

# HETEROGENEIDADES GEOGRÁFICAS EN LA PRESENCIA DE ARANCELAMIENTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO

GEOGRAPHICAL HETEROGENEITY IN THE PRESENCE OF FEES IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE PUBLIC SUB-SECTOR

*HETEROGENEIDADES GEOGRÁFICAS NA COBRANÇA DE EMOLUMENTOS NO PRIMEIRO NÍVEL DE CUIDADOS DO SUB-SETOR PÚBLICO*

## Resumen

En el artículo se analizan las diferencias geográficas en la presencia de arancelamientos a la atención en establecimientos del primer nivel de atención del subsector público. La metodología está basada en el análisis de datos secundarios. Se utiliza como fuente de información 18.317 auditorías realizadas por el Programa Remediar entre el 2002 y el 2015 sobre centros de salud de todo el país. Complementariamente se realizaron entrevistas a informantes clave de cuatro Ministerios de Salud Provinciales. Como resultado se encuentra que la mayoría de los establecimientos del primer nivel de atención del país no tienen arancelamientos. Sin embargo, en determinados departamento de algunas provincias, el cobro por la atención está presente en una elevada proporción de establecimientos. Los marcos normativos, los actores involucrados y los motivos para el arancelamiento son muy diversos entre las jurisdicciones.

**Palabras clave:** financiación de la atención de la salud; sistemas de salud; atención primaria de salud; políticas, planificación y administración en salud; accesibilidad a los servicios de salud.

Ballesteros Matías S.<sup>1</sup>  
Fernández Anabel<sup>2</sup>  
Monsalvo Mauricio<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Licenciada en Ciencias Políticas (Universidad de Morón), Magíster en Epidemiología en Salud Pública (FIOCRUZ-ANLIS) y Magister en Metodología de la Investigación Social (Universidad de Bologna/Univesidad de Tres de Febrero, sin tesis), Responsable del Área de Seguimiento y Evaluación del Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación

<sup>3</sup> Licenciado en Ciencias Políticas (Universidad de Morón), Magíster en Epidemiología en Salud Pública (FIOCRUZ-ANLIS) y Magister en Metodología de la Investigación Social (Universidad de Bologna/Univesidad de Tres de Febrero, sin tesis), Coordinador del Programa Remediar del Ministerio de Salud de de la Nación.

Trabajo recibido: 04 de Mayo 2016  
Aprobado: 02 de Agosto 2016.

## Abstract

In this article we analyze geographical differences in fees for attention at primary care facilities in the public sub-sector. Methodology is based on the analysis of secondary data. As source of information, 18,317 audits about health centers in the whole country performed by the Program Remediar between 2002 and 2015 are used. Additionally, interviews were performed to key informants from four Provincial Departments of Health. As a result, we find that most primary care facilities in the county have no fees. However, in certain departments in some provinces, fee for care is present in a high number of facilities. Regulatory frameworks, actors involved, and reasons for charging a fee vary according to different jurisdictions.

**Key words:** health care funding; health systems; primary health care; policies; health planning and administration; accessibility to health services.

## Resumo

Analizam-se neste artigo diferenças geográficas na cobrança de emolumentos aos cuidados médicos em estabelecimentos de cuidados primários no setor público. A metodologia é baseada na análise de dados secundários. Empregam-se como uma fonte de informação, 18.317 laudos conduzidos pelo Programa Remediar entre 2002 e 2015 em centros de saúde de todo o país. Além disso foram realizadas entrevistas com informantes-chave de quatro Ministérios da Saúde provinciais. Como resultado dele evidenciou-se que a maioria dos estabelecimentos de cuidados primários do país não cobram emolumentos. Contudo, em determinadas comarcas de algumas províncias, evidenciou-se a cobrança de emolumentos para os cuidados médicos em uma grande proporção dos estabelecimentos levantados. Os marcos regulatórios, os atores envolvidos e as razões para as ditas cobranças são muito diversas entre as diferentes jurisdições.

**Palavras-chave:** financiamento dos cuidados de saúde; sistemas de saúde; cuidados primários de saúde; políticas, planejamento e administração da saúde; acessibilidade aos cuidados de saúde

## Introducción

Diversos trabajos han problematizado las heterogeneidades geográficas en la oferta de servicios de salud en Argentina. A nivel del total país, algunos dan cuenta de las diferencias jurisdiccionales en recursos humanos analizando la cantidad de profesionales de la salud por habitante (1-7), en infraestructura considerando la cantidad de establecimientos y camas por habitante (1, 4-6, 8-12) y las diferencias provinciales de los presupuestos per cápita destinados al sector salud (5, 6, 12, 13).

Otros trabajos dan cuenta de la desigual distribución territorial de los establecimientos del primer nivel de atención del subsector público, poniéndolos en relación con la cantidad de población sin cobertura de obra social o prepaga y tomando como unidad de análisis los departamentos y provincias (4, 14-16). Se destaca que una buena red de Atención Primaria de la Salud (APS) requiere que la oferta de los establecimientos del primer nivel se adecúe a las necesidades y distribución territorial de la población. Los centros del primer nivel tendrían que ser la “puerta de entrada” al sistema, desarrollar las actividades de promoción y educación sanitaria y cubrir los cuidados de baja complejidad de la población (17, 18). Si bien en teoría atienden las necesidades de atención primaria de toda la población, en la práctica concurren a ellos principalmente quienes no cuentan con la cobertura de obra social o prepaga y los sectores de menos recursos (15, 16, 19, 20).

A su vez, distintos autores señalan que a las desigualdades geográficas y de recursos

se le suman distintas estrategias sanitarias y respuestas locales producto del proceso de descentralización, que tienen disímiles resultados en términos de calidad, equidad y eficiencia (4, 6, 12, 15, 21, 22). Una faceta de la diversidad de las respuestas locales está vinculada con los modelos de financiamiento del subsector público. Siguiendo a Tobar (23: 6), estos deben definir cuánto gastar, cómo asignar los recursos y de dónde deben provenir los fondos. Sobre esta última definición, un elemento importante a definir es si parte de los fondos del financiamiento provienen del “pago directo” de los usuarios.

En Argentina, como respuesta al problema del financiamiento del subsector público existe una gran diversidad de legislaciones provinciales y municipales sobre regímenes de arancelamiento. También inciden sobre los cobros a los usuarios en el primer nivel de atención las decisiones de actores gubernamentales de diferentes niveles (nacionales, provinciales y municipales), responsables de los centros de salud e incluso sociedades de fomento (como se verá más adelante). Además, las condicionalidades incluidas en distintos Programas Nacionales (Remediar, Nacer-Sumar, Médicos Comunitarios) le permiten al Ministerio de Salud de la Nación ejercer un rol de rectoría e incidir en las condiciones de prestación de los servicios en los establecimientos del primer nivel del subsector público (con dependencia provincial y municipal) (4, 21, 24). Por ejemplo, estableciendo la gratuidad de la atención en dichos establecimientos como criterio de elegibilidad para la recepción de botiquines con medicamentos del Programa Remediar

En el artículo se analizan las diferencias geográficas en la presencia de arancelamientos en centros del primer nivel del subsector público para la atención con profesionales de la salud y para la realización de prácticas médicas. Se entiende que el arancelamiento del primer nivel de atención es un indicador importante para dar cuenta de la variabilidad territorial de respuestas locales ante la problemática del financiamiento, y puede transformarse en una barrera en el acceso a la atención en el subsector público para los sectores sociales más vulnerables. En este sentido, se destaca que distintos antecedentes han señalado a los problemas financieros como una de las principales barreras en el acceso a los servicios de salud (25-32).

## Materiales y Métodos

La metodología está basada en el análisis de datos secundarios y complementariamente se realizaron entrevistas a informantes clave. Se utiliza como fuente de información auditorías que realiza el Programa Remediar a centros de salud que reciben mensualmente botiquines del Programa con un conjunto de medicamentos esenciales. Entre otras temáticas, en las auditorías se verifica que no existan cobros (ni obligatorios ni voluntarios) por el acceso a consultas con distintos profesionales de la salud y prácticas médicas (de aquí en adelante se lo denominará presencia de cobros). Para detectar la presencia de cobros, los auditores consultan con el personal encargado del centro de salud, con otros empleados del establecimiento y en algunas ocasiones también con usuarios. Además observan si existen carteles que alerten de algún tipo de arancel. Cabe recordar que el Remediar establece como condicionalidad de la entrega de los botiquines el no arancelamiento de ningún servicio de los centros de salud.

<sup>4</sup> Cabe destacar que la APS no hace referencia solo al primer nivel de atención, sino considera la integración de los distintos niveles en redes. Sin embargo, el primer nivel de atención cobra particular importancia en la estrategia ya que “debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos” (18: 12). Por lo anterior “han de estar lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia” a la vez que tienen “una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud” (18: 12).

<sup>5</sup> Según un estudio del Programa Remediar (20) en el 2011 el 82% de los consultantes a establecimientos del primer nivel de atención del subsector público se concentra en el 1 y 2 quintil de ingresos.

<sup>6</sup> Se trata en su gran mayoría de centros del primer nivel de atención. Menos del 6% (446) de los 7.823 establecimientos a los que llegan regularmente botiquines del Programa en la actualidad tienen un mayor nivel de complejidad. La inclusión de estos establecimientos responde a que son el único prestador de atención en el área de referencia.

<sup>7</sup> Los 513 departamentos/partidos incluyen la Antártida y las Islas del Atlántico Sur, y consideran a la CABA como una unidad (sin dividirla en comunas).

Entre el año 2002 y principios de marzo de 2015 se realizaron 18.317 auditorías en los establecimientos de salud que reciben continuamente botiquines del Programa. La selección de la muestra de establecimientos sobre los que se realizan auditorías es intencional. La planificación de auditorías es bianual: un año se auditan establecimientos ubicados en doce provincias y al año siguiente establecimientos ubicados en las otras doce provincias restantes. Para la selección de establecimientos al interior de cada provincia se tienen en cuenta diversos criterios como su tamaño y la cantidad de consultas atendidas. Además, para generar una mayor eficiencia en el trabajo de los auditores, se prioriza la supervisión de establecimientos cercanos entre sí. Por último, también se le da prioridad a la realización de auditorías en centros que fueron suspendidos por el incumplimiento de algún requisito y luego rehabilitados, y sobre los que se realizó alguna denuncia (el Programa dispone de un número gratuito para tal fin). Se han realizado auditorías en todas las provincias y en casi todos los departamentos del país (en 503 departamentos sobre un total de 513 que existen en Argentina). Las auditorías se realizaron sobre 6.184 establecimientos de salud de los 7.823 establecimientos a los que llegan regularmente botiquines del Programa en la actualidad (en promedio se realizaron casi tres auditorías por establecimiento). En el presente artículo, para analizar la localización de los arancelamiento, se trabaja con las provincias y los departamentos como unidades de análisis. Ello permite dar cuenta de las diferencias intra e inter provinciales en la presencia de los cobros.

Además, para comprender las lógicas diferenciales de la existencia de cobros en los centros del primer nivel de atención del subsector público (actores involucrados, motivos a los que responden, fuerte localización en algunos departamentos de determinadas provincias, existencia de legislación provincial, entre otros) se complementa el análisis cuantitativo de las auditorías con información cualitativa que los auditores vuelcan en sus informes, en donde describen los elementos más importantes que surgen de su visita a los centros de salud. En los casos en que detectan cobros por algún tipo de consulta o por prácticas médicas, estas observaciones suelen incluir descripciones que ayudan a comprender las características que tiene el arancelamiento. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas a funcionarios de los Ministerios de salud de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Cruz. Se utilizó la misma guía de pautas para todos los entrevistados, aunque se tuvo flexibilidad para incorporar nuevas preguntas a partir de la información suministrada por los informantes y teniendo en cuenta ciertas particularidades jurisdiccionales. Las entrevistas fueron grabadas y se realizó un análisis descriptivo de las mismas con el propósito de ampliar y clarificar la información cualitativa que los auditores volcaron en sus informes. Si bien el contenido cualitativo de los informes nos ayudó en la reconstrucción de las lógicas locales respecto del arancelamiento, esta información complementaria resultó insuficiente. Por esta razón realizamos entrevistas con algunos actores institucionales para clarificar las dudas que nos surgieron a la hora de interpretar los datos. Buscamos con este procedimiento incrementar la validez del análisis de las auditorías.

## Resultados

En la Tabla 1 se presenta por provincia el total de auditorías realizadas, el porcentaje en las que se detectó cobros, el total de establecimientos auditados y el porcentaje de establecimientos en los que al menos una auditoría detectó cobros. Puede observarse que del total de establecimientos sobre los que se realizaron auditorías (6.184), en el 10,8% (666) se detectó al menos una vez la presencia de algún tipo arancelamiento como una modalidad de financiamiento de los servicios de salud. Por otro lado, del total de auditorías realizadas (18.317), en el 5,1% (934) se detectó la presencia de algún cobro. También se observa claramente que los mayores promedios de detección de algún tipo de arancelamiento se encuentran en las provincias de Santa Cruz (22,5% de las auditorías y

38,6% de los establecimientos), Córdoba (15,2% y 22,8%), La Pampa (14,5% y 32,5%), y Santa Fe (12,0% y 22,4%).

Tabla 1. Total de auditorías y establecimientos auditados y porcentaje de auditorías y establecimientos que detectaron cobros. Auditorías en Centros de salud en el marco del Programa Remediar entre los años 2002 y 2015.

Provincia	Auditorías		Establecimientos	
	Total realizadas	% cobros detectados	Total Auditados	% con cobros al menos 1 vez
SANTA CRUZ	80	22,5%	44	38,6%
CORDOBA	1277	15,2%	614	22,8%
LA PAMPA	214	14,5%	80	32,5%
SANTA FE	1429	12,0%	549	22,4%
MENDOZA	656	7,9%	303	14,9%
CORRIENTES	852	5,4%	281	12,8%
<b>TOTAL PAÍS</b>	<b>18317</b>	<b>5,1%</b>	<b>6184</b>	<b>10,8%</b>
BUENOS AIRES	7120	4,3%	1810	10,4%
CATAMARCA	310	3,9%	120	10,0%
ENTRE RIOS	603	3,3%	272	5,9%
SAN LUIS	313	3,2%	104	9,6%
SALTA	469	2,8%	203	4,4%
JUJUY	338	2,7%	154	5,2%
CHUBUT	314	2,2%	97	6,2%
TIERRA DEL FUEGO	49	2,0%	13	7,7%
MISIONES	483	1,7%	220	2,7%
LA RIOJA	266	1,1%	117	2,6%
NEUQUEN	417	1,0%	114	2,6%
SANTIAGO DEL ESTERO	484	1,0%	255	2,0%
FORMOSA	228	0,9%	71	2,8%
TUCUMAN	662	0,9%	281	1,4%
RIO NEGRO	546	0,7%	143	2,8%
C.A.B.A.	303	0,3%	72	1,4%
CHACO	451	0,2%	146	0,7%
SAN JUAN	453	0,0%	121	0,0%

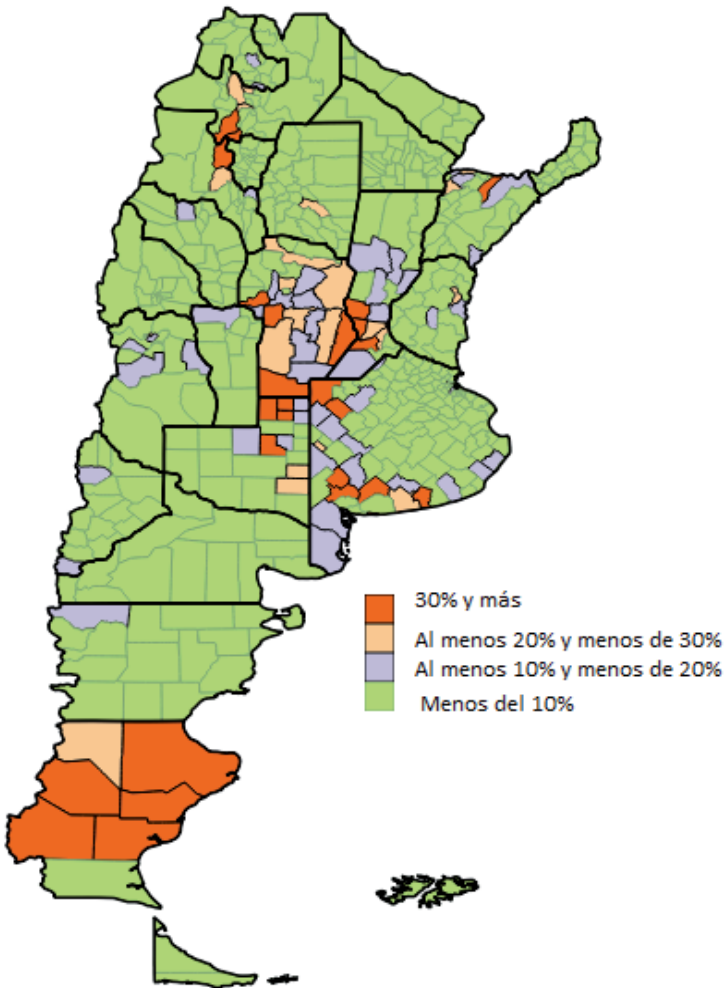
**Fuente:** Elaboración en base a auditorías realizadas por el Programa Remediar.

Profundizando más el análisis en el nivel intraprovincial, se encuentra que la problemática se produce con particular fuerza en algunos departamentos específicos. Se ha dicho que las auditorías se realizaron sobre establecimientos localizados en 503 departamentos. En 402 de esos departamentos las auditorías no detectaron la presencia de algún arancelamiento como modalidad de financiamiento o lo hicieron en menos del 10% de las auditorías. Por su parte, en 101 departamentos se detectó la presencia de algún arancelamiento en al menos el 10% de las auditorías. De estos 101 departamentos, en 50 se detectaron cobros en al menos el 10% y en menos del 20% de las auditorías, en 23 departamentos se detectaron cobros en al menos el 20% y menos del 30% y en 27 departamentos se detectaron cobros en el 30% y más de las auditorías.

En el Mapa 1 se observan todos los departamentos del país según el porcentaje de auditorías que detectaron cobros. En el mismo puede verse que las provincias con niveles más altos de algún tipo arancelamiento (Santa Cruz, Córdoba, La Pampa y Santa Fe) son las que en mayor medida cuentan con departamentos en los que se encontraron niveles

elevados de cobros en sus centros de salud. Sin embargo, también se observa que al interior de estas provincias la problemática tiene diferentes intensidades, y en gran parte de sus departamentos no se detectó la presencia de cobros. Por otro lado, otras provincias cuentan con un promedio general bajo de detección de cobros, pero se destacan varios departamentos en los que se detectaron niveles elevados. Por ejemplo, en Buenos Aires solo se detectó cobros en el 4,3% de las auditorías. Sin embargo, en el partido Coronel Pringles el 79% (11 de 14) de las auditorías detectaron cobros, en Tronquist el 64% (7 de 11) y en Tres de Febrero el 49% (56 de 114).

Mapa 1. Departamentos de Argentina según porcentaje de detección de cobros en las auditorías realizadas por el Programa Remediar a sus Centros de Salud. Argentina, 2002 a 2015.



**Fuente:** Elaboración propia en base a auditorías realizadas por el programa Remediar.

Al profundizar el análisis a nivel departamental parecería existen casos en los que las diferencias podrían explicarse por el nivel de descentralización de dependencia de los establecimientos de salud, pero en otros no. Por ejemplo, en Córdoba y en Buenos Aires, los altos niveles de algún tipo de arancelamiento en algunos departamentos y los bajos niveles o inexistencia en otros, pueden comprenderse porque casi la totalidad de los de los establecimientos del primer nivel de atención tienen dependencia municipal (21, 33). Por

lo tanto, la definición del cobro puede corresponderse con una política municipal. En el caso de la Provincia de Córdoba, el referente del Ministerio provincial entrevistado confirmó que la definición obedecía a una decisión municipal y en muchos casos está apoyada en ordenanzas municipales. Según el funcionario, en la mayoría de los casos el cobro le sirve a los municipios para financiar el servicio de la atención con especialistas médicos. La decisión se fundamenta en que algunos municipios no cuentan con los recursos para financiar los servicios de determinados especialistas y si no utilizan el copago de los pacientes para financiarlos, estos tienen que viajar a otros municipios para ser atendidos y les termina resultando más caro y con una pérdida de tiempo. En esta línea, muchas de las descripciones volcadas en las auditorías por los auditores del Remediador dan cuenta que los cobros se realizan en las consultas con médicos especialistas, aunque también aparece frecuentemente el cobro para la realización de prácticas y estudios médicos y en alguna ocasión para la atención odontológica.

Ase (34) plantea que luego de la descentralización provincial de los servicios se han fragmentado los principios que sustentan el sistema de salud de Córdoba. El autor sostiene que por la fuerte dependencia que los centros de salud tienen con las definiciones políticas de los intendentes, la oferta de servicios de la provincia está atravesada por “un mosaico de sentidos” a partir del cual “la política de salud, así, adquiere un nivel de discrecionalidad llamativo” (34: 209), poniéndose en cuestión frecuentemente los principios de universalidad y gratuidad. Siguiendo a Ase (34: 212), luego de una descentralización “compulsiva”, que obedeció principalmente a motivos fiscales y redujo el presupuesto provincial destinado a salud, los municipios y la comunidades han desarrollado diversas estrategias para compensar esos recursos, que incluyen cooperadoras que cobran “aranceles mínimos a las prestaciones de salud”, “pagos directo de consultas médicas (“especialidades”) con niveles diferenciales según el nivel socioeconómico del paciente” y terciarización de estudios complementarios en efectores privados que son abonados por los pacientes, entre otros.

Siguiendo a Ase y Burijovich (33: 41-42), a ello se le agrega que entre los años 1999 y 2000 el gobierno provincial sancionó una ley que reforma el sector salud específicamente y otro conjunto de leyes que inciden indirectamente en el mismo. Una de estas leyes (Ley 8835) limita los derechos de la población a recibir atención médica “adecuada” por parte de los hospitales públicos a quien “careciera de seguro u obra social y se encontrara desempleado”. En este sentido, se destaca que si bien en la provincia de Córdoba no existe una legislación provincial que habilite directamente el cobro de los servicios de salud en el primer nivel de atención del subsector público (más adelante se verá que si sucede en otras provincias), deja márgenes para que los municipios definan al respecto.

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, el arancelamiento se produce con una lógica y trayectoria un tanto distinta. Aquí también se entrevistó a una funcionaria del Gobierno Provincial. Con relación a la presencia de cobros en el primer nivel de atención en municipios del conurbano bonaerense (como Tres de Febrero, José C. Paz o La Matanza)

<sup>8</sup> El informante clave dio el ejemplo de la Municipalidad de Villa Giardino, departamento de Punilla, donde existe una ordenanza que habilita el cobro.

<sup>9</sup> Entre otros se menciona el cobro en la consulta al neurólogo, urólogo, ginecólogo, diabetólogo, oftalmólogo, endocrinólogo, alergista, psiquiatra, cardiólogo y traumatólogo.

<sup>10</sup> Cabe destacar que las nuevas autoridades del Municipio de Tres de Febrero realizaron una denuncia judicial contra la conducción del área de Salud de la gestión anterior por irregularidades presentes en cooperadoras del partido. Al momento de la realización de este artículo las nuevas autoridades del Municipio de Tres de Febrero se encontraban realizando las acciones correspondientes para eliminar las barreras de acceso financieras a los consultantes de los establecimientos del primer nivel de atención y restablecer la recepción de medicamentos esenciales del Programa Remediador.

<sup>11</sup> Siguiendo a Moro (35: 57) las demandas de las sociedades de fomento para que se instalen establecimientos sanitarios en sus barrios es fundamental para comprender la forma en que se fue construyendo el primer nivel de atención en el Gran Buenos Aires. En la década del 80, gran parte de los establecimientos que venían siendo gestionados por las sociedades de fomento pasaron a depender de los municipios.

<sup>12</sup> La Ley 2901 vigente desde el 2006 actualiza a la Ley 2036, vigente desde el año 1988 y a diversas modificaciones que se habían realizado a la misma (como las Leyes 2219, 2266, 2713 y 2826). Es por ello que el cobro en los establecimientos existían previo a la sanción de la Ley 2901, basados en las legislaciones previas.

<sup>13</sup> Estas visitan a la población luego de utilizar por primera vez los servicios de salud y la catalogan en diversas categorías, según las cuales tienen o no que pagar los servicios. En caso de que tengan que pagar, existen montos diferenciales según la categoría que le asigna la trabajadora social. La Ley 2901 fija montos máximos que la población debe pagar según la categoría y el tipo de servicio que utilizara (diferencia topes para atención ambulatoria e internación). Para atención ambulatoria, en el año 2006, la categoría 3a tenía como límite \$10, la 3b \$40, la 3c \$150, la 3d \$300 y la 3e sin límite.

la informante explicó que dentro de muchos centros de salud funcionan cooperadoras o sociedades de fomento. Con relación a las sociedades de fomento, en algunos casos son preexistentes a los centros de salud municipales (es decir, los centros se crearon en espacios donde ya funcionaban sociedades de fomento). Algunas sociedades de fomento recaudan dinero con el cobro de las consultas y con ello financian tanto honorarios de especialistas como insumos varios. Varias de las observaciones que acompañan las auditorías van en línea con esta información y dan cuenta que al interior de los establecimientos funcionan sociedades de fomento o bien que el centro de salud funciona en un espacio cedido por la sociedad de fomento. Si bien en estos casos el cobro no corresponde a una política explícita de los Municipios, estos no desconocen la presencia de las sociedades de fomento y permiten su accionar en los espacios donde funcionan los centros de salud municipales. Por su parte Santa Cruz es la provincia que presenta los niveles más altos de detección de algún tipo de arancelamiento, presentes en casi todos los departamentos en los que se han realizado auditorías. Aquí existe una legislación provincial que habilita el cobro de las consultas. La Ley 2901, vigente desde el 2006, habilita a los establecimientos de salud a cobrar por la utilización de diversos servicios a pacientes que cuenten únicamente con cobertura pública y “cuenten con recursos económicos suficientes para solventar las prestaciones que se les efectúen” (Ley Provincial 2901). Según el funcionario del Ministerio de Salud de la Provincia entrevistado, la decisión sobre si el paciente cuenta con los recursos para solventar las prestaciones la realiza una trabajadora social. Más allá de la existencia de la Ley provincial, la definición de cobrar o no por los servicios corresponde a una política de los establecimientos de salud. En el caso de los centros del primer nivel de atención, suele definirlo el hospital del que dependen. La plata recaudada forma parte del “Fondo de asistencia financiera al Sistema Provincial de Salud”. Parte este fondo es repartido entre las personas que trabajan en los establecimientos de salud como un extra a su salario, como un incentivo económico. El porcentaje que se reparte varía según la calificación y función que se cumple. El incentivo económico funciona como una “motivación” al desempeño de los trabajadores de los centros de salud, existiendo diversas situaciones a partir de las cuales parte del mismo puede ser quitado.

El informante entrevistado ha comentado que desde la Provincia se está evaluando derogar la Ley 2901, y hacer que la atención sea totalmente gratuita para toda la población, ya que son muchos los recursos que se pierden por esta política de arancelamiento (por ejemplo, los medicamentos esenciales que se transfieren por el Programa Remediar). Esta información está en línea con lo que diversos autores plantean en cuanto a la recuperación de la capacidad de “rectoría” sobre el sistema por parte del Ministerio de Salud Nacional a partir de la transferencia de recursos con condicionalidades (12, 21, 24, 36). La suspensión de la entrega de botiquines por parte del Remediar a los establecimientos del primer nivel en los que detecta el cobro de algún servicio puede hacerle perder más recursos a la provincia de los que obtiene a partir de lo recaudado con el arancelamiento. En este sentido Chiara et al. (21: 105) plantean que “los programas son recursos críticos que cuentan con capacidad diferencial para generar reglas de juego condicionando la organización de los servicios de salud”.

En otros casos la situación no es tan clara y requiere la incorporación de otros elementos para comprender las diferencias al interior de las provincias. Por ejemplo, en Santa Fe las auditorías que detectaron barreras financieras corresponden en un 71% a establecimientos provinciales y un 29% a establecimientos municipales. Aquí no se ha podido establecer contacto con un informante clave que de cuenta de los motivos por los que existen mayores cobros en los establecimientos de algunos departamentos determinados. Sin embargo, los auditores del Programa Remediar advirtieron sobre la existencia de distintas legislaciones

<sup>14</sup>Por ejemplo, por cada falta injustificada se descuenta el 50% del plus, por cada falta justificada el 20% y por la llegada tarde un 5% (Ley Provincial 2901).

<sup>15</sup>Se mencionan entre otros el cobro en consultas con el oftalmólogo, cardiólogo, alergista, neurólogo, fisiatra, hematólogo, urólogo, y dermatólogo



provinciales que habilitan los cobros. Por ejemplo, los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO), creados desde 1967, tienen entre sus facultades cobrar por los servicios que brindan a la población para recaudar fondos (se financian también con aportes de la Provincia, los municipios y las universidades, donaciones y aportes voluntarios entre otros) (10: 53). Además, el resto de los establecimientos descentralizados también pueden cobrar por las prestaciones de servicios (10: 56). Hacia 1996, lo recaudado se distribuía de la siguiente manera: “55% a un fondo para gastos de funcionamiento e inversiones del hospital; 10% a un fondo compensatorio de redistribución que dirigirá el Ministerio a áreas que considere prioritarias; 30% a distribuir entre todo el personal del establecimiento acorde con una fórmula de productividad que determine el Ministerio (...) y, un 5% a un fondo de asistencia social destinado a cubrir necesidades sociales emergentes del personal del establecimiento” (10: 57). Cabe destacar que la mayor parte de la recaudación proviene del cobro a terceros pagadores (obras sociales, por ejemplo) (10: 61). De las observaciones realizadas por los auditores en sus informes, se desprende que la mayoría de los cobros están asociados a la consulta con médicos especialistas y prácticas médicas. No pudimos contar con información más reciente sobre las lógicas de funcionamiento de los cobros en la provincia.

En el caso de La Pampa, la provincia no cuenta con establecimientos de salud municipales (todos son provinciales), sin embargo, encontramos algunos departamentos con altos niveles de detección de cobros en las auditorías que se les realizaron y otros en los que no se le han detectado o lo han hecho en menos del 10% de las auditorías. El 38% de las auditorías de Realico y Trenal, el 36% de Rancul y el 33% de Toay detectaron la presencia de cobros en los centros de salud. En cambio, en Atreucó, Caleu-Caleu, Catrilo, Chalileo, Chicalco, Conhelo, Curaco, Puelén, Quemu Quemu y Utracán las auditorías no han detectado cobros en los centros de salud o lo han hecho en menos del 10% de las veces. Es decir, existe una gran diversidad entre los departamentos de la provincia en la presencia de algún tipo de arancelamiento en el primer nivel de atención, a pesar de que todos los establecimientos tienen dependencia provincial. Según el informante clave contactado, en la provincia existe un decreto del año 2005 que habilita el cobro a los pacientes con capacidad de pago. Sin embargo, nos planteó que desde el gobierno provincial se sostiene una política de no arancelamiento en los centros del primer nivel de atención (no así en los hospitales de mayor complejidad que no reciben botiquines del Programa Remediar donde sí se cobra por determinados servicios) y que en caso de existir cobro por algún servicio se debe al desconocimiento que existe en algunos centros de esta política provincial.

Sería de destacar que lo descripto anteriormente da cuenta que no sólo existen heterogeneidades en la presencia de cobros entre provincias y al interior de ellas, sino que también son muy diversos los motivos para que ello suceda, así como los actores involucrados en las decisiones sobre el arancelamiento y los marcos normativos sobre los que se sustentan. Mientras que en algunas provincias el cobro está relacionado con la existencia de una normativa provincial que lo habilita directamente (Santa Cruz, Santa Fe y La Pampa), en otros responde a una iniciativa municipal explícita en el marco de una ley provincial que deja márgenes para el cobro de los servicios (Córdoba) y en otros principalmente responde a una política municipal implícita (Buenos Aires). Además, mientras que en algunos municipios de Córdoba la existencia de cobros se utiliza para financiar determinados especialistas y en algunos partidos del conurbano bonaerense sirven para financiar especialistas e insumos varios, en Santa Cruz parte de lo recaudado se destina como un incentivo económico para los trabajadores de los centros de salud. Por último, destacamos las diferencias en la autonomía que parecen tener los establecimientos

<sup>16</sup> Rayos, ecografías, radiografías, análisis bioquímicos y PAP.

<sup>17</sup> El decreto diferencia a los pacientes según mutualizados (con cobertura de salud), no mutualizados con capacidad contributiva y los no mutualizados sin capacidad contributiva. En casi todas las observaciones realizadas por los auditores se detecta este sistema y los cobros están dirigidos a la población catalogada como “con capacidad contributiva”.

para realizar los cobros. Mientras que en Córdoba la decisión de cobrar la consulta para financiar especialistas pasa por una política municipal en la que no parecieran tener una decisión directa los centros de salud, en Santa Cruz la definición sobre cobrar o no depende del centro de salud (a partir de una ley provincial que lo habilita).

## Discusión y Conclusión

En el artículo se analizó la presencia de cobros en el primer nivel de atención del subsector público como una modalidad habilitada para el financiamiento de los servicios. Se ha observado que la mayoría de los centros de salud no cobran por las consultas con profesionales o por la realización de prácticas médicas. Sin embargo, el arancelamiento de estos servicios tiende a estar presente en establecimientos ubicados en determinadas provincias, y más aún, en algunos departamentos de las mismas. Se destaca también las importantes heterogeneidades al interior de las provincias. Un caso paradigmático es Buenos Aires, donde a nivel agregado solo un pequeño porcentaje de las auditorías detectaron la existencia cobros en los centros de salud, pero estos se centran fuertemente en algunos partidos.

También se ha señalado que los marcos normativos, los actores involucrados y los motivos para la presencia de cobros en el primer nivel de atención pueden ser diversos. En algunos lugares sirve para financiar la presencia de un especialista en el establecimiento y la definición del arancelamiento depende del municipio en el marco de una Ley provincial que deja un margen de autonomía para ello (Córdoba). En otros parte de lo recaudado funciona como un incentivo económico para los empleados de los centros de salud y la definición del arancelamiento depende de los establecimientos en el marco de una Ley provincial que lo habilita (Santa Cruz).

Distintos antecedentes muestran que los impedimentos financieros son una de las principales barreras en el acceso a los servicios de salud (25-32). Otros dan cuenta que los establecimientos del primer nivel atienden principalmente a la población de menores recursos (15, 16, 19, 20). Por lo anterior se entiende que algunos esquemas de financiamiento en salud a los que recurren los gobiernos provinciales o municipales, se traducen en barreras de acceso económico para la población usuaria de los centros del primer nivel de atención. En este sentido, se entiende que es necesario que el Estado Nacional continúe ejerciendo un rol de rectoría siendo uno de los caminos la profundización de las políticas destinadas a incidir en las condiciones de prestación de los servicios, incluyendo la eliminación de los cobros en el primer nivel de atención del subsector público.

## Bibliografía

- 1 Hamilton G (2001). Exclución de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos. En: Jornadas Gino Germani. Buenos Aires: IIGG; 2001. [Internet] [acceso: 7 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/hamilton.rtf>
- 2 Abramzón M. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Buenos Aires: OPS; 2005. [Internet] [acceso: 17 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168996/1/2005-ARG-recursos-humanos-salud.pdf>
- 3 Abramzón MC. Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente. Revista de Salud Pública. 2006; 10(1): 52-62.
- 4 Tobar F, Montiel L, Falbo R, Drake I. (2006). La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina. Buenos Aires; 2006. [Internet] [acceso: 15 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.federicotobar.com.ar/nf\\_pdf5/La\\_Red\\_Publica.pdf](http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf)
- 5 Maceira D. Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino.

- (Documento de Trabajo). Buenos Aires : CEDES ; 2008. [Internet] [acceso: 3 de diciembre de 2014]. [http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc\\_c/39.pdf](http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc_c/39.pdf)
- 6 PNUD. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. Buenos Aires: PNUD; 2011. [Internet] [acceso: 30 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>
  - 7 Williams G, Duré I, Dursi C, Pereyral JL. Médicos en Argentina: Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2014; 5 (19): 39-42.
  - 8 Ministerio de Salud y Acción Social. Recursos en operación. Recursos Humanos del Sector Salud; Nro. 10 1958-1964 y 1969-1980. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; 1985.
  - 9 Ministerio de Salud y Acción Social. Guía de Establecimientos Asistenciales de la República. Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; 1997.
  - 10 Bisang R, Cetrángolo O. Descentralización de los servicios de salud en Argentina. Serie Reformas de Política Pública, 47. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
  - 11 Acuña C, Chudnovsky M. El sistema de salud en la Argentina (Documento de Trabajo N° 60). Buenos Aires: Universidad de San Andrés; 2002. [Internet] [acceso: 22 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
  - 12 Cetrángolo O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*. 2014; 8(13): 145-183.
  - 13 Tobar F, Olaviaga S, Solano R. Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. Documento de Políticas Públicas/Análisis N°99. Buenos Aires: CIPPEC; 2011.
  - 14 Programa Remediar. Caracterización de los centros de salud del país. Buenos Aires: MSAL; 2007. [Internet] [acceso: 5 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.remediar.gob.ar/files/Catastro.pdf>
  - 15 Maceira D, Olaviaga S, Kremer P, Cejas C. Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. *Medicina y Sociedad*. 2010; 30(4).
  - 16 Lago FP, Elorza ME, Nebel-Moscoso S, Vanina-Ripari N. Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2013; 12(25): 40-54.
  - 17 Plan Federal de Salud. [Internet] [acceso: 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.remediar.msal.gov.ar/files/boletin11.PDF>
  - 18 O.P.S. Renovación de la atención primaria de la salud en las américas: documento de posición de la organización panamericana de la salud. O.P.S.; 2007. [Internet] [acceso: 16 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf)
  - 19 Testa M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. Recuperado el 5 de mayo de 2015 de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf>
  - 20 Programa Remediar. Acceso a Medicamentos Esenciales en el Primer Nivel de Atención: Evaluación de Medio Termino del Programa. Buenos Aires: Programa Remediar-MSAL; 2012
  - 21 Chiara M, Di Virgilio MM, Moro J. Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Una mirada desde la gestión local*. *Postdata*. 2009; 14(1): 97-128.

- 22 Moro J. Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria. En Chiara M, coordinadora. Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires. Los Polvorines: UNGS; 2012.
- 23 Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud. Buenos Aires: Mimeo; 2000.
- 24 Gómez SA, de Paepe P, Conde LL, Stolkiner A. La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. Saúde em Debate. 2012; 36(94): 436-448.
- 25 Barcala, A, Stolkiner A. Reforma del sector y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En Domínguez Mon A, Federico A, Findling L, Mendez Diz AM, compiladores. La salud en crisis. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2000.
- 26 Stolkiner A, Comes Y, Parenti M, Solitario R, Unamuno P. Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. Serie Seminarios en Salud y Política Pública. Buenos Aires: CEDES; 2003.
- 27 Findling L, Abramzón M, Peterlini C. Desigualdades en salud: de la teoría a los indicadores. En: II Congreso Nacional de Sociología ¿Para qué la sociología en la Argentina actual? [CD-ROM]. Buenos Aires: Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; 2004.
- 28 Pantelides EA. Acceso de los adultos mayores del área metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. En: VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Buenos Aires: INDEC; 2005.
- 29 Burrone MS, Fernández AR, Acevedo GE, Lucchese MSM, de Neira ML, Inocenti PD, Estario JC. Análisis de estrategias de atención primaria de salud en el municipio de Malvinas Argentinas: Un abordaje cuanti-cualitativo. Revista de Salud Pública. 2007; 11(2): 7-22.
- 30 Ministerio de Salud de la Nación. Segunda encuesta nacional de factores de riesgo. Buenos Aires: Ministerio Salud de la Nación; 2011
- 31 Adaszko D. La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende. En Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario. Buenos Aires: Educa; 2011.
- 32 Ballesteros MS, Fredin B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Salud colectiva. 2015; 11(4): 523-535.
- 33 Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. Salud colectiva. 2006; 2(2): 199-218.
- 34 Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva. 2009; 5(1): 27-47.
- 35 Moro J. Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de la salud en el Gran Buenos Aires. En Chiara M, coordinadora. Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires. Los Polvorines: UNGS; 2012.
- 36 Stolkiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(6): 2807-2816.