

- i) *El criterio de elegibilidad de los beneficiarios principales* con dos categorías: la ciudadanía o las contribuciones de la seguridad social.
- ii) *El modo de remuneración de los médicos generales* con tres categorías: pago por servicio, capitación o salario.
- iii) *Un índice de regulación del acceso* que combina dos variables: *la registración en la lista de un médico general* (con dos categorías que reflejan si los pacientes tienen que figurar en la lista de un determinado médico, o no), y *arreglos de gatekeeping* (con tres categorías que reflejan la regulación del acceso a los médicos especialistas, admitiendo tres categorías: libre elección y acceso directo al especialista, sólo mediante derivación por médico generalista y omitir la derivación del médico generalista aceptando pagar un copago adicional<sup>32</sup>).

---

<sup>32</sup> El *índice de regulación del acceso* en general puede variar desde un caso sin regulación, donde existe libre elección del médico sin pertenecer a ninguna lista hasta otro con regulación extrema, donde el paciente tiene que estar en alguna lista de un médico general y puede acceder al especialista sólo a través de su derivación (Reibling y Wendt, 2011).



El autor identifica en base a la información de 15 países de la OCDE<sup>33</sup> tres tipos de sistemas de salud (y dos outliers: Grecia y Países Bajos) que denomina y caracteriza de la siguiente manera:

- i. ***Health service provision - oriented type***: caracterizado por un alto nivel de gasto en salud *per cápita* y un importante volumen de provisión de servicios de salud, principalmente atención ambulatoria. Existe una moderada fracción del gasto privado. Se distingue además por la escasa regulación del acceso a los servicios de salud y por el pago a los médicos de AP mediante pago por acto. Los países que conforman este grupo son: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, y Luxemburgo.
- ii. ***Universal coverage - controlled access type***: se caracteriza por un nivel medio de gasto en salud *per cápita*, con una moderada fracción del financiamiento privado, un bajo nivel de provisión de servicios ambulatorios y una moderada (tendiendo a fuerte) regulación del acceso a los servicios de salud. En este caso, predomina el pago por cápita a los médicos de AP (con excepción de Suecia, donde son remunerados mediante un salario). Los países que conforman este grupo son: Dinamarca, Reino Unido, Italia, Irlanda y Suecia.
- iii. ***Low budget - restricted access type***: se identifica por los bajos niveles de gasto en salud *per cápita* con un alto nivel del financiamiento privado. También por la escasa provisión de servicios hospitalarios y una fuerte regulación del acceso a los servicios de salud. En este caso, los médicos de AP son remunerados mediante salarios. Los países que conforman este grupo son: Portugal, España y Finlandia.

Joumard *et al.* (2010) basado en 20 variables institucionales y de políticas de salud, relevadas en 29 países de la OCDE (Paris *et al.*, 2010) proporciona una clasificación empírica de sus sistemas de salud<sup>34</sup>. Entre las variables consideradas se

---

<sup>33</sup> Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo Dinamarca, Gran Bretaña, Italia, Irlanda, Suecia Portugal, España, Finlandia, Grecia y Países Bajos.

<sup>34</sup> Estas características institucionales están representadas en variables categóricas (varían desde cero hasta seis) que fueron construidas a partir 269 variables cualitativas relevadas en la encuesta (que sólo Estados Unidos no respondió) y reflejan las siguientes dimensiones: i) elección del seguro por el usuario; ii) niveles de aseguramiento; iii) cobertura de salud adicional a la básica; iv) provisión privada; v)

destacan dos relacionadas con el modelo de organización de la atención primaria: la libertad de elección entre los proveedores (donde el paciente no tiene que pertenecer necesariamente al listado de un médico) y el otorgamiento del rol de portero del sistema de salud al profesional médico de atención primaria. A través de un análisis de conglomerados arriba a seis grupos de países.

Los sistemas de salud de los distintos grupos de países identificados comparten las siguientes características institucionales:

- i. **Grupo 1:** se caracterizan por usar mecanismos de mercado para la provisión de los servicios y por los seguros privados para la cobertura básica. Existe libre elección de la aseguradora. Los proveedores privados desempeñan un papel importante y se les paga, en su mayoría, a través de pago por acto. Los usuarios tienen una amplia libertad de elección entre proveedores pero el acceso está regulado (*gatekeeping*). La restricción presupuestaria es débil. Los países difieren considerablemente en el grado de descentralización. Los países que conforman este grupo son: Alemania, Países Bajos, Eslovaquia y Suiza.
- ii. **Grupo 2:** se caracterizan por usar mecanismos de mercado para la provisión pero emplean un seguro público para la cobertura básica. Los seguros de salud privados en general emplean copagos y *gatekeeping*. Los usuarios tienen una amplia elección entre proveedores. La provisión privada, de atención hospitalaria y atención ambulatoria es relativamente abundante. Existen fuertes incentivos para que los proveedores produzcan altos volúmenes de servicios. Sin embargo, la información del usuario sobre la calidad y los precios puede actuar como limitante de la demanda inducida. En Francia y en menor medida, en Bélgica, el paquete de coberturas básicas impone un importante costo compartido para los usuarios, que está cubierto en gran medida por el seguro privado (complementario). Canadá tiene un gran mercado complementario (67% de la población) en el cual el seguro privado paga por los medicamentos recetados y la atención dental, que no son reembolsados públicamente. En Australia, el seguro privado es complementario de la cobertura

---

incentivos para los proveedores; vi) regulación de los precios de los proveedores; vii) uso de información por el usuario; viii) regulación de la fuerza de trabajo y el equipamiento; ix) elección del usuario entre proveedores; x) *gatekeeping*; xi) precios pagados por el usuario; xii) establecimiento de prioridades; xiii) restricciones presupuestarias; xiv) regulación del precio pagado por los terceros pagadores; xv) descentralización; xvi) delegación; xvii) consistencia; xviii) alcance; xix) alcance de la cobertura y xx) amplitud.

básica. En este grupo de países, el control de costos en general, toma la forma de arreglos de *gatekeeping* moderados y el establecimiento de prioridades estrictas (canasta de beneficios definidos a nivel del gobierno central mediante una lista positiva y/o el uso efectivo de evaluación de tecnologías sanitarias en la determinación de los bienes y servicios que deben ser incluidos en el paquete de coberturas básicas). Los países que conforman este grupo son: Australia, Bélgica, Canadá y Francia.

- iii. **Grupo 3:** se basan en los mecanismos de mercado para la provisión pero tiene pocos elementos de seguro privado y *gatekeeping*. También se caracterizan por la amplia provisión privada y la amplia libertad de elección del paciente. La restricción presupuestaria tiende a ser menos estricta. Los países que conforman este grupo son: Austria, República Checa, Grecia, Japón, Corea y Luxemburgo.
- iv. **Grupo 4:** se caracterizan por la provisión pública y los seguros públicos, existe libre elección entre proveedores (en los tres tipos de atención: primaria, especializada y hospitalaria) y no utiliza *gatekeeping*. Sin embargo, la provisión privada es muy limitada, los proveedores tienen pocos incentivos para aumentar la provisión y sus precios tienden a ser estrictamente regulados. La restricción presupuestaria es débil, excepto en Suecia, donde es muy estricta. Los países que conforman este grupo son: Islandia, Suecia y Turquía.
- v. **Grupo 5:** la provisión es principalmente pública y fuertemente regulada. La libre elección entre proveedores es muy limitada y el papel del *gatekeeping* es importante. Hay un objetivo de gasto público para el cuidado de la salud pero ninguna restricción presupuestaria estricta, excepto en Portugal. España y Finlandia son más descentralizados que el promedio de la OCDE. Los países que conforman este grupo son: Dinamarca, Finlandia, México, Portugal y España.
- vi. **Grupo 6:** se definen por la provisión y el aseguramiento público, la amplia variedad de proveedores, la amplia libertad de elección entre proveedores, el *gatekeeping* y las fuertes restricciones presupuestarias (más estricta que en la mayoría de los países de la OCDE) y la menor autonomía de los gobiernos sub-nacionales. La cobertura privada es muy limitada, con excepción de Irlanda y Nueva Zelanda, donde dicha cobertura proporciona un acceso más rápido al sector privado de servicios médicos. Los países en este grupo son: Hungría, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia y Reino Unido.

Entre los resultados obtenidos es llamativo que países como Grecia, Turquía, México y Corea, con un alto porcentaje de gasto privado en salud compartan características institucionales con sistemas de salud clasificados como servicios nacionales de salud. Por tal motivo, es necesario considerar cuidadosamente los resultados obtenidos con esta metodología.

Böhm *et al.* (2013) se proponen realizar la verificación empírica de una clasificación de los sistemas de salud conceptual que construyen a partir de un argumento que denominan “interdependencia jerárquica”, entendiendo que el financiamiento, la regulación y la provisión, no son enteramente independientes y que existe una dimensión que restringe el potencial de los actores en las dimensiones subordinadas. Los autores definen un orden jerárquico entre las dimensiones: regulación, financiación y provisión. Para probar su argumento realizan una clasificación empírica de 30 países de la OCDE (Chile, Grecia, México y Turquía fueron excluidos del análisis debido a la falta de datos) concentrándose en el sistema que cubre a la mayoría de la población. A través de un análisis de conglomerados que emplea datos relativos a las dimensiones regulación, financiamiento y provisión, verifican la existencia de seis tipos de sistemas de salud, de los cuales cinco fueron identificados como factibles en su marco conceptual:

- i. ***National Health Service***: representado por Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Reino Unido, Portugal y España donde existe un rol dominante del Estado en el financiamiento, provisión y regulación.
- ii. ***National Health Insurance***: característico de Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda e Italia donde el Estado regula y financia el sistema mientras la provisión está bajo el control de proveedores independientes con fines de lucro.
- iii. ***Social Health Insurance***: incluye a Austria, Alemania, Luxemburgo y Suiza. En estos sistemas los actores sociales tienen competencias para financiar (contribuciones de seguridad social) y regular, pero la mayoría de los proveedores de servicios persiguen fines de lucro (mercado).
- i. ***Etatist Social Health Insurance***: representados por Bélgica, Estonia, Francia, República Checa, Hungría, Polonia, Eslovaquia, Israel, Japón, Corea y Países Bajos. En estos sistemas el Estado tiene la facultad de

regular el sistema pero otorga privilegios para financiar a distintos actores de la sociedad y la provisión está en poder de proveedores con fines de lucro.

- iv. **Private Healthcare System:** representado por Estados Unidos donde la coordinación del sistema es realizada por actores privados en el mercado, y por lo tanto solo es posible que el financiamiento se base en seguros privados y/o el gasto de bolsillo, y que los proveedores tengan fines de lucro.

Los autores confirmaron mediante el análisis empírico la hipótesis de jerarquía de las dimensiones planteada en su modelo conceptual. Sin embargo, sólo la mitad de sistemas de salud identificados como plausibles fueron corroborados de forma empírica.

A continuación en el Cuadro III.8 se resumen los rasgos destacados de las tres clasificaciones empíricas diseñadas para los países de la OCDE tal como se presentó en los casos anteriores.

**Cuadro III.8.** La APS en los modelos cuantitativos diseñados para los países de la OCDE

Tipología	Dimensiones	Componente según Tobar (2000)	Tipos	Países	Inclusión o mención de la APS	Concepción de la APS
Wendt (2009)	1. Financiamiento 2. Gasto 3. Provisión 4. Regulación (del acceso)	Modelo de Financiamiento  Modelo de Atención  Modelo de Gestión	a. Health service provision-oriented b. Universal coverage-controlled access c. Low budget - restricted access	a. Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo. b. Dinamarca, Reino Unido, Italia, Irlanda Suecia. c. Portugal, España, Finlandia.	Inclusión en la DIMENSIÓN: Provisión Regulación  Mención en la caracterización	AP
Joumard <i>et al.</i> (2010)*	Variables Institucionales  **		a. Basado en la provisión y aseguramiento de la cobertura básica privados. b. Basado en la provisión privada, aseguramiento de la cobertura básica público pero con existencia de aseguramiento privado y <i>gatekeeping</i> . c. Basado en la provisión privada,	a. Alemania, Eslovaquia, Países Bajos y Suiza. b. Australia, Bélgica, Canadá y Francia. c. Austria, Republica Checa, Grecia, Japón, Corea y Luxemburgo. d. Islandia, Suecia y Turquía. e. Dinamarca,		

		<p>Modelo de Financiamiento</p> <p>Modelo de Atención</p> <p>Modelo de Gestión</p>	<p>aseguramiento de la cobertura básica público con escaso aseguramiento privado y sin gatekeeping.</p> <p>d. Basado en la provisión y el aseguramiento público, con amplia libertad de elección entre proveedores y sin gatekeeping.</p> <p>e. Basado en la provisión y el aseguramiento público, con gatekeeping, con limitada libertad de elección entre proveedores y leves restricciones presupuestarias</p> <p>f. Basado en la provisión y el aseguramiento público, con gatekeeping, con amplia libertad de elección entre proveedores y fuertes restricciones presupuestarias</p>	<p>Finlandia, México, Portugal y España.</p> <p>f. Hungría, Irlanda e Italia.</p> <p>Nueva Zelanda, Noruega, Polonia y Reino Unido.</p>	<p>Inclusión en las DIMENSIONES</p> <p>Mención en la caracterización</p>	<p>AP</p>
<p>Böhm <i>et al.</i> (2013)</p>	<p>1. Financiamiento</p> <p>2. Provisión</p> <p>3. Regulación</p>	<p>Modelo de Financiamiento</p> <p>Modelo de Atención</p> <p>Modelo de Gestión</p>	<p>a. National Health Service</p> <p>b. National Health Insurance</p> <p>c. Social Health Insurance model</p> <p>d. Estatist Social Health Insurance</p> <p>e. Private healthcare system</p>	<p>a. Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Reino Unido, Portugal y España.</p> <p>b. Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda e Italia.</p> <p>c. Austria, Alemania, Luxemburgo y Suiza.</p> <p>d. Bélgica, Estonia, Francia, Republica Checa, Hungría, Polonia,</p>	<p>Inclusión en las DIMENSIONES</p>	<p>AP</p>

				Eslovaquia, Israel, Japón, Corea y Países Bajos. e. Estados Unidos.		
--	--	--	--	--	--	--

\*Journard *et al.* (2010) no denomina a los grupos encontrados sólo los caracteriza como se presenta en la tabla.

\*\*Ver las veinte dimensiones institucionales incluidas en el cuerpo del trabajo.

**Fuente:** elaboración propia.

Finalmente Borisova (2011) emplea un enfoque similar al usado por Journard *et al.* (2010) buscando agrupar los sistemas de salud de 25 países en transición post-soviética de Europa Central y del Este (CEE) y de Asia Central, con el objetivo de estimar los efectos de los sistemas de salud sobre los resultados de salud. Empleando 58 variables institucionales, referidas a la organización, financiación, atención primaria, orientación al paciente y autonomía profesional, identificaron siete tipos de sistemas de salud, que en distinta medida, combinan elementos de dos modelos identificados anteriormente en las clasificaciones conceptuales (el modelo de servicio nacional de salud y el modelo de la seguridad social). De esta manera, la autora contribuye a través de una nueva clasificación para el grupo de países bajo estudio.

La reciente aparición de clasificaciones de sistemas de salud construidas mediante metodologías cuantitativas multivariadas ha demostrado su utilidad para identificar grupos de países cuyos sistemas de salud comparten ciertas características institucionales. Este enfoque, a diferencia de las primeras clasificaciones diseñadas, se encuentra orientado a casos reales, y tiene la principal debilidad de no identificar tipos de sistemas de salud ideales, ya que la clasificación obtenida puede variar en función de los casos y las variables incluidas en el análisis empírico, que es puramente descriptivo. En este caso, se destaca en los tipos de sistemas de salud el lugar que ocupa la APS, entendida en todos los casos como una dimensión de los sistemas de salud.

Las clasificaciones de los sistemas de salud constituyen herramientas útiles en tanto permiten comprender sus diferencias a través de la comparación de diversas dimensiones. Las clasificaciones analizadas que aluden a la APS hacen referencia a distintas concepciones: atención primaria de salud, atención primaria, atención ambulatoria o primer nivel de atención. De acuerdo a las clasificaciones presentadas en los párrafos previos, se observa que los autores se refieren a la APS en dos formas: i) *inclusión*: como parte de las dimensiones empleadas para realizar la clasificación, o ii) *mención*: para caracterizar algunos de los tipos de sistema de salud.

En las clasificaciones de los sistemas de salud diseñadas por autores como Field (1973), Terris (1978) y Roemer (1993) en distintos países entre los años 1970 y 1990, se destaca el rol desempeñado por la APS (y la prioridad que se le ha otorgado) dentro de los sistemas de salud socializados. Pese a que emplean varios términos para referirse a la APS, en general hacen la consideran en su sentido más amplio, como fue establecida en la Declaración de Alma-Ata.

En los modelos diseñados mediante la metodología de los “tipos ideales” para clasificar los sistemas de salud de ciertos grupos de países (OCDE y América Latina) puede observarse que, en términos generales, no destacan el rol de la APS dentro del sistema de salud. En particular, esto sucede en el caso de las tipologías de sistemas de salud diseñadas por Frenk y Donabedian (1987) y OCDE (1978), que han sido las más influyentes de la literatura de los sistemas de salud comparados.

En particular, la tipología propuesta por la OCDE (1992) hace mención al PNA en las distintas caracterizaciones, además de distinguir las fuentes de financiamiento y los métodos de pago a los proveedores. Esta última dimensión les permite diferenciar las lógicas de funcionamiento de los proveedores de los distintos niveles de atención del sistema: el sector hospitalario y el PNA.

Por otro lado, en el caso de las clasificaciones seleccionadas para los países de América Latina, se prioriza la dimensión referida a la integración entre instituciones y población por ser un aspecto característico de los países de esta región, pero en ningún caso se considera el rol desempeñado por la APS dentro del sistema de salud.

Finalmente, en las tipologías cuantitativas, la APS es incluida en las dimensiones utilizadas para realizar el análisis, principalmente en la referida a las características institucionales (priorizando la regulación del acceso a la AP: arreglos de *gatekeeping* y libertad de elección del proveedor). También es incorporada en la dimensión provisión, y aunque se refieren a ella como atención ambulatoria, emplean para medirla el número de profesionales médicos proveedores de AP (médicos generales). La incorporación de algunas características de la APS en las dimensiones empleadas para realizar las agrupaciones de países se refleja en las caracterización de los tipos de sistemas de salud resultantes del análisis, sobre todo en el caso de las diseñadas por Wendt (2009) y Joumard *et al.* (2010).



Las tipologías de sistemas de salud basadas en el análisis empírico descriptivo (diseñado con herramientas estadísticas) agrupan los países en forma diferente a las clasificaciones basadas en los tipos ideales, usadas con mayor frecuencia en la literatura de sistemas de salud. A modo de ejemplo, en el Cuadro III.9 se compara para el caso de los países de la OCDE, la clasificación de los países en la tipología de la OCDE (1987) con la agrupación generada por la tipología diseñada por Wendt (2009)<sup>35</sup>.

**Cuadro III.9.** Agrupación de países de la OCDE según las tipologías OCDE y Wendt.

Tipos de sistemas de salud (OCDE, 1987)	Países OCDE (1987)	Agrupación empírica de países (Wendt, 2009)	Países Wendt (2009)
Seguridad social	Alemania, Austria <b>Holanda</b> , Luxemburgo Francia, Bélgica	<b>Health service provision-oriented</b>	Alemania, Austria Luxemburgo, Francia, Bélgica
Servicio nacional	Reino Unido, Dinamarca Italia, Irlanda, Suecia, <b>Portugal, España,</b> <b>Finlandia, Grecia</b>	<b>Universal coverage-controlled access</b>	Reino Unido, Dinamarca Italia, Irlanda, Suecia
-	-	<b>Low budget-restricted access</b>	Portugal, España, Finlandia
Seguro privado	-	-	-
Outliers en Wendt (2009)	-		Grecia, Holanda

**Fuente:** elaboración propia en base a OCDE (1987) y Wendt (2009).

Se observa que Portugal, España y Finlandia, clasificados como un servicio nacional de salud según la metodología de la OCDE (1987) son incluidos en distintos grupos siguiendo el criterio de Wendt (2009). Tal resultado podría explicarse por la incorporación en este último caso de cuestiones referidas a la provisión de servicios (distinguiendo entre servicios de AP y servicios hospitalarios) pero por sobre todo, al grado de regulación del acceso a los servicios de salud (donde la AP desempeña un rol relevante como puerta de entrada al sistema de salud).

Las clasificaciones de los sistemas de salud presentadas en los párrafos previos incluyen variables relacionadas con la APS aunque no se observa demasiado interés en vincularlas con los indicadores de resultados de los sistemas de salud. Dado que, entre las fortalezas de la APS descritas en el capítulo anterior, se reconoce que es una

<sup>35</sup> Se excluyen los países que no son considerados por Wendt (2009) pero si por OCDE (1987). Tal es el caso de Nueva Zelanda, Noruega, Japón, Suiza y Estados Unidos.

estrategia de atención costo-efectiva con un alto impacto en los indicadores de resultados de salud, resulta de interés avanzar en investigaciones cuantitativas que consideren tanto dimensiones de APS como de resultados. Pese a la escasez de datos que permitan realizar un análisis de conglomerados a nivel mundial, a continuación se propone, mediante un análisis estadístico descriptivo, evaluar la potencial asociación entre: intervención del Estado en el sector salud, disponibilidad de los servicios de APS y resultados obtenidos.

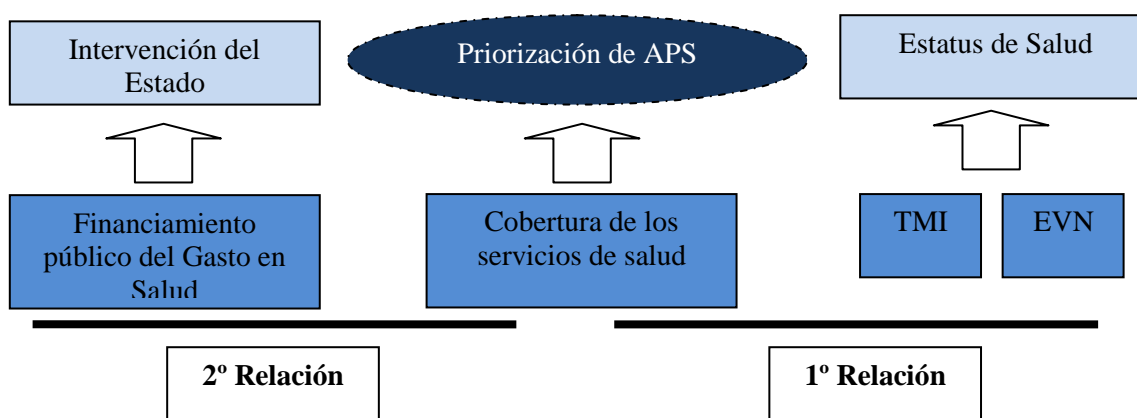
#### **RELEVANCIA DE LA APS COMO DIMENSIÓN: EVIDENCIA EMPÍRICA**

Abundante evidencia empírica avala una asociación positiva entre la intervención del Estado en salud (medida principalmente como el financiamiento público del gasto total) y ciertos indicadores de estatus de salud poblacional (Franco-Giraldo et al., 2006; Deaton et al., 2006; Issa y Ouattara, 2005; Conley y Springer, 2001).

Si bien el grado de intervención estatal ha sido la dimensión habitual de las clasificaciones de sistemas de salud, no necesariamente se ha evaluado si tal intervención prioriza la APS en la canasta de bienes y servicios financiados públicamente. Este análisis adquiere relevancia frente al argumento esgrimido por los defensores de los sistemas de salud públicos quienes enfatizan que al estar estos últimos basados en la estrategia de APS son más eficientes y efectivos (Macinko et. al., 2003). A continuación se propone evaluar este vínculo (intervención estatal e indicadores de APS) para luego indagar la potencial asociación entre la prioridad otorgada a la APS, y los resultados alcanzados por el sistema de salud.

El análisis propuesto se realiza siguiendo el esquema presentado en la Figura III.1. En primer lugar se estudia la relación entre la priorización de la APS medida a partir de indicadores de cobertura de estos servicios y el estatus de salud de la población medida a través de la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer. En segundo lugar se explora la relación existente entre el grado de intervención estatal medida a través del financiamiento público del gasto en salud y la cobertura alcanzada por los bienes y servicios de APS.

**Figura III.1.** Esquema de análisis de la relación entre intervención estatal, priorización de la APS y resultados de salud.



**Fuente:** elaboración propia

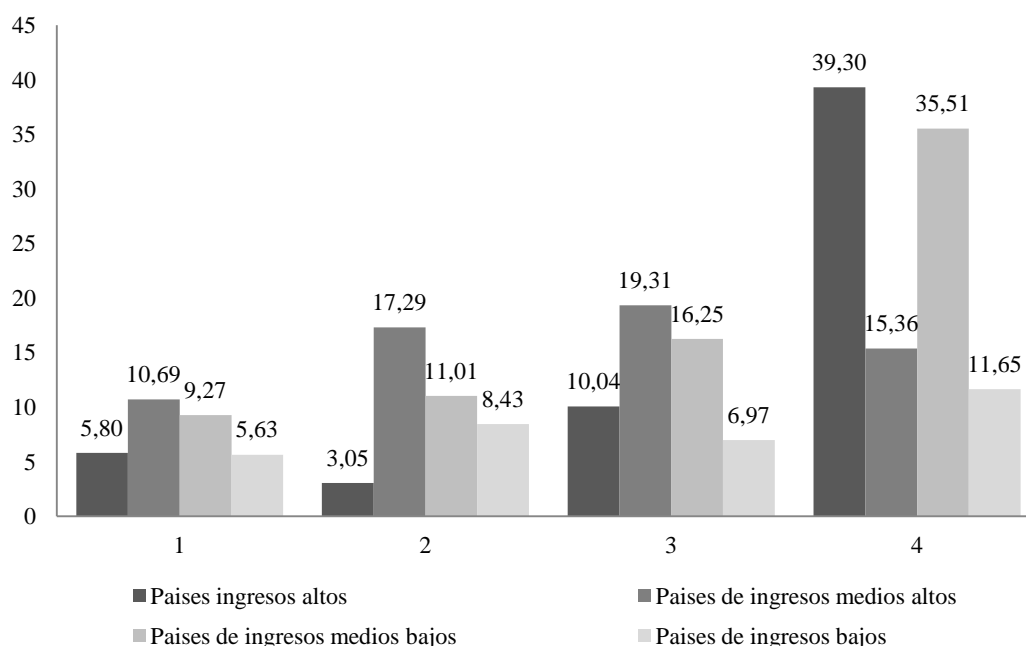
Para este análisis se utilizó la información disponible sobre APS en la base de datos de OMS, que a nivel mundial se reduce a unos pocos aspectos tales como: infraestructura, recursos humanos y cobertura de ciertos servicios provistos en el primer nivel de atención de los sistemas de salud<sup>36</sup>. A continuación se presentan las relaciones analizadas en cada una de las dos muestras de países construidas para los indicadores: i) número de postas sanitarias cada 100.000 habitantes y ii) número de tests disponibles para control de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes.

### **i. Intervención del Estado y Primer Nivel de Atención**

En el Gráfico III.1 se presenta la mediana del indicador de densidad de infraestructura para cada cuartil de Gasto Público en Salud como % del Gasto Total en Salud diferenciando tipo de países según sean de ingresos altos, medios altos, medios bajos y bajos. En esta figura cada cuartil representa un 25% de la distribución, de forma tal que el primer cuartil representa el 25% de los países que menos GPS tienen como porcentaje del GTS mientras que el cuarto cuartil representa el 25% de los países con mayor GPS como porcentaje del GTS.

<sup>36</sup> En lo que respecta a los recursos humanos, la OMS publica datos del número de trabajadores comunitarios en los países. Sin embargo, se encuentra disponible solo para 46 de los 192 países de la OMS.

**Gráfico III.1** Mediana de postas sanitarias cada 100.000 habitantes, por cuartil de GPS como % del GTS en grupos de países según nivel de ingreso.

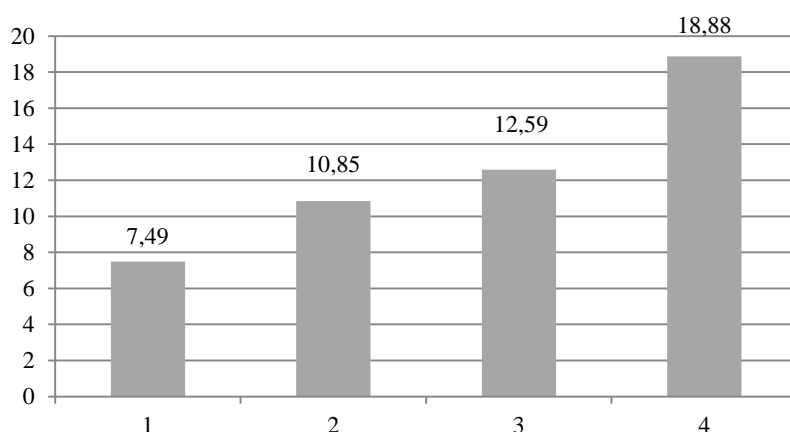


**Fuente:** elaboración propia

Los grupos de países presentan una relación diferente entre la infraestructura del PNA y la intervención del Estado. En particular, en el grupo de países de ingresos medios bajos a medida que aumenta la participación del Estado en el financiamiento del GTS también aumenta la densidad de infraestructura del PNA cada 100.000 habitantes. En el grupo de países de ingresos bajos y medios altos, se observa un comportamiento similar con la excepción de los países ubicados en el tercer y cuarto cuartil, respectivamente. En los países de ingresos altos no parece existir una clara relación entre ambas variables.

En el Gráfico III.2 se presentan los resultados del mismo análisis realizado para toda la muestra de países sin controlar por el nivel de ingresos. Se observa que, en términos generales, la densidad de infraestructura en el PNA aumenta a medida que aumenta la intervención del Estado vía financiamiento del gasto en salud. Los grupos de países con menor participación del Estado en el financiamiento tienen menor cantidad de postas sanitarias cada 100.000 habitantes que aquellos países con mayor intervención estatal en el gasto.

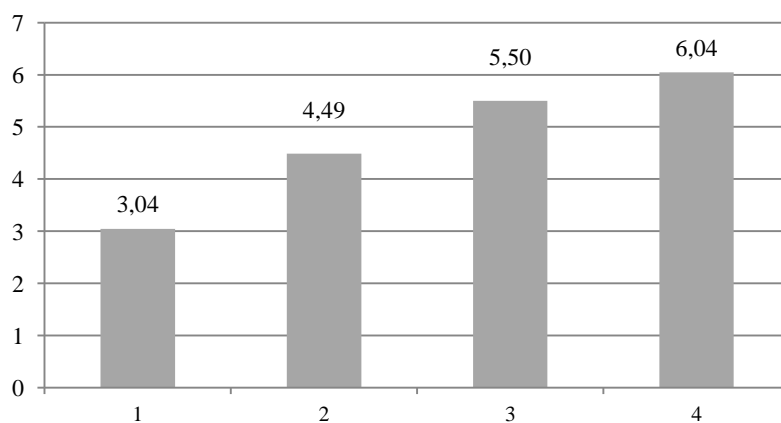
**Gráfico III.2** Mediana de postas sanitarias cada 100.000 habitantes por cuartil de GPS como % del GTS en el total de la muestra.



**Fuente:** elaboración propia

En el Gráfico III.3 se presenta el valor promedio del indicador de disponibilidad de servicios para cada cuartil de GPS como % del GTS para toda la muestra de países sin controlar por nivel de ingresos. En este caso también se observa que el promedio de programas disponibles en el grupo de países con mayor gasto público en salud (en relación al gasto total) duplica al promedio de programas disponibles en el grupo de los países con menor participación del gasto público en salud.

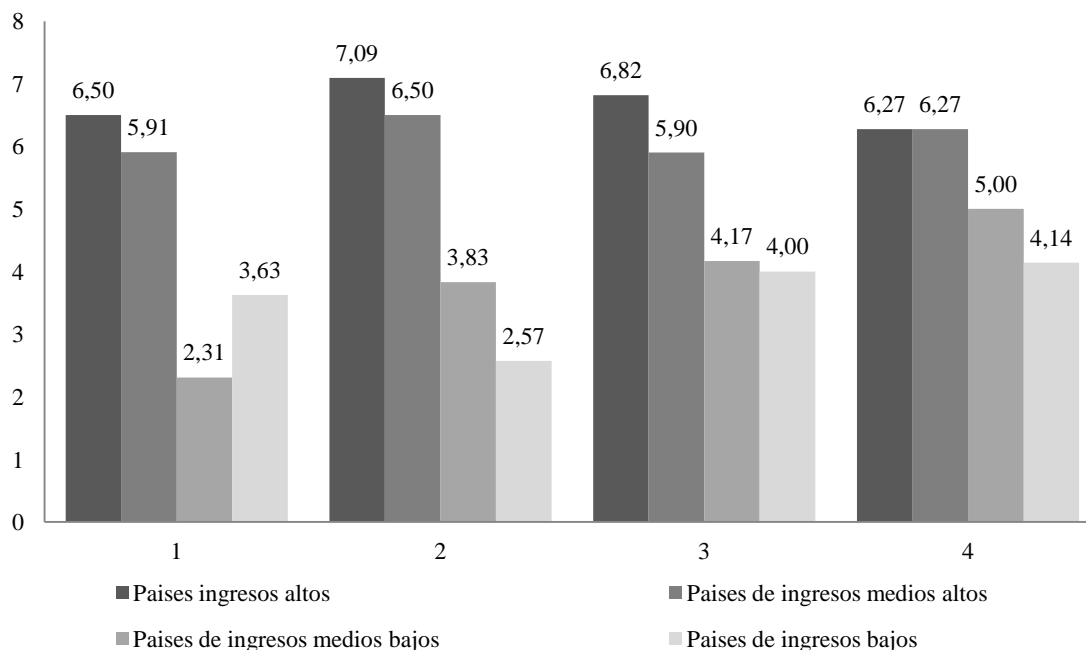
**Gráfico III.3** Promedio del número de test disponibles en el PNA por cuartil de GPS como % del GTS en el total de la muestra.



**Fuente:** elaboración propia

Finalmente en el Gráfico III.4 se presenta el valor promedio del indicador de disponibilidad de programas para cada quintil de GPS como % del GTS para los países agrupados según nivel de ingresos.

**Gráfico III.4** Promedio del número de test disponibles en el PNA por cuartil de GPS como % del GTS en grupos de países según nivel de ingresos.



**Fuente:** elaboración propia

Aquí se observa que la disponibilidad de test en los países de ingresos altos y medios altos se mantiene aproximadamente constante cualquiera sea el cuartil. Por el contrario en los países de ingresos medios bajos y bajos el número promedio de test disponibles aumenta a medida que aumenta la participación del Estado en el financiamiento del gasto total en salud, con la excepción del segundo cuartil en los países de ingresos bajos.

Los resultados obtenidos en este análisis estadístico, refuerzan el argumento según el cual la estrategia de Atención Primaria de la Salud (en este caso asociada con las decisiones de infraestructura y servicios del Primer Nivel de Atención) podría estar fuertemente vinculada con la intervención del Estado (cuando se mide según su grado de participación en el financiamiento del gasto total en salud). A continuación se analiza si este mayor peso otorgado al PNA se asocia con el estatus de salud de la población.

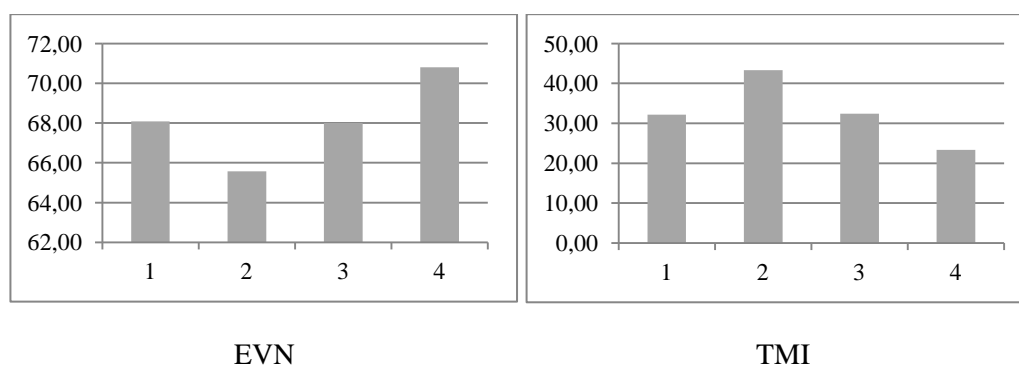
## **ii. Primer Nivel de Atención y Resultados en Salud**

En el Gráfico III.5 se presentan los valores promedio de la EVN y la TMI de los cuartiles construidos a partir de la distribución del indicador “número de postas sanitarias cada 100.000 habitantes” en los todos los países de la muestra (109 países

OMS). Mientras en el primer cuartil se encuentra el 25% de los países que verifican la menor densidad de postas, en el cuarto se agrupan el 25% de los países con mayor cantidad de infraestructura del primer nivel de atención por cada 100.000 habitantes.

En el se observa que el 25% de los países con mayor densidad de postas sanitarias tienen en promedio una EVN de 71 años y una TMI de 22 niños mientras que el 25% de los países con menor densidad tienen en promedio una EVN de 68 y una TMI de 32 niños.

**Gráfico III.5** Promedio de TMI y EVN por cuartiles de densidad de postas sanitarias cada 100.000 habitantes en el total de la muestra.



**Fuente:** elaboración propia.

El Cuadro III.10 presenta los valores promedios de la TMI y la EVN para cada uno de los cuartiles de países agrupados según la densidad de postas sanitarias por grupo de países según categoría de ingresos.

**Cuadro III.10:** Promedio de TMI y EVN por cuartiles de densidad de postas sanitarias cada 100.000 habitantes por grupos de países según nivel de ingreso.

Cuartil	Países de ingresos altos		Países de ingresos medios altos		Países de ingresos medios bajos		Países de ingresos bajos	
	Media EVN	Media TMI	Media EVN	Media TMI	Media EVN	Media TMI	Media EVN	Media TMI
1	75,40	8,80	71,71	14,71	66,00	38,00	56,71	68,86
2	77,00	5,20	72,71	14,86	67,89	29,44	56,67	78,83
3	77,50	9,50	72,43	13,29	69,89	29,22	58,50	69,00
4	78,80	3,80	72,29	19,29	69,00	24,67	59,71	65,29

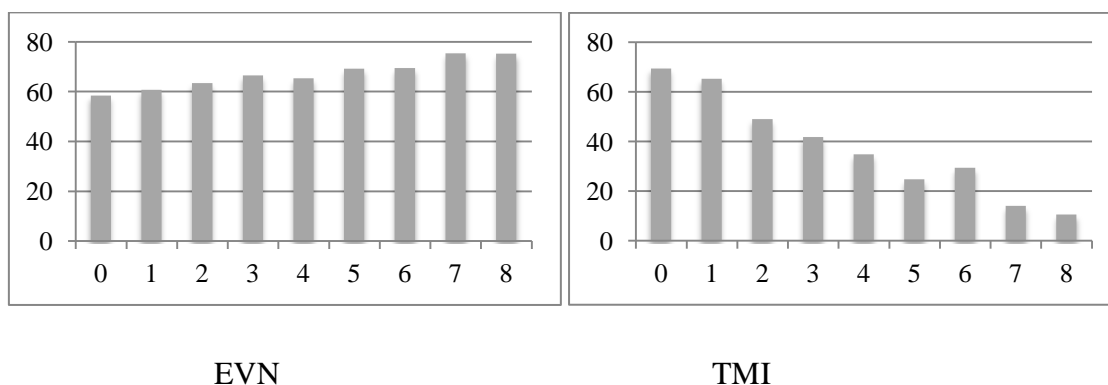
**Fuente:** elaboración propia.

Pese a la poca variabilidad de los indicadores de resultados del sistema de salud cuando se controla por niveles de ingresos se puede observar que en general la EVN aumenta a medida que aumenta la densidad de postas sanitarias cada 100.000 habitantes. Este resultado es mucho más visible en el caso de los países de ingresos medios bajos e ingresos bajos. El análisis de la TMI no muestra asociaciones claras ya

que los distintos grupos de países presentan diferentes comportamientos. En los países de ingresos medios altos la TMI aumenta a medida que aumenta la densidad de postas sanitarias mientras que en los países de ingresos medios bajos sucede lo contrario, la TMI baja a medida que aumenta la densidad de postas. Por último, en los países ubicados en los grupos extremos el comportamiento de la TMI en cada cuartil no permite describir ningún tipo de asociación.

Por otro lado, en el Gráfico III.6 se presentan los valores promedio de la EVN y la TMI de acuerdo al número de programas disponibles en el PNA para toda la muestra de países. En el se observa que a medida que aumenta el número de programas disponibles en el PNA aumenta en promedio la EVN, con la excepción de los países que disponen de 4 programas. El efecto en el caso de la TMI es más marcado. Aquí se observa que la TMI en promedio disminuye a medida que aumenta el número de programas disponibles en el PNA, con la excepción de los países que disponen de 6 programas.

**Gráfico III.6** Promedio de EVN y TMI según número de programas disponibles en el PNA para toda la muestra.



**Fuente:** elaboración propia.

Finalmente el Cuadro III.11 presenta el valor promedio de la TMI y de la EVN para cada grupo de países según el número de programas o test para el control o detección de enfermedades prevalentes disponibles en el PNA. Los resultados se presentan diferenciando entre países según su nivel de ingresos.

En el caso de los países de ingresos altos y, fundamentalmente, en el grupo de países de bajos niveles de ingresos se observa que la EVN, en general, aumenta a medida que crece el número de programas disponibles en el PNA. La relación de la



disponibilidad de programas en el PNA con la TMI no resulta clara en ningún grupo de países.

**Cuadro III. 11:** Promedio de TMI y EVN según número de programas disponibles en el PNA por grupos de países según nivel de ingreso.

Indicador	Países de ingresos altos		Países de ingresos medios altos		Países de ingresos medios bajos		Países de ingresos bajos	
	Media EVN	Media TMI	Media EVN	Media TMI	Media EVN	Media TMI	Media EVN	Media TMI
0	-	-	-	-	69,0	33,0	56,5	76,0
1	60,0	36,0	76,0	19,0	61,6	61,9	56,2	85,6
2	53,0	88,0	62,0	52,0	69,0	30,3	57,4	69,6
3	76,0	13,0	73,0	10,0	67,0	37,5	59,7	73,3
4	78,0	7,0	67,3	24,5	65,3	33,8	58,3	60,0
5	77,5	10,0	69,8	19,2	71,6	17,4	53,5	72,0
6	79,0	4,8	74,4	14,5	65,9	29,1	56,6	79,2
7	79,0	5,2	73,0	12,6	67,7	39,8	65,5	49,0
8	79,8	4,3	71,8	14,8	68,0	13,0	69,0	32,0

**Fuente:** elaboración propia.

Los resultados obtenidos en el caso de los dos indicadores indican que en general la EVN aumenta a medida que mejora la disponibilidad de infraestructura y prestaciones del PNA. Este resultado se sostiene cuando se controla por el nivel de ingreso de los países, aunque la relación positiva es mucho más marcada en el caso de los países de ingresos bajos. Por el contrario con la TMI los resultados no son concluyentes.

El análisis realizado para el PNA refuerza la hipótesis de que los servicios provistos en este nivel (los cuales asumimos forman parte de la APS) podrían ser determinantes para explicar el estatus de salud de la población medido por la EVN. Al mismo tiempo, la importancia del rol asignado a los mismos dentro del sistema de salud podría ser explicada por el grado de participación del Estado en las decisiones del sector. Por tal motivo se propone avanzar en el diseño de clasificaciones de los sistemas de salud mundiales que consideren al menos estas tres dimensiones, aunque restaría la incorporación de características institucionales del sistema de salud en general y de la APS en particular. Sin embargo, se reconoce que avanzar en este sentido requiere, como paso previo, el diseño de un sistema de información sobre los sistemas de salud del mundo que disponga de información confiable relativo a este tipo de variables.

## Conclusiones

A lo largo del tiempo se han desarrollado múltiples dispositivos teórico-conceptuales para analizar los sistemas de salud. Estos se diferencian según el enfoque, su alcance y la taxonomía de los sistemas de salud resultante. La provisión de servicios médico-sanitarios y su financiación, constituyen las dimensiones comúnmente incorporadas como criterios de clasificación que son combinadas, según el autor, con otras dimensiones que involucran el grado de autonomía profesional, la elegibilidad de los beneficiarios, la cobertura alcanzada, las instituciones, y regulaciones, entre otras.

El paso del tiempo se refleja en el diseño de las tipologías de los sistemas de salud. En primer lugar, las dimensiones seleccionadas para construir los grupos parecen estar asociadas a las preocupaciones políticas de los distintos momentos. En particular, se destaca la inclusión de variables institucionales introducidas en las clasificaciones de los sistemas de salud generadas en los últimos años. En segundo lugar, las clasificaciones de los sistemas de salud se diferencian históricamente por las metodologías aplicadas. La proliferación en los últimos de años de trabajos que emplean métodos estadísticos de agrupación con variables del sector, refleja que constituyen una poderosa herramienta para estudiar los problemas de los sistemas de salud.

El estudio de la relevancia otorgada a la APS en los sistemas de salud en base a su participación en las diferentes clasificaciones de sistemas de salud indica que gran parte de las clasificaciones no consideran a la APS. Cuando incluyen a la APS hacen referencia a distintas concepciones y/o interpretaciones. La APS participa en las mencionadas clasificaciones de distinta forma, pudiendo ser: i) **incluida**: como parte de las dimensiones empleadas para realizar la clasificación, o ii) **mencionada**: para caracterizar algunos de los “tipos” de sistema de salud identificados.

La inclusión de la APS en las clasificaciones de los sistemas de salud también varía a lo largo del tiempo. Se puede observar que las primeras clasificaciones disponibles a nivel general fueron diseñadas en un momento del tiempo cercano al período de discusión sobre la relevancia de la APS y el establecimiento de su concepto. Es destacable que estas tres tipologías diseñadas entre los años 1973 y 1993 hacen mención a la APS, en general entendida en su concepción amplia, al momento de caracterizar los sistemas de salud. La APS dejó de ser incluida en las clasificaciones generadas entre los años 1993 y 2009, donde la dimensión principal para el análisis de

los sistemas de salud fue el financiamiento (siempre acompañado de otras dimensiones, como la provisión, la cobertura, la gobernanza o la elegibilidad). Por último, la APS, entendida como AP, comenzó a aparecer en las clasificaciones diseñadas en los últimos años a través de metodologías cuantitativas para distintos grupos de países.

Es conveniente mencionar que no se han encontrado en la literatura clasificaciones de los sistemas de salud de los países de América Latina que empleen el enfoque empírico. Posiblemente esto se puede explicar por la escasa disponibilidad de información sistematizada sobre las características institucionales de los sistemas de salud en estos países. Sin embargo, considerando la capacidad descriptiva de los casos reales que presentan estas nuevas tipologías, resulta fundamental avanzar hacia la recolección de información empírica que permita su aplicación al caso de los países de América Latina, tal como se han realizado recientemente en los países de la OCDE, de Europa Central y del Este (CEE) y de Asia Central.

Finalmente es importante destacar la existencia de una dimensión considerada, de distintas formas, en prácticamente todas las clasificaciones presentadas. Se trata de la medida en que el Estado interviene en el sector salud. Si bien en este trabajo la intervención del Estado fue aproximada a partir de la participación del gasto público en el gasto total en salud, el grado y la forma de intervención estatal en el sector, y en particular en el caso de los bienes y servicios provistos en el marco de la APS implican aspectos más generales y pueden variar ampliamente entre países. La intervención del Estado adquiere relevancia debido a que existe cierto consenso respecto a que determinadas políticas regulatorias pueden contribuir a incrementar el rol de la APS dentro de los sistemas de salud. Entre estas se destacan los incentivos para trabajar en áreas de escasa provisión, lista de pacientes registrados (para estimular la responsabilidad del médico general sobre una población definida), elementos de capitación en el sistema de pago a los médicos generales (con el objetivo de promover la costo-efectividad), gatekeeping (tendiente a fomentar el apropiado uso de los cuidados especializados), entre otros no menos importantes (Groenewegen *et al.*, 2002).

En este sentido, la evidencia empírica presentada en este capítulo sugiere que en países con altos niveles de ingreso la intervención del Estado no modifica la priorización otorgada al PNA mientras que en países con ingresos bajos podría

desempeñar un relevante rol en la priorización de los bienes y servicios del PNA en el sistema de salud.

Por un lado, la mediana de postas sanitarias cada 100.000 habitantes, en general, aumenta a medida que aumenta la participación del gasto público en el gasto total en salud en todos los tipos de países. Por otro lado, el número promedio de programas disponibles en el PNA se mantiene aproximadamente constante en los países de altos y medios altos niveles de ingresos independientemente de la participación del gasto público en el gasto total en salud pero, en los países de ingresos medios bajos y bajos, el número promedio de programas disponibles aumenta a medida que aumenta la participación del gasto público en el gasto total en salud.

En vista de que las formas de provisión, financiación y fundamentalmente regulación de la APS o el PNA varían entre países, pudiendo afectar el rol que se le otorga dentro del sistema de salud, resulta apropiado avanzar en el diseño de nuevas clasificaciones de los sistemas de salud que consideren entre sus dimensiones los mencionados aspectos. Estas servirán de utilidad para el estudio de los sistemas de salud comparados así como para los análisis de la eficiencia del gasto en salud. En particular dado que la importancia del rol asignado a los bienes y servicios del PNA dentro del sistema de salud podría ser explicada por el grado de participación del Estado en las decisiones del sector se refuerza la necesidad de diseñar clasificaciones que incluyan entre sus dimensiones a la APS para ser empleadas en las investigaciones económicas sobre los sistemas de salud.

Asimismo, adquiere relevancia avanzar en el diseño de un sistema de información que permita obtener datos sistematizados sobre los indicadores requeridos para la aplicación de la metodología, por ejemplo en el caso de los países de América Latina, que constituyen los únicos que aún no han sido evaluados en la literatura de la clasificación de los sistemas de salud mediante el análisis empírico.

## CAPÍTULO III

### Cobertura de medicamentos esenciales en sistemas de salud descentralizados: el caso de la ciudad de Bahía Blanca (Provincia de Bs. As.)

#### Introducción

Los sistemas de salud establecen distintos mecanismos de provisión y financiamiento de los bienes y servicios vinculados con la estrategia de atención primaria de salud (en adelante APS). Estos mecanismos se asocian con los objetivos, restricciones financieras y regulaciones institucionales de cada sistema de salud. En particular, la provisión adecuada de los medicamentos esenciales<sup>37</sup> constituye uno de los elementos que mínimamente deben incluir las estrategias de APS, y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, su implementación de forma apropiada es uno de los componentes más costo - eficaces de la atención sanitaria moderna (OMS, 2002).

Debido a su relevancia para la salud pública, el acceso a los medicamentos esenciales requeridos para el tratamiento de varias patologías suele ser garantizado mediante leyes específicas de los distintos países. Esto ocurre debido a que el consumo de este tipo de bienes se convierte en un *input* indispensable en la producción de salud individual, permitiendo mantener o restaurar el stock de salud de los pacientes con enfermedades crónicas y/o transmisibles al controlar el avance, y los efectos secundarios, de la enfermedad. Esta clase de regulaciones con respecto al acceso a los tratamientos farmacológicos adquiere especial relevancia en el caso de pacientes sin cobertura de salud de salud y/o sin capacidad de pago donde el Estado puede optar por distintas alternativas de intervención. En particular, en el caso de sistemas de salud donde el Estado desempeña un importante rol dentro de las funciones de provisión y financiamiento, es frecuente que garantice la provisión de medicamentos para ciertas patologías prevalentes.

---

<sup>37</sup> Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población. Estos deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en la forma farmacéutica y calidad adecuada, a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar. La aplicación del concepto de medicamentos esenciales ha de ser flexible y la determinación de los medicamentos que se consideran esenciales es responsabilidad de cada país. En el proceso de selección se deben tener en cuenta su pertinencia para la salud pública, pruebas de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación con el costo (OMS, 2002).

En Argentina, el subsector de salud público del sistema de salud, constituye un ejemplo de esta modalidad de intervención estatal ya que provee servicios en los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) a través de hospitales y centros de atención primaria de salud (en adelante CAPS). Entre otras cuestiones, se encarga de garantizar la cobertura médico-sanitaria a personas de bajos ingresos, sin seguro de salud y/o con limitaciones de acceso geográficas. También se encarga de implementar programas, por medio de los cuales se proveen, entre otras prestaciones, medicamentos para prevenir y/o controlar ciertas patologías entre ellas las enfermedades crónicas no transmisibles, principales causas de morbilidad mundial (OMS, 2004).

En particular, la diabetes mellitus tipo 2 (en adelante DM2) es una patología frecuente que absorbe entre el 80% y el 90% de los casos de diabetes (Conget, 2002). Si bien la predisposición genética es determinante (Rich, 1990), la suelen desencadenar factores de riesgo tales como obesidad, sedentarismo y tabaquismo (Stern *et al.*, 1992; Tuomilehto *et al.*, 2001). Su control se logra con ajustes en los hábitos de vida (Tuomilehto y Lindstrom, 2003; Nield *et al.*, 2008; Norris *et al.*, 2008) y con tratamientos farmacológicos que, frecuentemente, involucran antidiabéticos orales (en adelante, ADO) (Krentz *et al.*, 2005) tales como glibenclamida y metformina (Gagliardino *et al.*, 2000).

La relevancia de esta enfermedad se debe a su alta y creciente prevalencia (Wild *et al.*, 2004; Shaw *et al.*, 2010) y al elevado número de muertes prematuras que provoca (Roglic y Unwin, 2010). Impone una elevada carga socioeconómica a los sistemas de salud pues, a los importantes costos directos del tratamiento (Zhang *et al.*, 2010), se agregan elevados costos indirectos por la pérdida de capacidad para trabajar (American Diabetes Association, 2008) y costos intangibles asociados al dolor, estrés y discriminación laboral. A su vez, los costos de cualquier prestación médica son mayores en pacientes diabéticos respecto de los no diabéticos (Rubin *et al.*, 1994).

Diversos estudios han estimado la importancia de los costos directos de la enfermedad. En los países desarrollados se observó que el gasto en insulina y ADO es bajo con relación al gasto en internaciones (Kangas *et al.*, 1996; Hart *et al.*, 1997; Mata *et al.*, 2002; Hogan *et al.*, 2003). Sin embargo, para Oliva *et al.* (2004) si al gasto en insulina y ADO se le agrega el gasto realizado en otras drogas, el gasto total en medicamentos supera el gasto de las internaciones. Según Barceló *et al.* (2003) en

América Latina los tratamientos farmacológicos constituyen el 44% de los costos directos de la diabetes.

Dado que, en los países de medianos y bajos ingresos entre el 50% y el 90% de la población debe pagar por los medicamentos (Quick *et al.*, 2002), la provisión gratuita de tratamientos farmacológicos para este tipo de enfermedades constituye un aspecto clave de las políticas públicas (Tobar, 2004). Según la Federación Internacional de Diabetes, el 61% de una muestra amplia de países, que incluía Argentina, ha implementado algún programa nacional de diabetes, que habitualmente contempla la provisión gratuita de medicamentos (Colagiuri *et al.*, 2010).

En Argentina, la provisión de fármacos para pacientes con DM2, sin cobertura de salud se efectúa sin costo mediante programas públicos. La Ley Nacional N° 23.753 (del año 1989) establece que la nación debe coordinar las políticas que garanticen el acceso a la medicación, y que las provincias deben garantizar gratuitamente los tratamientos farmacológicos a los pacientes sin cobertura médica y/o sin recursos (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2005).

En numerosos países, pese a la existencia de programas nacionales, se han detectado problemas de acceso a los medicamentos para DM2. Según Mendis *et al.* (2007), la disponibilidad de insulina y algunos ADO es escasa en países de ingresos medios y bajos en los que existe provisión gratuita. Reséndez *et al.* (2000) observan que las ineficiencias en la gestión de la provisión de medicamentos afectan la disponibilidad de ADO en algunas ciudades de México. Vieira Paniz *et al.* (2010) advierten la escasez de medicamentos para diabetes en algunas ciudades de Brasil, aún con las políticas públicas implementadas desde los distintos niveles de gobierno.

Si bien numerosos estudios analizan la cobertura<sup>38</sup> de las políticas públicas de provisión de fármacos a pacientes con DM2, generalmente los mismos no han empleado el enfoque denominado *necesidad-demanda-oferta* en la estimación de la población a cubrir. Dicho enfoque permite analizar la cobertura de las políticas públicas de fármacos no sólo considerando la relación entre la oferta disponible y la demanda efectiva, sino que incorpora la dimensión de la necesidad. Esto es relevante en el caso de los bienes y

---

<sup>38</sup> La cobertura en salud surge de la relación entre la demanda y la oferta de servicios y describe la proporción de la población que tiene alguna forma de acceso a los servicios de salud. Se define como el número de personas, expresado en porcentaje, que recibe algún tipo de servicio médico-sanitario en un área determinada.

servicios de salud dado que, aunque frecuentemente no se diferencien, la demanda y la necesidad son conceptos sustancialmente distintos: sólo una parte de las necesidades de salud alcanzan a percibirse y/o expresarse en demanda. Por tal motivo, necesidades estimadas de una población no necesariamente deben coincidir con la demanda efectiva de los fármacos bajo estudio (Desviat *et al.*, 1993).

Para estimar las necesidades de bienes o servicios de salud puede utilizarse la información epidemiológica de esa patología, la percepción del individuo o ciertas mediciones clínicas objetivas (Salinas *et al.*, 2001). La demanda estará estrictamente relacionada con los patrones de comportamiento del consumo de los bienes y servicios bajo análisis (Asian Development Bank, 2000). Existen distintos factores por los que la demanda puede no coincidir con la necesidad, en particular, la presencia de morbilidad no declarada o de enfermedad silenciosa, son algunos de ellos (Barragán, 2007). El concepto de *demanda potencial* surge con motivo de medir este fenómeno debido a que representa el total de prestaciones que se deberán brindar para satisfacer la *demanda espontánea* o manifiesta (es el requerimiento que expresa la población en forma directa para su necesidad de atención) y la *demanda promovida* o latente (es la que resulta de acciones sanitarias programadas, habitualmente no advertida por la población como necesidad) que puede resultar de la aplicación de políticas públicas de concientización y detección temprana.

Desde la teoría económica, la provisión pública de fármacos debe analizarse como un bien privado suministrado públicamente, cuya adquisición justifica políticas con cierto grado de centralización debido a la presencia de economías de escala (Ugalde y Homedes, 2002). Sin embargo, las políticas preventivas deben tratarse como bienes públicos cuya provisión puede analizarse desde la teoría del federalismo fiscal (Moscoso y Modarelli, 2009) donde la descentralización en la asignación de bienes públicos a los niveles inferiores de gobierno se justifica por las ganancias de bienestar derivadas de adecuar la oferta a las preferencias locales (Oates, 1972, Oates, 1997).

La evidencia latinoamericana revela una gran cantidad de iniciativas locales en materia de política social financiadas en muchos casos con recursos propios (Cabrero Mendoza *et al.*, 2009), que según Guillen (2003), responden a un proceso especial de descentralización donde los gobiernos locales deciden intervenir en cuestiones a las que no están obligados por el marco institucional. Algunos estudios muestran que los niveles locales son fundamentales en la provisión de una amplia variedad de servicios



de salud (Letelier, 2004) ya que obtienen reducciones en la tasa de mortalidad infantil (Nana, 2009).

Sin embargo, más allá del nivel de gobierno que provea el bien o servicio de salud, es esencial la coordinación entre niveles para garantizar el impacto, la eficacia y la eficiencia de sus políticas públicas (Franco, 2004). En este sentido, Peters (2004) sugiere que los problemas de coordinación pueden justificar políticas centralizadas, aunque se pierdan los beneficios de las políticas locales. En el caso de las políticas de provisión de medicamentos latinoamericanas, si bien se verificaron amplios beneficios monetarios por las compras centralizadas (Barrillas, 1997) también se registraron grandes pérdidas asociadas al derroche, robos y/o vencimientos por la distribución a cargo del nivel central (Tobar, 2008). En esta región, la evidencia sugiere que predominan escasos mecanismos de coordinación entre niveles de gobierno (Jordana, 2001) ocasionando dispersión en los efectos de las políticas públicas sociales que persiguen los mismos objetivos (Cabrero Mendoza *et al*, 2009).

En este sentido, el Municipio de Bahía Blanca (ubicado en la Provincia de Buenos Aires, Argentina) constituye un interesante caso de estudio debido a que los pacientes enfermos de DM2 sin cobertura de salud pueden acceder a los medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad a partir de programas de los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal).

Por un lado, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 1996 implementó el Programa Provincial de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA), que incluye la provisión gratuita de fármacos a pacientes sin cobertura y/o sin recursos económicos que se realicen controles periódicos de salud. Este programa es consecuencia de la Ley Provincial N° 11.620, del año 1994, que se propone mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

A su vez, en el contexto de la crisis socioeconómica de 2001, el Ministerio de Salud de la Nación, con financiamiento de organismos internacionales de crédito, implementa el programa nacional de provisión pública de medicamentos ambulatorios a través del suministro de botiquines a los CAPS (REMEDIAR), que incluye medicamentos esenciales, entre ellos, algunos tratamientos para la DM2.

Diferentes autores evaluaron en la Provincia de Buenos Aires el acceso a los tratamientos farmacológicos provistos por estos programas de los niveles superiores de

gobierno. Marín *et al.* (2008) a través de un estudio epidemiológico, estimaron que el programa Remediarse en 2004 solo proveía tratamiento continuo anual al 0,65% de los potenciales pacientes con DM2. A su vez, para Doménech (2004), en el mismo año el PRODIABA daría cobertura al 43% de la población objetivo.

De acuerdo a datos del Catastro de CAPS de PROAPS-REMEDIAR del año 2005, el 65% de los centros de salud del primer nivel de atención (en adelante PNA) censados (n=1372) en la Provincia de Buenos Aires recibían medicamentos por parte de otros programas nacionales, provinciales o municipales. En el Cuadro IV.1 se presenta la percepción de los responsables de los 885 CAPS con respecto a la adecuación de la cantidad de medicamentos para el tratamiento de la DM2 recibidos por los programas distintos a REMEDIAR.

**Cuadro IV.1.** Ajuste de la cantidad de medicamentos para DM2 provistas por programas públicos (no REMERDIAR) a las necesidades de los CAPS. Provincia de Buenos Aires, 2005.

Medicamento para DM2	Adecuación de las cantidades provistas				
	Lo necesario	Menos de lo necesario	Poco o nada	No piden	No sabe/No contesta
Glibenclamida	20%	15%	21%	9%	35%
Metformina	15%	9%	28%	13%	35%
Otros	9%	5%	26%	20%	40%

**Fuente:** elaboración propia a partir de Catastro de CAPS de PROAPS-REMEDIAR.

Se observa que la percepción de los responsables de los CAPS es distinta según se trate de uno u otro ADO. En el caso de la Glibenclamida sólo el 20% de los CAPS recibe lo necesario mientras que el 36% recibe una cantidad insuficiente. En el caso de la Metformina sólo el 15% recibe lo necesario mientras que un porcentaje similar de CAPS (37%) recibe una cantidad insuficiente. Sin embargo, una mayor cantidad de estos CAPS reciben poco o nada de Metformina.

La información provista por la encuesta realizada a nivel nacional por Remediarse + Redes en el año 2011 indica el grado de coordinación entre las distintas fuentes de provisión de medicamentos esenciales. En el Cuadro IV.2 se presenta esta información para los 88 CAPS encuestados en la Provincia de Buenos Aires. Se observa, en base a la opinión de los directores encuestados de esta muestra de CAPS de la Provincia de Buenos Aires que, en general los distintos programas públicos de provisión de medicamentos esenciales se complementan entre sí.

**Cuadro IV.2.** Coordinación de las distintas fuentes de provisión de medicamentos esenciales en los CAPS. Provincia de Buenos Aires, 2011.

Coordinación entre las distintas fuentes de provisión de medicamentos		
Se complementan	72	82%
Se superponen	10	11%
No sabe no contesta	6	7%

**Fuente:** elaboración propia a partir de Encuesta de Remediar + Redes.

La ciudad de Bahía Blanca se caracteriza por tener, además de los programas mencionados, una iniciativa local a través del Programa Municipal de Medicamentos para Patologías Crónicas Prevalentes (en adelante programa Municipal) que involucra la provisión gratuita de ADO para pacientes con DM2 sin cobertura de salud.

Según la información del Catastro de CAPS de PROAPS-REMEDIAR, el 82% de los CAPS del Partido de Bahía Blanca censados (n=45) en la Provincia de Buenos Aires en el año 2005, recibían medicamentos por parte de otros programas nacionales, provinciales o municipales. A continuación en el Cuadro IV.3 se presenta la percepción de los responsables entrevistados en los 45 CAPS del partido con respecto a la adecuación de la cantidad de medicamentos para el tratamiento de la DM2 recibidos por los programas distintos a Remediar.

**Cuadro IV.3.** Ajuste de la cantidad de medicamentos para DM2 provistas por programas públicos (no REMEDIAR) a las necesidades de los CAPS del Partido de Bahía Blanca, 2005.

Medicamento para DM2	Adecuación de las cantidades provistas				
	Lo necesario	Menos de lo necesario	Poco o nada	No piden	No sabe/No contesta
Glibenclamida	40%	13%	13%	16%	18%
Metformina	58%	9%	9%	7%	18%
Otros	42%	9%	11%	20%	18%

**Fuente:** elaboración propia a partir de Catastro de CAPS de PROAPS-REMEDIAR.

Se observa que, en el año 2005 un alto porcentaje de CAPS del Partido de Bahía Blanca recibía cantidades adecuadas de glibenclamida y metformina por los programas públicos que no son REMEDIAR. Se destaca en particular, una diferencia con el total de la Provincia. En Bahía Blanca una mayor cantidad de CAPS no solicita comprimidos de glibenclamida a los programas públicos de provisión de fármacos, mientras que sucede lo opuesto con la metformina. En general, si bien los CAPS de la Ciudad de Bahía Blanca presentan una mejor adecuación a sus necesidades que el total de la

provincia, no es despreciable la cantidad de CAPS que recibían cantidades insuficientes de glibenclamida (26%) y metformina (18%) en el año 2005.

Teniendo en cuenta la relevancia económica del acceso de la población a los medicamentos esenciales para controlar la evolución de una patología crónica de alta prevalencia, en el presente capítulo nos proponemos responder: ¿en qué medida la población sin cobertura de salud con necesidad de tratamientos de ADO satisface su demanda de medicamentos en un contexto público caracterizado por la presencia de varios programas verticales financiados por los distintos niveles de jurisdicción?

Para dar respuesta a este interrogante se estimó el porcentaje de población adulta con DM2 sin cobertura del Municipio de Bahía Blanca (Provincia de Buenos Aires) con necesidad de tratamientos de ADO, que satisface su demanda en el sector público durante el periodo comprendido entre octubre de 2008 y septiembre de 2009.

### **Metodología**

Mediante un estudio descriptivo y cuantitativo se evaluó la demanda y la necesidad de provisión pública a partir de la estimación de los tratamientos de ADO efectivamente demandados en el sector público. Dado que los tratamientos demandados públicamente no siempre coinciden con los tratamientos necesarios, se estimó qué porcentaje de la población con necesidades de provisión pública efectivamente recibió el tratamiento. Los tratamientos considerados para el control de la DM2 son: metformina (de 500 mg) y glibenclamida (de 5 mg). Es un estudio retrospectivo dado que el análisis se realiza desde octubre de 2008 a septiembre de 2009.

La metodología implementada para estimar la población adulta con DM2 sin cobertura de salud en el Municipio de Bahía Blanca consistió en los siguientes pasos que se resumen en la Figura IV.1:

- i. Se consideró la población adulta (entre 15 y 65 años) de Bahía Blanca en 2008, según las proyecciones estadísticas del Censo Nacional de Población 2001 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2005).
- ii. Se estimó la población adulta de Bahía Blanca con necesidad de medicación para DM2, a partir de la tasa de prevalencia regional de diabetes de la región central de Argentina, estimada en un 7% (Sereday *et al.*, 2004), y de la frecuencia de casos de DM2 en el total de casos de diabetes, estimada en el 0,85 (Conget, 2002).

iii. De la población estimada en el punto anterior se calculó que el 28% depende de la provisión pública de tratamientos. Esta estimación surge del porcentaje de población sin cobertura de salud estimada para la Región Pampeana en 2005 de acuerdo a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2005).

Para estimar la demanda efectiva de tratamientos gratuitos de glibenclamida y metformina en el mismo municipio se procedió a:

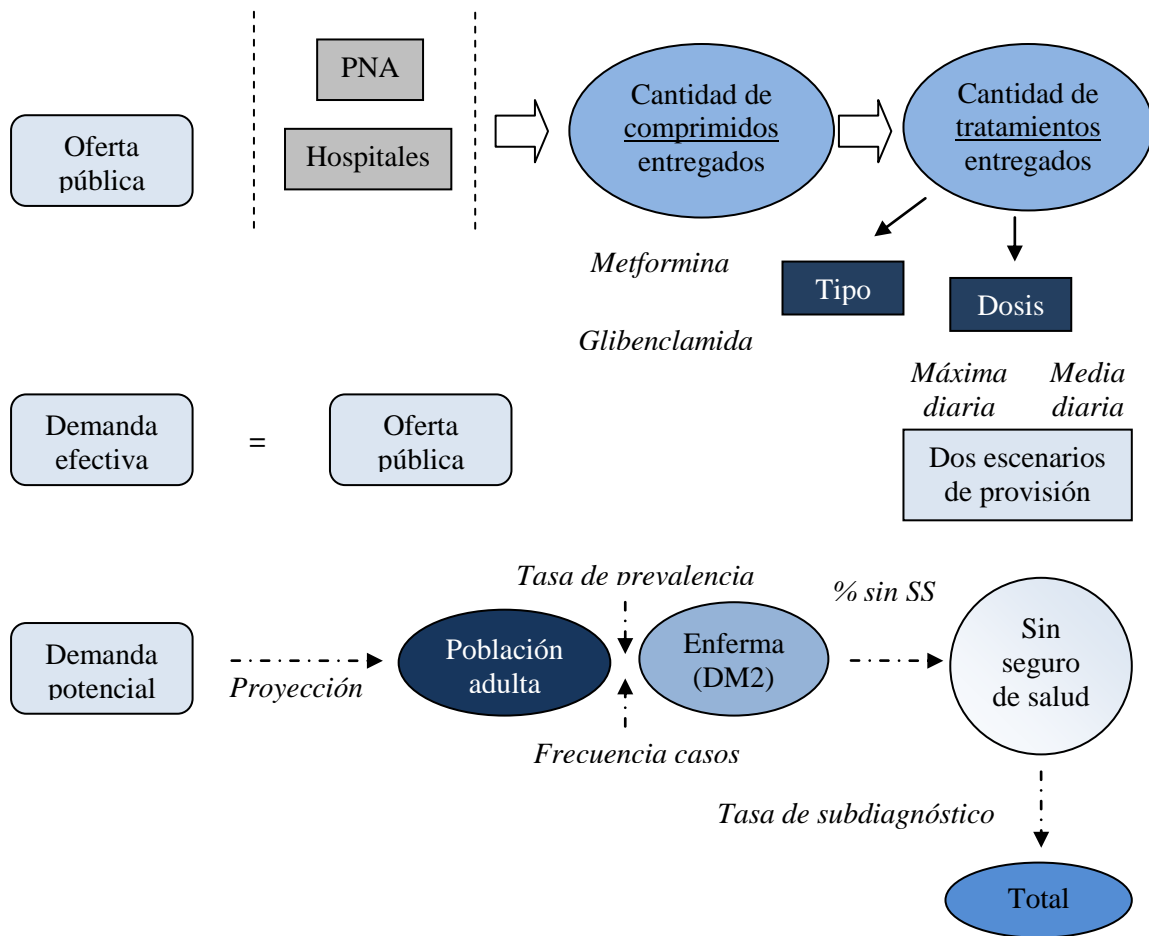
i. Determinar la provisión gratuita de comprimidos de glibenclamida y metformina para la población adulta con DM2 de Bahía Blanca. Esta información se obtuvo a partir de los datos provistos por organismos de diferentes niveles de gobierno: la Gerencia de Planificación de Remediar+Redes (nivel nacional), los referentes del programa PRODIABA de la Región Sanitaria I (nivel provincial), la Unidad de Diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna” (nivel provincial) y la Subdirección de Gestión y Programas de la Secretaría de Salud del Municipio de Bahía Blanca (nivel municipal).

ii. Estimar la cantidad de tratamientos provistos públicamente (en monodroga) según tipo de droga y dosis de prescripción. Para ello se consideraron dos tipos de dosis que representan un escenario de mínima y máxima prescripción:

- Dosis media diaria: propuesta para la región por la Asociación Latinoamericana de Diabetes (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2006), es de 10 mg para la glibenclamida y 1.700 mg para la metformina. Con el propósito de convertir los comprimidos en tratamientos se aplicó para cada fármaco la siguiente fórmula:  $N^{\circ} \text{ dosis medias diarias} = \text{unidades disponibles (en mg) por año} / \text{dosis media diaria (en mg)}$ .

- Dosis máxima diaria: que de acuerdo a la teoría indicada por Goodman y Gilman (Davis y Granner, 2001) es de 15 mg para la glibenclamida y 2.550 mg para la metformina. En este caso, para convertir los comprimidos en tratamientos se aplicó para cada fármaco la siguiente fórmula:  $N^{\circ} \text{ dosis diarias definidas} = \text{unidades disponibles (en mg) por año} / \text{dosis máxima diaria (en mg)}$ .

**Figura IV.1.** Diseño de la metodología del estudio de caso



**Fuente:** elaboración propia

## Resultados

Según la normativa vigente, los pacientes con DM2 sin cobertura de salud, residentes en el Municipio de Bahía Blanca, deberían satisfacer su necesidad de medicación a través de la provisión gratuita del nivel provincial o nacional. Sin embargo, aun reconociendo que la demanda de tratamientos suele ser menor que la necesidad, el nivel local detectó que en el caso de la metformina los tratamientos disponibles no eran suficientes para satisfacer la demanda. Por ello, implementó un programa Municipal de provisión gratuita a través del primer nivel de atención para pacientes con patologías crónicas que incluyó la DM2.

En el Municipio de Bahía Blanca, la distribución gratuita de los tratamientos de ADO para DM2 se realiza mediante: a) el primer nivel de atención a través de los centros de atención primaria de salud, b) el segundo nivel de atención a través del

Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna”, y c) la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca.

En el Cuadro IV.4 se presenta la distribución pública de fármacos según institución, programa y tipo de droga provista.

**Cuadro IV.4.** Distribución pública de medicamentos para DM2 según programa y organismo responsable de su distribución. Bahía Blanca (Argentina). 2008-2009.

Programa	Organismo responsable de la distribución	Medicamentos
PRODIABA	Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna” *	Insulina Glibenclamida Metformina
PRODIABA	Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" **	Insulina
PRODIABA	Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca**	Glibenclamida Metformina
Municipal	Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca**	Metformina
Remediar	Centros de atención primaria de la salud**	Glibenclamida Metformina

**Fuente:** elaboración propia a partir de información suministrada por funcionarios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca.

\*Jurisdicción provincial

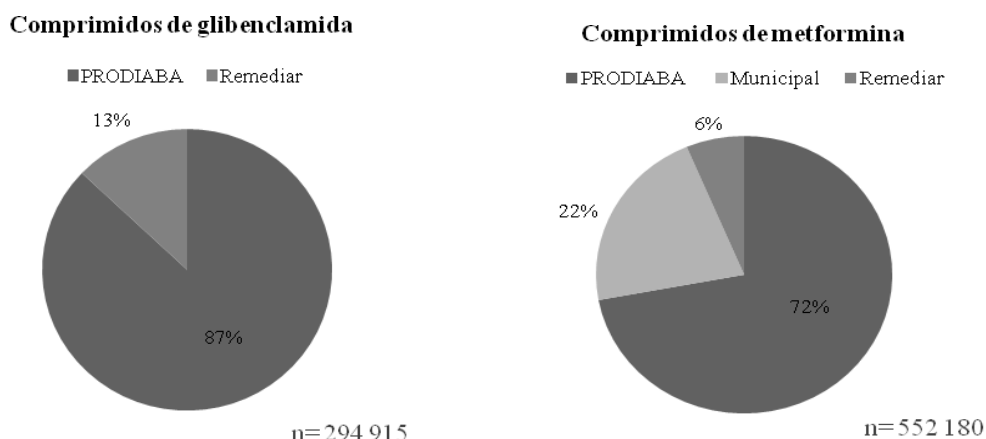
\*\*Jurisdicción municipal

El financiamiento de la provisión pública total de cada ADO según nivel de gobierno revela que el nivel provincial, a través de PRODIABA, financia el 87% de los comprimidos de glibenclamida y más del 70% de los comprimidos de metformina. Desde el nivel nacional, Remediar financia el 13% de los comprimidos de glibenclamida y el 6% de los comprimidos de metformina. Como se observa en el Gráfico IV.1 ambos programas satisfacen la demanda local de glibenclamida, aunque no ocurre lo mismo con la metformina donde el nivel municipal debió financiar el 22% de la misma.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Este porcentaje equivale a 119.140 comprimidos y representa más de la mitad de los comprimidos entregados por PRODIABA al primer nivel de atención (230.000).

**Gráfico IV.1.** Financiamiento de la provisión pública de comprimidos para DM2 por tipo de droga, Bahía Blanca (Argentina). Octubre 2008-septiembre 2009



**Fuente:** elaboración propia según la información provista por la Gerencia de Planificación de Remediar+Redes, el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA), la Unidad de Diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna” y la Subdirección de Gestión y Programas de la Secretaría de Salud del Municipio de Bahía Blanca.

Se verifican al menos tres cuestiones relevantes referidas al financiamiento de los comprimidos provistos por el sector público:

1. La baja participación del nivel nacional a través de Remediar. Lo cual es posible explicar porque dicho programa surge en un contexto de emergencia sanitaria con el objetivo de mejorar el acceso a los medicamentos esenciales a través del primer nivel de atención, pero no pretende ser el único proveedor público sino complementarse con otras fuentes de financiamiento. Esto se deriva de la legislación nacional que delega a los niveles provinciales la responsabilidad de garantizar el mayor porcentaje de cobertura gratuita de estos tratamientos.
2. En términos agregados, sobre el total de comprimidos demandados, el nivel provincial financia el 77,2 %, el nivel municipal el 14,3 % y, por último, el nivel nacional el 8,4 %.
3. Con relación al costo total de la provisión local de metformina, que durante el periodo fue de \$ 25.000 (U\$S 6.313), se observa que esta intervención no resulta técnicamente eficiente dado que el costo unitario promedio pagado por el municipio fue de \$ 0,21 (U\$S 0,0530)<sup>40</sup>, mientras que el costo unitario promedio

<sup>40</sup> Promedio de los precios unitarios (en pesos) pagados en las dos licitaciones públicas municipales realizadas durante el período estudiado, en el que se realizaron las compras de metformina. Información



pagado por el nivel nacional (bajo el programa Remediar) fue de \$ 0,11 (US\$ 0,0278)<sup>41</sup>.

Finalmente y para abordar el objetivo del trabajo, se estimó la cantidad de pacientes que han satisfecho gratuitamente su demanda anual de tratamientos de glibenclamida o metformina.

Con el propósito de capturar la variabilidad de los tratamientos prescritos entre pacientes, se consideraron los escenarios que se corresponden con los diferentes tipos de dosis. Para ello, en el Cuadro IV.5, se presenta el resultado de convertir la cantidad de comprimidos en cantidades de tratamientos según dosis media diaria y dosis máxima diaria, a partir de las fórmulas mencionadas en metodología.

**Cuadro IV.5.** Tratamientos anuales estimados según medicamento y dosis, por programa y nivel de atención. Bahía Blanca (Argentina). Octubre 2008 - septiembre 2009.

Programa	Nivel de atención	Tratamientos anuales			
		Metformina		Glibenclamida	
		Dosis media diaria	Dosis máxima diaria	Dosis media diaria	Dosis máxima diaria
PRODIABA	PNA	188	125	190	127
Municipal	PNA	97	65	0	0
PRODIABA	Segundo nivel	137	92	167	111
Remediar	PNA	29	19	53	35
Subtotales	Segundo nivel	137	92	167	111
	PNA	314	209	243	162
Totales		451	301	410	273

**Fuente:** elaboración propia según la información provista por la Gerencia de Planificación de Remediar+Redes, el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA), la Unidad de Diabetes del Servicio de Endocrinología del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna” y la Subdirección de Gestión y Programas de la Secretaría de Salud del Municipio de Bahía Blanca.

Considerando los diferentes escenarios, se observa que los tratamientos anuales provistos gratuitamente a pacientes adultos con DM2 varían entre 301 y 451 en el caso de la metformina y entre 273 y 410 en el caso de la glibenclamida.

---

proporcionada por la coordinación de farmacia dependiente de la Subdirección de Gestión y Programas de la Secretaría de salud de la Municipalidad de Bahía Blanca.

<sup>41</sup> Promedio de los precios unitarios finales pagados en las licitaciones del año 2008 y 2009 donde se realizaron compras de metformina. Información proporcionada por la Gerencia de Panificación de Remediar+Redes.

A su vez, los tratamientos farmacológicos provistos a través del primer nivel de atención representan el 70% en el caso de Metformina y el 59% en el caso de la Glibenclamida. Estos resultados son acordes a la relevancia que debe tener el primer nivel de atención en las políticas de prevención, tratamiento y control de esta enfermedad (Aráuz *et al.*, 2001).

Una vez estimado el número de pacientes que demandaron tratamientos en el sector público, se estimó la población adulta con DM2 que necesitaría dicha provisión. La importancia de este análisis radica en que no siempre la necesidad de tratamientos se traduce en demanda efectiva. En nuestro cálculo, la población con necesidades de provisión pública de fármacos serían 3.274 habitantes. Este valor surge de considerar que en el año 2008 en el Municipio de Bahía Blanca habitaban aproximadamente 196.505 personas adultas, de las cuales, aproximadamente 13.755 podrían estar enfermas de diabetes de acuerdo a la tasa de prevalencia del 7% estimada para la región. En particular, 11.691 padecerían DM2. De esta población se calcula que 3.274 habitantes con DM2 no cuentan con cobertura de salud, de acuerdo a la información proporcionada para la región en el año 2005.

Sin embargo, como en toda patología “silenciosa”, en diabetes es habitual la presencia de una elevada tasa de sub-diagnóstico (es decir, población enferma que aun no ha sido detectada) (Saudek *et al.*, 2008) que Gagliardino *et al.* (1995) han estimado cercana al 50% en una población de la ciudad de La Plata (Buenos Aires, Argentina).

Si se asume para la Ciudad de Bahía Blanca, la tasa de subdiagnóstico calculada por Gagliardino *et al.* (1995), la población bajo tratamiento que demanda ADO en el sector público sería aproximadamente la mitad de la población diagnosticada.

Sin embargo, los resultados de la investigación sugieren que la cobertura pública sólo sería del 26,30% de las necesidades, considerando que se consume conforme a la dosis media diaria (861 tratamientos en total, 451 de Metformina y 410 de Glibenclamida) y del 17,53 % de las necesidades considerando el consumo asociado a la dosis máxima diaria (574 tratamientos, 301 de Metformina y 273 de Glibenclamida). Estos resultados surgen de estimar que “la población con necesidades de provisión pública de fármacos” es de aproximadamente 3.274 personas.

Es importante aclarar ciertas limitaciones del estudio que podrían distorsionar los resultados obtenidos. Una de ellas es que las dosis utilizadas no consideran a quienes consumen ambas drogas, o tratan su enfermedad únicamente con dieta o con insulina (Gagliardino *et al.*, 2001).

Otra debilidad está vinculada con la falta de información de dos aspectos claves: 1) el porcentaje de población sin cobertura que adquiere los tratamientos vía gasto de bolsillo, y 2) el porcentaje de tratamientos que es retirado en el Municipio de Bahía Blanca por pacientes de la región (esto podría ocurrir principalmente en el hospital provincial).

Las limitaciones mencionadas son factores que podrían determinar que la población efectivamente cubierta por las políticas públicas sea menor o mayor a la estimada. Analizar el impacto y la magnitud de estos factores es la motivación de futuras líneas de investigación.

## **Conclusiones**

Los resultados observados en el Municipio de Bahía Blanca sugieren que las políticas de distribución gratuita de medicamentos para pacientes de la Provincia de Buenos Aires con DM2 tienen fortalezas y debilidades.

Los resultados indican que: 1) el mayor porcentaje de la demanda se satisface en el primer nivel de atención, 2) la Provincia de Buenos Aires financia el mayor porcentaje de comprimidos, seguida por el nivel municipal y el nacional, 3) el nivel local también interviene para satisfacer la demanda y 4) la provisión pública total solo daría cobertura a aproximadamente el 25% de las necesidades en el escenario correspondiente al consumo medio. Esto muestra que, incluso con diferentes programas públicos, la provisión no es suficiente y se requiere de la intervención local aun cuando la descentralización en la adquisición de fármacos no es recomendada por la teoría económica.

La principal fortaleza está vinculada con el mecanismo de distribución utilizado, pues la mayor parte de los ADO demandados públicamente han sido entregados a través del PNA que, de acuerdo a la evidencia, es el nivel apropiado para abordar la detección, tratamiento y prevención de esta enfermedad. Sin embargo, la provisión de los mismos en establecimientos de los distintos niveles del subsistema de

salud obstaculiza la existencia de un registro único de los pacientes con DM2, dificultando el seguimiento de sus tratamientos y la programación de la demanda de medicamentos así como la evaluación del desempeño de las políticas públicas implementadas.

La principal debilidad es que los tratamientos provistos públicamente por el nivel nacional y provincial en el municipio bajo estudio, no son suficientes para satisfacer la demanda espontánea de metformina. Esto motivó la intervención del gobierno local demostrando que el acceso de muchos pacientes diabéticos a sus medicamentos estuvo garantizado por una decisión voluntaria del nivel más bajo de gobierno y no por los niveles superiores, cuyas leyes los hacen responsables de la provisión de medicamentos y coordinación de las políticas para esta patología. En este contexto, es posible que muchos municipios de la provincia no tengan prevista esta adquisición con presupuesto propio pero la necesidad de asegurar la continuidad de los tratamientos genera inevitablemente una redistribución de recursos dentro de las secretarías de salud municipales, desviando hacia la compra de tratamientos para la diabetes recursos que estaban asignados a financiar otros bienes y servicios.

Los resultados del caso de estudio manifiestan que, en un aspecto clave del sector salud como es la adquisición de medicamentos, intervienen los niveles más bajos de gobierno aun cuando la teoría de la descentralización, basada en el argumento de las economías de escala, no recomienda la intervención local en esta función asignativa.

Las consecuencias económicas de que los niveles nacional y provincial no satisfagan la demanda y la necesidad de tratamientos son: 1) en lo inmediato, y con respecto a la demanda, la ineficiencia técnica del subsector público, dado que los precios pagados por el nivel local son superiores a los obtenidos por los programas nacionales (en las licitaciones internacionales) o provinciales (con producción de sus propios laboratorios), y 2) en el mediano plazo, los resultados sugieren que aún con políticas públicas implementadas en los tres niveles de gobierno, un bajo porcentaje de los pacientes con necesidades de tratamientos farmacológicos fueron cubiertos desde el sector público. Esto implicará costos directos, indirectos e intangibles asociados a las futuras complicaciones de salud de los pacientes que no acceden en el presente a un tratamiento continuo de la enfermedad.

Una estrategia óptima de asignación de recursos sanitarios sería promover programas de prevención que incentiven la toma de conciencia por parte de la población

de los factores de riesgo y la posibilidad de revertirlos. Sin embargo, los tratamientos farmacológicos asociados al control de la patología deberían estar disponibles para la población que los necesite y no disponga de los medios para acceder a los mismos, no solo porque existen disposiciones legales que lo garantizan, sino porque una interrupción en dichos tratamientos puede tener importantes consecuencias en la evolución de la diabetes y el surgimiento de sus complicaciones.

Por último, la experiencia del Municipio de Bahía Blanca parece justificar mayores estudios respecto de las capacidades financieras de los municipios de la Provincia de Buenos Aires para garantizar el acceso a la medicación para patologías crónicas.

## CAPÍTULO IV

### **Equidad en el acceso al primer nivel de atención: estudio de caso de los sistemas locales de salud de la Provincia de Buenos Aires**

#### **Introducción**

En las últimas décadas muchos países promovieron la descentralización de algunas responsabilidades de gasto a los niveles inferiores de gobierno basados en argumentos vinculados con la literatura del federalismo fiscal. Esta teoría plantea que, cuando las facultades de gasto respecto de algún bien o servicio son asignadas al nivel de gobierno que representa en forma más cercana las preferencias y necesidades de los beneficiarios de dicho gasto, se genera un incremento en la eficiencia de la asignación de los recursos (Musgrave y Musgrave, 1989; Oates, 1999; Ter-Minassian, 1997).

En Argentina, las provincias tienen autonomía al momento de determinar el grado de descentralización de sus respectivos subsistemas de salud públicos<sup>42</sup>. Dentro de las distintas experiencias de descentralización a nivel provincial se destaca por su complejidad el caso de Buenos Aires.

Dicha provincia es la más extensa del país. Se encuentra dividida en 135 municipios denominados por la Constitución Provincial como “partidos”. Cada partido comprende una extensión territorial continua, en la que se sitúan una o más localidades, y poseen un departamento ejecutivo y otro legislativo, encargados de la administración de los bienes y servicios locales.

En esta provincia a fines de la década de los años setenta se dio inicio a un proceso de transferencia a los municipios de los establecimientos del primer nivel de

---

<sup>42</sup> El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el privado, de la seguridad social y el público. El primero presta servicios sanitarios a pacientes con capacidad de pago y/o que poseen seguros voluntarios de salud. El subsector de la seguridad social se encuentra conformado por aproximadamente 300 entidades (llamadas Obras Sociales) que proveen cobertura de salud a los trabajadores que participan del mercado formal de trabajo y a sus familiares. Por último, el subsector público está compuesto por una red de establecimientos de salud nacionales, provinciales y municipales de distintos niveles de complejidad. Su objetivo principal es atender en forma gratuita las necesidades sanitarias de la población de bajos ingresos y/o carece de seguro de salud, como también las de quienes poseen limitaciones en el acceso a servicios privados por condiciones geográficas y a beneficiarios de obras sociales o sectores con capacidad de pago, atraídos por el prestigio institucional y profesional (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

atención (en adelante PNA) y de algunos establecimientos hospitalarios de menor complejidad, cuyos beneficiarios directos son los ciudadanos del ámbito donde se localiza cada institución. Por otro lado, quedó bajo la órbita provincial la responsabilidad de proveer servicios de alta complejidad a través de la red de hospitales provinciales, cuyos principales demandantes serían pacientes provenientes de un área de influencia mayor a la correspondiente a un único partido (Barbieri, 2007).

Si bien se ha verificado empíricamente la fortaleza del PNA para mejorar la equidad en el acceso a los servicios médico-sanitarios (Kringos *et al.*, 2010), también existe abundante evidencia respecto de los posibles efectos negativos sobre la equidad en el acceso al PNA de las políticas de descentralización aplicadas al sector salud. En particular, existe el riesgo que puedan generarse diferencias en los niveles de provisión de bienes y servicios en el PNA entre los gobiernos locales, los cuales no necesariamente guardarán relación con las necesidades de atención de las poblaciones de distintas áreas geográficas (Okorafor *et al.*, 2007; Bossert *et al.*, 2003). Este desajuste entre la oferta y las necesidades de bienes y servicios médico-sanitarios es posible por la conjunción de tres de factores: i) la mayor injerencia de los gobiernos locales en las decisiones presupuestarias del sector salud, ii) la existencia de diferencias en las capacidades de generar y utilizar recursos en las distintas municipalidades y iii) las distintas preferencias locales respecto del monto y asignación del gasto público.

Riutort y Cabarcas (2006) analizaron el impacto de las políticas de descentralización implementadas en países de América Latina y el Caribe sobre distintas dimensiones de la equidad. Concluyen que las mismas resultaron perjudiciales en un gran número de países de la región, presentándose una amplia brecha entre los servicios ofrecidos a los habitantes de bajos niveles de ingresos en comparación con la población de altos niveles de ingresos. Asimismo, los resultados en relación a la utilización de servicios por área geográfica resultaron contradictorios, registrándose países donde el impacto fue positivo (Colombia, Costa Rica y Brasil) y en otros negativo (Chile y México).

Avanzar en el análisis de la problemática planteada requiere previamente precisar el significado de dos conceptos claves: *acceso a los servicios de salud* y *equidad en salud*.

El concepto de acceso a los servicios de salud presenta múltiples acepciones, entre las cuales se destacan el *acceso potencial* y el *acceso efectivo*. El primero tiene

lugar cuando una población con necesidades de cuidados de salud dispone, en el tiempo y espacio, de los servicios de salud adecuados para satisfacerlas. El segundo existe cuando se superan todas las barreras que limitan la prestación de los servicios, y la población con necesidades de atención de la salud recibe los cuidados requeridos (Guagliardo, 2004). Las barreras que pueden impedir que el acceso potencial se transforme en acceso efectivo se conocen con el nombre de *barreras al acceso* y se agrupan en cinco dimensiones: asequibilidad, aceptabilidad, adaptación, disponibilidad y accesibilidad.

La *asequibilidad* es determinada por el modo de financiamiento de los servicios de salud, y la capacidad de pago por dichos servicios por parte de los usuarios. La *aceptabilidad* captura la medida en que los usuarios se sienten cómodos con las características intrínsecas del proveedor, y viceversa. Estas características incluyen la edad, sexo, clase social, origen étnico e idioma. La *adaptación* refleja el grado en que la prestación de los servicios de salud está organizada de forma que se cumplan las restricciones y preferencias de los usuarios. Entre los aspectos más relevantes pueden mencionarse los horarios de atención y la capacidad de recibir atención médico-sanitaria sin turno. La *disponibilidad* se refiere al número de instituciones proveedoras de los servicios de salud entre las que puede elegir un individuo con necesidades de cuidado de salud, y si éstas cuentan con los recursos necesarios, tanto humanos como tecnológicos, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Por último, la *accesibilidad* se determina por la facilidad con la que los individuos pueden alcanzar físicamente la ubicación de los proveedores de servicios de salud (Wyszewianski y McLaughlin, 2002; Penchansky *et al.*, 1981).

La equidad en salud constituye un concepto que también se puede abordar desde distintas perspectivas. Se destacan dos puntos de vista: la *equidad en los resultados de salud* y la *equidad en la atención de la salud*. La primera se fundamenta en el principio de que cada individuo debe poseer idénticas oportunidades de alcanzar su máximo potencial de salud. La segunda se basa en el principio de que todos los individuos tengan asegurada la posibilidad de acceder y utilizar bienes y servicios médico-sanitarios de alta calidad, de acuerdo a sus necesidades de cuidados de salud (Whitehead, 1992).

El concepto de equidad en el acceso a los servicios de salud empleado en el presente capítulo se deriva de la segunda perspectiva de equidad mencionada. De



acuerdo a este enfoque, un acceso igualitario a los bienes y servicios médico-sanitarios no necesariamente resultará deseable. Mientras que la igualdad supone un trato uniforme de los individuos o poblaciones, la equidad requiere un tratamiento diferenciado en favor de los individuos o poblaciones con mayores necesidades. Por lo tanto, las desigualdades en el acceso pueden ser equitativas si existen distintas necesidades de cuidados de salud entre los individuos o grupos de población.

El presente capítulo tiene como objetivo general analizar el grado de equidad en el acceso a los servicios médico-sanitarios brindados en el PNA del subsistema público a los habitantes sin cobertura de obra social o medicina prepaga de los 135 partidos de la Provincia de Buenos Aires (Argentina). Con este fin, se plantean los siguientes objetivos particulares:

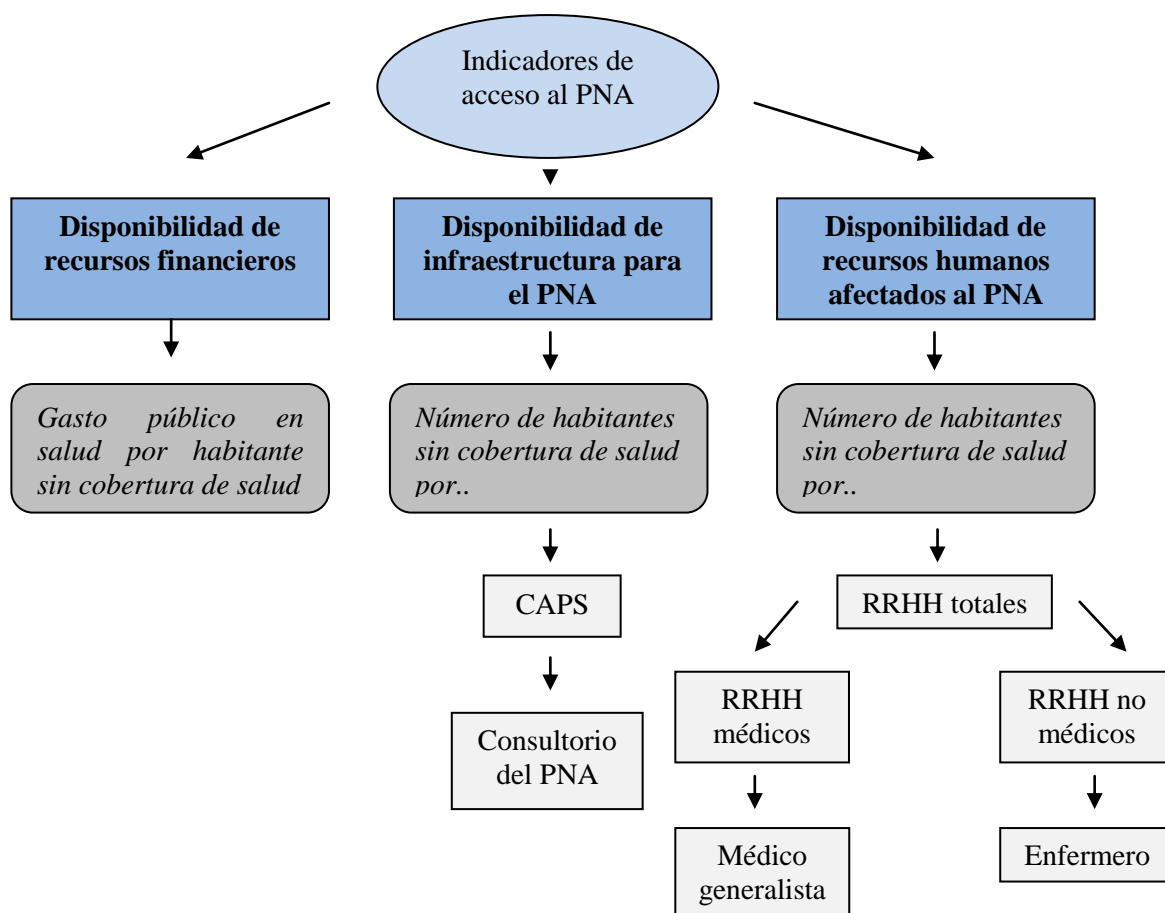
- 1) Analizar el grado de desigualdad en la capacidad de acceso potencial a los servicios del PNA entre los habitantes sin cobertura médico-sanitaria de los partidos de la provincia de Buenos Aires.
- 2) Evaluar si las desigualdades detectadas pueden ser justificadas por la existencia de distintas necesidades locales de recursos sanitarios.
- 3) Estudiar si las diferencias en los recursos municipales asignados al cuidado de la salud se relacionan con la disponibilidad relativa de infraestructura y/o recursos humanos en el PNA.
- 4) Indagar la posible influencia de la riqueza relativa de cada municipio en los niveles potenciales de acceso al PNA de la población sin cobertura médico-sanitaria.
- 5) Diseñar una clasificación de los partidos de la Provincia de Buenos Aires a partir de los indicadores que cuantifican el acceso potencial a los servicios del PNA, las necesidades de salud y la riqueza relativa.

## **Metodología**

Mediante un estudio descriptivo basado en el análisis de datos cuantitativos, se estudió la equidad en la capacidad de acceso potencial a los servicios de salud públicos en el PNA de los habitantes sin cobertura de obra social o medicina prepaga de los partidos de la Provincia de Buenos Aires (Argentina).

Se utilizaron 9 indicadores de acceso alternativos que intentan cuantificar el acceso potencial a los servicios del PNA del subsistema público, a partir de la disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura y humanos en cada partido. Estos se presentan en la Figura V.1 y se describen a continuación:

**Figura V.1** Indicadores de capacidad de acceso a los bienes y servicios del PNA



**Fuente:** elaboración propia

#### a) Indicadores de la disponibilidad de recursos financieros

i) *Gasto público en salud por habitante sin cobertura de salud.*

Este indicador constituye una medida de la magnitud de la canasta de bienes y servicios sanitarios que cada jurisdicción pone a disposición de los habitantes que carecen de seguro de salud. En este sentido, si las necesidades sanitarias de dos poblaciones son equivalentes, la equidad en el acceso al subsistema público de salud requeriría valores de gasto público en salud por habitante sin cobertura iguales. Por otro lado, y de acuerdo al mismo criterio, las poblaciones con mayores necesidades sanitarias

deberían recibir mayores gastos por habitante sin cobertura para obtener un trato equitativo (Mooney, 1983).

Como medida de los recursos monetarios asignados al PNA en el subsector público de cada jurisdicción se utilizó gasto municipal finalidad salud<sup>43</sup> (en adelante GMFS). La elección, aunque apropiada, no es la ideal: en los partidos de la provincia el GMFS se destina a financiar tanto las actividades realizadas en los establecimientos del PNA (en adelante CAPS) como las ejecutadas en los hospitales municipales pertenecientes al segundo nivel de atención<sup>44</sup>, no existiendo series de gasto discriminadas por nivel de atención. A esto se agrega que el GMFS no incluye los recursos monetarios y en especie que los municipios reciben a través de algunos programas de salud (provinciales y nacionales), muchos de los cuales se implementan en los CAPS. La consideración del gasto de dichos programas tampoco es posible por no existir datos discriminados por partido.

Pese a las debilidades planteadas, el uso del GFSM como proxy del gasto destinado a financiar los servicios provistos en el PNA puede considerarse más apropiado que la única alternativa disponible, el gasto público en salud en los municipios (en adelante GPS)<sup>45</sup>, debido a que i) la mayor parte de los CAPS en la Provincia de Buenos Aires dependen administrativamente del nivel local de gobierno<sup>46</sup>, y ii) la mayor parte del gasto finalidad salud provincial (de gran peso en el GPS) está destinado al sostenimiento de su red hospitalaria.

---

<sup>43</sup> El gasto finalidad salud comprende los recursos destinados a asegurar el estatus de salud de la comunidad, incluyendo los correspondientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades, la creación, ampliación y reposición de infraestructura y de saneamiento ambiental y en general, todas aquellas actividades orientadas a la administración de la salud.

<sup>44</sup> En el año 2008 existían en la provincia de Buenos Aires 265 establecimientos con internación municipales (algunos de los cuales son hospitales de agudos y otros hogares de ancianos). Sólo 20 de los 135 partidos que la componen no tienen establecimientos con internación municipales, y por lo tanto, destinan la totalidad del GMFS a financiar los bienes y servicios provistos en el PNA. En general, se trata de partidos con alta densidad poblacional que cuentan con al menos un establecimiento con internación provincial.

<sup>45</sup> El GPS es la suma del gasto finalidad salud de los tres niveles de gobierno (municipal, provincial y nacional) que beneficia directamente a la población de un partido. Incluye, además del GFSM, el gasto hospitalario provincial y nacional (restringido en este último caso a los hospitales de las fuerzas armadas) y el gasto provincial y nacional en programas de salud (Remediar, Nacer, etc.) canalizados a través de la red de servicios de salud municipales.

<sup>46</sup> De acuerdo a los resultados del Catastro de CAPS realizado por Remediar en el año 2005 el 97% de los establecimientos relevados en la provincia de Buenos Aires dependían administrativamente del nivel local de gobierno.

Los datos de GMFS utilizados son valores devengados correspondientes al año 2007, y se obtuvieron de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Para el cálculo de los valores *per cápita* se consideró sólo la población sin seguro de salud (Barbieri *et al.*, 2002) por constituir los destinatarios naturales de los servicios ofrecidos por el subsistema público de la salud. Adicionalmente en el caso de los efectores del PNA, la evidencia empírica indica que 7 de cada 10 consultantes que asiste a los CAPS posee cobertura pública exclusiva<sup>47</sup>. Para determinar la cantidad de habitantes sin cobertura médica por partido se utilizaron datos de: i) la estimación del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (en adelante INDEC) de la población por partido en el año 2007 y ii) el porcentaje de población sin cobertura de obra social o seguro médico correspondiente al año 2001. La información fue obtenida de las proyecciones provinciales de población, por sexo y grupos de edad 2001-2015 disponible en la Serie Análisis Demográfico N° 31 del INDEC (INDEC, 2005), y del Censo de Población y Hogares del año 2001 del INDEC (INDEC, 2001).

## **b) Indicadores de disponibilidad de infraestructura para el PNA**

### *i) Número de habitantes sin cobertura de salud por CAPS*

El número de habitantes sin seguro de salud por CAPS es un ejemplo de un “ratio proveedor-población” (también conocidos en la literatura de los servicios de salud como relaciones de suministro) frecuentemente utilizados para evaluar el acceso geográfico a los servicios de salud (Wyszewianski y McLaughlin, 2002; Fortney *et al.*, 2000). En este caso, el principio de la equidad en el acceso a la atención de la salud requeriría similares cantidades de habitantes sin cobertura de salud por efector si las necesidades de cuidados de salud de dos poblaciones son equivalentes, mientras que las poblaciones con mayores necesidades de cuidados de salud deberían tener menor cantidad de habitantes por efector para obtener un trato equitativo, al facilitarles el acceso a los servicios de salud.

---

<sup>47</sup> Según una encuesta a nivel nacional del Plan Remediar + Redes realizada en el año 2011, el 66% de los consultantes tenían cobertura pública, el 5% programas o planes estatales, el 16% obra social, el 8% PAMI, el 3% prepaga y el 2% restante mutual.

Para construir este indicador se consideraron datos correspondientes al número de CAPS por partido en el año 2005<sup>48</sup>, la población por partido para el año 2005 y el porcentaje de población sin cobertura de salud por partido del año 2001. Las fuentes de información utilizadas fueron, respectivamente, el censo de establecimientos conocido como Catastro de CAPS de PROAPS-REMEDIAR del año 2005<sup>49</sup>, la estimación del INDEC de la población de cada partido en el año 2005 (INDEC, 2005) y el Censo de Población y Hogares del año 2001 del INDEC (INDEC, 2001).

*ii) Número de habitantes sin cobertura de salud por consultorio del PNA*

Es una variante del ratio proveedor-población anterior que pretende incorporar al análisis las diferencias en la capacidad de oferta de servicios de los CAPS, al considerar no sólo su número, sino la cantidad de consultorios existente en los mismos. Los datos de número de consultorios disponibles en los CAPS de cada partido corresponden al año 2005 y fueron extraídos del Catastro de CAPS de PROAPS-REMEDIAR, mientras que para el cálculo de la población sin cobertura se utilizaron las mismas fuentes que en el indicador anterior.

**c) Indicadores de disponibilidad de recursos humanos afectados al PNA**

Las relaciones proveedor-población poseen (como cualquier otro indicador cuantitativo de acceso a los servicios de salud) limitaciones que han sido destacadas por la literatura especializada<sup>50</sup>. Sin embargo, a los fines de esta investigación, existe una limitación específica del indicador *número de habitantes sin cobertura de salud por CAPS* anteriormente desarrollado, al no permitir considerar la posibilidad que los establecimientos de los partidos con mayores necesidades de cuidados de salud tengan,

---

<sup>48</sup> Para este indicador se debieron excluir del análisis a los partidos de Adolfo González Chávez, Colón, San Cayetano y Tordillo debido a que, según los resultados del Catastro de PROAPS+REMEDIAR no disponían en el año 2005 de ningún establecimiento de salud que reuniera todas las características exclusivas de un CAPS.

<sup>49</sup> El Catastro fue realizado por consultores del PROAPS+REMEDIAR entre los meses de octubre de 2004 y marzo 2005 relevándose un total de 5.101 CAPS del país (que representan el 97% de los CAPS existentes al momento de realizar el estudio) y obteniendo información sobre el perfil asistencial, la disponibilidad de recursos humanos, de equipamiento y de infraestructura.

<sup>50</sup> Algunas limitaciones del indicador que pueden dificultar la comparación de los resultados obtenidos en diferentes partidos son las siguientes: i) no tiene en cuenta la posibilidad de "cruce de fronteras" que suelen realizar los pacientes en áreas geográficas pequeñas, buscando atención en otra jurisdicción, y ii) no captura las variaciones en la accesibilidad dentro de los partidos, al no incorporar explícitamente medidas de distancia o tiempos de viaje.

por ejemplo, mayor cantidad de profesionales en el equipo de salud y/o brinden mayor cantidad de horas de atención. En tal caso, al incluir exclusivamente el número de CAPS, el ratio propuesto podría subvalorar la capacidad de acceso potencial. Si bien la inclusión del indicador *número de habitantes sin cobertura de salud por consultorio* aborda parcialmente esta debilidad, el análisis puede enriquecerse considerando la disponibilidad de recursos humanos en el PNA de cada partido. Por tal motivo, se desarrollaron cinco indicadores. Se trata, al igual que en el caso de los indicadores de disponibilidad de infraestructura, de ratios proveedor-población, siendo su interpretación en términos de la equidad en el acceso similar: las poblaciones con mayores necesidades de cuidados de salud deberían tener menor cantidad de habitantes por proveedor para obtener un trato equitativo. Asimismo, están sujetos a las mismas limitaciones que las planteadas en el caso anterior.

Los recursos humanos del PNA pueden clasificarse en *personal médico* (generalistas o de familia, clínicos, pediatras, ginecólogo-obstetra, cardiólogo, siquiatra, oftalmólogo y médico de otra especialidad) y *personal no médico* (partera, odontólogo, nutricionista, kinesiólogo, psicólogo-psicopedagogo, asistente social, farmacéutico, técnico de farmacia, bioquímico, enfermeros, otros integrantes profesionales, agentes sanitarios, administrativos, limpieza, suministros y vigilancia, entre otros). La presencia de ambos tipos de recursos humanos es crucial para el éxito de las prestaciones ofrecidas en el PNA, que tiene como prerrequisito el trabajo interdisciplinario a partir de la formación de equipos de salud.

Dependiendo del tipo de recursos humanos considerados en el cálculo de los ratios, se obtuvieron 5 variantes de este indicador de acceso:

- i. Número de habitantes sin seguro de salud por recursos humanos totales (personal médico y no médico) del PNA.
- ii. Número de habitantes sin seguro de salud *por recurso humano médico* asignado al PNA
- iii. Número de habitantes sin seguro de salud *por recurso humano no médico* asignado al PNA.

- iv. Número de habitantes sin seguro de salud *por médico generalista o de familia*<sup>51</sup> asignado al PNA.
- v. Número de habitantes sin seguro de salud *por enfermero* asignado al PNA.

La consideración de los dos últimos indicadores se justifica por la importancia que tienen los médicos generalistas y enfermeros dentro del equipo de salud de los CAPS.

En todos los casos, las fuentes de información utilizadas para construir los indicadores fueron: i) el Catastro de CAPS de PROAPS-REMEDIAR del año 2005, ii) la estimación del INDEC de la población por partido del año 2005 (INDEC, 2005) y iii) los datos de población sin seguro médico del Censo de Población y Hogares del año 2001 del INDEC (INDEC, 2001).

Para evaluar el grado de desigualdad en el acceso potencial de la población bonaerense al PNA (objetivo 1), se procedió a realizar el siguiente análisis en cada uno de los indicadores de acceso mencionado:

a) Se agrupó a los municipios en quintiles de acuerdo al valor del indicador de acceso analizado. Así, el primer quintil comprende el 20% de los partidos que tienen valores más bajos de dicho indicador, y el último quintil incluye el 20% de los partidos con los valores más altos. Posteriormente, para cada quintil de municipios se calculó el valor promedio del indicador, y

b) Se clasificó a los municipios de acuerdo a su densidad poblacional, distinguiendo entre partidos del conurbano, rurales, semi-rurales y centros urbanos del interior<sup>52</sup>. Posteriormente, para cada grupo de municipios se calculó el valor promedio del indicador de acceso.

Si se considera que las necesidades de cuidados médico-sanitarios son heterogéneas, las desigualdades observadas entre municipios en los niveles de acceso

---

<sup>51</sup> Para este indicador adicionalmente se debieron excluir del análisis a los partidos de Alberti, Ayacucho, Campana, Cañuelas, Chascomús, Coronel Suarez, General Alvear, Navarro, Ramallo y Rauch debido a que, según los resultados del Catastro de PROAPS+REMEDIAR en el año 2005 no disponían de médicos de esta especialidad trabajando en los CAPS del partido.

<sup>52</sup> Se utilizó el siguiente criterio de clasificación: los partidos urbanos del interior son los partidos con más de 100.000 habitantes, los semi-rurales aquellos que cuentan con más de 50.000 pero menos de 100.000 habitantes, y los rurales con poblaciones inferiores a los 50.000 individuos. Para los 24 partidos del conurbano se adoptó la clasificación del INDEC. La información de habitantes por partido se obtuvo del Censo de Población y Hogares del año 2001.

poblacional al PNA no necesariamente resultarán inequitativas. En este caso, la equidad vertical requerirá distinto trato (en términos de gasto, infraestructura o recurso humano *per cápita*) para poblaciones con diferente grado de necesidad de cuidados de salud.

Para determinar si las diferencias observadas en los indicadores de capacidad de acceso son equitativas (objetivo 2), se utilizaron dos indicadores alternativos de la necesidad de cuidados médico-sanitarios de cada partido:

a) *Tasa de mortalidad infantil* (en adelante TMI): su inclusión se debe a que es considerada una variable proxy muy sensible del estatus de salud general de una población (Reidpath y Allote, 2003). Esta información se obtuvo de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires correspondiente al año 2007.

b) *Porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas* (en adelante NBI): cuya inclusión se justifica por numerosos estudios que señalan la existencia de una relación directa entre el nivel de pobreza y la prevalencia de ciertas enfermedades, donde una mayor morbilidad deriva en una mayor necesidad de cuidados de salud (Poblete y Vargas, 2007). Los datos fueron obtenidos del censo de Población y Hogares del INDEC correspondiente al año 2001.

La metodología aplicada para determinar si las desigualdades observadas en los indicadores de acceso se justifican por la existencia de distintas necesidades locales de cuidados de salud consistió en agrupar los partidos en quintiles, tomando como criterio de ordenación, alternativamente, la TMI y el porcentaje de hogares con NBI. Posteriormente se calculó, para cada quintil de municipios: i) el promedio de GFSM por habitante sin cobertura, ii) el promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS y iii) el promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano.

Para evaluar si las diferencias en los recursos municipales asignados al cuidado de la salud se relacionan con la disponibilidad de infraestructura y/o recursos humanos en el PNA (objetivo 3) se agrupó a los partidos en quintiles, utilizando como criterio de ordenamiento el GFSM por habitante sin cobertura. Posteriormente se calculó: i) el promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS, y ii) el promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano en cada quintil de GMFS *per cápita*.



Para estudiar la relación de la riqueza de cada partido, medida a través del producto geográfico bruto<sup>53</sup> (en adelante PGB) por habitante, con los indicadores de capacidad de acceso al PNA propuestos (objetivo 4) se aplicó el siguiente procedimiento: i) para estimar el PGB por habitante en cada partido se utilizó la serie de PGB correspondiente al año 2003, a partir de la información brindada por la Subsecretaría de Coordinación Económica del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, y la estimación del INDEC de la población de cada municipio en el año 2003 (INDEC, 2005); ii) se agruparon los partidos por quintiles de PGB por habitante y iii) se calculó el promedio del GMFS por habitante sin cobertura, el promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS y el promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano por quintil de PGB *per cápita*.

Finalmente, para proponer una clasificación de los partidos en base a la información que describe la equidad en el acceso potencial a los servicios del PNA entre los habitantes de los partidos de Buenos Aires (objetivo 5) se aplicaron los siguientes métodos en el software *InfoStat* versión 2013:

- a) un **análisis de componentes principales** para comprimir todas las variables empleadas en los apartados anteriores en un número menor de variables<sup>54</sup> para ser utilizadas en el análisis de conglomerados. Se trabajó con la matriz de correlación debido a que se estandarizaron los datos<sup>55</sup>.

Las variables empleadas fueron: gasto municipal finalidad salud *per cápita* (*GMFS por hab*), habitantes sin cobertura por CAPS (*Hab por CAPS*), habitantes sin cobertura por consultorio del PNA (*Hab por Con*), habitantes sin cobertura por enfermero del PNA (*Hab por E*), habitantes sin cobertura por recurso humano médico del PNA (*Hab por Me*), habitantes sin cobertura por recurso humano no médico del

---

<sup>53</sup> El producto geográfico bruto (PGB) es el equivalente a nivel local del Producto bruto interno calculado a nivel nacional. Mide el valor de la producción (a precios de mercado) de bienes y servicios finales, atribuible a factores de producción físicamente ubicados en una región geográfica (municipio o provincia, usualmente).

<sup>54</sup> El método de componentes principales permite determinar si existe alguna relación entre las variables incluidas en el análisis y también describir a las unidades muestrales según sus características más relevantes. Esta metodología identifica patrones de relaciones o interdependencia entre las variables generando nuevas dimensiones agregadas de variables sin perder la información contenida en las variables originales.

<sup>55</sup> Las variables fueron transformadas para tener media 0 y desvío estándar 1 para remover la influencia de las distintas unidades de medida y adecuarlas así a los requerimientos del método.

PNA (*Hab por noME*), habitantes sin cobertura por recurso humano (total) del PNA (*Hab por RRHH*), porcentaje de hogares con necesidades insatisfechas (*NBI*), tasa de mortalidad infantil (*TMI*) y el producto geográfico bruto *per cápita* (*PGB por hab*). Se excluyó el indicador de capacidad de acceso a los médicos generalistas del PNA debido a que no está bien definido para los 10 partidos mencionados en el pie de página 52.

La matriz de trabajo quedó conformada por 129 partidos de los 135 de la provincia de Buenos Aires. Se excluyeron 4 partidos (Adolfo González Chávez, Colón, San Cayetano y Tordillo) por no contar con ningún CAPS al momento del relevamiento<sup>56</sup>.

- b) un **análisis de conglomerados** para armar una tipología de casos con las variables escogidas mediante el análisis anterior<sup>57</sup>. Se optó por la distancia euclídea al cuadrado como medida de similitud entre los partidos y por una combinación de métodos de aglomeración. Inicialmente se realizó un agrupamiento jerárquico mediante el ligamiento promedio (no ponderado). Esto permitió definir la cantidad de grupos a obtenerse. Finalmente a partir de esta información se aplicó el método de K-medias (método de agrupamiento no jerárquico). Este método determina la pertenencia a los conglomerados de forma tal de minimizar la varianza intra-grupo y maximizar la varianza entre-grupos. Este método es el empleado frecuentemente en las ciencias sociales y es particularmente recomendado en el caso de muestras grandes<sup>58</sup>.

Los años de referencia de los datos empleados en el análisis son los últimos disponibles al momento de diseñar el trabajo. Aunque hubiese sido deseable emplear series de datos correspondientes a un mismo año para evitar sesgos en la información, esto no fue posible debido a la ausencia de estadísticas actualizadas, tanto en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires como a nivel nacional. También es conveniente aclarar que a lo largo de todo el análisis realizado (y con la única excepción de la variable PGB

---

<sup>56</sup> Adicionalmente se decidió excluir del análisis al Partido de Merlo luego de comprobar que se trata de un outliers que determina la existencia de una excesiva variabilidad en las variables relacionadas con la disponibilidad de recursos físicos y humanos en el PNA pudiendo afectar los resultados del análisis.

<sup>57</sup> Esta técnica exploratoria permite obtener una descripción más compacta de la información a través del diseño de conglomerados o grupos de individuos que presentan una alta homogeneidad interna y un alto grado de heterogeneidad externa.

<sup>58</sup> Sólo requiere establecer a priori la cantidad de grupos a construir. Dado que no existe unanimidad de criterios respecto a cómo definir este número en la literatura se recomienda emplear una combinación de métodos jerárquicos y no jerárquicos.

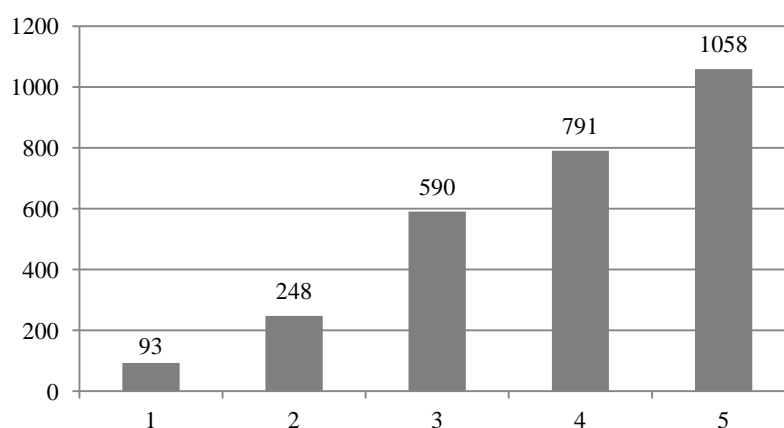
*per cápita*) en este capítulo el término *per cápita* hace referencia sólo a la población sin cobertura de obra social o prepaga y no a la población total.

## Resultados

### Objetivo 1: Desigualdad en los indicadores de capacidad de acceso

En el Gráfico V.1 se presentan los valores promedio del GMFS *per cápita* ordenado por quintiles de municipios según el GMFS *per cápita*. Los resultados muestran fuertes disparidades entre los valores promedio de cada grupo de partidos.

**Gráfico V.1.** Promedio del GMFS *per cápita* por quintiles de partidos según GMFS *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2007.

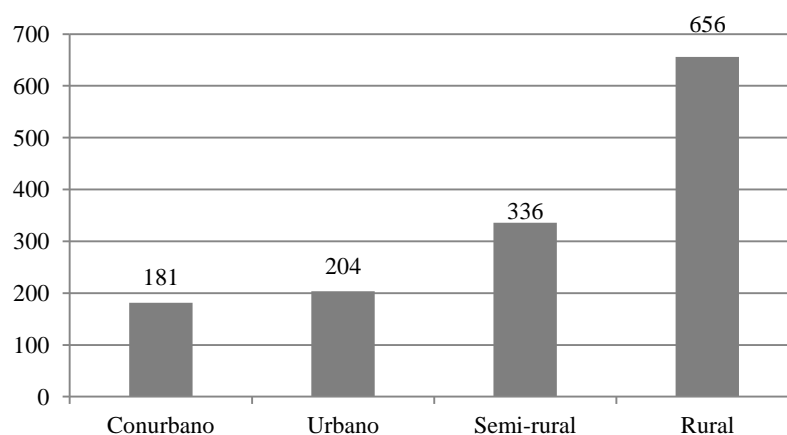


Fuente: Elaboración propia.

En particular es destacable la diferencia en el gasto de los dos quintiles extremos de la distribución: los habitantes sin seguro de salud de los partidos que pertenecen al quinto quintil se benefician con un gasto promedio aproximadamente once veces superior al que reciben los partidos del primero.

En el Gráfico V.2 se analiza el GMFS *per cápita* clasificando a los partidos según la densidad poblacional. Los valores obtenidos sugieren que los habitantes sin cobertura de los partidos del conurbano se encuentran en la peor situación relativa, ya que se benefician con el menor gasto municipal en salud *per cápita*. En particular, el promedio de GMFS *per cápita* en los partidos del conurbano es 3,6 veces inferior que en los partidos rurales.

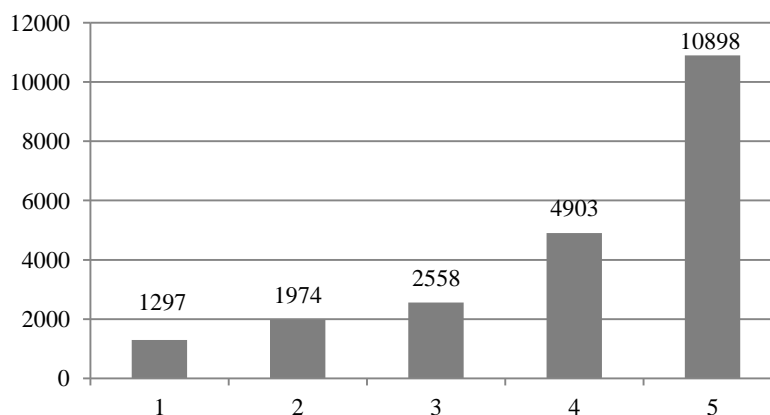
**Gráfico V.2.** Promedio del GMFS per cápita por partidos agrupados según densidad poblacional. Provincia de Buenos Aires, 2007.



**Fuente:** elaboración propia

Con el objetivo de analizar la desigualdad en la distribución entre partidos de la infraestructura disponible en el PNA, se evaluó la cantidad de habitantes sin cobertura de salud por CAPS. En el Gráfico V.3 se representa el promedio de habitantes sin cobertura de salud por CAPS por quintiles de partidos ordenados según número de habitantes sin cobertura de salud por CAPS.

**Gráfico V.3.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS por quintiles de partidos agrupados según número de habitantes por CAPS. Provincia de Buenos Aires, 2005.



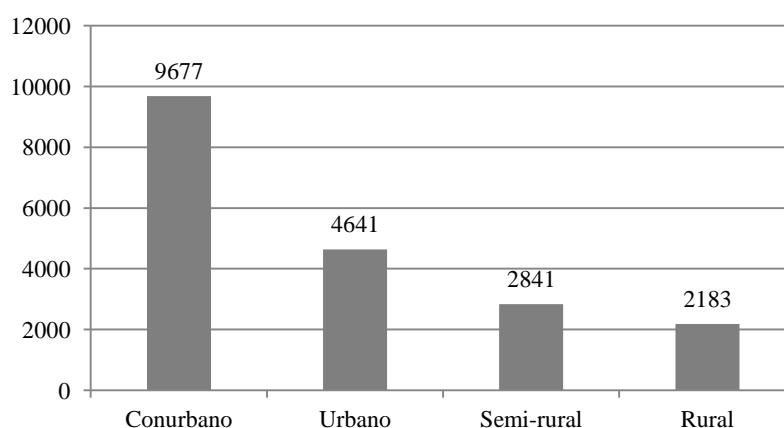
**Fuente:** elaboración propia.

Pueden observarse fuertes contrastes en relación al número de habitantes sin seguro de salud por CAPS entre los distintos partidos de la Provincia de Buenos Aires. Mientras que en el 20% de los partidos mejor posicionados la relación de habitantes sin cobertura por CAPS es de 1.297, en el 20% de los partidos relativamente peor situados tal cifra asciende a 10.898. Esta diferencia de aproximadamente 8,5 veces entre los

partidos ubicados en los quintiles extremos de la distribución de la variable revelaría fuertes diferencias en la capacidad de acceso potencial de la población sin cobertura de salud a los servicios del PNA entre partidos en términos de la infraestructura disponible.

En el Gráfico V.4 se analiza el mismo indicador clasificando a los partidos según la densidad poblacional. En general se observan disparidades en la cantidad de habitantes sin cobertura de salud por CAPS según el tipo de partido. En los partidos del conurbano el indicador exhibe un valor aproximadamente 4,5 veces superior al de los partidos rurales, reflejando una peor situación relativa en términos de la disponibilidad de infraestructura.

**Gráfico V.4.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS, por partidos agrupados según densidad poblacional. Provincia de Buenos Aires, 2005.

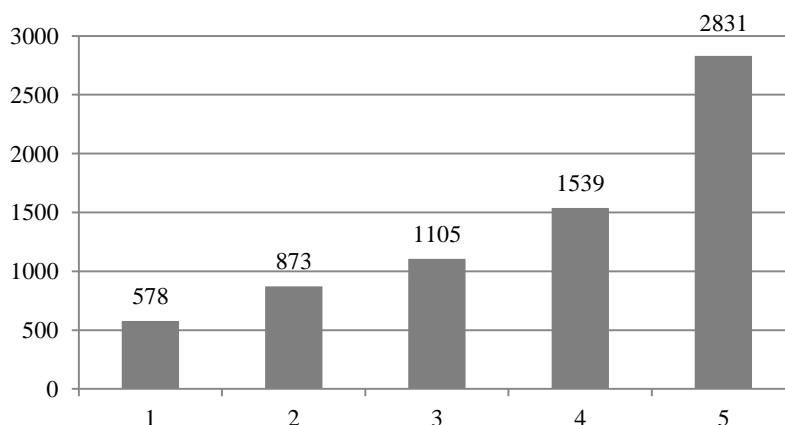


**Fuente:** elaboración propia.

Si bien este resultado denotaría un acceso sustancialmente menor a los servicios del PNA en los partidos del conurbano y urbanos en relación a los rurales y semi-rurales, esta diferencia podría ser justificada por la mayor dispersión de la población de éstos últimos, y la consiguiente necesidad de un mayor número de CAPS para garantizar un acceso geográfico igualitario.

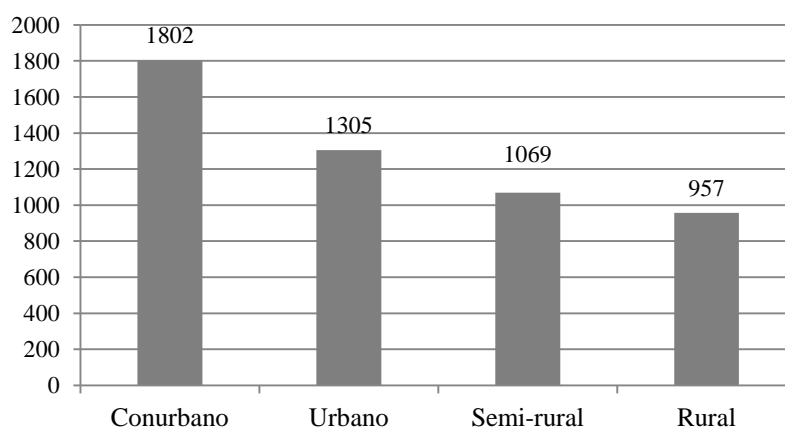
En el Gráfico V.5 se estudia la disponibilidad de consultorios en el PNA, agrupando a los partidos en quintiles según el número de habitantes sin cobertura médica por consultorio, mientras que en el Gráfico V.6 se presenta el mismo análisis para los partidos agrupados por densidad poblacional.

**Gráfico V.5.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por consultorio de CAPS por quintiles de partidos agrupados según número de habitantes sin cobertura por consultorio. Provincia de Buenos Aires, 2005.



**Fuente:** elaboración propia.

**Gráfico V.6.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por consultorio de CAPS, por quintiles de partidos agrupados por quintiles de partidos agrupados según densidad poblacional. Provincia de Buenos Aires, 2005.



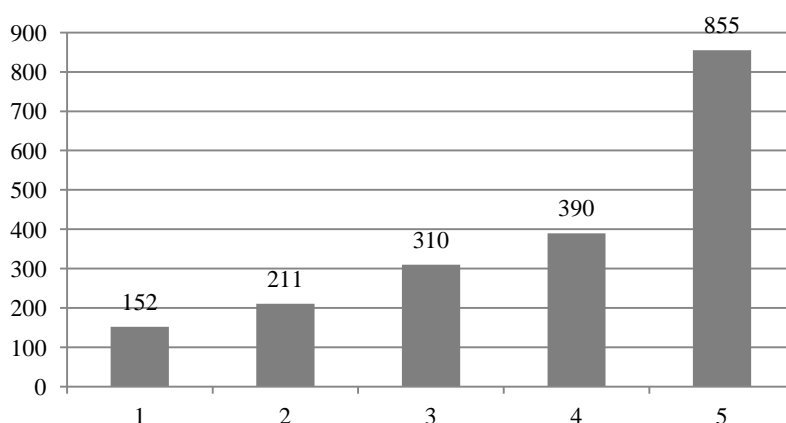
**Fuente:** elaboración propia

Ambas figuras muestran que la distribución del número de consultorios presenta una amplia variación entre los grupos de municipios. En particular, el análisis de la variable según la densidad de los partidos sugiere que al igual que con los CAPS, los habitantes sin cobertura de salud del conurbano tienen en promedio menor cantidad de consultorios externos *per cápita* que los habitantes de los partidos rurales. Sin embargo, las diferencias relativas entre los grupos de partidos peor y mejor posicionados en cada clasificación (de 4,9 veces entre quintiles extremos y 1,88 veces entre partidos del conurbano y rurales) son menores que en el indicador de habitantes sin cobertura por CAPS.

Esto puede sugerir que en algunos municipios la menor cantidad de CAPS por habitante es parcialmente compensada mediante un mayor número de consultorios externos. Tal maniobra es especialmente probable en partidos con una alta densidad poblacional.

Por último, se analiza el grado de igualdad en la distribución de los recursos humanos del PNA entre partidos, a través del estudio de los cinco indicadores de disponibilidad de recursos humanos *per cápita* detallados en la metodología. En el Gráfico V.7 se presenta el promedio de habitantes sin cobertura de salud por recurso humano para cada quintil de partidos ordenados según el número de habitantes sin cobertura de salud por recurso humano.

**Gráfico V.7.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano por quintiles de partidos agrupados según número de habitantes sin seguro de salud por recurso humano. Provincia de Buenos Aires, 2005.

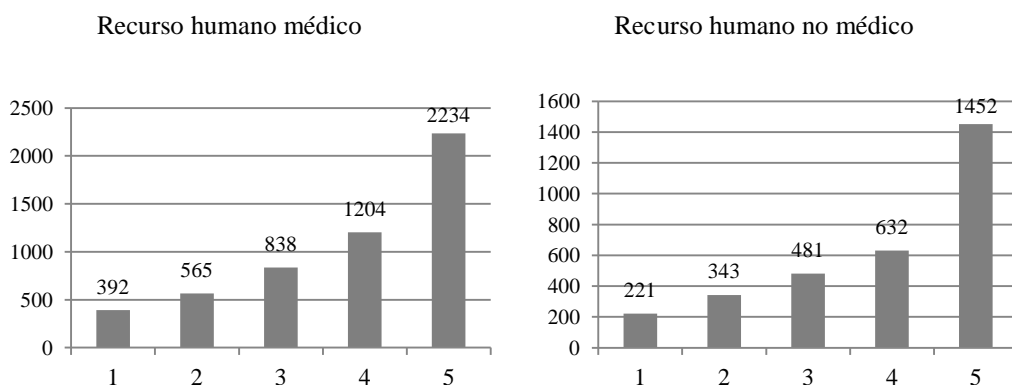


**Fuente:** elaboración propia.

Los resultados también indican la presencia de fuertes disparidades en la capacidad de acceder a los servicios del PNA entre partidos en términos de los recursos humanos totales disponibles. Sin embargo, en este caso la diferencia en el indicador promedio entre los partidos ubicados en los extremos de la distribución se reduce con respecto a lo observado en el caso de la infraestructura. Mientras que en el 20% de partidos mejor posicionados (primer quintil) la relación de habitantes sin cobertura de salud por recurso humano es 152, en el 20% de los partidos relativamente peor situados (quinto quintil) tal cifra llega a 855, representando una diferencia aproximada de 5,6 veces.

En el Gráfico V.8 se analiza el grado de igualdad en los indicadores que reflejan la disponibilidad en el PNA de recursos humanos médicos y no médicos.

**Gráfico V.8.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano médico y no médico, por quintiles de partidos agrupados según número de habitantes sin cobertura de salud por recurso humano médico y no médico, respectivamente. Provincia de Buenos Aires, 2005.



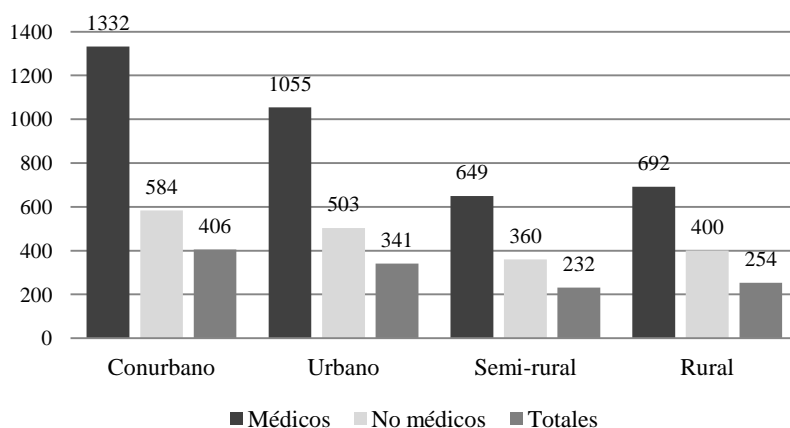
**Fuente:** elaboración propia.

En general pueden observarse importantes contrastes en relación al número de habitantes sin seguro de salud por recurso humano médico y no médico entre los distintos partidos de la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, la diferencia existente en los valores promedio de los quintiles extremos de la distribución en cada caso, es mayor para los recursos humanos no médicos. El promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano no médico es 6,6 veces mayor en el 20% de partidos mejor posicionados (primer quintil) que en el 20% de los partidos relativamente peor situados (quinto quintil). Esta diferencia se reduce a 5,7 veces en el caso de los habitantes sin seguro de salud por recurso humano médico.

En el Gráfico V.9 se exhiben de manera conjunta los tres indicadores de disponibilidad de recursos humanos en el PNA clasificando a los partidos según la densidad poblacional. Este agrupamiento alternativo de los partidos adquiere relevancia debido a que los quintiles de partidos de los análisis anteriores están integrados por habitantes de distintos tipos de partidos.



**Gráfico V.9.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por recursos humanos médicos, no médicos y totales, por partidos agrupados según densidad poblacional. Provincia de Buenos Aires, 2005.



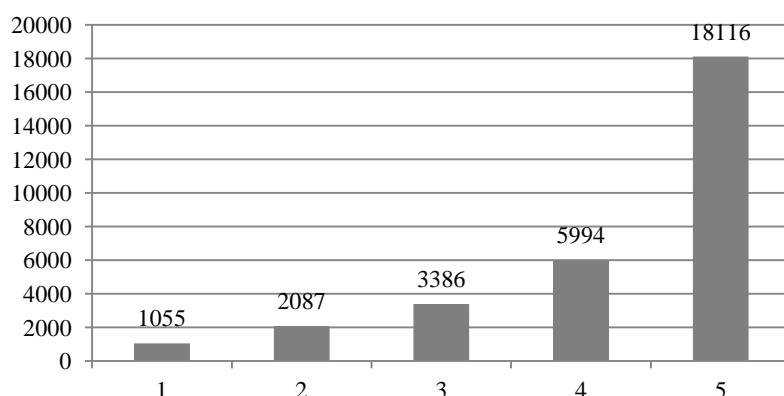
**Fuente:** elaboración propia.

Para los tres indicadores de disponibilidad de recursos humanos por habitantes sin seguro de salud, y al igual que en el caso de la infraestructura, los partidos urbanos y del conurbano se encuentran en peor situación relativa respecto a los partidos rurales y semi-rurales. Sin embargo, el valor promedio de los habitantes sin seguro de salud por recursos humanos totales en los partidos en peores condiciones relativas (conurbano) es tan sólo 1,75 veces superior al valor promedio en los partidos con mejores condiciones (semi-rurales).

Cabe destacar que, a diferencia de los resultados obtenidos para el indicador de infraestructura, en el caso de los indicadores de recursos humanos los partidos rurales no son los que exhiben una mayor disponibilidad relativa. Esto podría reflejar las dificultades que experimentan las localidades pequeñas al momento de atraer (y retener) recursos humanos del sector salud en relación a las áreas urbanas, donde encuentran mayores posibilidades de desarrollo profesional e inserción laboral.

Por último, se analiza el nivel de desigualdad en la cantidad de habitantes sin cobertura de salud por cada médico generalista (Gráfico V.10) y enfermero (Gráfico V.11) asignados a los CAPS.

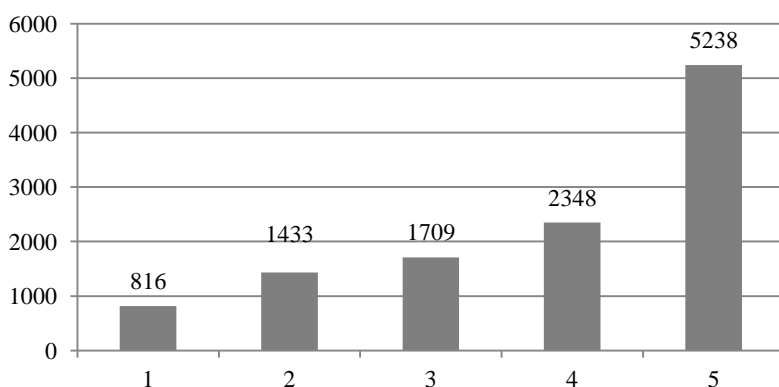
**Gráfico V.10.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por médico generalista, por quintiles de partidos agrupados según número de habitantes sin seguro de salud por médico generalista. Provincia de Buenos Aires, 2005.



**Fuente:** Elaboración propia.

La cantidad de habitantes sin cobertura de salud por enfermero del PNA también presenta disparidades entre los distintos partidos de la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, la brecha existente entre los partidos del primer y último quintil es considerablemente menor que en el caso de los médicos generalistas, representando una diferencia de aproximadamente 6,50 veces.

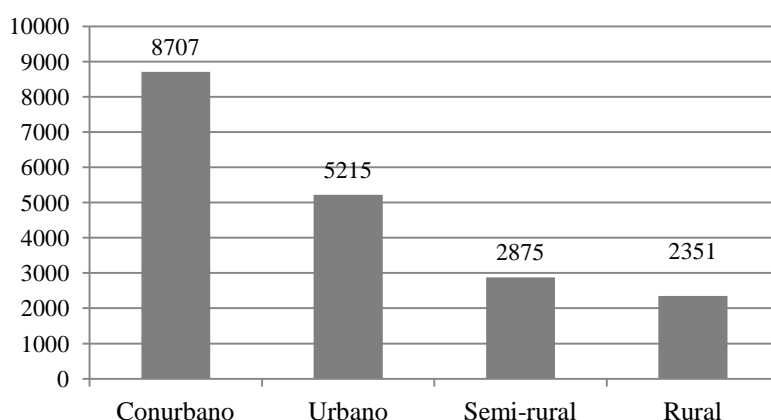
**Gráfico V.11.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por enfermero, por quintiles de partidos agrupados según número de habitantes sin seguro de salud por enfermero. Provincia de Buenos Aires, 2005.



**Fuente:** Elaboración propia.

De la misma forma que en el caso de los indicadores anteriores, el Gráfico V.12 y el Gráfico V.13 presentan, respectivamente, el promedio de habitantes sin seguro de salud por médico generalista y enfermero, por partidos agrupados según la densidad poblacional.

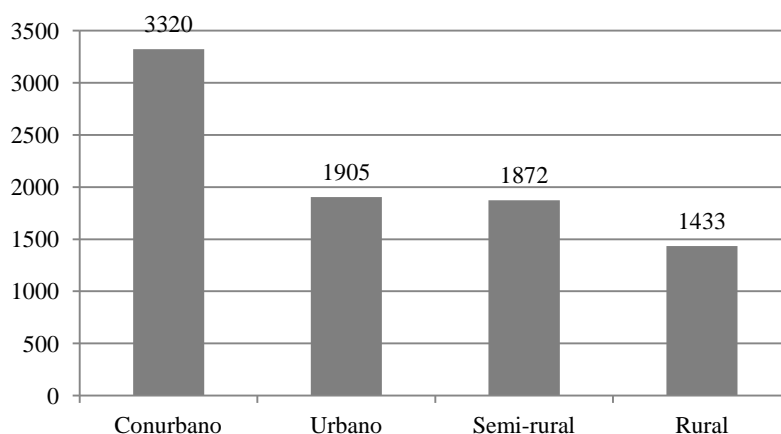
**Gráfico V.12.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por médico generalista por partidos agrupados según densidad poblacional. Provincia de Buenos Aires, 2005.



**Fuente:** Elaboración propia.

En el Gráfico V.12 se puede observar una amplia dispersión en el indicador de médicos generalistas según la densidad poblacional del partido. Se destaca la brecha existente entre los partidos del conurbano y urbanos con respecto a los partidos rurales y semi-rurales. En particular, en el grupo de partidos rurales, un médico generalista debe atender potencialmente las necesidades de salud de 4 veces menos población que en el conurbano.

**Gráfico V.13.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por enfermero por partidos agrupados según densidad poblacional. Provincia de Buenos Aires, 2005.



**Fuente:** Elaboración propia.

La distribución de los enfermeros del PNA entre partidos de la provincia en el Gráfico V.13 muestra la existencia de una cierta disparidad en la distribución del recurso que perjudica a los habitantes sin seguro de salud de los partidos del conurbano

con respecto al resto de los partidos de la provincia. Sin embargo, en este caso la brecha entre los valores en los partidos del conurbano y los rurales es menor que para el caso de considerar los médicos generalistas, reduciéndose a 2,33 veces.

En el caso de todos los indicadores construidos se ha podido verificar la existencia de diferencias en la capacidad de acceso a los servicios de PNA entre partidos, medido por el gasto en salud, la infraestructura y los recursos humanos. Sin embargo, tales diferencias pueden ser equitativas si responden a una mayor necesidad de cuidados de salud de la población.

### **Objetivo 2:** *Equidad en los indicadores de capacidad de acceso*

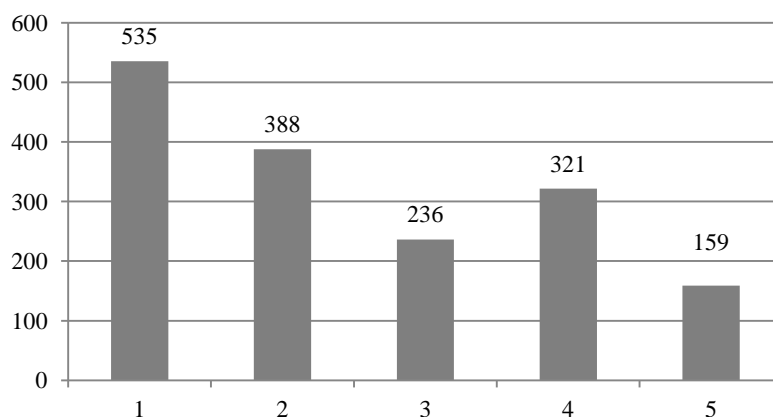
Las desigualdades detectadas en el GMFS por habitante sin seguro de salud y en la cantidad de habitantes sin seguro de salud por CAPS, consultorio y por recurso humano del PNA, no necesariamente resultarán inequitativas si las necesidades de cuidados de salud de cada población son heterogéneas. Las asignaciones geográficas de gasto e inversiones en salud que se propongan lograr la equidad entre regiones, deberían efectuar redistribuciones en favor de las regiones con condiciones sanitarias y socioeconómicas más precarias (Porto, 2002).

Para determinar la validez de este argumento, en esta sección se utilizan dos indicadores de necesidad de servicios médico-sanitarios: el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas y la tasa de mortalidad infantil.

En primer lugar, en el Gráfico V.14 se presenta el promedio del GMFS *per cápita* en los partidos agrupados por quintiles según porcentaje de hogares con NBI. En este caso el primer quintil incluye al 20% de los partidos de la provincia con los menores porcentajes de hogares con NBI, mientras que el quinto quintil incluye al 20% de los partidos con los mayores porcentajes de hogares con esta condición.

En general, no se observa que los partidos de los quintiles más altos registren mayores valores promedio de GMFS *per cápita*. Contrariamente, cuanto más bajo es el porcentaje de hogares NBI, mayor es el GMFS *per cápita* que se destina a financiar la provisión de servicios médico-sanitarios locales. En particular, la comparación de los valores de los partidos del primer quintil con los del último quintil manifiesta que, en promedio, en los primeros el gasto municipal finalidad salud es tres veces superior.

**Gráfico V.14.** Promedio del GMFS *per cápita* por partidos agrupados en quintiles según porcentaje de hogares con NBI. Provincia de Buenos Aires, 2007.

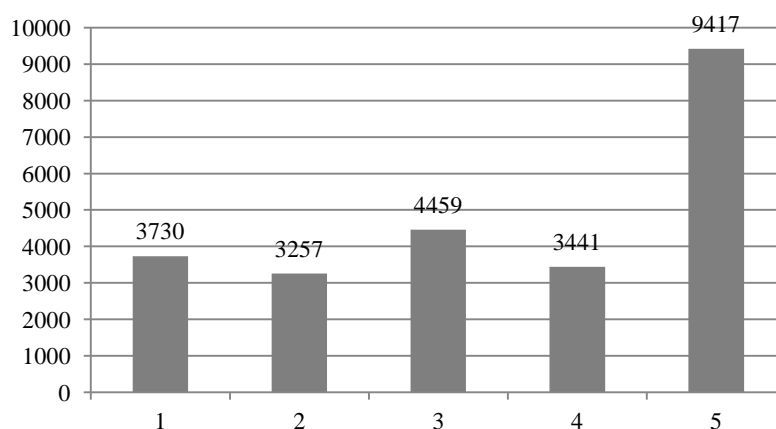


**Fuente:** elaboración propia.

A continuación se expone el mismo análisis para el indicador cantidad de habitantes sin seguro de salud por CAPS. En el Gráfico V.15, se presenta el promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS, por quintiles de partidos agrupados según el porcentaje de hogares con NBI.

Tampoco en este caso puede afirmarse que las poblaciones con mayor necesidad de cuidados de salud tengan una mayor capacidad de acceso potencial a los servicios del PNA en términos de cantidad CAPS.

**Gráfico V.15.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS por quintiles de partidos agrupados según porcentaje de hogares con NBI. Provincia de Buenos Aires, 2005.



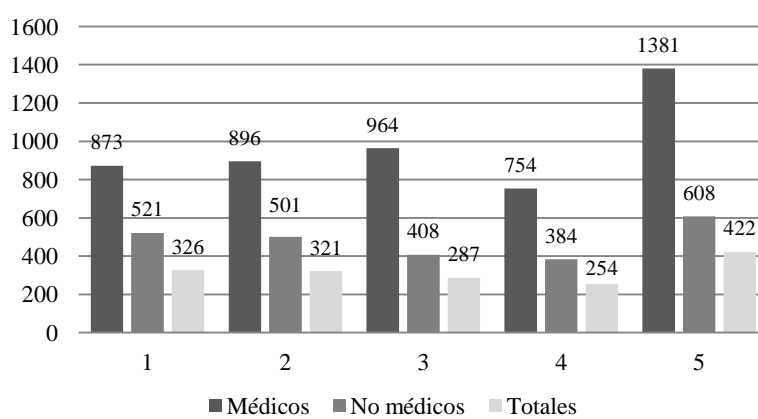
**Fuente:** elaboración propia.

Resulta llamativa la comparación de los partidos del segundo quintil con los del quinto quintil, debido a que, en promedio, cada CAPS del último grupo de municipios

debe atender los problemas de salud de aproximadamente 3 veces más habitantes que un CAPS del otro grupo.

En el Gráfico V.16 se presenta el promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano, diferenciando entre el personal médico y no médico, por quintiles de partidos agrupados según el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas.

**Gráfico V.16.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano, por quintiles de partidos agrupados según porcentaje de hogares con NBI. Provincia de Buenos Aires, 2005.

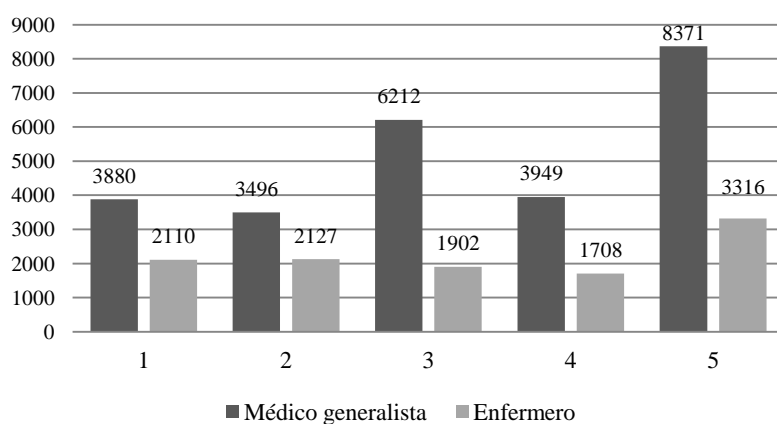


**Fuente:** elaboración propia.

Considerando i) los recursos humanos totales del PNA, y ii) el personal no médico, hasta el cuarto quintil se encuentra una asociación positiva entre la disponibilidad de tales recursos humanos y la necesidad de cuidados sanitarios de los municipios, medida según el porcentaje de hogares con NBI. Sin embargo, resulta llamativo que sean los municipios del último quintil (con mayores necesidades en términos relativos) los que exhiben los valores más bajos de estos indicadores. De la Figura N° 16 también surge que, con la única excepción de los municipios del cuarto quintil, la disponibilidad de personal médico se reduce a medida que pasamos de un quintil de necesidad (aproximada por el porcentaje de hogares con NBI) a uno superior.

El Gráfico V.17 repite el análisis anterior, pero considerando exclusivamente la disponibilidad de médicos generalistas y enfermeros, los cuales pueden ser considerados actores claves en cualquier estrategia implementada a través del PNA.

**Gráfico V.17.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por Médico Generalista y Enfermero, por quintiles de partidos agrupados según porcentaje de hogares con NBI. Provincia de Buenos Aires, 2005.



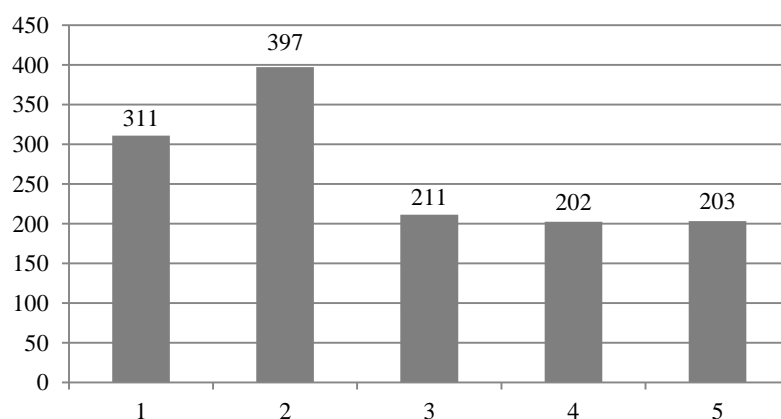
**Fuente:** elaboración propia.

Si se considera exclusivamente a los médicos generalistas, los habitantes que tienen menos oportunidades de acceder a una consulta médica son los que residen en los partidos que componen el último quintil de NBI, seguidos por los del tercer quintil. En el caso de los enfermeros, hasta el cuarto quintil su disponibilidad parece aumentar levemente a medida que pasamos de un grupo de necesidad al siguiente. Nuevamente sorprende que esta asociación positiva se rompa en el quinto quintil, ya que son los partidos con mayor porcentaje de hogares con NBI los cuales presentan la menor capacidad de acceder a los servicios de enfermería en el PNA.

En el Gráfico V.18 se presenta la distribución del GMFS *per cápita* empleando como indicador de necesidad de cuidados de salud la TMI. Cabe mencionar que el primer quintil incluye al 20% de los partidos de la provincia con menor TMI, mientras que el quinto incluye al 20% de los partidos con las mayores tasas.

Aunque no se puede establecer una clara relación entre el GMFS *per cápita* y los niveles de mortalidad infantil, no se observa que los partidos con mayor TMI exhiban los mayores niveles de gasto. Más aun, los municipios más beneficiados en términos del GMFS *per cápita* son los pertenecientes al primer y (muy especialmente) segundo quintil, los cuales registran TMI más bajas.

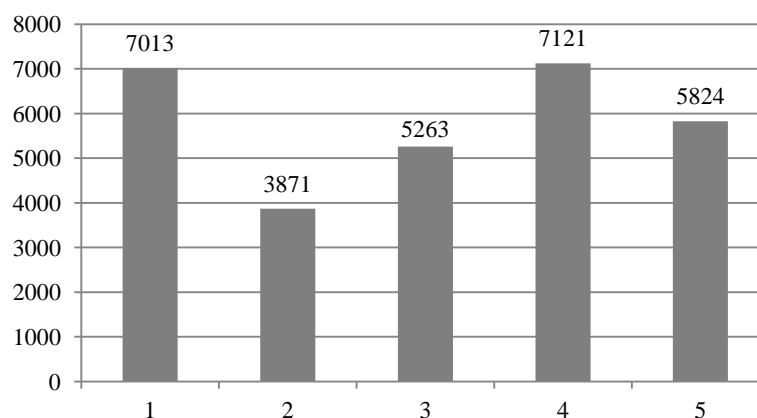
**Gráfico V.18.** Promedio del GMFS *per cápita* por partidos agrupados en quintiles según TMI. Provincia de Buenos Aires, 2007.



**Fuente:** elaboración propia.

En el Gráfico V.19 se analiza si una mayor TMI se corresponde con una mayor disponibilidad CAPS. Si bien los CAPS de los partidos del último quintil deben proveer servicios a una menor cantidad de población que los del primer quintil, las mejores condiciones de acceso (medidas por este indicador) se encuentran en el segundo quintil, seguido por el tercero.

**Gráfico V.19.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS por quintiles de partidos agrupados según TMI. Provincia de Buenos Aires, 2005.



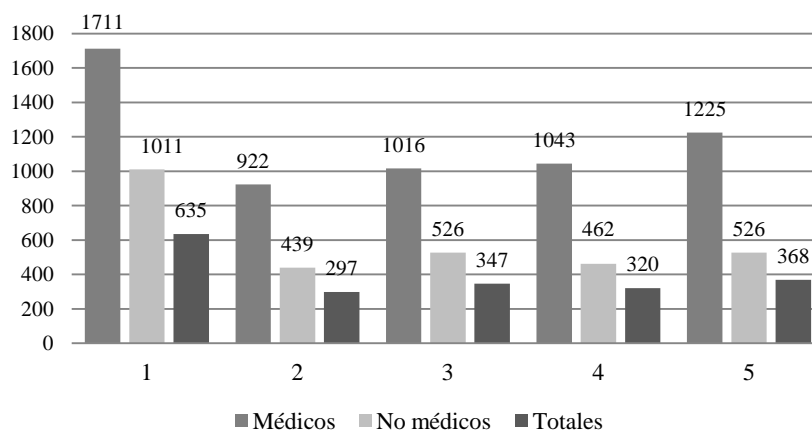
**Fuente:** elaboración propia.

En el Gráfico V.20 se estudia la asignación de recursos humanos (totales, médicos y no médicos) entre los municipios agrupados en quintiles según TMI. Si se incluye la totalidad de recursos humanos del PNA, no existe una clara relación entre su disponibilidad y una mayor TMI. En particular, el quintil de municipios con mayor TMI ocupa el cuarto puesto en la disponibilidad de personal del PNA para sus habitantes. Al



considerar el personal médico exclusivamente, son los municipios con menor TMI quienes exhiben en promedio peor disponibilidad. Idéntica situación se verifica cuando se concentra la atención en el personal no médico.

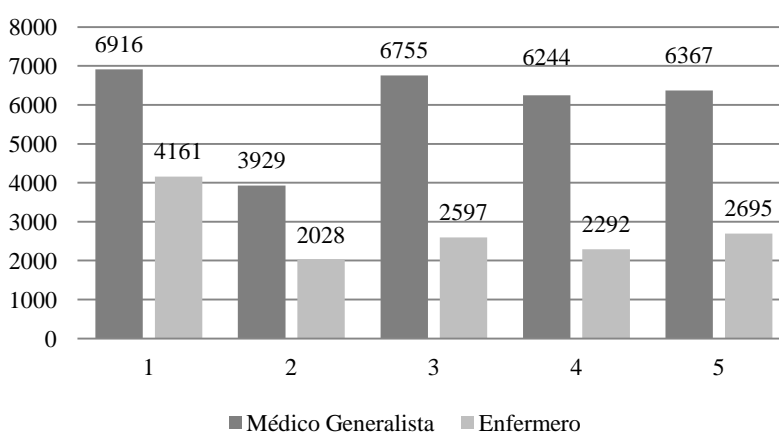
**Gráfico V.20.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por recursos humanos, por quintiles de partidos agrupados según TMI. Provincia de Buenos Aires, 2005.



**Fuente:** elaboración propia.

Finalmente, en el Gráfico V.21 se presenta la cantidad de habitantes sin cobertura de salud por: i) médico generalista y ii) enfermero asignado a los CAPS. En el caso de los enfermeros se puede observar que los habitantes sin cobertura de salud del 20% de los partidos con menor TMI, tienen en promedio menor disponibilidad este recurso humano.

**Gráfico V.21.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por Médico Generalista y Enfermero, por quintiles de partidos agrupados según tasa de mortalidad infantil. Provincia de Buenos Aires, 2005.

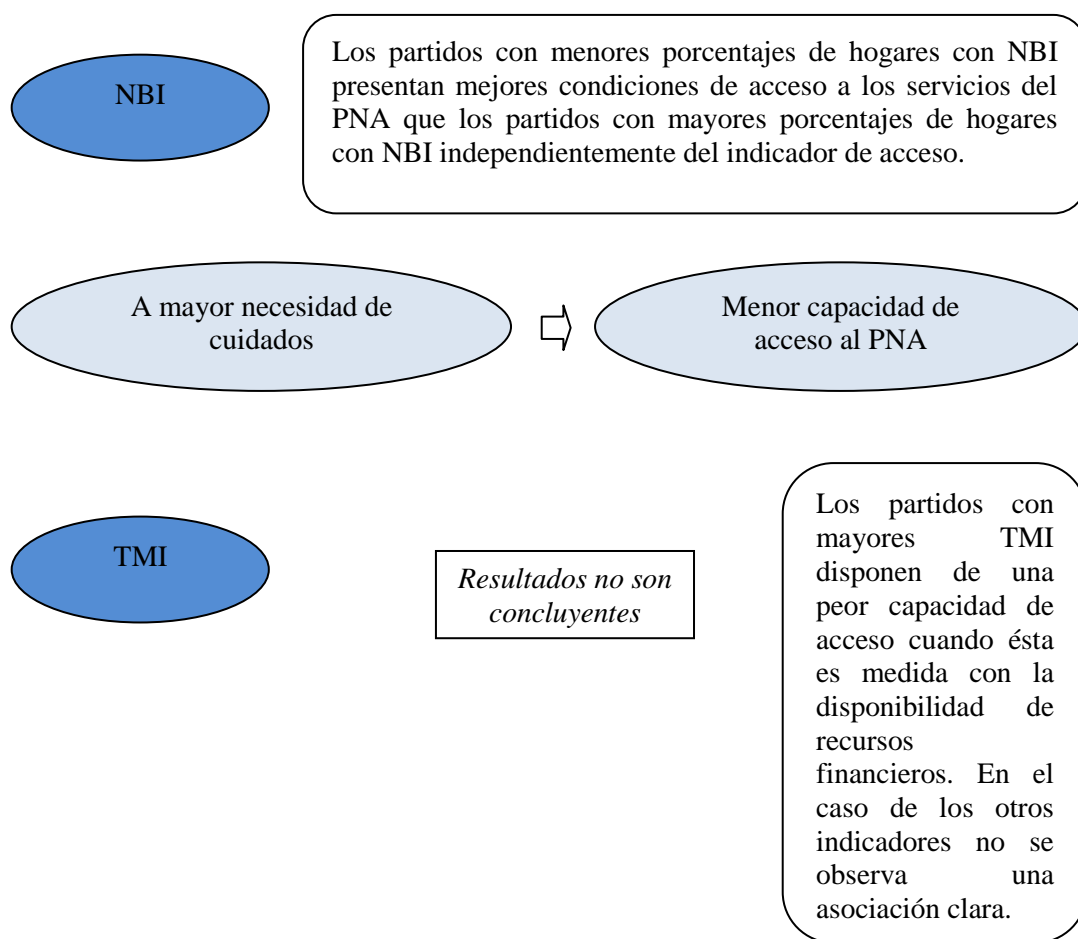


**Fuente:** elaboración propia.

Por último, restringiendo la atención al caso de los médicos generalistas se observa que, con la excepción de los partidos pertenecientes al segundo quintil, la disponibilidad relativa de este recurso humano es similar en los distintos quintiles, variando entre 6.916 y 6.244 habitantes sin cobertura de salud por médico.

Se pudo observar que existen diferencias en la capacidad de acceso de la población de los partidos con distintos niveles de necesidades de cuidados de salud, aunque dicho resultado difiere de acuerdo al indicador de necesidad empleado. En la Figura V.2 se resumen los resultados obtenidos en el caso de NBI y TMI.

**Figura V.2.** Resultados del análisis de la equidad en los indicadores de capacidad de acceso

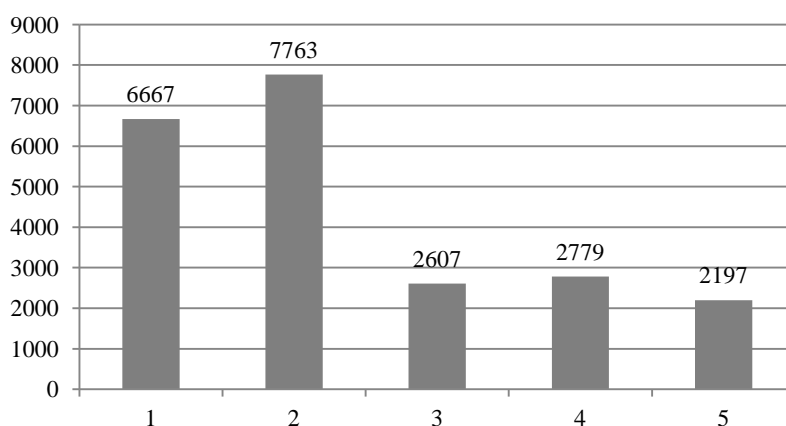


**Fuente:** elaboración propia

**Objetivo 3:** *Indicadores de capacidad de acceso y gasto en salud de cada partido.*

Para estudiar la relación entre la infraestructura y recursos humanos disponibles para los servicios del PNA, y los recursos que los gobiernos municipales destinan a financiar la provisión de los servicios médico-sanitarios, se calculó el número de habitantes sin seguro de salud por CAPS para los partidos ordenados por quintiles de población según el GMFS *per cápita*. A continuación en el Gráfico V.22 se presentan los valores promedio de cada conjunto.

**Gráfico V.22.** Promedio de habitantes sin cobertura de salud por CAPS, por quintiles de partidos agrupados según GMFS *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2005.

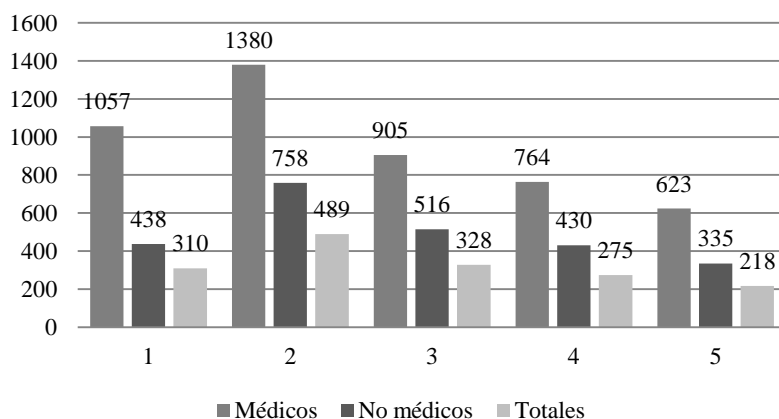


**Fuente:** elaboración propia.

Los resultados muestran que, con la excepción del segundo y cuarto quintil, el valor promedio del indicador tiende a disminuir a medida que el GMFS *per cápita* aumenta. Esto sugiere que aquellos partidos que asignan mayores niveles de gasto *per cápita* para financiar la provisión de servicios de salud (los cuales podrían ser tanto del PNA como hospitalarios) disponen de mayor cantidad de establecimientos en el PNA en relación a la población que potencialmente deben atender.

Asimismo en el Gráfico V.23 se presentan los valores promedio del número de habitantes sin seguro de salud por recurso humano del PNA (médicos y no médicos) para los partidos ordenados por quintiles de población según el GMFS *per cápita*.

**Gráfico V.23.** Promedio de habitantes sin cobertura de salud por recursos humanos, por quintiles de partidos agrupados según GMFS *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2005.

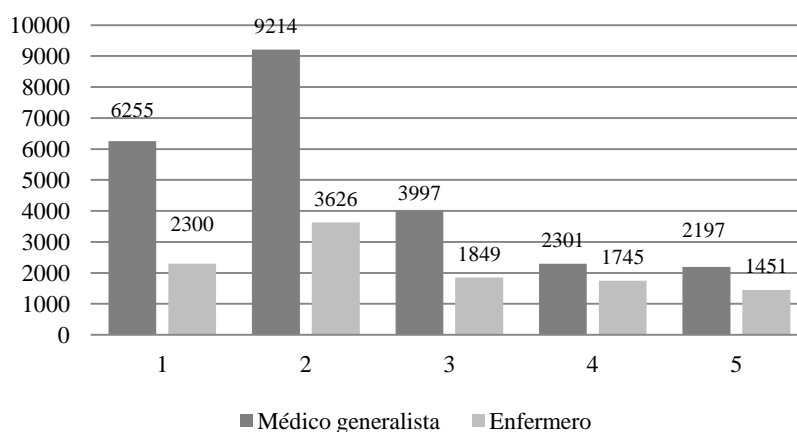


**Fuente:** elaboración propia.

Los resultados sugieren que, en promedio, los recursos humanos totales disponibles por habitante sin cobertura tienden, con la excepción de los partidos pertenecientes al primer quintil, a aumentar a medida que aumenta el GMFS *per cápita*. La distribución de los recursos humanos del PNA entre partidos con distinto nivel de gasto local en salud se comporta de forma similar, tanto para el caso particular de los recursos humanos médicos como los recursos humanos no médicos.

Por último, se presenta el análisis del caso particular de los médicos generalistas y los enfermeros. A continuación en el Gráfico V.24 se describe la distribución de los mismos entre partidos con distintos niveles de GMFS *per cápita*.

**Gráfico V.24.** Promedio de habitantes sin cobertura de salud por Médico generalista y Enfermero por quintiles de partidos agrupados según GMFS *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2005.



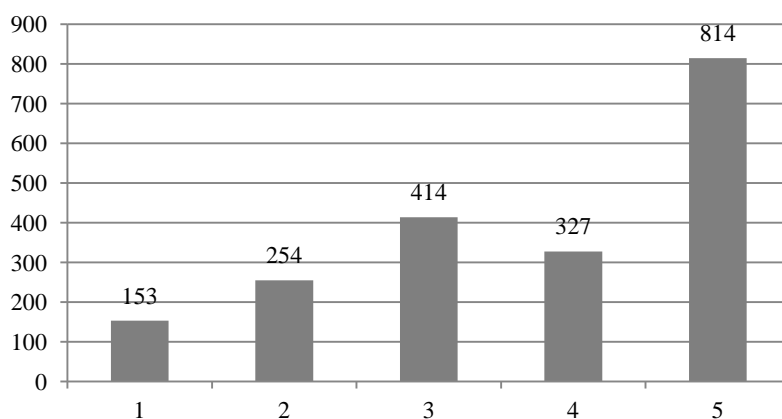
**Fuente:** elaboración propia.

El análisis sugiere que en el caso particular de estos dos recursos humanos, la distribución de los mismos entre partidos de la provincia con distinto nivel de gasto local destinado a financiar bienes y servicios de salud, es similar a la observada en el caso de los recursos humanos agregados presentado en el Gráfico V.23.

**Objetivo 4:** *Indicadores de capacidad de acceso y riqueza relativa.*

En este apartado se analiza la distribución del GMFS *per cápita* y de los indicadores de habitantes sin seguro de salud por: i) CAPS y ii) recursos humanos del PNA, entre los partidos agrupados en quintiles según su riqueza relativa. Como *proxy* del nivel de riqueza de cada partido se utiliza el PGB *per cápita*. En el Gráfico V.25 se observa que, con excepción del cuarto quintil, una mayor riqueza relativa municipal parecería estar directamente asociada a mayores niveles del GMFS *per cápita*.

**Gráfico V.25.** Promedio del GMFS *per cápita*, por partidos agrupados en quintiles según el PGB *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2007.

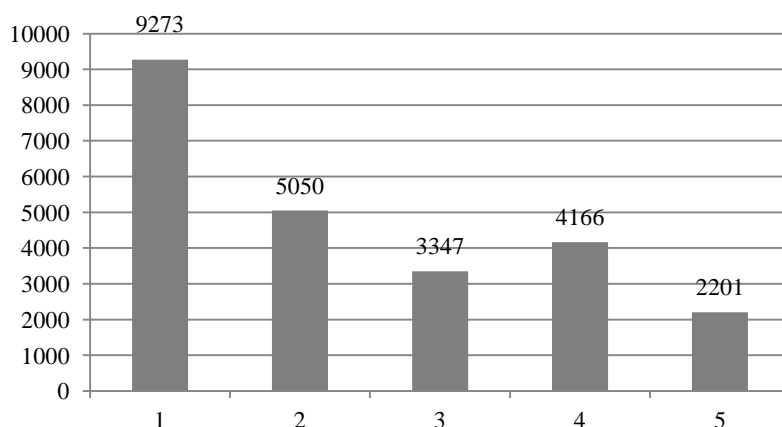


**Fuente:** Elaboración propia.

Es posible establecer distintas hipótesis que justifiquen la asociación positiva entre la riqueza municipal y los valores del GMFS *per cápita*. Tal resultado podría indicar la mayor importancia que comunidades más ricas otorgan a la provisión pública de un bien preferente como los cuidados médico-sanitarios. Asimismo, podría explicarse por una mayor disponibilidad de recursos públicos en los gobiernos de los partidos con mayor riqueza relativa, que estarían así en condiciones de afrontar niveles de gasto en salud más elevados.

En el Gráfico V.26 se exhibe la relación entre la infraestructura disponible para la provisión de servicios de APS *per cápita* y la riqueza relativa de los partidos, medida a través del PGB *per cápita*. En este caso se observa que, también con la excepción de los partidos correspondientes al cuarto quintil, la capacidad de acceso a los servicios del PNA mejora a medida que aumenta la riqueza relativa de los partidos.

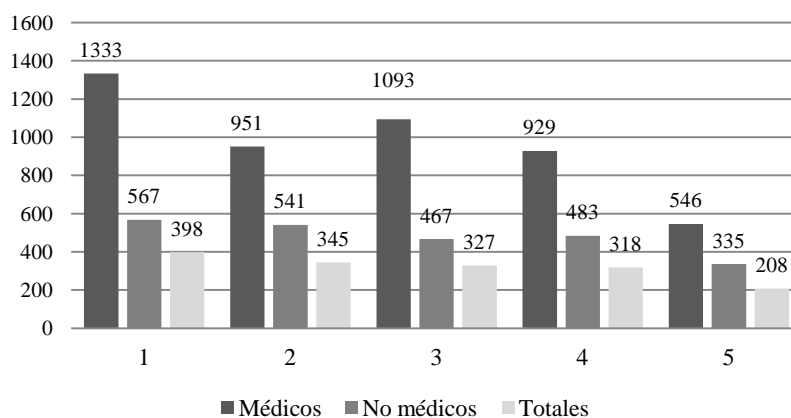
**Gráfico V.26.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por CAPS, por quintiles de partidos según el PGB *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2005.



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, se estudia la relación entre los recursos humanos disponibles en el PNA y la riqueza de los partidos. Con tal objetivo, se presenta en el Gráfico V.27 el promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano (totales, médicos y no médicos) por quintiles de partidos ordenados según el PGB *per cápita*.

**Gráfico V.27.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por recurso humano, por quintiles de partidos según el PGB *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2005.

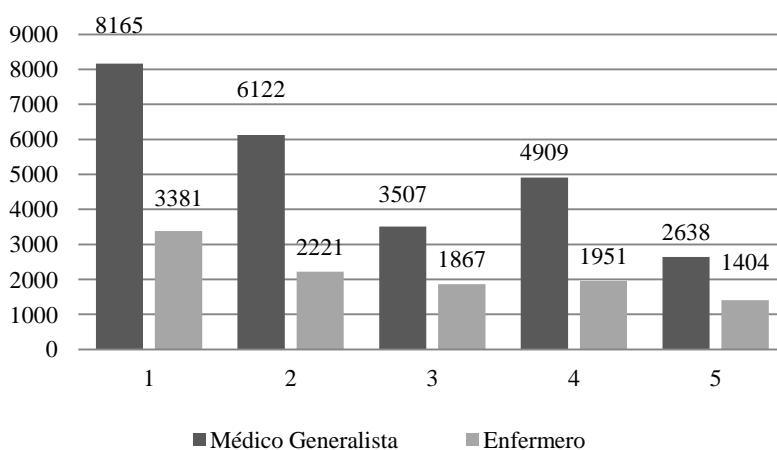


Fuente: Elaboración propia.

Se observa que la capacidad de acceso a los servicios del PNA, medida por la disponibilidad relativa de recursos humanos totales, mejora a medida que aumenta la riqueza relativa de los partidos. El análisis de los recursos humanos médicos y no médicos por separado, indica que tal resultado se mantiene, con la excepción del segundo quintil y el cuarto quintil, respectivamente.

En el caso particular de los médicos generalistas y los enfermeros, cuya distribución entre los habitantes sin cobertura de salud de los partidos con distinto nivel de riqueza relativa se muestra en el Gráfico V.28, se obtienen los mismos resultados que en todos los análisis anteriores. Se puede observar que, en términos generales (con la excepción de los partidos del cuarto quintil), la disponibilidad relativa de médicos generalistas y enfermeros del PNA tiende a aumentar a medida que aumentan la riqueza relativa de los municipios.

**Gráfico V.28.** Promedio de habitantes sin seguro de salud por médico generalista y enfermero por quintiles de partidos según el PGB *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2005.



**Fuente:** Elaboración propia.

Es claro que la riqueza relativa de los municipios parece estar asociada a la disponibilidad de recursos del PNA, tanto financieros como de infraestructura y humanos. La explicación más sencilla (y posiblemente la más certera) es que la riqueza relativa afecta la capacidad de generación de recursos públicos de los municipios, sea porque pueden cobrar mayor cantidad de tasas a nivel local o porque reciben mayor cantidad de transferencias de los niveles superiores de gobierno (y en particular, del provincial). Esta mayor disponibilidad de fondos, entre otros usos, puede aplicarse al financiamiento y ampliación de la infraestructura y personal de los sistemas de salud locales.

**Objetivo 5:** *Clasificación de los partidos en base a indicadores de capacidad de acceso al PNA, necesidades de salud y riqueza relativa.*

Finalmente, en este apartado se propone una clasificación de los partidos de la Provincia de Buenos Aires a partir de las variables mencionadas en la metodología. A continuación en el Cuadro V.1 se presentan las medidas de resumen de tales variables.

**Cuadro V.1.** Medidas de resumen de las variables incluidas en el análisis

Variable	n	Media	Coefficiente de Variación	Mínimo	Máximo	Mediana	Cuartil 1	Cuartil 2
<i>GMFS por hab</i>	129	581,08	67,19%	30,14	1841,79	567,07	210,98	822,25
<i>Hab por CAPS</i>	129	4032,22	90,08%	425,23	17582,65	2555,86	1809,79	4855,03
<i>Hab por E</i>	129	2259,41	89,67%	141,74	16555,74	1728,52	1236,73	2505,82
<i>Hab por Me</i>	129	1017,57	75,05%	56,7	5518,58	815,12	539,7	1273,7
<i>Hab por noME</i>	129	597,75	87,60%	42,52	4138,93	463,86	317,84	690,43
<i>Hab por RRHH</i>	129	354,68	77,95%	24,3	2365,11	296,91	195,65	415,5
<i>Hab por Con</i>	129	1324,47	70,32%	106,31	8277,87	1092	814,33	1632,26
<i>NBI</i>	129	12,36	43,94%	4,3	30,4	10,7	8,7	15,1
<i>TMI</i>	129	12,69	57,37%	0	55,56	12,37	8,92	15,97
<i>PGB por hab</i>	129	10,79	44,12%	2,85	41,05	10,29	7,85	12,86

**Fuente:** elaboración propia.

En particular los valores de los coeficientes de variación obtenidos (mayores en todos los casos a 40 %) aseguran la existencia de una importante heterogeneidad en los valores de los datos, lo cual los hace ideales para ser sometidos a un análisis multivariante.

Inicialmente antes de aplicar componentes principales mostramos el grado de correlación total entre las variables. En el Cuadro V.2 se presenta la matriz de correlación lineal entre las 10 variables bajo análisis. En esta se puede ver que el grado de relación lineal entre la mayoría de las variables es alto y adecuado para los fines del análisis. En particular, las variables más relacionadas entre sí son las que miden la disponibilidad relativa de recursos en el PNA. Adicionalmente se puede observar que las variables de necesidades, TMI y NBI en general presentan correlaciones débiles pero significativas. En este sentido, la matriz de correlación en términos de probabilidades muestra que las correlaciones lineales entre las variables son significativas en la mayoría de los casos (con un nivel de significación del 5%).



**Cuadro V.2.** Matriz de correlación entre las variables

	GMFS por hab	PGB por hab	NBI	TMI	Hab por CAPS	Hab por Con	Hab por RRHH	Hab por Me	Hab por noME	Hab por E
GMFS por hab	1,00									
PGB por hab	0,37	1,00								
NBI	-0,52	-0,39	1,00							
TMI	0,04	-0,09	0,19	1,00						
Hab por CAPS	-0,51	-0,40	0,49	0,12	1,00					
Hab por Con	-0,30	-0,29	0,27	0,19	0,68	1,00				
Hab por RRHH	-0,15	-0,21	0,06	0,19	0,51	0,84	1,00			
Hab por Me	-0,20	-0,24	0,16	0,15	0,60	0,75	0,86	1,00		
Hab por noME	-0,07	-0,16	-0,01	0,20	0,38	0,78	0,95	0,71	1,00	
Hab por E	-0,29	-0,32	0,24	0,11	0,74	0,84	0,77	0,71	0,69	1,00

Fuente: elaboración propia

Los resultados del análisis de componentes principales realizado a partir de la matriz de correlación se presentan a continuación. En primer lugar, en el Cuadro V.3 presentamos los autovalores ordenados según el porcentaje de la varianza total que explica cada uno.

**Cuadro V.3.** Autovalores: valor y proporción explicada de la varianza

Lambda	Valor	Proporción	Proporción Acumulada
1	5,00	0,50	0,50
2	1,84	0,18	0,68
3	1,02	0,10	0,79
4	0,68	0,07	0,85
5	0,47	0,05	0,90
6	0,39	0,04	0,94
7	0,30	0,03	0,97
8	0,15	0,01	0,99
9	0,13	0,01	1,00
10	0,02	0,00	1,00

Fuente: elaboración propia

Se observa que el primer autovalor representa el 50 % de la varianza total, mientras que el segundo autovalor representa mucho menos de la mitad (18%). De esta forma los dos primeros autovalores en conjunto explican un poco más del 68% de la varianza total del fenómeno a describir, mientras que el tercero explica aproximadamente el 10% de la varianza total. Por lo tanto, en conjunto, los tres primeros autovalores acumulan el 79% de la varianza total. Sin bien aumentar la cantidad de autovalores aumentaría la proporción explicada de la varianza, se deben

seleccionar aquellos componentes principales cuyos autovalores son mayores a 1. Esto implica que a partir de este método estadístico fue posible resumir la información de las 10 variables originales en tres componentes principales (CP).

A continuación el Cuadro V.4 presenta la correlación entre las variables originales y las tres primeras componentes principales (CP1, CP2 y CP3) así como también los porcentajes de reconstrucción de cada una de las variables en los planos de las CP.

**Cuadro NV.4.** Correlaciones de las componentes con las variables originales y porcentaje de reconstrucción de las variables

Variables	CP 1	CP 2	CP 3	(%) CP1 y CP2	(%) CP1 y CP3	(%) en CP2 y CP3	(%) en CP1, CP2 y CP3
<i>GMFS por hab</i>	-0,41	-0,69	0,21	0,6442	0,2122	0,5202	0,6883
<i>PGB por hab</i>	-0,43	-0,52	-0,04	0,4553	0,1865	0,2720	0,4569
<i>NBI</i>	0,36	0,75	0,21	0,6921	0,1737	0,6066	0,7362
<i>TMI</i>	0,23	-0,03	0,95	0,0538	0,9554	0,9034	0,9563
<i>Hab por CAPS</i>	0,79	0,36	-0,08	0,7537	0,6305	0,1360	0,7601
<i>Hab por Con</i>	0,92	-0,11	-0,02	0,8585	0,8468	0,0125	0,8589
<i>Hab por RRHH</i>	0,9	-0,38	-0,02	0,9544	0,8104	0,1448	0,9548
<i>Hab por Me</i>	0,86	-0,21	-0,05	0,7837	0,7421	0,0466	0,7862
<i>Hab por noME</i>	0,81	-0,45	0,02	0,8586	0,6565	0,2029	0,8590
<i>Hab por E</i>	0,89	-0,06	-0,11	0,7957	0,8042	0,0157	0,8078

**Fuente:** elaboración propia

Estos resultados sugieren que las variables *Hab por CAPS*, *Hab por Con*, *Hab por E*, *Hab por Me*, *Hab por noME* y *Hab por RRHH* fundamentalmente se encuentran asociadas a la CP1 mientras que la CP2 representa la oposición existente entre las necesidades de salud (medidas con *NBI*) y el *GMFS por hab* junto con el *PGB por hab* del partido por otro. Finalmente la variable *TMI* está asociada a la CP3. En base a estas correlaciones, se puede pensar que la primera componente agrupa fundamentalmente a todas las variables que representan “la disponibilidad de recursos físicos y humanos *per cápita*”, la segunda componente representa fundamentalmente “pobreza vs gasto en salud *per cápita*” y la tercera componente representa “las necesidades de salud” de los partidos.

Por otro lado, los porcentajes de reconstrucción de las variables en el plano de las primeras dos componentes principales superan el 50 % con la excepción de la *TMI* y el *PGB per cápita*. Pese a que en el plano de la CP3 se reconstruyen adecuadamente una menor cantidad de variables, la reconstrucción de la *TMI* mejora considerablemente. El

*PGB per cápita* tampoco en este plano supera el porcentaje de reconstrucción del 50%. En ese sentido, se puede pensar que todas las variables se encuentran apropiadamente reconstruidas considerando las tres primeras componentes (CP1, CP2 y CP3), con la excepción del *PGB per cápita* (que mide una magnitud esencialmente distinta del resto de las variables) y por lo tanto tiene sentido interpretarlas.

Definidas estas nuevas variables que denominamos a continuación se presentan los resultados del análisis de clúster. Se identificaron cinco grupos de partidos bien diferenciados mientras que 3 partidos no quedaron incluidos dentro de ningún grupo (Pila, Lobos y Castelli). El primero de los grupos se compone de 28 partidos (21,70% de la muestra), el segundo de 25 (19,37 %), el tercero de 38 (29,45 %), el cuarto de 18 y el quinto grupo de 17 partidos (13,17 % y 13,95 %, respectivamente). En el Cuadro V.5 presenta la ubicación de los partidos en cada uno de los conglomerados definidos.

**Cuadro V.5.** Clasificación de los Partidos de la Provincia de Buenos Aires

Grupo	n	Partidos
Grupo I	28	Adolfo Alsina, Alberti, Bragado, Capitán Sarmiento, Chacabuco, Coronel Dorrego, Daireaux, Florentino Ameghino, General Guido, General La Madrid, General Lavalle, General Paz, Guamini, Laprida, Lincoln, Maipú, Monte Hermoso, Olavarría, Púan, Ramallo Rojas, Roque Pérez, Saladillo, San Antonio de Areco, Tandil, Tres Arroyos, Tres Lomas y Vicente López.
Grupo II	25	Arrecifes, Azul, Baradero, Bolívar, Carlos Casares, Carlos Tejedor, Chascomus, Coronel Suarez, Ensenada, General Arenales, General Las Heras, General Pinto, General Viamonte, Hipólito Irigoyen, Lobería, Pellegrini, Punta Indio, Rauch, Rivadavia, Saavedra, Saliquello, Salto, Tapalque, Tornquist, Trenque Lauquen.
Grupo III	38	Avellaneda, Bahía Blanca, Balcarce, Berisso, Brandsen, Campana, Carmen de Areco, Chivilcoy, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Dolores, Exaltación de la Cruz, General Alvarado, General Belgrano, General Pueyrredon, General San Martín, Ituzaingo, Junín, La Plata, Lanús, Las Flores, Lujan, Magdalena, Mar Chiquita, Mercedes, Monte, Navarro, Nueve de Julio, Patagones, Pergamino, Pinamar, San Andrés de Giles, San Fernando, San Nicolás, San Pedro, Veinticinco de Mayo, Villarino y Zarate
Grupo IV	18	Almirante Brown, Ayacucho, Benito Juárez, General Alvear, General Madariaga, General Villegas, Hurlingham, La Costa, La Matanza, Leandro N. Alem, Morón, Necochea, Pehuajo, San Isidro, San Miguel, Suipacha, Tres de Febrero y Villa Gesell.
Grupo V	17	Berazategui, Cañuelas, Escobar, Estaban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General Rodríguez, José C. Paz, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Moreno, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Vicente y Tigre.

**Fuente:** elaboración propia.

Con el objetivo de facilitar la caracterización de cada perfil de partidos el Cuadro V.6 presenta los valores medios y los coeficientes de variación porcentuales de todas las variables originales para cada grupo.

**Cuadro V.6.** Características de los Conglomerados

Variable	Media General	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		Grupo V	
		Media	CV%	Media	CV%	Media	CV%	Media	CV%	Media	CV%
<i>NBI</i>	12,36	8,84	32,1	9,46	23,9	12,4	27,75	12,11	31,75	22,91	18,32
<i>TMI</i>	12,69	4,99	76,65	17,73	23,13	11,54	27,37	11,87	24,86	16,69	19,69
<i>PGB por hab</i>	10,79	13,16	25,11	14,32	44,96	9,54	32,78	9,43	37,38	6,06	36,01
<i>GMFS por hab</i>	581,08	799,01	31,74	907,27	37,82	375,9	70,02	518,72	57,31	188,64	75,90
<i>Hab por CAPS</i>	4032,22	2241,02	45,5	1784,1	32,99	3323,72	71,00	7235,97	70,63	7976,79	38,50
<i>Hab por E</i>	2259,41	1573,2	54,18	1299,32	42,71	1753,14	35,18	4360,16	61,06	2892,81	43,22
<i>Hab por Me</i>	1017,57	769,83	52,01	650,73	52,77	772,46	45,51	1941,25	42,22	1196,59	36,44
<i>Hab por noME</i>	597,75	471,53	48,72	434,55	78,54	448,2	42,91	1108,66	40,74	499,73	32,58
<i>Hab por RRHH</i>	354,68	279,83	43,81	239,15	52,28	270,55	37,78	652,84	27,81	345,55	31,66
<i>Hab por Con</i>	1324,47	993,1	43,14	933,95	53,71	1068,2	43,39	2107,39	37,27	1724,1	36,59

**Fuente:** elaboración propia.

Los valores promedio de las variables en cada uno de los grupos identificados permiten describir la situación de los partidos que los componen. Los partidos del Grupo I tienen en promedio menores necesidades de salud, mayor riqueza y gasto en salud y mayor cantidad de recursos por habitante en el PNA. Los partidos del Grupo II se diferencian de los partidos del Grupo I porque tienen muchas necesidades de salud (medidas con la *TMI*). En el Grupo III los partidos tienen en promedio una riqueza y un gasto en salud moderado, más recursos y menos necesidades de salud en promedio. Los partidos pertenecientes al Grupo IV tienen necesidades, riqueza y gastos en salud moderados (o menores a la media general) pero pocos recursos por habitante en el PNA. Finalmente los partidos pertenecientes al Grupo V presentan la situación más delicada debido a que tienen las mayores necesidades de salud, la menor riqueza y gasto en salud y una moderada disponibilidad de recursos físicos escasos y recursos humanos en el PNA.

En síntesis, se observa que los partidos del Grupo V presentan la peor situación relativa al tener moderados recursos físicos y humanos en el PNA y los menores gastos de salud (y mayor pobreza) junto con las mayores necesidades de salud. Por el contrario los partidos del Grupo I presentan la mejor situación relativa ya que tienen las disponibilidades de recursos (y menor pobreza) y gastos en salud pero las menores necesidades de salud. Mientras que los partidos pertenecientes a los restantes grupos se encuentran en situaciones intermedias pero diferenciadas respecto a estas variables.

Por último en el Cuadro V.7 se presenta conformación de los distintos grupos identificados por los distintos tipos de partidos clasificados según la densidad poblacional empleada en los apartados anteriores.

**Cuadro V.7.** Distribución de los partidos en los conglomerados según su tipo según densidad demográfica

Clasificación según densidad demográfica	Grupo I		Grupo II		Grupo III		Grupo IV		Grupo V		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Conurbano	1	4	0	0	4	13	7	39	10	59	23
Urbano	2	7	0	0	5	16	0	0	2	12	10
Semi-rural	1	4	2	8	6	21	2	11	2	12	15
Rural	24	86	23	92	19	50	9	50	3	18	78
Total	28	100	25	100	38	100	18	100	17	100	126

**Fuente:** elaboración propia.

Se observa que los Grupos I y II están esencialmente constituidos por partidos rurales (86% y 92%, respectivamente). En cambio el Grupo V está constituido en su mayoría por partidos del conurbano (59%). El Grupo III y el Grupo IV nuclean a partidos con distinta densidad poblacional, aunque en ambos casos el 50 % de los partidos son rurales. La mayor parte de los partidos rurales pertenecen a los grupos I, II y III (85 %) mientras que la mayor parte de los partidos del conurbano pertenecen a los Grupos IV y V (74%). Finalmente, se aprecia que tanto los partidos urbanos como semi-rurales aparecen en casi todos los conglomerados, aunque se concentran en el Grupo III.

## Conclusiones

Los resultados del análisis realizado en los sistemas locales de salud de los partidos de la Provincia de Buenos Aires sugieren la presencia de importantes diferencias entre municipios en la capacidad de acceso de sus habitantes sin seguro de salud a los servicios del PNA, aproximada a través de distintos indicadores de disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura y humanos del PNA.

Las mayores desigualdades entre municipios agrupados en quintiles se registran en los niveles de GMFS por habitante sin cobertura de salud (11 veces entre el primer y último quintil), mientras que el menor grado de desigualdad se registra en los habitantes por consultorio (4,5 veces entre quintiles extremos). En el caso de los recursos humanos, la diferencia es de 5,6 veces si se considera la totalidad de los mismos (incluyendo tanto al personal médico como no médico), pero se amplía a 17 veces entre

el primer y último quintil si se considera exclusivamente la disponibilidad de médicos generalistas.

El análisis según partidos clasificados por densidad poblacional, tanto del GMFS por habitante sin cobertura de salud como de las relaciones de suministro de infraestructura y recursos humanos, indica que los habitantes de los partidos rurales y semi-rurales del interior provincial disfrutaban de mejores condiciones de acceso al PNA que aquellos que residen en los grandes centros urbanos del interior o en los partidos del conurbano. Cabe destacar que en el único aspecto donde los municipios rurales no exhiben los mejores indicadores es en lo relativo a la disponibilidad de recursos humanos, siendo desplazados por los semi-rurales.

Aún asumiendo que la población de todos los partidos posee igual necesidad de atención médico-sanitaria, las desigualdades detectadas entre grupos de partidos clasificados por densidad poblacional no necesariamente serían inequitativas, pudiendo justificarse a partir de la mayor dispersión geográfica de la población de los partidos rurales y semi-rurales. Tal dispersión requiere de mayor cantidad de CAPS (y personal asignado a los mismos) en relación a la cantidad de habitantes para alcanzar la igualdad en el acceso efectivo a los servicios de atención.

Los resultados también sugieren que las diferencias observadas no pueden ser justificadas sobre la base de una mayor necesidad asociada al riesgo sanitario. En este sentido, se registran fuertes diferencias en la capacidad de acceso de la población de los partidos con distintos niveles de necesidades de cuidados de salud, aunque dicho resultado difiere de acuerdo al indicador de necesidad empleado. En particular, los habitantes de los partidos con menores porcentajes de hogares con NBI presentan mejores condiciones de acceso a los servicios del PNA que quienes habitan en los partidos con mayor porcentaje de hogares con NBI. Este resultado es válido independientemente de la medida de acceso utilizada.

Contrariamente, cuando se emplea la TMI como indicador de necesidad de cuidados de salud los resultados no son concluyentes. El análisis de los quintiles de necesidad extremos indica que la población de los partidos con mayor TMI infantil dispone de una mejor capacidad de acceso cuando ésta es medida por la cantidad de habitantes por: i) CAPS y ii) recursos humanos totales. Sin embargo, no sucede lo mismo si se considera el GMFS *per cápita*, donde los municipios del quinto quintil (junto con los del cuarto) registran los valores más bajos.

Con respecto a la relación entre el gasto municipal en salud y la disponibilidad de infraestructura y recursos humanos en el PNA se detectó que los habitantes de los partidos que tienen un mayor gasto municipal en salud *per cápita* poseen ratios más bajos de población sin seguro de salud por CAPS y por recurso humano que aquellos que se sitúan en partidos que presentan un contexto opuesto de gasto en salud municipal. Existen varias hipótesis que explican estas inequidades, entre las cuales se destaca aquella que las atribuye a las diferencias en los recursos públicos disponibles para los gobiernos locales (Barbieri, 2007; Chiara *et al.*, 2010) y a los mecanismos de financiamiento de las actividades del PNA (Okorafor *et al.*, 2007; Bossert *et al.*, 2003).

Por el contrario, la riqueza municipal parece estar asociada en forma positiva al GMFS *per cápita* y negativamente con la cantidad de habitantes sin seguro de salud por CAPS y por recurso humano del PNA. Esta situación sugiere la existencia de un acceso diferenciado a los servicios de la población provincial sin seguro de salud en función de su localidad de residencia, que favorece a los habitantes de los partidos con mayor capacidad de generar recursos económicos y no necesariamente a quienes residen en localidades con mayores necesidades de atención sanitaria.

Finalmente, el análisis multivariado confirma la existencia de una fuerte asociación positiva entre los indicadores de infraestructura y recursos humanos que miden la capacidad de acceso potencial al PNA, así como también la existencia de una relación positiva del gasto municipal en salud con la riqueza relativa municipal pero negativa con las necesidades de salud medidas por el porcentaje de hogares con NBI. Igualmente permite apreciar la falta de relación de la TMI con todos los indicadores de capacidad de acceso potencial al PNA.

Por último, este análisis también ha permitido identificar cinco grupos de partidos que presentan condiciones de acceso al PNA, riqueza y necesidades de salud muy distintas. Esto confirma que son mayormente los habitantes de los partidos del conurbano quienes enfrentan las peores condiciones de los sistemas locales de salud mientras que son en su mayoría habitantes de los partidos rurales quienes disfrutan de las mayores capacidades de acceder a los servicios médico-sanitarios provistos en el PNA del subsistema público local. Sin embargo, la presencia de municipios del conurbano en el grupo de los municipios mejor posicionados, así como de municipios rurales en el grupo con peores indicadores indica la existencia de realidades muy diferentes en cada grupo de partidos clasificados según su densidad poblacional.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de analizar modificaciones de los mecanismos de financiamiento actuales de los sistemas de salud locales con motivo de abordar la inequidad en el acceso a los bienes y servicios provistos en el PNA de los distintos partidos. Se espera que la clasificación de partidos diseñada resulte una herramienta de utilidad para orientar la asignación de recursos en este nivel de atención del subsistema público de salud tendiente a reducir las brechas detectadas.



## CONCLUSIONES GENERALES

La relevancia de los bienes y servicios provistos en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud se sustenta en la evidencia teórica y empírica recopilada en las últimas décadas. Pese a que dichos bienes y servicios constituyen insumos de alto impacto en el estatus de salud individual y poblacional, la mayor parte de la evidencia ha sido generada por investigadores de las ciencias médicas.

Desde la economía de la salud no hay abundante evidencia acerca del impacto, en términos económicos, de las prestaciones APS ni del PNA sobre los resultados de salud y la performance de los sistemas. En este sentido es frecuente encontrar en los ámbitos académicos, políticos y gubernamentales una imprecisión conceptual que atenta contra la posibilidad de establecer claramente el objeto de estudio y generar nuevos conocimientos que permitan abordar su análisis desde la óptica de la economía de la salud. Es por este motivo que el primer desafío enfrentado en el transcurso de esta investigación consistió en precisar la APS (AP y PNA) como objetos de estudio, problemática que fue abordada en el primer capítulo donde se diseñó un ordenamiento de conceptos.

La revisión de la literatura académica revela que existen variaciones del término *atención primaria de salud*. Sin embargo estas acepciones de la APS no necesariamente son coincidentes entre sí, lo cual se explica (entre otros factores) por haber sido formuladas en sistemas de salud con características muy diversas. Desde una perspectiva económica, estos bienes y servicios representan un insumo en la producción de salud, individual y poblacional, pero presentan características totalmente diferentes a los servicios de atención especializada u hospitalaria. Por tal motivo, gran parte de la literatura reciente los conceptualiza a partir de sus características de provision.

En el desarrollo histórico de los servicios de salud, se observa que el alcance y contenido de esta estrategia ha experimentado cambios en función del grado de disponibilidad de recursos del país donde se implementa. Es así como se fueron perfilando los conceptos de *atención primaria* (AP) y *atención primaria de salud* (APS), donde el primer término se asocia a los servicios de atención médica provistos en el primer nivel de atención (PNA) del sistema de salud, siendo su uso muy frecuente en los países desarrollados, y el segundo está vinculado con una estrategia tendiente a

mejorar la atención de los cada vez más complejos problemas de salud de la población, independientemente del grado de desarrollo de los países.

Habiendo precisado las características de los bienes y servicios que involucra la APS y partiendo del consenso generalizado acerca de la necesidad que los sistemas de salud se reorienten en función de estos principios, en el segundo capítulo se estudió la relevancia otorgada a dicha estrategia en base a su participación en las clasificaciones de sistemas de salud disponibles. La importancia de este análisis se justifica por la creciente necesidad de contar con un marco teórico-conceptual que permita analizar la forma en que las distintas características de los sistemas de salud condicionan los resultados (positivos) esperables de la estrategia de APS.

Al evaluar el rol desempeñado por la APS en las clasificaciones analizadas, se advierte que hacen referencia a distintas concepciones: atención primaria de salud, atención primaria, atención ambulatoria y/o primer nivel de atención. Asimismo, se observa que su inclusión en las clasificaciones varía a lo largo del tiempo. Las primeras tipologías de uso general en los ámbitos académicos fueron diseñadas en el mismo momento histórico en que se estaba discutiendo la importancia de la estrategia de APS y estableciendo su concepto. Es destacable que las tipologías diseñadas entre 1973 y 1993 hacen mención a la APS, en su concepción amplia. Luego, la APS perdió relevancia en las clasificaciones generadas entre los años 1993 y 2009, donde tomaron énfasis las dimensiones vinculadas con el financiamiento (siempre acompañado de otras dimensiones, como la provisión, la cobertura, la gobernanza o la elegibilidad). En las últimas investigaciones, la APS entendida como AP, comenzó a aparecer empleada como una dimensión que explica el funcionamiento del sistema de salud en las clasificaciones diseñadas a través de metodologías cuantitativas.

Con el objetivo de sentar las bases para el diseño de una clasificación empírica que pueda ser empleada en las investigaciones sobre los sistemas de salud, se estudió la relación entre la intervención del Estado, la priorización otorgada al primer nivel de atención y el estatus de salud de la población. Los resultados del análisis refuerzan la hipótesis que los servicios provistos en el PNA (los cuales asumimos conforman parte de la APS) podrían asociarse en forma positiva con el estatus de salud de la población, medido por la esperanza de vida al nacer. A su vez, el rol asignado al PNA dentro del sistema de salud podría relacionarse con el compromiso de participación del Estado en las decisiones de financiamiento público. Esta evidencia constituye un primer elemento

que justifica el diseño de clasificaciones que incluyan entre sus dimensiones variables referidas a la estrategia de APS, debido a que los modos de provisión, financiación y, fundamentalmente, regulación de la APS o el PNA pueden ser determinantes de los resultados de salud alcanzados. Se espera avanzar en el futuro hacia la construcción de una clasificación de los sistemas de salud donde el *modelo de atención* se convierta en una dimensión de análisis junto con la intervención del Estado. La relevancia de generar este tipo de clasificación radica en que el modelo de atención tal vez puede explicar las diferencias observadas en los estatus de salud poblacionales entre países que las dimensiones consideradas hasta el momento no explican.

Sin embargo, para avanzar en tal clasificación se requiere disponer de información actualizada a nivel de los países sobre varios aspectos tales como: niveles de gasto, infraestructura y equipamiento disponibles, recursos humanos asignados al PNA y volúmenes de provisión y consumo de servicios, entre muchos otros datos que no se encuentran disponibles actualmente. Por tal motivo, resulta preciso impulsar el diseño de un sistema de información que permita obtener datos sistematizados sobre los indicadores requeridos y que resulten comparables entre países.

Los últimos capítulos aplican elementos de los marcos teórico-conceptuales a dos estudios empíricos llevados a cabo en el subsistema de salud público de salud de la Provincia de Buenos Aires (República Argentina). Un elemento común de ambos estudios es que analizan la provisión de bienes y servicios vinculados a la APS en un contexto descentralizado. Este constituye un aspecto frecuentemente evaluado en la literatura económica, debido a que si bien las estrategias de APS pueden mejorar la equidad en el acceso a los servicios médico-sanitarios, también se ha alertado sobre la posibilidad de que las políticas de descentralización aplicadas al sector salud generen efectos negativos sobre la equidad en el acceso al PNA entre habitantes de distintas regiones.

En el tercer capítulo se analiza la cobertura alcanzada respecto a la provisión de medicamentos esenciales para una patología prevalente (diabetes), política que constituye un elemento imprescindible de cualquier estrategia de APS. El caso analizado es el Municipio de Bahía Blanca (Provincia de Buenos Aires), donde el estudio de la provisión de medicamentos a pacientes diabéticos sin seguro de salud es especialmente relevante, debido a que su demanda es atendida mediante tres programas verticales financiados por distintos niveles de gobierno.

El análisis de las tres políticas públicas se sustenta en el enfoque de necesidad, oferta y demanda. Se pudo observar que la provision de medicamentos esenciales bajo esta modalidad de intervención donde participan los tres niveles de gobierno presenta fortalezas y debilidades. La principal fortaleza radica en que la mayor parte de la provision se canaliza a través del primer nivel de atención, contribuyendo a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y las instituciones del subsistema de salud. Las principales debilidades son las siguientes: i) a corto plazo, existen costos en términos de eficiencia técnica, al financiar los gobiernos locales (abonando precios superiores) la provision de un bien que debería ser financiado (de acuerdo a las disposiciones legales vigentes) por un nivel superior de gobierno, y ii) en el mediano-largo plazo, las consecuencias económicas asociadas a los costos directos e indirectos que se pueden esperar a futuro de los enfermos que no expresan su necesidad de tratamiento, por sólo cubrir las necesidades de la población cuya demanda es manifiesta.

En el cuarto capítulo se analizó la equidad en el acceso potencial a los servicios médico-sanitarios brindados en el primer nivel de atención del subsistema de salud público a los habitantes de los 135 municipios de la provincia de Buenos Aires. Entre los principales resultados obtenidos a partir del análisis de indicadores cuantitativos de disponibilidad de recursos financieros, físicos y humanos se destaca la existencia de importantes diferencias en la disponibilidad de recursos en el PNA por habitante, que en general tampoco se encuentran asociadas a distintas necesidades de cuidados médico-sanitarios. Por el contrario, la evidencia empírica indica que las diferencias en la capacidad de acceso potencial de los habitantes sin cobertura médica al PNA se relacionan de manera positiva con el gasto en salud y con la capacidad que tienen los municipios de generar recursos propios.

Se espera que esta tesis constituya un aporte a la literatura que analiza el rol y el desempeño alcanzado en términos económicos por la estrategia de APS (y el primer nivel de atención) en distintos sistemas de salud. Al mismo tiempo ofrece evidencia empírica de los resultados obtenidos a partir de su aplicación en un subsistema de salud público de Argentina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ad Hoc Committee on Education for Family Practice (Willard Committee). Meeting the Challenge of Family Practice. Chicago: American Medical Association; 1966
- Agudelo CA (1983): Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración. Bol of Sanit Panam, 95(3): 205-216.
- Amado CA y Dyson RG (2008): On comparing the performance of primary care providers. European Journal of Operational Research, 185: 915-932.
- American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007. Diabetes Care. 2008; 31(3): 596-615.
- Aráuz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló M y Guzmán S (2001): Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Revista Panamericana de Salud Pública, 9(3):145-153.
- Asian Development Bank. Economics and Development Resource Center, Project Economic Evaluation Division (2000): Analysis of demand and need. En: Handbook for the economic analysis of health sector projects. Philippines, pp. 27-38.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006): Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (Capítulo 1 al 8). Capítulo 7: Tratamiento con antidiabéticos orales (Actualización 2006). Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, 14(3): 25-33.
- Audrey L (2004): Do economic cycles have a permanent effect on population health? Revisiting the Brener hypothesis. Health Econ, 13: 767-779.
- Auster R, Leveson I y Sarachek D (1969): The production of health: An exploratory study. Journal of Human Resources, 4(4): 411-436.
- Babazono A y Hillman A (1994): A comparison of international health outcomes and health care spending. Int J Technol Assess Health Care, 10: 40-53.
- Baltagi BH, Moscone F y Tosetti E (2011): Medical Technology and the Production of Health Care. Discussion Paper No. 5545.
- Barbieri N, De la Puente C y Tarragona S (2002): La equidad en el gasto público en Salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9), La Plata.

- Barbieri NC (2007): Política fiscal y política sanitaria: tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. *Salud Colectiva*, 3(1): 49-61.
- Barceló A, Aedo C, Rajpathak S y Robles S (2003): The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization*; 81(1):19-27.
- Barlow R y Vissandjee B (1999): Determinants of national life expectancy. *Canadian Journal of Development Studies*, 20: 9-28.
- Barragán HL (2007): Necesidades, demanda y oferta de atención médica. En: *Fundamentos de Salud Pública*. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata, pp. 353-360.
- Barrillas E (1997): La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(3): 246-249.
- Bayati M, Akbarian R, Kavosi Z, SadraeiJavaheri A, AminiRarani M y Delavari S (2013): Socioeconomic Determinants of Health in Western Pacific Region: A Panel Data Analysis. *Social Welfare*, 12 (47): 111-130.
- Belló M y Becerril-Montekio VM (2011): Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex*, 53 suppl 2: S96-108.
- Berman P (2000): Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 791-802.
- Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V y Barbara Starfield (2011): Adaptación cultural y al sistema de salud Argentino del Conjunto de Instrumentos para La Evaluación de La Atención Primaria de la Salud. *Rev Argent Salud Pública*; 2(8): 6-14.
- Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C y Rothgang H (2013): Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3): 258-269.
- Borisova LV (2011): Health care systems as determinants of health outcomes in transition countries: Developing classification. *Social Theory & Health*, 9(4): 326-354.

Bortolotti FM (2009): Unraveling primary health care conceptual predicaments through the lenses of complexity and political economy: a position paper for progressive transformation. *J Eval Clin Pract*, 15(5): 861-867.

Bossert T, Larranaga O y Giedion R (2003): Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(2): 95-100.

Bryant J. *Health and the developing world*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1969.

Burau V y Blanck RH (2006): Comparative health policy: an assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(1): 63-76.

Cabrero Mendoza E y Zabaleta Solís D (2009): ¿Cómo construir una mística intergubernamental en la política social?: Análisis de cuatro experiencias latinoamericanas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*.

Campos G Wagner de Sousa (2005): El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 8(4): 477-483.

Casas D, Rodríguez A y Casas I (2013): Primary health care, concept or utopia. *Medwave*, 13(4): 56-67.

Castellanos Robayo J (1977): Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Bol of Sanit Panam*, 82(6): 478-492.

Chan M (2008): Return to Alma Ata. *Lancet*, 372: 865-866.

Chang K y Ying YH (2008): An empirical study on health in Taiwan and its long-term adjustment. *The Japanese Economic Review*, 59: 84-98.

Chiara M, Di Virgilio M y Ariovich A (2010): La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). *Salud Colectiva*, 6(1): 47-64.

Citizens Commission on Graduate Medical Education (Millis JS, chairman). *The Graduate Education of Physicians*. Chicago: American Medical Association; 1966

- Colagiuri R, Short R y Buckley A (2010): The status of national diabetes programmes: A global survey of IDF member associations. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(2):137-142.
- Conget I (2002): Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista Española de Cardiología*, 55(5): 528-535.
- Conley D y Springer K (2001): Welfare State and Infant Mortality. *American Journal of Sociology*, 107(3): 768-807.
- Crémieux PY, Ouellette P y Pion C (1999): Health care spending as determinants of health outcomes. *Health Econ*, 8: 627-639.
- Cueto M (2004): The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, 94(11):1864-1874.
- Culyer (2005): *The Dictionary of Health Economics, Second Edition* By Anthony J. Edward Elgar Publishing Limited. United Kingdom.
- Davis SN y Granner DK (2001): Insulin, oral hypoglucemic agents and pharmacology of the endocrine. En: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG. *Goodman & Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics*. 10th ed. New York: McGraw-Hill, p. 1679-1714.
- Deaton A. (2006): Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies. NBER National Bureau of Economic Research. Working Paper No. 12735.
- Desviat M, Delgado M, González C y Hernández M (1993): Necesidad, demanda y representación social del trastorno mental en el sur de la región de Madrid. Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain, Madrid.
- Dever A (1984): *Epidemiology in Health Services Management*. Aspen Publisher, Inc. Chapter 2, pp. 25-44.
- Dewar DM (2010): *Essentials of Health Economics*. Jones and Bartlett Publishers, Ontario.
- Doménech M (2004): Programa de prevención de diabetes de la Provincia de Buenos Aires. *Boletín PROAPS REMEDIAR*, 2(9):16-18.
- Etchebarne L (2001): Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En: Etchebarne L. *Temas de medicina Preventiva y Social*, pp. 75-82, Fefmur, Montevideo.



- Evans R (1981): Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry, In: Health, Economies and Health Economics (Van der Gaag J. & Pelman M., ed.), pp. 320-354, North Holland.
- Fayissa B y Gutema P (2005): Estimating a health production function for Sub-Saharan Africa (SSA). *Appl Econ*, 37: 155-164.
- Field MG (1973): The concept to the Health system at the Macrosociological Level. *Social Science & Medicine*, 7: 763-785.
- Filmer D y Pritchett L (1999): The impact of public spending on health: does money matter? *Soc Sci Med*, 49:1309-1323.
- Folland S, Goodman A y Stano M (1997): The economics of Health and Health Care. Prentice Hall, pp. 79-98.
- Fortney J, Rost K y Warren J (2000): Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 1(2): 173-184.
- Franco R (2004): Institucionalidad de las Políticas Sociales: Modificaciones para mejorar su efectividad. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Franco-Giraldo A, Palma M y Álvarez-Dardet C (2006): Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19 (5): 291-299.
- Freeman R y Frisina L (2010): Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12 (1-2): 163-178.
- Frenk J (1994): Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 27: 19-34.
- Frenk J (2003): La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. 3ª. Ed. México: FCE, SEP, CONACYT.
- Frenk J (2009): Reinventing primary healthcare: the need for systems integration. *Lancet*, 347:170-173.
- Frenk J y Donabedian A (1987): State Intervention in Medical Care: Types, Trends and Variables. *Health Policy and Planning*, 2(1):17-31.
- Freylejer V (1996): Sistemas de salud: síntesis global de un problema local. Buenos Aires Pensamiento Económico, 1: 34-42.

Fuchs V (1974): Who shall live? Health, Economics and Social Choice. New York: Basic Books.

Gagliardino JJ, De la Hera M, Siri F y Grupo de Investigación Red QUALIDIAB (2001): Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(5): 309-317.

Gagliardino JJ, Olivera EM, Barragán HL y Hernández RE (1995): Diabetes mellitus e hipertensión arterial: aspectos clínicos y epidemiológicos en la población de La Plata. *Medicina (Buenos Aires)*, 55: 421-430.

Gagliardino JJ, Olivera EM, Etchegoyen GS, González C y Guidi ML (2000): Evaluación y costos del proceso de atención de pacientes diabéticos. *Medicina (Buenos Aires)*, 60: 880-888.

Gérvás J (2008): Atención Primaria, de la teoría a la práctica. *Cad. Saúde Pública*, 24 Sup 1: S24-S26.

Gérvás J y Ortún V (1995): Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Atención Primaria*, 16(8): 63-68.

Giaimo S y Manow P (1999): Adapting the welfare state: the case of health care reform in Britain, Germany and the United States. *Comparative Political Studies*, 32(8): 967-1000.

Giovanella L y Magalhães de Mendonça MH (2008): Atención Primaria de Salud. Capítulo 16 de: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Gofín J y Gofín R (2007): Community-oriented primary care: a public health model in primary care. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2 (2): 177-185.

Gómez RD (2011): Atención primaria de salud y políticas públicas. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 28(3): 283-293.

González De Haro (2006): La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. Un marco de referencia para los cuidados de enfermería. Universidad de Huelva.

Groenewegen PP, Dixon J y Boerma WGW (2002): The regulatory environment of general practice: an international perspective. In Saltman RB, Bussean R and Mossialos

- DE (eds). *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, pp. 200-214. Buckingham: Open University Press.
- Grossman M (1972): *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research.
- Guagliardo M (2004): Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3(3).
- Guillén López T (2003): Municipio y política social: experiencias y nuevo paradigma. En: Cabrero Mendoza E, coordinador. *Políticas públicas municipales: una agenda en construcción*. México DF: Centro de Investigación y Docencia Económicas, Miguel Ángel Porrúa; pp. 289-309.
- Günes ED (2009): Modelling time allocation for prevention in primary care. *Central European Journal of Operations Research*, 14: 359-380.
- Haggerty JL, Yavich N y Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina (2009): Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(5): 377-384.
- Halicioglu F (2010): Modelling life expectancy in Turkey. MPRA Paper No. 30840.
- Hart WM, Espinosa C y Rovira J (1997): El coste de la diabetes mellitus conocida en España. *Medicina Clínica*, 109: 289-293.
- Hitiris T y Posnett J (1992): The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of Health Economics*, 11: 173-181
- Hoffman S, Røttingen J-A, Bennett B, Lavis JN, Edge JS y Frenk J (2012): *Conceptual Issues Related to Health Systems Research to Inform a WHO Global Strategy on Health Systems Research*. Working Paper. Disponible:[http://www.who.int/alliancehpsr/alliancehpsr\\_backgroundpaperhpsrstrat1.pdf](http://www.who.int/alliancehpsr/alliancehpsr_backgroundpaperhpsrstrat1.pdf)
- Hogan P, Dall T, Nikolov P y American Diabetes Association. (2003): Economic costs of diabetes in the U.S. in 2002. *Diabetes Care*, 26(3): 917-932.

Hogg W, Rowa M, Russellrobert G, Geneau y Muldoon L (2008): Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5): 308-313.

Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 23753, Salud Pública, Diabetes, Programa de Divulgación Sanitaria [Internet]. Buenos Aires: InfoLeg, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas; 2005. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/154/texact.htm>

Hufty M (2010): Governance in Public Health: towards an analytical framework. *Rev. salud pública*; 12 sup (1): 39-61.

Illich I, *Medical Nemesis: the Expropriation of Health* (London: Calder & Boyars, 1975)

Instituto Nacional de Estadística y censos. Censo Nacional de Población y vivienda 2001: Base de datos [Internet]. Buenos Aires: INDEC. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MoDE=MAIN&BASE=cPv2001ARg&MAIN=WebServerMain.in>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie análisis demográfico N° 31, Buenos Aires, 2005. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica y Regional; 2005. Disponible en: [http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/2/proyecciones\\_provinciales\\_vol31.pdf](http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/2/proyecciones_provinciales_vol31.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)-Ministerio Nacional de Salud (MNS). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2005. Disponible en: [http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Areas\\_Tematicas/Factores\\_de\\_Riesgo/PDF/Encuesta%20Nacional%20de%20Factores%20de%20Riesgo%202005\\_informe\\_final\\_breve.pdf](http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Areas_Tematicas/Factores_de_Riesgo/PDF/Encuesta%20Nacional%20de%20Factores%20de%20Riesgo%202005_informe_final_breve.pdf)

Issa H y Ouattara B (2005): The Effect of Private and Public Health Expenditure on Infant Mortality Rates: does the level of development matters? Available from: <http://www.swan.ac.uk/economics/dpapers/2005/0502.pdf>.

Iversen T y Luras H (2006): Capitation and incentives in primary care. Chapter 25. *The Elgar Companion to Health Economics*, Ed. Andrew M Jones. Edward Elgar Publishing.

- Jordana J (2001): Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: Una perspectiva institucional. Casos de Argentina y Bolivia [Internet]. Washington DC: BID; (Documento de Trabajo I-22EU).
- Joumard I, André C, Nicq C y Chatal O (2008): Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency, OECD Economics Department Working Papers No. 627, Paris.
- Joumard I, Christophe A y Chantal N (2010) Health Care Systems: Efficiency and Institutions, OECD Economics Department Working Papers No. 769, Paris.
- Kabir M (2008): Determinants of life expectancy in developing countries. *The Journal of Developing Areas*, 41:185-204.
- Kangas T, Aro S, Koivisto VA, Salinto M, Laakso M y Reunanen A (1996): Structure cost of health care of diabetic patients in Finland. *Diabetes Care*; 19(5): 494-497.
- Kernick D y Scott A (2002): Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *The British Journal of General Practice*, 52(474): 42-46.
- Krentz AJ y Bailey CJ (2005): Oral antidiabetic agents: current role in type 2 diabetes mellitus. *Drugs*, 65(3): 385-411.
- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van der Zee J y Groenewegen PP (2010): The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10: 65.
- Kruk ME, Porignon D, Rockers PC y Van Lerberghe W (2010): The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine* 70: 904-911.
- Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al (2009): Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Rev Gerenc Polit Salud*, 8(16): 14-29.
- Lalonde M (1974): A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.

- Lei H, Li L, Liu X y Mao A (2009): Quantitative study on socioeconomic Determinants of life expectancy in Beijing, China. *JEBM*, 2:92-98.
- Letelier L (2004): Fiscal decentralization as a mechanism to modernize the State. *Journal of Institutional Comparisons*, 2(1):15-20.
- Londoño JL y Frenk J (1997): Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1): 1-36.
- Maceira D (2004): Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento en salud de América Latina y el Caribe. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina y Colaboración para la Reforma de la Salud. 8-10.
- Macinko J, Starfield B y Erinosh T (2009): The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *J Ambulatory Care Manage*, 32( 2): 150-171.
- Macinko J, Starfield B y Shi L (2003): The contribution of primary care systems to health within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries. *Health Services Research*, 38(3): 831-865.
- Madies C, Chiarveti S y Chorny M (2000): Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(8): 33-42.
- Marín GH, Canas M, Homar C y Perrotta M (2008): Utilización de medicamentos del Programa REMEDIAR en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Latin America Journal of Pharmacy*, 27(4): 535-542.
- Marmor TR y Okma KGH (1998): Cautionary lessons from the West: what (not) to learn from other countries' experience in the financing and delivery of health care. In Flora P, de Jong PR, Le Grand J y Kim JY (eds), *The State of Social Welfare, 1997: International Studies on Social Insurance and Retirement, Employment, Family Policy and Health Care*, Aldershot: Ashgate, pp. 327-50.
- Martínez-Sánchez E, Gutierrez-Fisac JL, Gispert R y Regidor E (2001): Educational differences in health expectancy in Madrid and Barcelona. *Health Policy*, 55(3): 227-231.
- Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M y Sanz P (2002): El coste de la diabetes tipo 2 en España. *Gaceta Sanitaria*, 16: 511-520.

McAvinchey ID (1988): A comparison of unemployment, income and mortality interaction for five European countries. *Appl Econ*, 20: 453-471.

McKeown T. *The Modern Rise of Population* (New York: Academic Press, 1976)

Mendis S, Fukino K, Cameron A, Laing R, Filipe JA, Khatib O, et al (2007): The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(4): 279-289.

Menéndez-Asenjo AA, Fuentes Leal C y Severiano Peña S (2003): Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria. *Rev Adm Sanit*, 1(4): 657-678.

Mesa-Lago C (2005): Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Documentos de proyectos. Nro. 63. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, One World, GTZ. Pp. 351.

Miller RD y Frech HE (2000): Is there link between pharmaceutical consumption and improved health in OECD countries? *Pharmacoeconomics*, 18: 33-45.

Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (Argentina) (2002): Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la Provincia de Buenos Aires. Cuaderno de Economía N° 63 (1).

Mooney GH (1983): Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1(4):179-185.

Moran M (2000): Understanding the Welfare State: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations*, 2(2): 135-60.

Moscoso N y Lago F (2006): Impacto del gasto en salud en el status de salud poblacional: el caso argentino. *Rev. Asoc Med Bahía Blanca*, 16 (4): 110-116.

Moscoso N y Modarelli R (2009): Descentralización en salud: marco conceptual y políticas públicas en Argentina. *Ciencias Económicas*, 27(2):155-168.

Muench J, Hoffman K, Ponce J, Calderón M, Meenan RT y Fiestas F (2013): La atención primaria en los Estados Unidos y la experiencia peruana en perspectiva. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30(2): 299-302.

Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al (2000): Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2): 126-134.

Musgrave R y Musgrave P. *Public Finance in Theory and Practice*. New York: McGraw-Hill; 1989.

Nana N. Expenditure decentralization and outcomes: Some determinant factors for success from cross country evidence. Ethiopia: United Nations, Economic Commission for Africa. Federal Ministry of Finance of Nigeria, The World Bank, OSSAP-MDGs; 2009. Disponible en: <http://www.uneca.org/acgd/events/2009/mdgsnigeria/docs/Expenditure%20decentralization.pdf>

Newell KW. *Health by the People* (Geneva: World Health Organization [WHO], 1975), xi

Ngongo KN, Nante N, Chenet L y McKee M (1999): What has contributed to the change in life expectancy in Italy between 1980 and 1992? *Health Policy*, 48:1-12.

Nield L, Moore HJ, Hooper L, Cruickshank JK, Vyas A, Whittaker V y Summerbell CD. Asesoramiento dietético para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2008; Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD004097.pdf>

Nolte M, McKee M y Wait S (2005): Describing and evaluating health systems. In Bowling A and Ebrahim S (eds). *Handbook of health research methods*. Maidenhead: Open University Press

Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH y Lau J. Intervenciones no farmacológicas para la pérdida de peso a largo plazo en adultos con prediabetes (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2008; Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD005270.pdf>

Oates WE (1972): *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Oates WE (1997): On the welfare gains from fiscal decentralization. *Journal of Public Finance and Public Choice*, 2(3): 83-92.

Oates WE (1999): An essay on fiscal federalism. *Journal of Economic Literature*, 37(3): 1120-1149.



OECD (1987): Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries. Paris: OECD.

OECD (1992): The Reform of HealthCare: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. OECD: Health Policy Studies No. 2, Paris: OCDE.

Okorafor O y Thomas S (2007): Protecting resources for primary health care under fiscal federalism: option for resource allocation. Health Policy and Planning, 22(6): 415-426.

Oliva J, Lobo F, Molina B y Monereo S (2004): Direct health care costs of diabetic patients in Spain. Diabetes Care, 27(11): 2616-2621.

OMS (1978): International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chronicle, 32(11): 428-430.

OMS (1998): World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: WHO.

OMS (2000): World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO.

OMS (2002): World Health Organization. Selección de medicamentos esenciales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: WHO.

OMS (2008): World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. Geneva.

OMS (2008): World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care - Now More Than Ever. Geneva: WHO.

OMS. Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva: WHO.

Ortún V y Gervas J (1996): Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc), 106: 97-102.

Paris V, Marion D y Lihan W (2010): Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers No.50, Paris.

Pastor Castell-Florit Serrate (2007): Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Pública, 33(2):1-13.

- Peltzman S (1987): Regulation and health: the case of mandatory prescriptions and an extension. *Managerial and Decision Economics*, 8: 41-46.
- Penchansky R y Thomas JW (1981): The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2):127-40.
- Peters BG (2004): The search for coordination and coherence in Public Policy: Return to the center? Berlín Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change, Dic 3-4, Berlín.
- Plumptre T y Graham J (1999): Governance and good governance: international and Aboriginal perspectives, unpublished report. Ottawa: IOG
- Poblete S y Vargas V (2007): El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la atención primaria. *Revista Sociedad Chilena de Medicina Familiar*, 8(1): 24-31.
- Quick JD, Hogerzeil HV, Velasquez G y Rago L (2002): Twenty-five years of essential medicines. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(11): 913-914.
- Rechel B, Thomson S y Van Ginneken E (2010): Health systems in transition: Template for authors. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Reibling N y Wendt C (2011): Regulating Patients' Access to Healthcare Services. *International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics*, 1(2): 1-16.
- Reidpath D y Allote P (2003): Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5): 344-6.
- Reséndez C, Garrido F, Gómez-Dante O (2000): Disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México. *Salud Pública de México*; 42(4): 298-308.
- Rich SS (1990): Mapping Genes in Diabetes. *Genetic Epidemiological Perspective. Diabetes*, 39(11): 1315-1319.
- Rico A, Saltman RB y Boerma WGW (2003): Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy & Administration*, 37(6): 592-608.
- Riutort M y Cabarcas F (2006): Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana. *Gerencia y Políticas de Salud*, 5(11): 22-36.

- Roberts MJ, Hsiao WC, Berman P y Reich MR (2003): *Getting Health Reform Right*. New York: Oxford University Press.
- Rodgers GB (1979): Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-sectional analysis. *Popul Stud*, 33(2): 343-351.
- Roemer MI (1993): National health systems throughout the world: lessons for health system reform in the United States. *American Behavioral Scientist*, 36(6): 694-708.
- Roglic G y Unwin N (2010): Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1):15-19.
- Rosas Prieto AM, Zarate VN y Cuba Fuentes MS (2013): Primary Health Care Characteristics: A view from Family Medicine Standpoint. *Acta Med Per*, 30(1): 42-47.
- Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S y Wendt C (2005): The changing role of the state in healthcare systems. *European Review*, 13(1): 187-212.
- Ruales J (2004): Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(99): 33-39.
- Rubin RJ, Altman WM y Mendelson DN (1994): Health care expenditures for people with diabetes mellitus, 1992. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 78(4): 809A-809F.
- Salinas MA, Muñoz MF, Barraza de León AR, Villarreal RE, Nuñez RG y Garza EME (2001): Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 43(4): 324-335.
- Saudek CD, Herman WH, Sacks DB, Bergenstal RM, Edelman D y Davidson MB (2008): A new look at screening and diagnosing diabetes mellitus. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(7): 2447-2453.
- Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, et al (2011): QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 12: 115.
- Schwenkglens M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F y Szucs TD (2006): Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *J Epidemiol Community Health*, 60: 24-30.

- Scott A (2000): Economics of general practice, en: Culyer AJ and Newhouse JP (ed.), Handbook of Health Economics, edition 1, volume 1, chapter 22, pp1175-1200. Amsterdam: Elsevier Science, B.V.
- Scott A y Jan S (2011): Primary care, en: Glied S, Smith P, (ed.), The Oxford Handbook of Health Economics. Capítulo 20, pp. 463-485. Oxford: Oxford University Press.
- Self S y Grabowski R (2003): How Effective Is Public Health Expenditure In Improving Overall Health? A Cross-Country Analysis. Applied Economics, 35(7): 835-845.
- Sepúlveda Álvarez C (2008): Alma Ata-2008, recuerdo y proyección, 30 años después. Cuad Méd Soc (Chile), 48(4): 251-261.
- Sereday MS, Gonzalez C, Giorgini D, De Loredo L, Braguinsky J, Cobeñas C, et al. (2004): Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. Diabetes & Metabolism, 30(4): 335-339.
- Shaw JE, Sicree RA y Zimmet PZ (2010): Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice, 87(1): 4-14.
- Shaw JW, Horrace WC y Vogel RJ (2005): The Determinants of Life Expectancy: An Analysis of the OECD Health Data. Southern Economic Journal, 71(4): 768-783.
- Shi L (2012): The Impact of Primary Care: A Focused Review. Scientifica, Article ID 432892, 22 pages.
- Shing-Jong L (2009): Economic fluctuations and health outcome: a panel analysis of Asia-Pacific countries. Appl Econ, 41:519-530.
- Siddiqui R y Mahmood MA (1994): The Determinants of health status: A cross-country analysis. The pakistan development review, 33:745-758.
- Starfield B (1992): Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press.
- Starfield B (1994): Is primary care essential? Lancet, 344(8930):1129-1133.
- Starfield B (1998): Primary Care. Balancing health needs, services and technology. Oxford University Press, New York.
- Starfield B (2012): Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report. Gac Sanit, 26 (S):20-26.

- Starfield B, Shi L y Macinko J (2005): The contribution on primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3): 457-502.
- Starfield, B y Shi L (2002): Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60(3): 201-218.
- Stern MP, González C, Mitchell BD, Villalpando E, Haffner SM y Hazuda HP (1992): Genetic and environmental determinants of type II diabetes in Mexico City and San Antonio. *Diabetes*, 41(4): 484-492.
- Tarazona C y Barrachina I (2007): Evaluación de los Sistemas de Salud. Estudio multivariante del logro en salud en los Países Europeos. *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 5(11): 56-69.
- Taylor, CE ed., *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges* (New York: Asia Publishing House, 1976).
- Ter-Minassian T (1997): *Fiscal federalism in theory and practice*. Washington DC: International Monetary Fund.
- Terris M (1978): The three world systems of medical care: trends and prospects. *Am J Public Health*, 68(11): 1125-1131.
- Thompson CR y McKee M (2004): Financing and planning of public hospitals in the European Union. *Health Policy*, 6(7): 281-9L.
- Thornton J (2002): Estimating a Health Production Function for the US: Some New Evidence. *Applied Economics*, 34(1): 59-62.
- Tobar F (2000): Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad*, 23(2): 83-96.
- Tobar F (2004): Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina [Internet]. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2004 (Nota técnica de discusión de salud 002/2004).
- Tobar F (2008): Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. *Salud Pública de México*, 50 (Suppl 4): S463-S469.
- Tuohy C (2003): Agency, contract, and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28 (2-3): 195-215.

Tuomilehto J y Lindstrom J (2003): The major diabetes prevention trials. *Current Diabetes Reports*, 3(2): 115-122.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. (2001): Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18): 1343-1350.

Ugalde A y Homedes N (2002): Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1):18-29.

Valdivia Onega NC (2003): Epidemiología y atención primaria de salud. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 41(2-3): 00.

Van der Stuyft P y De vos (2008): La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*; 34(4): 00.

Vargas Tentori F (1977): Extension of Coverage, Primary Health Care and Community Participation: definitions and operational concepts. *Bol Oficina Sanit Panam*, 82(5): 386-396.

Velasco Garrido M, Zentner A y Busse R (2010): The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; Early Online, 1–11. DOI: 10.3109/02813432.2010.537015

Velásquez A (2011): ¿Por qué las intervenciones efectivas de supervivencia infantil no llegan a los que más necesitan? *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 28 (2):392-393.

Vieira Paniz VM, Gastal Fassa AC, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. (2010): Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cuadernos de Saúde Pública*, 26(6):1163-1174.

Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C y Sosa A (2011): Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33 (1): 11-14.

Villarreal Amaris GE (2013): Atención Primaria Marco Regulador de los Sistemas de Salud. *REVISALUD Unisucre*, 1(1): 63-66.

Walsh JA y Warren KS (1979): Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*, 301(18): 967-74.

Weber M (1949): *The Methodology of the Social Sciences*, New York: Free Press.

- Wendt C (2009): Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5): 432-445.
- Wendt C y Kohl J (2009): Translating monetary inputs into healthcare provision: a comparative analysis of the impact of different modes of public policy. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1):11-31.
- Wendt C, Frisina L y Rothgang H (2009): Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1): 70-90.
- White K (1961): The ecology of medical care. *N Engl J Med*, 265: 885-92.
- Whitehead M (1992): The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22(3): 429-445.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R y King H (2004): Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5):1047-1053.
- Wisner B (1988): GOBI versus PHC? Some Dangers of Selective Primary Health care. *Social Science and Medicine*, 26 (9): 963-969.
- Wyke S, Mays N, Street A, Bevan G, McLeod H y Goodwin N (2003): Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain. *Health Policy*, 65(3): 243-259.
- Wyszewianski L y McLaughlin C (2002): Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Services Research*, 37(6): 1441-1443.
- Yavich N, Báscolo E y Haggerty J (2010): Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública Mex*, 52: 39-45.
- Yepes FJ (1991): Análisis comparativo de los sistemas de salud: algunos aspectos metodológicos. *Salud Pública Mex*; 33: 392-395.
- Zhang P, Zhang X, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. (2010): Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(3): 293-301.
- Zweifel P, Brayer F y Kifmann M (2009): *Health Economics*. Second Ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.