

Departamento de Economía – Universidad Nacional del Sur

Trabajo de Grado de la Licenciatura en Economía

**EQUIDAD EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA SALUD: ANÁLISIS DE UN
GRUPO DE MUNICIPIOS DE LA REGIÓN
SANITARIA I (PROVINCIA DE BUENOS AIRES)**

Alumna: LUCANERA, María Laura

Profesor Asesor: Dr. LAGO, Fernando

Noviembre 2015

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y LAS REGIONES SANITARIAS	5
CAPITULO II: SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: DESCENTRALIZACIÓN Y COPARTICIPACIÓN	10
CAPITULO III: ANALISIS DE EQUIDAD EN EL ACCESO AL PNA: OBJETIVO Y METODOLOGIA	13
• Indicadores de necesidad de cuidados médicos sanitarios	14
• Indicadores de demanda	14
• Indicadores de riqueza y recursos financieros potencialmente disponibles para el sector salud	15
• Indicadores de recursos humanos y físicos disponibles en el PNA	15
CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS DE EQUIDAD	20
• Necesidades	20
• Demanda	22
• Riqueza municipal y recursos financieros	23
• Recursos físicos	26
• Recursos humanos	29
ANALISIS DE EQUIDAD	31
• Demanda y recursos físicos	32
• Demanda y recursos humanos	32
• Necesidades y recursos financieros	33
CONCLUSIONES	35

INTRODUCCION

La salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. En muchos casos, las personas no tienen la oportunidad de alcanzar un estado óptimo de salud debido a desigualdades sociales (pobreza por ejemplo) y no por una elección personal. Esto tiene una gran repercusión en el ámbito de la justicia social, no siendo posible ignorar la importancia para la igualdad de oportunidades de una vida sana, sin enfermedades o sufrimientos evitables (1).

Alcanzar la Equidad en Salud requiere que los individuos puedan desarrollar su máximo potencial de salud, independientemente de cualquier circunstancia determinada por factores sociales u ambientales (2). Es claro que no todos los humanos podrán tener el exacto mismo nivel de salud, ya que existen factores determinantes, como los genéticos, que son distintos en cada individuo. No obstante las políticas públicas deben plantearse como objetivo lograr que todos tengan las mismas oportunidades de adquirir su máximo potencial de salud.

La Sociedad Internacional de Equidad en Salud la define como *la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en aspectos de salud, entre poblaciones o grupos poblacionales definidos, social, económica, demográfica o geográficamente* (3). En el mismo sentido, Margaret Whitehead (1990) sostiene que el término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética. Se trata de diferencias que son innecesarias y evitables, pero también consideradas injustas. Para describir una situación como inequitativa, las causas tienen que ser injustas en el contexto en el que se encuentre el resto de la sociedad.

De acuerdo al Plan Federal de Salud iniciado en el 2004 en nuestro país, revertir las inequidades en salud equivale a brindar acceso (4). Según Moscoso y Lago (2013) la equidad en la provisión y distribución de los recursos en salud apunta a igualar el acceso a los servicios y atención de la salud, así la utilización de los medios y la calidad de atención, teniendo en cuenta las diferencias socioeconómicas y regionales.

Frecuentemente se vincula la palabra acceso sólo con la disponibilidad de los servicios sanitarios o médicos. Sin embargo, existen otros determinantes del acceso que quedarían excluidos si se adoptara una definición tan restringida. Las habituales limitaciones a la accesibilidad de los servicios de salud se denominan "barreras", y de acuerdo a Pracilo (1998) son las siguientes:

1. Barreras geográficas: determinadas por la distancia, el tiempo y los accidentes geográficos que dificultan el acceso a la atención.
2. Barreras económicas: derivadas principalmente del pago directo en el momento de la atención, ya sea en forma de co-seguros, honorarios profesionales, gastos sanatoriales, medicamentos e incluso los gastos de transporte que para ciertos grupos de población resultan significativos.
3. Barreras legales: constituidas por los diversos sistemas de seguridad social que cubren diferentes grupos de población, y por lo tanto condicionan el uso de los servicios, según exista o no relación contractual con los mismos, o de acuerdo al tipo y grado de cobertura prestacional acordada.
4. Barreras administrativas: condicionadas por la multiplicidad de requisitos y trámites administrativos que establecen los sistemas de atención de salud para acceder al uso de los servicios.
5. Barreras culturales: determinadas por las diferencias entre la cultura de la población, y las formas habituales de prestación de los servicios profesionales. En general, estas formas se basan en un modelo de atención propio de la subcultura médico-científica y la pertenencia cultural del profesional actuante, lo que muchas veces crea una distancia insalvable con los códigos y pautas de las personas y comunidades receptoras de la atención.

La *accesibilidad* se refiere entonces, a la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en forma equitativa por la población, en relación a barreras de distinta índole que influyen en los resultados sanitarios (5).

Dependiendo del nivel de complejidad y de los recursos necesarios, existen tres niveles de atención médica. El primer nivel comprende a los centros de prevención y aquellos destinados a la atención de patologías frecuentes de baja gravedad; el segundo nivel abarca a hospitales generales con atención y diagnóstico de pacientes (idealmente derivados del primer nivel) y por último, el tercer nivel incluye a los hospitales especializados con atención de patologías complejas que exigen diagnóstico y tratamiento sofisticado.

Innumerables estudios han demostrado que en el primer nivel de atención se pueden resolver problemas de salud tanto de corto plazo como crónicos, y que es la instancia adecuada para llevar a cabo actividades de promoción y educación sanitaria (5).

El Plan Federal de Salud centró su atención en la Atención Primaria de la Salud (APS), específicamente en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), centros médicos destinados a facilitar el acceso a la salud de aquellas personas no cubiertas financieramente contra la enfermedad. Los CAPS son componente clave de un sistema de salud efectivo, ya que uno de sus principales objetivos es la prevención.

Se considera a la APS como una política capaz de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia con que se utilizan los recursos. Es una estrategia reconocida a nivel mundial como un componente clave del desempeño de los sistemas de salud, y las políticas públicas de los últimos años centraron sus objetivos en su desarrollo y fortalecimiento. Actualmente la Organización Mundial de la Salud impulsa el desarrollo de sistemas de salud basados en APS con el objetivo de alcanzar un elevado status de salud poblacional y maximizar la equidad en el acceso (5).

En vista de lo expuesto, el presente trabajo tiene como motivación general contribuir al análisis de la equidad en el acceso a los servicios del primer nivel de atención de la salud en contextos descentralizados, estudiando la situación de un grupo de municipios del sudeste de la provincia de Buenos Aires.

La tesis está dividida en cuatro capítulos. En el primero se describe el área de estudio, presentando información referida a la población y composición demográfica de i) la provincia de Buenos Aires, ii) la Región Sanitaria I y iii) los partidos seleccionados para el análisis. A continuación, en el segundo, se presentan las principales características del sistema de salud en la Provincia de Buenos Aires, indagando particularmente en el proceso de descentralización de los servicios médico sanitarios y en el sistema de coparticipación para distribuir los recursos financieros entre los distintos municipios, el cual considera indicadores asociados al sector salud. En el capítulo tres se describen los objetivos específicos del trabajo de investigación realizado, el cual incluye el análisis de datos referidos a necesidad, recursos disponibles y financiamiento de los servicios del PNA, y se expone la metodología de análisis implementada. En el capítulo cuatro se desarrollan los resultados, estudiando la performance de los municipios en términos de cada uno de los indicadores propuestos, para posteriormente realizar un análisis de equidad comparando en forma conjunta los distintos indicadores utilizados. Finalmente se desarrollan las conclusiones y se sugieren posibles cambios en las políticas públicas.

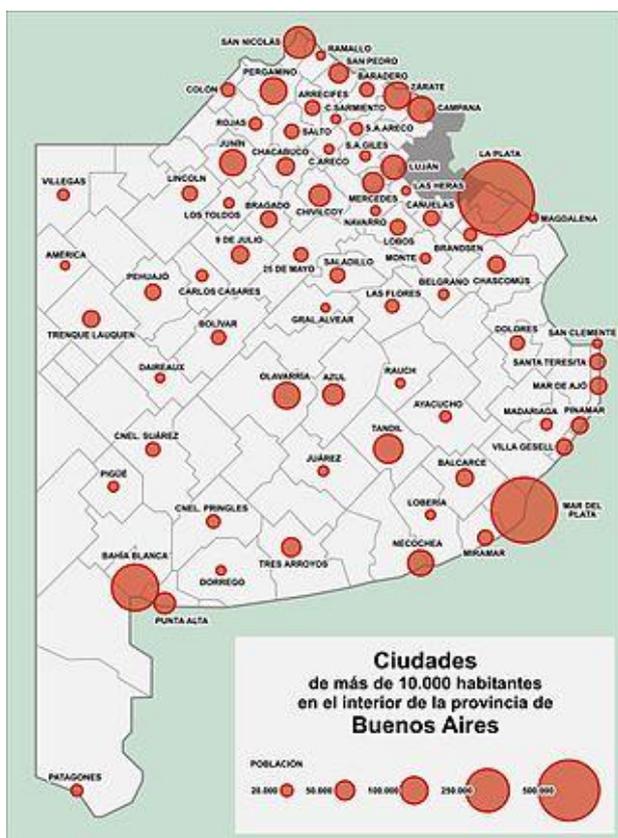
CARACTERIZACION DEL AREA DE ESTUDIO

LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y LAS REGIONES SANITARIAS

Situada en la región centro-este del país, la Provincia de Buenos Aires es la más extensa de Argentina, ocupando el 11,06% de su superficie total. Está compuesta por 135 Municipios y según el último censo realizado en el 2010 su población supera los 15,6 millones de habitantes, siendo así la provincia más poblada del país.

El 51,33% de sus habitantes son mujeres, y puede hablarse de una estructura

poblacional relativamente envejecida, ya que casi el 10% de la misma tiene 65 años o más. Los niños de entre 0 y 4 años comprenden un 8,28% de la población. Alrededor del 96,4 % de los habitantes de la provincia residen en áreas urbanas, y el resto vive en localidades de menos de 2000 habitantes, las cuales se consideran como poblaciones rurales.



En el mapa podemos observar dónde se encuentran las ciudades más pobladas. Como lo indica la referencia, los círculos de mayor diámetro muestran localidades con más de 500 mil habitantes y los más pequeños aquellas con 20 mil.

En la provincia funcionan aproximadamente 2000 Centros de Primer Nivel de la Salud, lo cual arroja en promedio un centro por cada 7.805 habitantes. Asimismo, está dividida en 12 Regiones Sanitarias.

Gonzales Chávez, Bahía Blanca, Coronel Rosales, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos y Villarino. La población total (según el censo 2010), asciende a 655.133 habitantes.



A pesar de la gran extensión territorial, la densidad poblacional es baja, concentrándose casi la mitad en la ciudad de Bahía Blanca. La densidad poblacional oscila entre 8 habitantes por Km cuadrados (en los distritos menos poblados) y 124 habitantes por Km cuadrado (en los que hay mayor concentración)

En la Región Sanitaria I funcionan aproximadamente 151 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Hay un Centro por cada 4.339 habitantes, cifra que evidencia una gran diferencia (positiva) respecto del conjunto de la provincia de Buenos Aires, que presenta en promedio un centro cada 7.805 habitantes.

Los partidos analizados en el trabajo serán: Adolfo Alsina, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Puan y Saavedra. A continuación, en la Tabla 1, se presenta información descriptiva respecto a la composición poblacional, porcentaje de población con cobertura de OS o medicina prepaga y cantidad de CAPS de cada uno de los partidos mencionados.

Tabla 1: Composición de la Población

Partido	Población (2010)	Porcentaje de mujeres	Porcentaje de población de 0-4	Porcentaje de población de +65	Porcentaje de población sin cobertura (2010*/2013**)	Cantidad CAPS (2013)
Adolfo Alsina	17.072	50,77%	6,14%	14,64%	40%	5
Coronel Suarez	38.320	51,06%	6,84%	13,44%	25,36%*	11
Guaminí	11.826	49,87%	6,89%	14,63%	40%	6
Monte Hermoso	6.499	48,82%	7,74%	11,92%	25%	5
Puan	15.743	50,94%	5,26%	18,88%	10.5%	6
Saavedra	20.749	49,33%	6,69%	14,11%	25%*	9
RSI	655.751	51,33%	7,16%	12,73%	-	151
TOTAL PBA	15.625.084	51,33%	8,28%	9,91%	35%	2002

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2010.

* Estimaciones ** Secretarios de salud de municipios seleccionados.

En general se observan poblaciones envejecidas: en todos los casos el porcentaje de mayores de 65 años supera ampliamente a la media provincial (que es aproximadamente del 10%). Puan es la localidad con mayor proporción de adultos mayores (cerca del 19% del total).

En cuanto a la población de menos de 4 años, la relación es inversa: todos los porcentajes son menores al total de la Provincia, lo que respalda aún más la hipótesis de poblaciones envejecidas en los municipios analizados.

En referencia a la composición de la población, en los seis municipios el porcentaje de mujeres oscila entre el 49 y el 51%, lo que indica poblaciones homogéneas en cuanto al sexo.

Comparando el porcentaje de la población con cobertura de Obra Social o Medicina Prepaga de cada municipio con el valor medio provincial, Monte Hermoso, Puan, Coronel Suarez y Saavedra poseen niveles de cobertura que superan al del total de la Provincia de Buenos aires, y Adolfo Alsina y Guaminí están por debajo. Este indicador, junto con la cantidad de CAPS por habitante, se estudia con mayor detenimiento en el apartado donde se muestran los resultados del trabajo de campo realizado.

SISTEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: DESCENTRALIZACIÓN Y COPARTICIPACIÓN.

En Argentina, las provincias tienen autonomía al momento de determinar el grado de descentralización de sus respectivos subsistemas de salud públicos. Desde la perspectiva económica, la descentralización puede ser justificada bajo el argumento que se genera un incremento en la eficiencia de la asignación de los recursos 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. En el caso de la Provincia de Buenos Aires, a fines de la década de los años setenta dio inicio a un proceso de transferencia de los establecimientos del primer nivel de atención y de algunos establecimientos hospitalarios de menor complejidad a los municipios. Los servicios de alta complejidad quedaron en manos del gobierno provincial, a través de la red de hospitales públicos provinciales (6, 7).

A pesar de que se ha verificado empíricamente la fortaleza del primer nivel de atención para mejorar la equidad en el acceso a los servicios médico-sanitarios, también existe evidencia respecto de posibles efectos negativos sobre la equidad de las políticas de descentralización aplicadas al sector salud (8). En particular, debería contemplarse el riesgo de que puedan generarse diferencias en los niveles de provisión de bienes y servicios en el primer nivel de atención entre los gobiernos locales, las cuales no necesariamente guardarán relación con las necesidades de atención de las poblaciones de distintas áreas geográficas (7). Este desajuste entre la oferta y las necesidades de bienes y servicios médico-sanitarios es posible por la conjunción de tres 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 (8).

Los partidos bonaerenses obtienen recursos por dos vías: tasas municipales y recursos provenientes de la coparticipación. En el segundo caso se trata de ingresos que la Provincia de Buenos Aires obtiene de recursos provenientes de la coparticipación federal y la recaudación de impuestos propios (como ingresos brutos, inmobiliario u automotor) que luego distribuye entre los distintos municipios.

Si dependieran sólo de las tasas, los municipios podrían afrontar poco más que el pago de salarios. Por ello, sus finanzas se vuelven muy dependientes de la recepción de ingresos extra-jurisdiccionales que provienen de la ley de coparticipación provincial, cuyo coeficiente de distribución primario (actualmente del 16,4%) resulta escaso.

Entre los criterios utilizados en la distribución secundaria (que determina el monto de fondos que recibe cada municipio) existen indicadores asociados a los servicios de salud gestionados por los municipios.

En 2011 un grupo de investigadores del Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur realizó una investigación para evaluar el desempeño del componente "salud" del Sistema de Coparticipación Municipal de la Provincia de Buenos Aires, tomando como criterios de evaluación la sustentabilidad del sistema, los incentivos a la eficiencia y la equidad en la distribución de los fondos. En el mismo mencionan el hecho de que "ciertos problemas de equidad se observan porque los criterios de asignación de recursos coparticipables privilegian la demanda efectiva de servicios (medida en consultas, días de internación y egresos), más allá de las necesidades potenciales, que se ven afectadas por el riesgo sanitario de la población objetivo". Para comprobar la ausencia de correlación entre gasto público y necesidades, analizaron la distribución del gasto público en salud (provincial y municipal, per cápita) y su relación con el PIB per cápita municipal, observando que los municipios con mayores ingresos presentaban mayor gasto en salud per cápita que los municipios más pobres, lo cual implica que el gasto en salud en la provincia no parecería ejercer un rol redistributivo entre regiones ricas y pobres. Otra ineficiencia se detecta en los municipios que asisten a beneficiarios con cobertura (o capacidad de pago), quienes tendrían una mayor

capacidad de financiar su sistema de salud con un menor esfuerzo de recursos locales, en relación a municipios donde su población tiene menores recursos y/o niveles de cobertura en salud poblacional más bajos. Sin embargo, en los criterios de asignación de recursos por coparticipación no se diferencian las prestaciones otorgadas y financiadas por pacientes con cobertura.

En resumen, el proceso de descentralización del sistema de salud implementado en la provincia de Buenos Aires tuvo sus fortalezas, al acercar los niveles de decisión a las demandas de cada partido, y también debilidades, observadas en los criterios utilizados para la asignación de recursos coparticipables, que han propiciado una fragmentación en los servicios de salud municipales, generando diferentes condiciones de ejercicio del derecho a la salud en cada espacio local. Los valores de coparticipación y gasto finalidad salud municipal en términos per cápita aumentan a medida que crece la riqueza de los municipios. El análisis de estas cifras sugiere que la riqueza relativa de cada municipio parece condicionar su nivel de gasto público en salud (9)

ANÁLISIS DE EQUIDAD EN EL ACCESO AL PNA EN UN GRUPO DE MUNICIPIOS DE LA RS I: OBJETIVO Y METODOLOGÍA

OBJETIVO

La revisión bibliográfica realizada pone en evidencia que en el sector salud de la Provincia de Buenos Aires existen serios problemas de equidad.

Como se mencionó en el apartado previo, la descentralización del sistema de salud tuvo resultados positivos al acercar los niveles de decisión a las autoridades municipales, pero debilidades en el aspecto financiero y de redistribución de recursos.

En lo que resta de la tesis se intentará, mediante el cálculo de una serie de indicadores relevantes, determinar cuál es el grado de equidad en el acceso al primer nivel de atención de la salud de la población sin cobertura de un grupo de municipios de la RS I de la provincia de Buenos Aires. Los municipios incluidos en el estudio son: Adolfo Alsina, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Puan y Saavedra. A través de una comparación de los resultados obtenidos, se intenta determinar si las inequidades detectadas están relacionadas con escaseces de recursos humanos, recursos físicos y/o recursos financieros.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del análisis de equidad se utilizaron fuentes de información primarias y secundarias. En el primer caso, se realizó una encuesta¹ a los secretarios de salud de los municipios estudiados, mientras que en el segundo se recabó datos de diversas fuentes de información estadística (nacionales y provinciales) referidas a la Provincia de Buenos Aires. Sobre la base de estos datos, se formularon distintos indicadores útiles para analizar la equidad en el acceso a los servicios de salud públicos del primer nivel de atención.

Los indicadores analizados pueden ser divididos en cuatro grupos:

¹ El cuestionario puede encontrarse en el ANEXO 10

INDICADORES DE NECESIDAD DE CUIDADOS MÉDICOS SANITARIOS:

La necesidad de cuidados médicos de cada partido se estimó mediante dos indicadores:

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: su inclusión se debe a que es considerada una variable proxy muy sensible del estatus de salud general de una población (6). Se calcula como el cociente entre las defunciones de menores de un año y el número de nacidos vivos en un mismo período, multiplicado por 1000. Esta información se obtuvo del tablero de mando del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, correspondientes a los años 2010 a 2013

PORCENTAJE DE HOGARES CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS: la inclusión de este indicador 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 gasto en salud (6). Los datos fueron obtenidos del censo Nacional de Población, Hogares y viviendas 2010.

INDICADORES DE DEMANDA:

Para realizar un cálculo estimativo de la magnitud de la demanda de servicios del primer nivel se decidió utilizar las siguientes variables

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SIN COBERTURA: se eligió como parámetro de la *demanda potencial*, ya que la misma muestra el porcentaje de la población que *utiliza o puede llegar a utilizar* los servicios del primer nivel de atención del sector público en forma prioritaria, al no tener la posibilidad de acceder al ámbito privado por intermedio de obras sociales o prepagas. Para el año 2013, los mismos fueron facilitados por los secretarios de salud encuestados, y en el caso de Coronel Suarez y Saavedra (que no disponían de información) se realizó una estimación sobre la base de i) el último dato disponible de cada municipio (censo 2001), y ii) el porcentaje de la población sin cobertura en la Provincia de Buenos Aires del año 2010. Asumiendo que la caída de la población sin cobertura es proporcional a la experimentada para el conjunto de la provincia, mediante una regla de tres simples se desarrolló una estimación

del cambio en el porcentaje de la población sin cobertura en los municipios en los que no se contaba con datos concretos.

RATIO DE CONSULTAS AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE POBLACIÓN SIN COBERTURA POR CAPS: se obtiene a partir del cociente entre las consultas en el PNA y la población sin cobertura. Se optó por incorporarlo para evaluar la demanda efectiva, ya que indica la cantidad promedio de veces que un habitante sin obra social consulta el primer nivel en un año. La información para elaborar este índice se obtuvo del tablero de mando del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y corresponde al año 2004.

INDICADORES DE RIQUEZA Y RECURSOS FINANCIEROS POTENCIALMENTE DISPONIBLES PARA EL SECTOR SALUD.

PRODUCTO BRUTO GEOGRÁFICO PER CAPITA (PBG_{pc}): es un indicador de la riqueza relativa de cada municipio, y por lo tanto, de la capacidad de generación de recursos propios para financiar el gasto municipal (que incluye al gasto en salud en general y el destinado al PNA en particular). Como los últimos datos de PBG relevados oficialmente por la Dirección Provincial de Estadística corresponden al año 2003, se hace uso de las estimaciones realizadas por Lodola *et al* (2010) para el año 2008 (10). Para obtener valores per cápita, la población se estimó a partir de variaciones poblacionales inter censales entre 2001 y 2010².

COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL POR SALUD RECIBIDO ANUALMENTE/PER CÁPITA: la intención con este indicador es analizar la disponibilidad de recursos financieros transferidos para el financiamiento del sector salud de cada municipio. Una distribución equitativa de los recursos económicos consistiría en un mayor porcentaje de coparticipación hacia aquellos municipios en los que se observan mayores necesidades de salud. Estos datos también fueron obtenidos del tablero de mando del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

² Dicha estimación puede encontrarse en el ANEXO 3.

PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA COPARTICIPACIÓN POR COMPONENTE SALUD EN EL GASTO FINALIDAD SALUD MUNICIPAL: muestra el porcentaje del gasto finalidad salud municipal financiado por el componente salud de los fondos de coparticipación. Es un indicador importante porque los fondos destinados a coparticipación no constituyen una “transferencia condicionada”, es decir que son de libre disponibilidad para las autoridades municipales, y pueden ser utilizados en otras finalidades de gasto público. Es por ello que en algunos casos observaremos porcentajes de cobertura de la coparticipación sobre el GFSM mayores al 100%. Esto indica que los fondos recibidos se utilizan en otros sectores, además del de salud pública. Los datos para su cálculo fueron también obtenidos del tablero mencionado en los indicadores previos y corresponden al año 2010.

INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS DISPONIBLES EN EL PNA:

RECURSOS FÍSICOS

CAPS POR CADA 10 MIL HABITANTES SIN COBERTURA: se obtiene dividiendo la cantidad de CAPS por la población sin cobertura. De esta manera se intenta determinar si la oferta general en términos de infraestructura es adecuada. Se espera que sea similar entre municipios con necesidades y demanda de similar magnitud, y que en aquellos municipios donde las necesidades y la demanda son menores, la cantidad de CAPS sobre población sea menor (ya que los requerimientos de servicios de salud son más bajos). Si el indicador se comportase de la forma descrita, podríamos afirmar que los datos son congruentes con la existencia de equidad en el acceso a los servicios de atención del primer nivel.

INDICE DE EQUIPAMIENTO MEDICOS EN LOS CAPS: intenta cuantificar en forma sintética el nivel de equipamiento que tienen los CAPS de cada municipio. Puede ocurrir que la cantidad de CAPS/habitantes sin cobertura sea adecuada, pero que los mismos no estén equipados con los recursos necesarios, reduciendo así su capacidad de suplir las necesidades de los habitantes de cada municipio.

Para recopilar la información necesaria para construir este indicador se le preguntó a los secretarios de salud qué cantidad de CAPS contaban con³: i) nebulizador/aspirador, ii) tablas antropométricas, iii) monitor fetal, iv) balanza para adultos, v) tensiómetro de pared, vi) sillón odontológico, vii) colposcopio, viii) pantoscopio, ix) caja de curaciones, x) medidor de glucosa, xi) negatoscopio, xii) pedimetro metálico, xiii) manguito para tensiómetro pediátrico, xiv) camilla ginecológica, xv) camilla pediátrica, xvi) esterilizadora, xvii) balanza pediátrica y xviii) cajas de suturas.

Posteriormente, para una mejor comprensión de los resultados, se normalizó la muestra con el objetivo de generar una escala neutra y poder hacer comparables todos los equipos. En primer lugar se calculó la media para luego obtener el desvío estándar. Se aplicó la fórmula de normalización: $Z = (X - \mu) / \sigma$ (siendo X el valor que se quiere normalizar, μ la media y σ el desvío estándar). Finalmente, con los resultados de cada equipo para cada municipio, se sumaron los valores normalizados en cada localidad para así armar un indicador sintético que permite ordenar a los municipios.

RECURSOS HUMANOS

MÉDICOS/ENFERMERAS POR CADA 10 MIL HABITANTES SIN COBERTURA: este indicador brinda una idea de cuántos profesionales de la salud hay disponibles para la población que los requiere. Fue calculado a partir de datos suministrados por los secretarios de salud correspondientes al año 2013.

INDICE DE DISPONIBILIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN CAPS: en muchos municipios la falta de médicos especializados representa un serio problema. Lo que se intenta medir con este indicador es el nivel de diversidad en cuanto a las especialidades ofrecidas en cada centro. Para construirlo se relevó en la encuesta a los secretarios de salud qué cantidad de CAPS contaban con: enfermería, ginecología, odontología, pediatría, fonoaudiología, clínica médica,

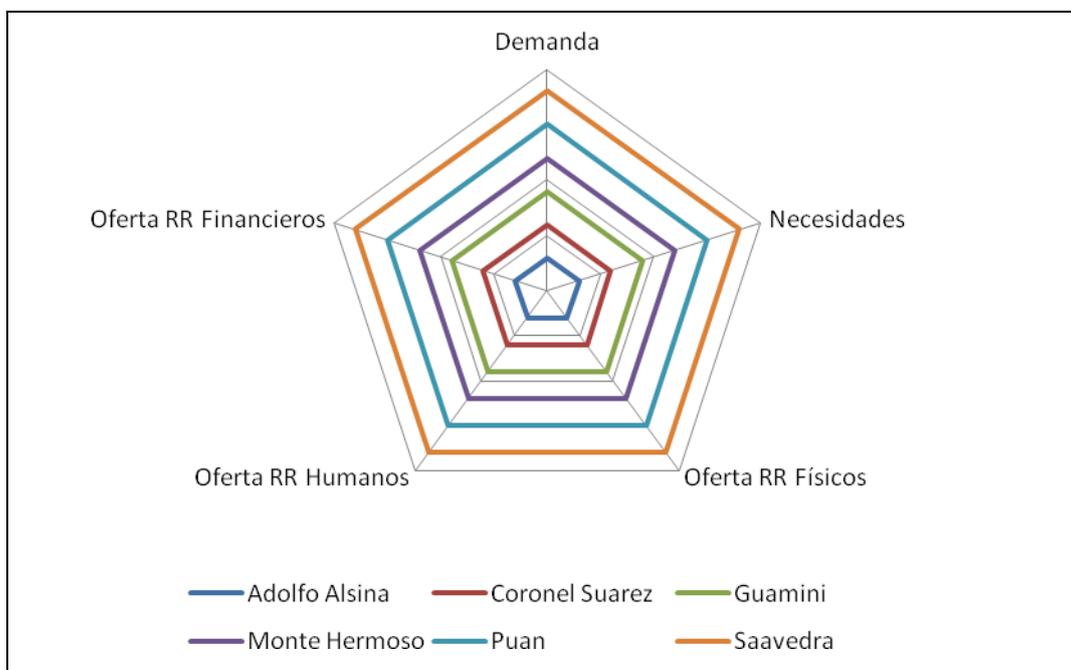
³Los equipos incluidos en la lista fueron sugeridos por la Dra. Gisela Ghigliani, ex vice-directora de salud del Municipio de Bahía Blanca

obstetricia, psicología y psicopedagogía⁴. Posteriormente, se elaboro un índice sintético de disponibilidad de especialidades, aplicando el mismo procedimiento que en el caso del equipamiento.

ANALISIS DE EQUIDAD

Una vez calculados los indicadores, se procede a analizar si la distribución de recursos entre los distintos municipios es equitativa en función de la demanda y de las necesidades, la oferta de recursos físicos y humanos y la disponibilidad de recursos financieros. Para ello se utilizaron gráficos radiales, utilizados para graficar modelos multidimensionales donde se miden variables que no son comparables. Los mismos representan los valores de cada categoría a los largo de una eje independiente que se inicia en el centro del gráfico y finaliza en el anillo exterior. En este caso, cada variable se expresa en términos relativos, tomando como el 100% el mayor valor existente en cada una de las unidades de análisis. De esta manera pueden observarse a simple vista las diferencias relativas en los valores de los distintos indicadores utilizados para cada municipio.

Gráfico 1: Ejemplo de distribución equitativa de recursos



⁴ Al igual que el equipamiento, las especialidades incluidas en la encuesta fueron sugeridas por la Dra. Ghigliani.

Para que la distribución de los recursos entre los municipios sea equitativa, en el gráfico deberían observarse estrellas paralelas que disminuyen su radio a medida que se acercan al centro, pero que no se cruzan. De esta manera estaríamos observando que los municipios con menor demanda serían quienes presenten la menor cantidad de recursos físicos y humanos. Siguiendo esta línea, en el caso de las necesidades debería repetirse este criterio donde aquellos municipios que presenten menores necesidades reciban menor cantidad de recursos financieros.

RESULTADOS

Para una presentación más organizada de la información obtenida de fuentes secundarias y del procesamiento de las encuestas realizadas, se estudiará cada indicador presentado en forma separada, mostrando un ordenamiento de los municipios de acuerdo a los resultados obtenidos. En todos los casos se exhibirá un cuadro con dicha información y se hará referencia al Anexo correspondiente donde se encuentre el resto de la información necesaria para comprender el procedimiento utilizado. Una vez analizados cada indicador, se procede a integrar los resultados en un análisis de equidad, realizado sobre la base de gráficos radiales.

NECESIDADES

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: como mencionamos anteriormente, su inclusión se debe a que es considerada una variable muy sensible del estatus de salud general de una población.

Tabla 2: TMI promedio. Periodo 2010-2013

Partido	Adolfo Alsina	Coronel Suarez	Guaminí	Monte Hermoso	Puan	Saavedra	Provincia de Bs.As.
TMI 2010-2013	3,34	8,56	5,53	12,16	5,91	8,59	11,52

Fuente: elaboración propia.

Debido a que en algunos municipios se registra (por su escasa población) un bajo número de nacimientos anuales, la TMI puede experimentar grandes variaciones entre períodos. Por este motivo, se optó por calcular la TMI promedio para el periodo 2010-2013 de cada municipio tomando a) los datos anuales de TMI reportados y b) la cantidad de nacidos vivos⁵. De esta forma, se determinó la cantidad de muertes en niños menores a un año en cada año analizado, y posteriormente se calculó la TMI promedio como el cociente entre a) el número de muertes de niños menores a un año en el periodo 2010-2013 y b) el número de nacidos vivos en el mismo período. Para el cálculo del promedio

⁵Los datos anuales de TMI así como la cantidad de nacidos vivos se exhibe en el ANEXO 1.

provincial (correspondiente al mismo periodo) se procedió de igual forma que para los municipios. Los resultados se exhiben en la tabla 2.

Puede observarse que Adolfo Alsina exhibe el valor más bajo en relación a este indicador, seguido por Guaminí y Puan. Asimismo, resulta evidente que la situación de Monte Hermoso es preocupante: no solo registra la mayor tasa de mortalidad infantil entre los municipios analizados, pero también es el único caso donde se supera el promedio provincial.

PORCENTAJE DE HOGARES CON AL MENOS UNA NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA: se considera importante a este indicador ya que se ha probado la existencia de una relación directa entre el nivel de pobreza y la presencia de ciertas enfermedades, lo que implica una mayor necesidad de gasto en salud.

Tabla 3: Porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha. Año 2010.

Partido	Adolfo Alsina	Coronel Suarez	Guaminí	Monte Hermoso	Puan	Saavedra	TOTAL PBA
%NBI (2010)	3,35	2,35	2,04	5,15	1,06	1,15	8

Fuente: INDEC, Redatam, Elaboración propia.

Al igual que la Tasa de Mortalidad Infantil, Monte Hermoso posee el mayor porcentaje de hogares con NBI. En el caso de Puan y Saavedra (los cuales exhiben los mejores valores de este indicador) el porcentaje es 4 puntos menor que el del municipio mencionado anteriormente.

Cabe aclarar que en todos los casos los valores se encuentran muy por debajo de la media provincial. Esto sugiere que si bien las necesidades en los municipios analizados existen, son menores a las que pueden encontrarse en el resto de la Provincia de Buenos Aires.

Luego de este análisis puede concluirse que Monte Hermoso tiene necesidades claramente mayores al resto y que, en el lado opuesto, Adolfo Alsina y Puan se encuentran en una mejor posición con la menor TMI y el menor porcentaje de hogares con NBI respectivamente.

DEMANDA

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SIN COBERTURA: La tabla (4) resume los datos disponibles referidos al porcentaje de población sin cobertura. Tal como se adelanto en la metodología, en el caso de los municipios de Coronel Suarez y Saavedra los datos corresponden a estimaciones para el año 2010, elaboradas en base a datos del INDEC. En el resto de los municipios, los datos corresponden al año 2013 y fueron provistos por los secretarios de salud⁶.

Tabla 4: Porcentaje de la población sin cobertura. Año 2010/2013

Partido	Adolfo Alsina ¹	Coronel Suarez ²	Guamini ¹	Monte Hermoso ¹	Puan	Saavedra ²	TOTAL PBA ³
% de población sin cobertura	40	25,36	40	25	10.5	25	35

Fuente: (1) Encuesta a Secretarios de salud. Datos Año 2013 (2) Estimación en base a datos del INDEC (2010). (3) Indec (2010)

En la tabla de resultados puede verse que los municipios con mayor porcentaje de población sin cobertura son Adolfo Alsina y Guaminí. Si retomamos la explicación teórica que se dio respecto a este índice, estos dos municipios serían los que presentan una mayor demanda potencial de los servicios públicos del primer nivel de atención. Respecto a la media provincial, son los únicos municipios que se encuentran por encima de la misma. El caso de Puan es especial porque el valor es muy inferior al resto, 15 puntos porcentuales por debajo de los siguientes distritos con menor población sin cobertura (Coronel Suarez, Monte Hermoso y Saavedra).

RELACIÓN DE CONSULTAS DE POBLACIÓN SIN COBERTURA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: indica la cantidad de veces promedio que un habitante sin obra

⁶ En el ANEXO 2 se indican las estimaciones para todos los municipios. Debe observarse la existencia de fuertes diferencias entre los valores estimados para el año 2010 y los provistos por los secretarios de salud para el año 2013.

social realiza consultas en el primer nivel de atención en un año⁷. Los cálculos por municipio se indican en la tabla 6.

Tabla 6: Relación de consultas de población sin cobertura médica al primer nivel de atención. Año 2004

Partido	Adolfo Alsina	Coronel Suarez	Guamini	Monte Hermoso	Puan	Saavedra	RSI	TOTAL PBA
Relación de consultas de población sin OS al PNA	2,4	3,1	1	2,8	1,6	1,1	1,8	2,6

Fuente: Tablero de mando Min. Salud. Elaboración propia

No es posible obtener resultados concluyentes respecto de la facilidad de acceso a los servicios de atención primaria evaluando en forma aislada este indicador. Un número reducido de consultas puede deberse a una escasa demanda de servicios médicos del primer nivel o a que los servicios son de baja calidad y la población opta por otros medios, como pueden ser guardias de hospitales o consultorios privados. De cualquiera manera, es un indicador útil porque muestra el uso efectivo del primer nivel de atención en cada municipio. En el caso de Suarez, en promedio, un habitante sin cobertura consulta al primer nivel 3 veces por año, mientras que en Guaminí y Saavedra, la demanda es de tan solo 1 consulta anual, siendo los municipios con menor demanda efectiva.

RIQUEZA Y RECURSOS FINANCIEROS POTENCIALMENTE DISPONIBLES PARA EL SECTOR SALUD

PRODUCTO BRUTO GEOGRÁFICO (PBG): el PBG es un indicador de la riqueza de cada municipio, por lo cual se espera este positivamente correlacionado con la capacidad de generar recursos tributarios propios. Al analizar el PBG en

⁷Implícitamente se asume que solo la población sin cobertura utiliza los servicios públicos del primer nivel de atención. Este supuesto obviamente no es del todo realista, con lo cual el valor calculado puede estar sobre estimando el verdadero número de consultas por habitante sin cobertura médica.

términos absolutos, en 5 de los 6 municipios oscila entre los 600 y los 725 mil millones de pesos, siendo Monte Hermoso el único que está fuera de este rango con un monto sustancialmente menor.

Tabla 7: Producto Bruto Geográfico. Valores absolutos y per cápita. Año 2008.

Partido	PBG	PBG per cápita
Adolfo Alsina	687.549.000	41.107,092
Coronel Suarez	722.023.097	19.213,7796
Guamini	621.760.749	55.025,9969
Monte Hermoso	154.210.348	24.417,371
Puan	605.546.312	38.426,4029
Saavedra	703.375.659	34.208,549
TOTAL PBA	330.592.842.598	21.691,0446

Fuente: Elaboración propia en base a Lódola A. et (2010).

Los cálculos del PBG per cápita ubican a Guaminí y Adolfo Alsina como los municipios más ricos en términos relativos. Asimismo, Monte Hermoso no ocupa el último lugar. En términos de PBG pc es Coronel Suarez quien se ubica en la peor posición, siendo además el único caso donde tal valor está por debajo de la media provincial.

COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL POR SALUD ANUAL PER CÁPITA, GASTO FINALIDAD SALUD MUNICIPAL PER CÁPITA Y PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA COPARTICIPACIÓN EN GFSM⁸: mientras que el monto de la coparticipación municipal per cápita indica los recursos que gira la provincia para el financiamiento del sector salud en cada distrito y el GFSM per cápita el monto de los recursos destinados al financiamiento de los servicios públicos de salud, el porcentaje de cobertura de

⁸ Los detalles de este indicador pueden encontrarse en el ANEXO 4

la coparticipación en el GFSM brindar una idea del esfuerzo que realiza cada municipio en el financiamiento de dicho gasto, al permitir apreciar en qué medida dispone de fondos ajenos a los de coparticipación por salud (municipales o provinciales) para financiar la provisión pública de servicios médico sanitarios. Los montos de coparticipación municipal por salud per cápita, GFSM per cápita y el porcentaje de cobertura de la coparticipación en el GFS para cada municipio analizado, así como el promedio provincial, se indican en la tabla 8.

Tabla 8: Coparticipación por salud en términos per cápita, Gasto Finalidad Salud Municipal per cápita y porcentaje de cobertura de la coparticipación en el GFSM. Año 2010

Partido	Coparticipación Municipal por salud per cápita	GFSM per cápita	% cobertura de la coparticipación en el GFSM
Adolfo Alsina	841	895	94,0
Coronel Suarez	701	776	90,4
Guamini	934	715	130,6
Monte Hermoso	640	720	89,0
Puan	1193	1001	119,2
Saavedra	1149	1396	82,3
TOTAL PBA	147	262	56,2

Fuente: Tablero de mando Min. Salud. Elaboración propia

Observando la coparticipación municipal anual, Puan y Saavedra son los distritos que reciben mayor cantidad de fondos per cápita para el financiamiento de la salud, mientras que Monte Hermoso se encuentra en el último lugar, seguido por Coronel Suarez.

Los mayores niveles de GFSM per cápita se observan en Saavedra, seguido por Puan y Adolfo Alsina. Los municipios que menor cantidad de fondos dedican al financiamiento de la salud son Guaminí y Monte Hermoso.

Los porcentaje de cobertura de los fondos de coparticipación por salud en el GFSM superan el 100% en los casos de Guaminí y Puan. Esto indica que en estos municipios el dinero que se recibe por coparticipación cubre en su totalidad el gasto en salud, e incluso queda un monto restante para ser utilizado en otras áreas del sector público. Adolfo Alsina, Coronel Suarez y Monte Hermoso no superan el 100% pero están muy próximos al mismo (90%), indicando que el dinero es usado en su totalidad y cubre prácticamente el total de los gastos de salud en este municipio. Saavedra en este caso es el menor, con solo un 82,3% cubierto por la coparticipación de su gasto en salud. Si se considera que es el municipio que más recursos recibe en términos per cápita de coparticipación por salud, puede inferirse que sus dirigentes otorgan una alta prioridad al sector, por lo cual destinan otros recursos propios para poder suplir la diferencia entre los fondos de coparticipación y el gasto realizado.

Por último, cabe destacar que en todas las variables analizadas los valores registrados a nivel de cada municipio están muy por encima de la media provincial.

RECURSOS FÍSICOS

CAPS POR CADA 10 MIL HABITANTES SIN COBERTURA: el objetivo de este indicador es permitir apreciar si la disponibilidad de infraestructura en el PNA es la adecuada en relación a la población.

De acuerdo a los resultados obtenidos (tabla 9) es posible dividir a los municipios analizados en tres grupos: El primero está integrado Adolfo Alsina y Coronel Suarez, los cuales poseen la menor disponibilidad de infraestructura en relación a su población. Por otra parte Monte Hermoso y Púan conforman un segundo grupo donde la disponibilidad de infraestructura en relación a la población es claramente mayor (en el caso de Puan sextuplica el valor más

pequeño). Por último, Guaminí y Saavedra integran un tercer grupo que se ubica en una posición intermedia entre los dos anteriores.

Tabla 9: CAPS por cada 10 mil habitantes sin cobertura. Año 2013

Partido	Adolfo Alsina	Coronel Suarez	Guaminí	Monte Hermoso	Puan	Saavedra	PBA
CAPS	5	11	6	5	6	9	2002
CAPS por cada 10 mil habitantes sin cobertura	6,4	9,9	13,6	24,2	36,6	20,6	4,4

Fuente: Elaboración propia (Encuesta a los Secretarios de Salud)

Asimismo, cabe destacar que en todos los casos los valores están por encima de la media provincial, lo cual indica la existencia de condiciones ventajosas de acceso en los municipios relevados.

PORCENTAJE DE CAPS EQUIPADOS CON DIVERSOS INSTRUMENTOS MÉDICOS: intenta dar una idea del nivel de equipamiento que tienen los CAPS de cada municipio⁹.

Guaminí exhibe el valor más bajo del índice de equipamiento de caps. Esto puede explicarse porque 5 de los 18 equipos relevados no están presentes en ningún CAPS, entre ellos el sillón necesario para brindar el servicio de odontología (que si se presta en el resto de los municipios). 7 equipos están en solo 2 de los 6 CAPS y 6 equipos están presentes en 4 o más CAPS.

En el caso de Saavedra (el segundo municipio con menor equipamiento en términos relativos, según se desprende del índice elaborado) también son 5 los equipos que no se encuentran en ninguno de los Centros, 6 equipos están

⁹ En el ANEXO 5 podemos encontrar el detalle del porcentaje de CAPS equipados con los elementos seleccionados.

presentes en 5 o menos Centros y los 7 restantes se encuentran en al menos 7 de los 9 CAPS

Tabla 10: Índice de equipamiento médico en los CAPS. Año 2013

Partidos	Resultado de la normalización
Adolfo Alsina	3,42
Coronel Suarez	9,62
Guamini	-15,17
Monte Hermoso	4,45
Puan	5,96
Saavedra	-8,29

Fuente: Secretarios de salud. Elaboración propia

Adolfo Alsina y Monte Hermoso presentan un equipamiento muy similar: en el primero solo 3 equipos no están en ningún CAPS, mientras que en el segundo solo 2 son los equipos ausentes; hay 4 equipos presentes en uno, dos o tres CAPS en ambos casos y todos los Centros cuentan con los restantes 11 (en Adolfo Alsina) y 12 (en Monte Hermoso) equipos. En el municipio de Puan no hay ningún equipo ausente, 7 equipos están presentes en todos los Centros, hay 5 que están solo en 1 o 2 Centros y los 6 restantes están en 4 o 5 CAPS. Cabe mencionar también que en esta localidad los CAPS cuentan con otros equipos además de los sugeridos por nuestro análisis (detallados en el ANEXO 4). Por último, el mejor posicionado según la normalización es Coronel Suarez, donde solo un equipo está ausente, y hay 12 que están en todos los CAPS, los 5 equipos restantes están distribuidos en 1, 3, 4, 8 u 10 CAPS. Los detalles de este análisis pueden encontrarse en el ANEXO 5.

Luego de este análisis del indicador que utilizamos para medir los recursos físicos podemos concluir que Puan es quien presenta la mayor cantidad CAPS por cada 10 mil habitantes sin obra social y que los mismos están altamente equipados. Y en el caso de Guaminí y Saavedra que se encontraban en una posición intermedia al evaluar la cantidad de CAPS, al observar su

equipamiento se concluye que los mismos son muy incompletos. Como se anticipó en la explicación teórica, la cantidad de CAPS sobre habitantes sin cobertura era adecuada, pero los mismos no están equipados con los recursos necesarios y solo 2 de los 6 y 9 CAPS totales respectivamente están “completos” para suplir las necesidades en salud de los municipios.

RECURSOS HUMANOS

MÉDICOS/ENFERMERAS POR CADA 10 MIL HABITANTES SIN COBERTURA intenta reflejar la oferta de profesionales de la salud disponibles para la población que los requiere.

Tabla 11: Cantidad de profesionales de la salud presentes en los municipios. Año 2013

Partido	Médicos por cada 10mil habitantes sin cobertura	Enfermeras por cada 10mil habitantes sin cobertura
Adolfo Alsina	10,3	12,8
Coronel Suarez	26,09	11,7
Guamini	61,4	95,5
Monte Hermoso	77,3	24,2
Puan	207,5	360,1
Saavedra	41,38	39,01

Fuente: Secretaríos de salud. Elaboración propia

Este índice muestra clara diferencia entre los municipios, mientras que Puan tiene aproximadamente 200 médicos y 360 enfermeras por cada 10mil habitantes sin cobertura, en el otro extremo está Adolfo Alsina con 10 y 13, y Coronel Suarez con 26 y 12. Esta diferencia es alarmante porque indica una clara disparidad en la oferta de recursos humanos.

INDICE DE DISPONIBILIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS EN CAPS: este indicador intenta medir el nivel de complejidad en cuanto a los servicios ofrecidos que tiene cada centro¹⁰.

Tabla 12: INDICE DE DISPONIBILIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN CAPS. Año 2013

Partido	Valor del índice
Adolfo Alsina	-4,44
Coronel Suarez	8,50
Guamini	-4,86
Monte Hermoso	-2,81
Puan	5,59
Saavedra	-1,98

Fuente: Secretarios de salud. Elaboración propia

En todos los municipios, el servicio de enfermería está presente en la totalidad de los Centros de Atención Primaria de la Salud. Esto es de esperar, en la medida que la disponibilidad de un enfermero representa la mínima dotación requerida para la apertura de un CAPS.

En Guaminí se observa una clara falta especialidades, ya que la mayoría de los centros carecen de, por ejemplo, odontología, ginecología, pediatría y obstetricia. En el caso de Adolfo Alsina, los 5 CAPS presentan simplemente servicios de clínica médica, solo uno de odontología y pediatría, y el resto de las especialidades no están cubiertas en este nivel de atención.

En Monte Hermoso solo 3 CAPS (de 5 existentes) cuentan con pediatría, clínica médica y psicología, dos con obstetricia y solo uno odontología. Ninguno cuenta con ginecología, fonoaudiología y psicopedagogía. Ningún Centro en Saavedra presenta servicios de ginecología, pediatría, fonoaudiología,

¹⁰ En el ANEXO 6 podemos encontrar el detalle del porcentaje de CAPS que brindan cada una de las especialidades seleccionadas.

psicología y psicopedagogía. La mitad (de un total de 9) cuenta con servicios de odontología y las únicas áreas que están presentes en 7 o más de los 9 CAPS son clínica médica y obstetricia.

En la localidad de Puan, los 6 CAPS cuentan con clínica médica, 5 con psicología y pediatría y 4 con odontología. Además algunos cuentan con otras especialidades como bioquímica, psiquiatría, y neumonología. Por último, Coronel Suarez es el municipio con mayor cantidad de especializaciones: los 11 CAPS existentes en la ciudad cuentan con servicios de clínica médica, 10 con ginecología, pediatría y obstetricia y el resto de las especialidades se encuentran al menos en 2, 3 o 4 CAPS.

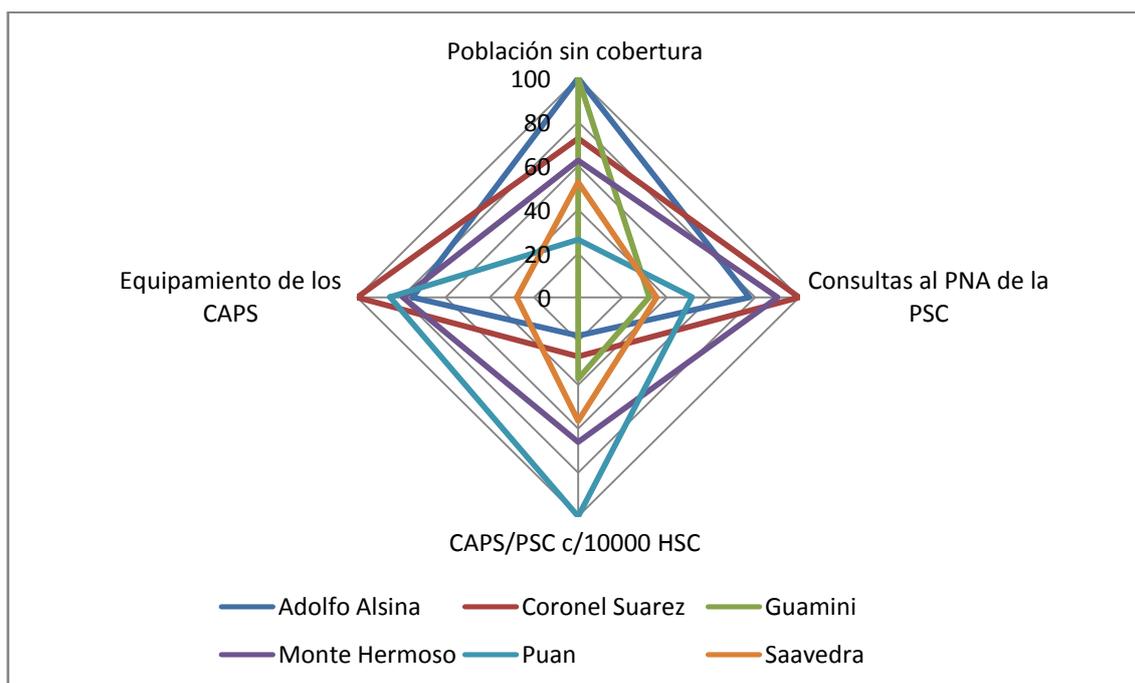
En lo que respecta a Recursos Humanos, podemos concluir que Puan se encuentra en una excelente posición ya que es quien presenta mayor cantidad de médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes sin cobertura, índice que supera ampliamente al resto de los municipios, y además sus Centros de Atención ofrecen todas las especialidades, con excepción de fonoaudiología. Coronel Suarez, pese a la baja cantidad de profesionales de la salud, ha logrado ofrecer todos los servicios a los habitantes que no tienen cobertura social y requieren de la atención pública. En el otro extremo se encuentra Adolfo Alsina que no logra cubrir la oferta de especialidades, problema que puede justificarse por la falta de profesionales en la localidad.

ANALISIS DE EQUIDAD

El presente trabajo abordó la oferta de servicios, para evaluar accesibilidad, desde la óptica de recursos físicos y humanos. Comparando estos resultados directamente con indicadores de demanda se observó que en ningún caso aquellos municipios con mayor demanda presentaban condiciones de oferta favorables.

En el gráfico 2¹¹ puede observarse que aquellos municipios con mayor población sin cobertura (Adolfo Alsina y Guamini) son quienes presentan la menor cantidad de CAPS por cada 10 mil habitantes sin cobertura. También puede verse que Guamini presenta el mayor porcentaje de población sin cobertura y en términos de equipamiento¹² es el más incompleto.

Gráfico 2: Demanda y Recursos Físicos



En el caso de los Recursos Humanos la situación se repite. En el Gráfico 3¹³, Adolfo Alsina y Guamini, lejos están de ser quienes presentan la mayor oferta de Recursos Humanos y especialidades¹⁴. Por el contrario, Adolfo Alsina tiene la menor cantidad de médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes sin

¹¹ El gráfico radial se realizó a partir de la estandarización de los datos. Es decir, las variables que tenían el mayor valor se consideran del 100% y el resto se calculan en términos porcentuales de ésta, para poder observar las diferencias entre los municipios. El detalle del mismo se encuentra en el ANEXO 7

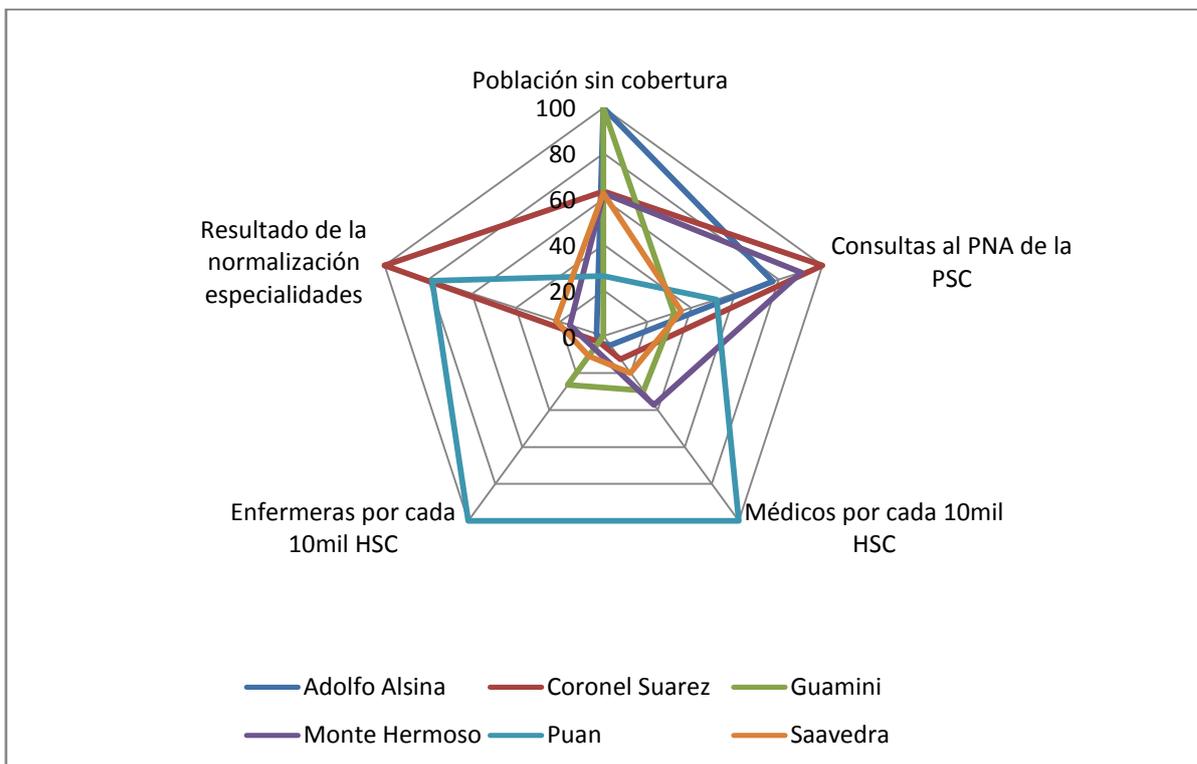
¹² En el caso de equipamiento, los datos se modificaron para que el impacto visual sea mayor. Como luego de la normalización algunos indicadores quedaron con valores negativos, se cambió la escala del eje sumando el menor valor negativo (en términos absolutos) al resto de los resultados para así obtener todos números positivos. El detalle del mismo se encuentra en el ANEXO 7

¹³ El gráfico se realizó a partir de la estandarización de los datos. Es decir, las variables que tenían el mayor valor se consideran del 100% y el resto se calculan en términos porcentuales de ésta, para poder observar las diferencias entre los municipios. El detalle del mismo se encuentra en el ANEXO 8

¹⁴ En el caso de las especialidades, los datos se modificaron para que el impacto visual sea mayor. Como luego de la normalización algunos indicadores quedaron con valores negativos, se sumó el valor negativo mayor al resto de los resultados para así obtener todos números positivos, en otras palabras, se cambió la escala del eje. El detalle del mismo se encuentra en el ANEXO 8

cobertura y Guamini se encuentra siempre por debajo de la media. En el lado opuesto se encuentra Puan, con la menor cantidad de población sin cobertura y la mayor cantidad de médicos y enfermeras, y un segundo lugar respecto a las especialidades.

Gráfico 3: Demanda y Recursos Humanos

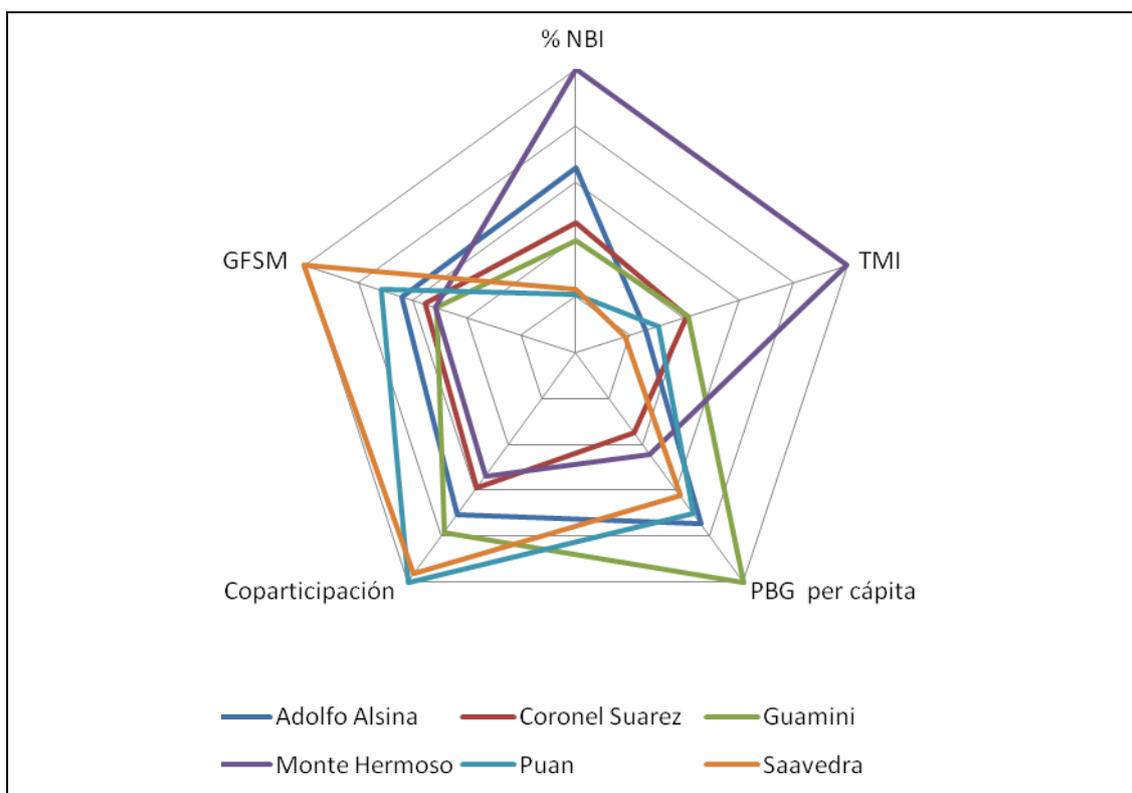


Respecto a la demanda de la población y a la oferta en términos tanto de Recursos Físicos como Humanos, las inequidades son evidentes.

Además de esta relación entre demanda y oferta, también se realizó un análisis comparando necesidades con recursos financieros, esperando que aquellos municipios con mayores necesidades (medidas a través de tasa de mortalidad infantil y necesidades básicas insatisfechas) y donde el producto bruto geográfico fuese el menor, ya que serian las localidades más pobres, recibieran una mayor coparticipación per cápita y tuvieran un mayor gasto con finalidad salud municipal.

En el gráfico 4¹⁵ puede observarse una diferencia significativa entre Monte Hermoso, quien presenta los niveles de necesidades más elevados y la menor coparticipación y gasto con finalidad salud municipal, y Puan y Saavedra que se encuentran en el otro extremo con bajos parámetros de necesidades y una elevada coparticipación, acompañada de un alto gasto con finalidad salud municipal.

Gráfico 4: Necesidades y Recursos Financieros



¹⁵ El gráfico se realizó a partir de la estandarización de los datos. Es decir, las variables que tenían el mayor valor se consideran del 100% y el resto se calculan en términos porcentuales de ésta, para poder observar las diferencias entre los municipios. El detalle del mismo se encuentra en el ANEXO 9

CONCLUSIONES FINALES

El presente trabajo final de grado se planteó a partir de la hipótesis de la presencia de inequidades en el acceso a la salud en los municipios de la Región Sanitaria I. A partir de la revisión bibliográfica, se observó un dilema respecto al funcionamiento del sistema descentralizado implementado actualmente en la provincia de Buenos Aires. Por un lado se considera al mismo positivo, ya que acerca los niveles de decisión a las demandas de cada partido, pero también sus debilidades son claras al ver que la asignación de recursos coparticipables ha generado una fragmentación en los servicios de salud municipales, generando diferentes condiciones de ejercicio del derecho a la salud en cada localidad.

A partir de este indicio de inequidad en el acceso al primer nivel de atención de la salud, se calcularon indicadores de demanda y necesidades para luego compararlos con indicadores recursos humanos, físicos y financieros y así lograr detectar en qué casos los primeros se relacionan con los segundos.

Luego del análisis, se encontró que tanto desde el punto de vista del acceso, analizando la oferta con recursos físicos y humanos y la demanda con el porcentaje de población sin cobertura y consultas al primer nivel, como desde el de las necesidades y los recursos financieros, se observan grandes inequidades en los municipios analizados de la Región Sanitaria I.

En el análisis de equidad se observó que en ningún caso los municipios que presentaban una mayor demanda tenían los mejores indicadores en términos de oferta y que por el contrario, aquellas localidades con mayor porcentaje de la población sin cobertura presentaban la menor cantidad de CAPS, escasamente equipados, así también como la menor cantidad de profesionales de la salud y diversidad en las especializaciones seleccionadas.

Además, se muestra una distribución inequitativa de los recursos de coparticipación y del gasto con finalidad salud municipal, viéndose favorecidas las localidades con menores necesidades.

Como se mencionó en el capítulo II donde se describe el sistema descentralizado de la Provincia de Buenos Aires, la transferencia de establecimientos del primer nivel de atención a los municipios puede generar diferencias en la provisión de bienes y servicios de salud y generar inequidades en el acceso al primer nivel de atención, provocadas por diferencias en las capacidades para generar y utilizar recursos, entre otras. En este caso se comprobó tal efecto y se sugiere que para revertirlo deberían modificarse las políticas públicas, basando la distribución de recursos financieros en las necesidades y la demanda potencial de cada municipio. De esta manera podrían mejorarse los centros de atención primaria, contratarse más especialistas en salud y mejorar así el acceso al primer nivel de la población.

BIBLIOGRAFIA

(1) Sen A. (2002). "¿Por qué la equidad en salud?". Revista Panamericana de Salud Pública. Número 5-6. Volumen 11. Pág.302-309. Washington.

(2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. "Equidad en Salud y Desigualdades Sociales". Disponible en <http://www.msssi.gob.es>

(3) Martha L. Rubio (2008). "Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá". Revista salud pública. Número 10. Volumen 1. Pág 29-43.

(4) Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de salud (2004): "Bases del Plan federal de Salud 2004-2007", marzo, disponible en www.remediar.gov.ar

(5) Lago F., Moscoso N. (2013) "La Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Buenos Aires: Diagnóstico de situación y Herramientas sistemáticas de análisis".

(6) Lago, F. P., Moscoso, N. S., Elorza, M. E., & Ripari, N. V. (2011). "Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. Saludcolectiva", 8(3), 263-274.

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

(8) Elorza M.E. (2012) "Tópicos de economía de la salud: la atención primaria en los sistemas de salud". Bahía Blanca.

(9) Lago, F. P., Moscoso N. S., Elorza M. E., Ripari N. V., García Diéguez M., Ghigliani M. G. Resumen Ejecutivo Honorable Cámara de Diputados "asignación de recursos coparticipables por salud en la Provincia de Buenos Aires". Link: <http://www.hcdiputados-ba.gov.ar/osl/ActividadesDescentralizadas/interinstitucionales/UNS.Depto%20de%20Econom%C3%BD%C3%BDa%20Informe%20integrado.pdf>

- (10) Lódola A., Brigo R., Morra F. (2010) "Economía de los Gobiernos Municipales. Teoría y Aplicaciones a la Argentina". Proyecto PICT 799/20071. Argentina.
- (11) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/>
- (12) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tablero de mando. Disponible en <http://tablero.ms.gba.gov.ar>.
- (13) Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Ginebra: OMS; 2001
- (14) Poblete S, vargas v. El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la atención primaria. Revista chilena de Medicina Familiar. 2007;8(1):24-31.
- (15) Pracilo (1998): "El Sistema de Salud", Modulo 2, editado por la cátedra de "Salud, Medicina y Sociedad", Facultad de Medicina, UNLA. La Plata.
- (16) Reidpath D, Allote P. Infant mortality rate as an indicator of population health. Journal of Epidemiology and communityHealth. 2003;57(5):344-346.
- (17) Starfield B. (2002). "Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population". Revista Panamericana de Salud Pública. Número 6. Volumen 12. Pág. 384-387. Washington.
- (18) Terrasa, S.; Rubinstein, F.; Giraudo, N. y Bortman, M. (2005): "Mortalidad infantil y prematura en Argentina: poder explicativo de las diferencias socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud". Investigaciones Originales. Archivos de Medicina Familiar y general. Volumen 1. Número 2. Pág.14-21.
- (19) Whitehead, M. "The concepts and principles of equity and health". Copenhagen: WorldHealthOrganization, 1990.

ANEXO I: TMI ANUAL Y NACIDOS VIVOS. AÑOS 2010 A 2013.

Tabla I.1: Tasa de Mortalidad Infantil anual

PARTIDO	2010	2011	2012	2013
Adolfo Alsina	5,2	6,3	0	0
Coronel Suarez	8,2	9,1	8,8	8,2
Guaminí	8,3	6,8	0	6,9
Monte Hermoso	20	20,4	0	9,6
Puan	6,1	12,7	5,9	0
Saavedra	3,6	11,5	15,4	4
Provincia de Bs.As.	12	11,7	11,4	10,9

Fuente: Min. Salud Pcia. BsAs, Elaboración propia.

Tabla I.2: Nacidos Vivos

Partido	2010	2011	2012	2013
Adolfo Alsina	192	320	198	192
Coronel Suarez	610	550	566	603
Guaminí	121	147	130	145
Monte Hermoso	100	98	109	104
Puan	164	158	169	186
Saavedra	275	260	260	251
Provincia de Bs.As.	287.300	291.955	281.386	251.589

Fuente: Min. Salud Pcia. BsAs, Elaboración propia.

ANEXO II: Población sin cobertura

Partido	% Población sin cobertura 2001 (i)	% Población sin cobertura 2010 (valores estimados)	% Población sin cobertura (2013) (ii)
Adolfo Alsina	44,7	31,93	40
Coronel Suarez	35,5	25,36	s/d
Guamini	37,4	26,71	40
Monte Hermoso	43,5	31,07	25
Puan	38,2	27,29	10,5
Saavedra	35	25	s/d
TOTAL PBA	49	35	s/d

Fuente: i) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. ii) Secretarías de salud. Elaboración propia.

Para el cálculo de los valores de población sin cobertura (PBC) estimados correspondientes al año 2010, se asumió que cada municipio experimentó una reducción proporcional a la exhibida por el conjunto de la provincia de Buenos Aires entre los años 2001 y 2010.

ANEXO III: Estimaciones Producto Bruto Geográfico

Partido	Población (2001) (i)	Población (2010) (ii)	Variación intercensal	Variación anual	Población "2008"	PBG (2008) (iii)	PBG per cápita
Adolfo Alsina	16245	16846	3,69959988*	0,36995999*	16725,8*	687549000	41107,092
Suarez	36828	37766	2,54697513*	0,25469751*	37578,4*	722023097	19213,7796
Guamini	11257	11310	0,47081816*	0,04708182*	11299,4*	621760749	55025,9969
Monte Hermoso	5602	6494	15,9228847*	1,59228847*	6315,6*	154210348	24417,371
Puan	16381	15603	-4,7494048*	-0,47494048*	15758,6*	605546312	38426,4029
Saavedra	19715	20773	5,36647223*	0,53664722*	20561,4*	703375659	34208,549
Total Provincia de Buenos Aires	13827203	15594428	12,7807844*	1,27807844*	15240983*	330592842598	21691,0446

Fuente: i) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. ii) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.(iii) Lódola A. et (2010). Elaboración propia. *Estimaciones

ANEXO IV: Coparticipación Municipal Anual, gasto finalidad salud y porcentaje de cobertura de la coparticipación en el gasto finalidad salud.

Partido	Población 2010	Coparticipación Municipal Anual (en pesos)					% cobertura de la coparticipación en el GFSM		GFSM	
		2010	per cápita 2010	2011	2012	2013	2010	2011	2010	per cápita 2010
Adolfo Alsina	16846	14.173.988	841	20.172.932	31.778.985	32.073.410	94	119,1	15078710,6	895,0915
Suarez	37766	26.488.998	701	34.675.707	55.820.509	70.549.124	90,4	103,4	29301988,9	775,8828
Guamini	11310	10.560.012	934	13.539.821	19.269.396	24.857.914	130,6	128,1	8085767,2	714,9219
Monte Hermoso	6494	4.159.631	641	5.029.175	7.354.190	9.810.229	89	92,7	4673742,7	719,7017
Puan	15603	18.623.065	1.194	23.635.658	33.629.335	44.691.049	119,2	129,6	15623376,7	1001,306
Saavedra	20773	23.861.965	1.149	28.596.181	39.074.925	50.430.111	82,3	99,4	28993882,1	1395,748
TOTAL PBA	15594428	2.293.000.000	147	3.036.000.000	4.216.000.000	5.609.000.000	56,2	63,4	4080071174	261,6365

Fuente: Tablero de mando Min. Salud. Elaboración propia.

ANEXO V: Equipamiento

Tabla V.1: CAPS que cuentan con distintos instrumentales médicos (como % del total de CAPS del distrito)

Partidos	%CAPS que cuentan con:																	
	Nebulizador/ Aspirador	Tablas antropométricas	Monitor fetal	Balanza adultos	Tensiómetro de pared	Sillón odontológico	colposcopio	Pantoscopio	Caja de curaciones	Medidor de Glucosa	Negatoscopio	Pediómetro metálico	Manguito para tensiómetro pediátrico	Camilla ginecológica	Camilla pediátrica	Esterilizadora	Balanza pediátrica	Caja de suturas
Adolfo Alsina	100	100	0	100	100	20	100	100	0	100	100	100	20	60	0	40	100	100
Suarez	100	100	90	100	100	27	100	0	100	100	9	100	100	72	100	37	100	100
Guamini	33	67	33	67	33	0	0	0	100	67	67	0	0	33	33	33	33	100
Monte Hermoso	100	100	20	100	100	20	0	100	100	100	100	100	100	40	100	0	60	100
Puan*	100	67	17	100	83	67	33	33	100	100	83	33	67	67	17	100	100	100
Saavedra	89	33	11	89	0	55	11	0	100	100	0	0	78	55	0	55	78	78
Media	87	77,833	28,5	92,666	69,333	31,5	40,666	38,833	83,333	94,5	59,833	55,5	60,833	54,5	41,666	44,166	78,5	96,333
Desvío estándar	26,817	27,272	32,017	13,321	42,744	24,857	47,512	49,073	40,824	13,472	44,674	50,214	41,877	15,267	46,821	32,798	27,566	8,981

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por los Secretarios de. Salud de cada distrito.

*Equipamiento extra con las que cuenta Puan: extracción de sangre, laringoscopio, desfibrilador, estetoscopio fetal de madera, otoscopio, electrocardiógrafo, aparato de rayos y oxímetro.

Tabla V.2: CAPS que cuentan con distintos instrumentales médicos. Valores normalizados por partido.

Partidos	%CAPS que cuentan con:																		
	Nebulizador/ aspirador	Tablas antropométricas	Monitor fetal	Balanza adultos	Tensiómetro de pared	Sillón odontológico	colposcopio	Pantoscopio	Caja de curaciones	Medidor de Glucosa	Negatoscopio	Pediómetro metálico	Manguito para tensiómetro pediátrico	Camilla ginecológica	Camilla pediátrica	Esterilizadora	Balanza pediátrica	Caja de suturas	índice sintético de disponibilidad de equipamiento (suma)
Guamini	-2,0135	-0,3972	0,1405	-1,9266	-0,8500	-1,2672	-0,8559	-0,7913	0,4082	-2,0412	0,1604	-1,1052	-1,4526	-1,4082	-0,1850	-0,3404	-1,6505	0,4082	-15,167
Monte Hermoso	0,4847	0,8127	-0,2654	0,5504	0,7174	-0,4626	-0,8559	1,2464	0,4082	0,4082	0,8991	0,8861	0,9352	-0,9497	1,2458	-1,3465	-0,6711	0,4082	4,451
Puan	0,4847	-0,3972	-0,3591	0,5504	0,3197	1,4281	-0,1613	-0,1188	0,4082	0,4082	0,5185	-0,4480	0,1472	0,8187	-0,5268	1,7022	0,7799	0,4082	5,963
Saavedra	0,0745	-1,6439	-0,5465	-0,2752	-1,6220	0,9453	-0,6243	-0,7913	0,4082	0,4082	-1,3393	-1,1052	0,4099	0,0327	-0,8899	0,3302	-0,0181	-2,0412	-8,287
Adolfo Alsina	0,4847	0,8127	-0,8901	0,5504	0,7174	-0,4626	1,2487	1,2464	-2,0412	0,4082	0,8991	0,8861	-0,9750	0,3602	-0,8899	-0,1270	0,7799	0,4082	3,416
Suarez	0,4847	0,8127	1,9208	0,5504	0,7174	-0,1810	1,2487	-0,7913	0,4082	0,4082	-1,1378	0,8861	0,9352	1,1462	1,2458	-0,2185	0,7799	0,4082	9,624

Fuente: Secretaríos de. Salud. Elaboración propia.

*Equipamiento extra con las que cuenta Puan: extracción de sangre, laringoscopio, desfibrilador, estetoscopio fetal de madera, otoscopio, electrocardiógrafo, aparato de rayos y oxímetro.

ANEXO VI

Tabla VI.1. CAPS que cuentan con diferentes especialidades (como porcentaje del total de CAPS de cada distrito)

Partido	% CAPS que cuentan con								
	Enfermería	Ginecología	Odontología	Pediatría	Fonoaudiología	clínica medica	Obstetricia	psicología	Psicopedagogía
Adolfo Alsina	100	0	20	20	0	100	0	0	0
Suarez	100	91	27	91	18	100	91	72	36
Guamini	100	17	0	33	0	67	33	17	0
Monte Hermoso	100	0	20	60	0	60	40	60	0
Puan *	100	50	67	83	33	100	17	83	0
Saavedra	100	0	55	0	0	89	78	0	0
Media	100	26,33333333	31,5	47,83333333	8,5	86	43,16666667	38,66666667	6
Desvío estandar	0	37,1734672	24,8575944	36,1409279	13,9964281	18,0776105	35,1079288	37,3934041	14,6969385

Fuente: Secretarios de. Salud. Elaboración propia. *Especialidades extra con las que cuenta Puan: bioquímico, kinesiólogo, cardiólogo, traumatólogo, nutricionista, psiquiatra, radiólogo, ayudantes de enfermería.

Tabla VI.2. CAPS que cuentan con diferentes especialidades (Valores normalizados por distrito)

Partido	Enfermería	Ginecología	Odontología	Pediatría	Foncoaudiología	clínica médica	Obstetricia	psicología	psicopedagogía	índice sintético de especializaciones (suma)
Adolfo Alsina	0	-0,708	-0,462	-0,770	-0,607	0,774	-1,2295418	-1,0340504	-0,4082482	-4,445
Suarez	0	1,739	-0,181	1,194	0,678	0,774	1,3624652	0,8914228	2,0412414	8,501
Guamini	0	-0,251	-1,267	-0,410	-0,607	-1,051	-0,2895832	-0,5794248	-0,4082482	-4,864
Monte Hermoso	0	-0,708	-0,462	0,336	-0,607	-1,438	-0,0901980	0,5705106	-0,4082482	-2,807
Puan *	0	0,636	1,428	0,973	1,750	0,774	-0,7453207	1,1855923	-0,4082489	5,594
Saavedra	0	-0,708	0,945	-1,323	-0,607	0,165	0,9921785	-1,0340504	-0,4082482	-1,977

ANEXO VII: Demanda y Recursos Físicos

Partido	% Población sin cobertura (2010/2013)	Población sin cobertura estandarizada	Relación de consultas de población sin OS al 1er nivel de atención	Consultas al PNA de la PSC estandarizadas	CAPS/PSC x c/10000 HSC	CAPS/PSC c/10000 HSC estandarizados	Resultado de la normalización equipamiento	Resultado de la normalización equipamiento estandarizado
Adolfo Alsina	40**	100	2,4	77,42	6,41	17,50	18,58	74,96
Coronel Suarez	25,36*	72,5	3,1	100	9,9	27,03	24,8	100
Guamini	40**	100	1	32,26	13,67	37,23	0	0
Monte Hermoso	25**	62,5	2,8	90,32	24,17	65,99	19,62	79,13
Puan	10,5**	26,25	1,6	51,61	36,62	100	21,13	85,23
Saavedra	25*	52,5	1,1	35,48	20,65	56,4	6,88	27,75

Fuente: Tablero de mando Min. Salud. y Secretarios de Salud. Elaboración propia. * Datos correspondientes al año 2010. ** Datos correspondientes al año 2013

ANEXO VIII: Demanda y Recursos Humanos

Partido	% Población sin cobertura (2010/2013)	Población sin cobertura estandarizada	Relación de consultas de población sin OS al 1er nivel de atención	Consultas al PNA de la PSC estandarizadas	Médicos por cada 10mil HSC	Médicos por cada 10mil HSC estandarizados	Enfermeras por cada 10mil HSC	Enfermeras por cada 10mil HSC estandarizadas	Resultado de la normalización especialidades	Resultado de la normalización especialidades estandarizadas
Adolfo Alsina	40	100	2,4	77,42	10,26	4,94	12,82	3,56	0,42	3,13
Coronel Suarez	25,36	63,4	3,1	100,00	26,10	12,57	11,70	3,25	13,37	100,00
Guamini	40	100	1	32,26	61,36	29,57	95,45	26,51	0,00	0,00
Monte Hermoso	25	62,5	2,8	90,32	77,34	37,27	24,17	6,71	2,06	15,39
Puan	10,5	26,25	1,6	51,61	207,53	100,00	360,13	100,00	10,46	78,25
Saavedra	25	62,5	1,1	35,48	41,31	19,91	39,02	10,83	2,89	21,60

Fuente: Tablero de mando Min. Salud. y Secretarios de Salud. Elaboración propia.

ANEXO IX: Necesidades y Recursos Financieros

Partido	%NBI (2010)	NBI estandarizado	TMI (2010)	TMI estandarizada	PBG per cápita (2008)	PBG estandarizado	COPART (2010)	Coparticipación estandarizada	GFSM per cápita (2010)	GFSM estandarizado
Adolfo Alsina	3,35	65,5	5,2	26	41107	74,71	841	70,5	895,09	64,13
Coronel Suarez	2,35	45,63	8,2	41	19213	34,92	701	58,76	775,88	55,59
Guamini	2,04	39,61	8,3	41,5	55025	100	933	78,21	714,92	51,22
Monte Hermoso	5,15	100	20	100	24417	44,38	640	53,65	719,70	51,56
Puan	1,06	20,58	6,1	30,5	38426	69,83	1193	100	1001,31	71,74
Saavedra	1,15	22,33	3,6	18	34208	62,17	1148	96,23	1395,75	100

Fuente: Tablero de mando Min. Salud y Lódola et. (2010). Elaboración propia.

ANEXO X: Encuesta a los secretarios de salud – Región Sanitaria I

1. Datos poblacionales

Población del distrito (año 2013) _____

Porcentaje de población sin cobertura de obra social o medicina prepaga:.....% correspondiente al año

2. Disponibilidad de recursos físicos y humanos del primer nivel

a) Cantidad de CAPS del municipio:.....

b) Indique la cantidad de CAPS según días y horarios de atención

Días por semana	4 hs. por día	6 hs. por día	8 hs. por día	12 hs. por día
1 día				
2 días				
3 días				
4 días				
5 días				
6 días				
Guardia				

c) Indique la cantidad de recursos humanos, por especialidad y modalidad de contratación, asignados al primer nivel de atención.

d) Del total de CAPS indicado en el punto (a) cuántos cuentan con servicios de:

Enfermería		Clínica médica	
Ginecología		Obstetricia	
Odontología		Psicología	
Pediatría		Psicopedagogía	
Fonoaudiología		Otra.....	
Otra.....			

e) De los CAPS que cuentan con servicio de odontología, en cuántos de ellos se realizan las siguientes practicas:

Extracciones		Tratamiento de conductos	
Arreglo de caries		Prótesis	
Lámpara		Otras _____	

f) Del total de CAPS indicados en el punto (a) cuántos cuentan con el siguiente equipamiento:

Nebulizador/aspirador		Medidor de Glucosa	
Tablas antropométricas		Negatoscopio	
Monitor fetal		Pediómetro metálico (no de otros materiales)	
Balanza adultos		Manguito para tensiómetro pediátrico	
Tensiómetro de pared		Camilla ginecológica	
Sillón odontológico		Camilla pediátrica	

colposcopio		Esterilizadora	
Pantoscopio		Balanza pediátrica	
Caja de curaciones		Caja de suturas	
Otros _____		Otros _____	

3. Organización de las actividades del primer nivel de atención

c) ¿La población usuaria del primer nivel de atención de su distrito se encuentra nominalizada? SI – NO

d) ¿Cuántos CAPS de su distrito se encuentran habilitados? _____

e) ¿Poseen los CAPS del distrito un sistema de referencia y contra referencia con el segundo nivel de atención? SI – NO

En caso que la respuesta sea afirmativa, indicar si el sistema opera a través de un medio formal o informal. _____

4. Financiamiento del primer nivel de atención

a) ¿A cuánto ascendió el gasto finalidad salud municipal en el año 2013? (o último año disponible) \$.....

b) ¿Qué porcentaje del gasto público finalidad salud municipal se destina al primer nivel de atención?.....%

5) Dificultades percibidas en relación a las actividades del primer nivel de atención

a) ¿Ha experimentado dificultades en relación a la organización y gestión del primer nivel de atención? De ser así, ¿Cuáles? (marque con una cruz)

Dificultades	
De financiamiento	
- Nacional (problemas en la recepción de fondos y/o insumos de programas nacionales)	
- provincial (problemas en la recepción de fondos y/o insumos de programas provinciales)	
- municipal (insuficiencia de fondos municipales)	
De RRHH	
- Escasez (dificultades para cubrir cargos)	
- Frecuente recambio (rotación) del personal del primer nivel (dificultades para retener el personal)	
- De cumplimiento de horarios	
- Escaso interés del personal del primer nivel en el trabajo comunitario <i>extramuros</i>	
De registración y/o sistematización de la información de pacientes y epidemiológica	
De provisión de medicamentos	
De exceso de demanda de atención (congestión de servicios)	
De escasez de demanda de servicios (capacidad ociosa)	
De articulación/derivación con el segundo nivel de atención (hospitales)	
Otras	
Otras	
Otras	

Observaciones: