



UNR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD

Trabajo Final

Gasto de Bolsillo de personas afiliadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) de la localidad de Ceres que recibieron atención en Rafaela-períodos 2016-2017.

Maestrando: Lic. Matías D. Cerniak

Directora: Mgter Luciana L. Galloni

Rosario, Santa Fe

Septiembre de 2022

Agradecimientos

A Luciana Galloni, mi directora, por haberme guiado en este camino y por su profesionalismo.

Al Dr. Martín Redona de sanatorio Nosti por haberme abierto las puertas y por darme la oportunidad de estudiar y trabajar en la tesis final de maestría, al sanatorio Nosti.

A María Margarita Alonso mi tutora por brindarme sus conocimientos y motivarme en todo momento, a Eduardo Zaffaroni por brindarme también sus conocimientos.

Al personal del hospital de Ceres, al Dr. Leonardo Bonzini, a Silvina Torres, a Luisina Espíndola, a la Dra. Jorgelina Cassineri del INSSJP, a Camilo Busquets, a Daniel Espíndola, a Mabel, a Diego, a Eter Senn mi directora, a Silvia Carranza, a Gise Fantini, mis guías en Santa Fe y a todo el personal de la Región de salud de Rafaela que colaboró en el presente trabajo.

A Moni, mi compañera, por motivarme y acompañarme siempre.

A las vecinas y vecinos de Ceres por abrirme sus puertas.

A mi madre Ana por acompañarme a realizar las encuestas.

A mi padre Deltor Alberto Cerniak que siempre estará presente y nunca lo olvido, para que el gasto de bolsillo se pueda visibilizar como me lo expresabas en varias oportunidades.

Gracias.

RESUMEN

Introducción: el presente trabajo describe el Gasto de Bolsillo (GB) de personas afiliadas al INSSJP (PAI) de la ciudad de Ceres en la provincia de Santa Fe, las cuales se trasladan por sus propios medios hacia sanatorio Nosti de la localidad de Rafaela para ser atendidos, teniendo en cuenta el Convenio Prestacional (CP) rubricado en 2017.

Objetivo: estimar el gasto y composición del GB en la población egresada del hospital de Ceres, afiliada al INSSJP cuando demanda servicios de salud en el subsector privado de salud de Rafaela.

Metodología: estudio descriptivo, cuantitativo, estratificado (por atenciones cardiológicas, traumatológicas y urológicas), se emplean fuentes secundarias de Historias Clínicas (HC) de las PAI del subsector público de salud, interrelacionadas con el subsector privado (periodos 2016-2017); 32 PAI se atendieron al menos una vez, en dichos periodos, en sanatorio Nosti. Se trabajó con 31 encuestas (fuentes primarias) que fueron realizadas a PAI (jubiladas y pensionadas) en domicilios de la ciudad de Ceres entre los meses de diciembre de 2017 a febrero de 2018

Resultados: de este estudio surgió que las PAI tienen un GB promedio mensual de \$3.815 (56% de sus ingresos). El gasto en medicamentos es la erogación más relevante \$2.784 en promedio (41% de sus ingresos); en segunda instancia, el gasto de traslado es de \$923 en promedio (16% de sus ingresos); en tercera instancia los gastos administrativos y/o gastos de laboratorio son de \$155 en promedio (2% de sus ingresos); por último, no se registran gastos de honorarios, gastos de rayos x, gastos de ultrasonido y gastos de tomografías.

Conclusiones: el GB representa un factor relevante a considerar para disminuir las inequidades en el acceso a los servicios de salud (SS) respecto a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), es decir causas sociales que afectan a las personas, tales como la situación económica; lo que evidencia

barreras importantes para alcanzar equidad y acceso a los SS. Esta realidad sanitaria de las PAI se inscribe en una localidad del interior de la provincia de Santa Fe.

Palabras claves

Gasto de Bolsillo- Personas Afiliadas al INSSJP- Equidad- Gasto Catastrófico en Salud- Derecho a la Salud

ABSTRACT

Introduction: This paper describes the Out-of-Pocket Expenditure (OPE) of People Affiliated with the INSSJP (PAI) of the city of Ceres in the province of Santa Fe, who travel by their own means to the Nosti sanatorium in the town of Rafaela to be attended, taking into account the Benefit Agreement (BA) signed in 2017.

Objective: to estimate the expenditure and composition of OPE in the population discharged from the Ceres hospital, affiliated with the INSSJP when they demand Health Services (HS) in the private subsector of Rafaela.

Methodology: descriptive, quantitative, stratified study (by cardiology, trauma and urology care), using secondary sources of Medical Records (MR) of the PAI of the public health subsector, interrelated with the private subsector (periods 2016-2017); 32 PAI were treated at least once, in these periods, at the Nosti sanatorium. We worked with 31 surveys (primary sources) that were carried out to PAI (retired and pensioned) in homes in the city of Ceres between the months of December 2017 to February 2018.

Results: from this study it emerged that PAI have a monthly average OPE of \$3.815 (56% of their income). Expenditure on medicines is the most relevant expense, \$2.784 on average (41% of their income); in the second instance, the transfer expense is \$923 on average (16% of their income); in the third instance, the administrative expenses and/or laboratory expenses are \$155 on average (2% of their income); Lastly, fees, x-ray expenses, ultrasound expenses and tomography expenses are not recorded.

Conclusions: OPE represents a relevant factor to consider to reduce inequities in access to Health Services (HS) regarding the Social Determinants of Health (SDH), that is, social causes that affect people, such as the economic situation; which shows significant barriers to achieving equity and access to HS. This

health reality of the PAI is registered in a locality in the interior of the province of Santa Fe.

Keywords

Out-of-Pocket Expenses- People Affiliated with the INSSJP- Equity- Catastrophic Health Expenditure- Right to Health.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEO DEL PROBLEMA.....	4
III. PREGUNTA PROBLEMA.....	7
IV. ESTADO DEL ARTE	8
V. JUSTIFICACION.....	12
VI. OBJETIVOS.....	18
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
VII. MARCO TEORICO	19
INTRODUCCIÓN	19
EQUIDAD	20
INEQUIDAD.....	22
DERECHO A LA SALUD.....	30
ARTICULACIÓN PÚBLICO PRIVADA.....	32
GASTO DE BOLSILLO (GB)	33
GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD (GCS)	34
VIII.METODOLOGIA	36
DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO	41
POBLACIÓN	42
<i>Universo o población objetivo.....</i>	<i>42</i>
<i>Unidades de análisis</i>	<i>42</i>
SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	43
<i>Selección.....</i>	<i>43</i>
<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>43</i>
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
<i>Fuentes</i>	<i>48</i>
ENCUESTA.....	49
PROCESO DE OBTENCIÓN DE DATOS	50
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	51
IX. RESULTADOS OBTENIDOS	53
TESTIMONIO DE LAS PERSONAS AFILIADAS AL INSSJP (PAI)	70

X. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES.....	74
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
XII. ANEXOS.....	98
ANEXO A-TABLAS DE ENCUESTAS REALIZADAS.....	98
<i>Tabla A.....</i>	<i>98</i>
<i>Tabla B.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabla C.....</i>	<i>100</i>
CONTRATO DE PRESTACIONES (CP).....	103
DECRETO DE DISOLUCIÓN SAMCo CERES.....	104
ANEXO B.....	106
<i>Caracterización general de la ciudad de Ceres.....</i>	<i>106</i>

I. INTRODUCCION

El GB en salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ (2012), es aquel pago realizado de modo directo por el colectivo de personas para acceder a los SS. Según un informe de abril de 2017, correspondiente al Observatorio Social de la Universidad Católica Argentina² (UCA), el 38% de las personas Adultas Mayores (AM) del conurbano bonaerense considera que sus ingresos son insuficientes para cubrir necesidades en salud con bajos ingresos, lo cual obliga a las personas a posponer la adherencia a los tratamientos requeridos por los especialistas; teniendo en cuenta que una jubilación mensual es de \$ 7.246,64 y una pensión es de \$ 5.797,31, según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)³ de diciembre de 2017.

Dando comienzo al tema, el Servicio de Atención Médica de la Comunidad (SAMCo) de la ciudad de Ceres, es un hospital público que brinda SS a la localidad de Ceres y a las poblaciones de alrededores de la provincia de Santa Fe, que se referencian con el efector entre las que se pueden considerar a Arrufó, Villa Trinidad, La Rubia, Hersilia, Ambrosetti y Selva (localidad perteneciente a la provincia de Santiago del Estero), otorgando atención médica a aquellas personas usuarias que requieran demandar SS y que cuenten o no con ingresos.

El SAMCo de Ceres pertenece a la red del sistema de salud público de la provincia de Santa Fe. La red⁴ está compuesta por efectores de diversos niveles de complejidad en la atención, (hospitales, SAMCos y centros de salud) de gestión provincial en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía. Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco regiones, en los que en cada región poseen una ciudad nodo o cabecera. Además, la red está dividida en 3 niveles de complejidad.

En el primer nivel, los centros de salud son los lugares de mayor proximidad a las personas usuarias que demanden SS, no poseen camas de internación y son los encargados de acercar la salud en el territorio; en el segundo nivel de complejidad se ubican los hospitales y SAMCos de baja y mediana complejidad (en este nivel se encuentra el hospital de Ceres); y por último, en el tercer nivel, se ubican los hospitales de alta complejidad, siendo el nivel de la red más complejo en materia de especialización y complejidad tecnológica. Por otra parte, para garantizar el funcionamiento de la red, articulando con los diferentes niveles, existe el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones.

En el año 2016, el SAMCo de la ciudad de Ceres prestaba servicios de: medicina general, (atención ambulatoria, internación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación). En el año en el que se inicia este estudio investigativo (2016), el efector contaba con 21 camas de internación.

En julio de 2017, el gobierno⁵ de la provincia de Santa Fe inaugura un nuevo hospital de mediana complejidad en un nuevo y moderno edificio, que fuera proyectado en 2008. El mismo, se encuentra ubicado en Bulevar España y Azcuénaga, de la ciudad de Ceres.

En la práctica, dicho hospital de segundo nivel de atención, presta SS indistintamente a personas usuarias sin obra social o medicina prepaga en salud como a aquellas que cuentan con ellas.

Al momento de la inauguración, el hospital contaba con una capacidad de 48 camas, una superficie cubierta de 5.400 metros cuadrados y 31 servicios de salud y especialidades médicas, para atender a una población de 40.000 personas⁵.

Este efector es uno de los hospitales modernos de mayor importancia en la región, ya que fue especialmente concebido para el diagnóstico y tratamiento

de patologías de baja y mediana complejidad que requieren internación y con capacidad de rápida derivación de patologías complejas hacia otros efectores de la red⁴ de salud de la provincia de Santa Fe (ya sean derivaciones y/o traslados hacia las ciudades de: Tostado, Sunchales, Rafaela, Santa Fe y Rosario entre otras localidades)⁵.

En la actualidad, con el advenimiento de la pandemia⁶ de SARS-CoV2, el gobierno de la provincia conjuntamente con el Ministerio de salud, suma al efector 3 camas críticas⁷. El diario español de información sanitaria denominada Gaceta Médica, cataloga a las epidemias⁶ como enfermedades que se propagan activamente, debido a brotes que se descontrolan y se mantiene en el tiempo. De esta forma, aumenta el número de casos en un área geográfica concreta. Por otro lado, para que se declare el estado de pandemia⁶ se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria.

Retomando el trabajo de GB, la ciudad de Ceres posee en la actualidad, una población de 3.000 PAI⁸. La relación que existe entre el SAMCo de Ceres y el sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, es el denominado Contrato para Prestaciones de Nivel I-Ambulatorio y Nivel II-Nivel Sanatorial y Especialistas o Contrato de Prestaciones (CP)⁹, rubricado en el INSSJP en abril de 2017.

Dicho CP⁹ expresa que, en casos de que se requiera mayor complejidad en las internaciones y/o atenciones de las PAI de Ceres, se deberán efectuar derivaciones y/o traslados hacia el sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, distante 170 kilómetros de la localidad de Ceres.

La ciudad de Rafaela, cuenta con un hospital público regional de alta complejidad (SAMCo Rafaela) y 4 efectores privados de alta complejidad, entre ellos se pueden mencionar a clínica Parra, clínica Nacer (ambos para la realización de tratamientos ambulatorios e internaciones de cortas y

prolongadas estancias); sanatorio Moreno y sanatorio Nosti (diseñados para instancias más prolongadas de internación) este último, cuenta con una mayor complejidad que el efector público de la ciudad de Ceres en servicios de internación y otras especialidades como cardiología, traumatología, urología, ginecología, gastroenterología otorrinolaringología, nefrología y diagnóstico por imágenes, los cuales son los servicios más relevantes que se brindan a las PAI de Ceres. Cabe mencionar que dichos SS no se brindaban⁸ en el SAMCo de Ceres en los períodos 2016-2017. Entonces, el hospital de Ceres, como se señaló anteriormente, en caso de urgencia o de requerimiento de mayor complejidad, efectúa traslados hacia las ciudades de Rafaela, Sunchales, Santa Fe y Rosario⁵.

En ciertas ocasiones, las PAI de Ceres, deben cubrir GB, en casos en que se deban trasladar por sus propios medios hacia la ciudad de Rafaela. Esto ocasiona inconvenientes económicos a personas usuarias jubiladas y/o pensionadas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, la cual es definida por N. R. Rivera¹⁰ (2012) como una amenaza ante un evento de enfermedad y falta de recursos económicos.

II. PLANTEO DEL PROBLEMA

Los lugares en donde se efectuó la investigación fueron el hospital de la ciudad de Ceres, y el sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela (se recabaron atenciones médicas en las especialidades de cardiología, traumatología y urología), el último efector mencionado corresponde al subsector privado de salud. Por último, se hizo extensiva dicha investigación a los domicilios particulares de las PAI de la localidad de Ceres con el correspondiente consentimiento informado de las mismas, en donde se les dio conocimiento sobre el trabajo de investigación y se les consultó si accedían a contestar preguntas sobre la encuesta de GB en salud.

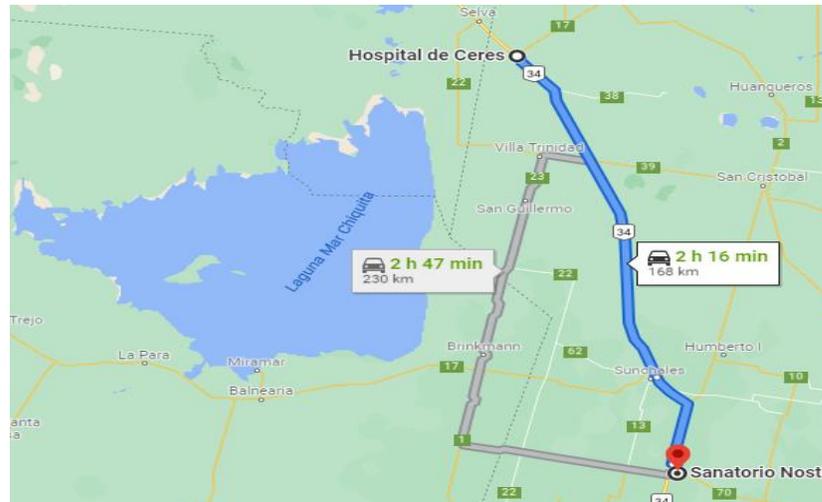
En el hospital de Ceres, institución pública de salud, según datos de HC¹¹ del efector, en los períodos mencionados, se internaron mensualmente entre 30 y 50 PAI. Desde este hospital siempre se brindó atención médica a las PAI con CP⁹ vigente con el subsector privado de salud, ya que se trata de un efector público y que dicho hospital no recibe ingresos de dinero por facturación de PAI (ya sean por internaciones no quirúrgicas o atenciones médicas dispensadas en dicho efector público), en el presente trabajo no se analiza dicho CP⁹, pero si se exponen algunos aspectos del mismo.

Los servicios más relevantes que se brindan a las PAI en el hospital de Ceres son atención ambulatoria, radiografías, mamografías, ecografías e internación no quirúrgica, según datos de HC¹¹.

En agosto de 2016, se incorporaron en el subsector privado de salud de la ciudad de Ceres, nuevos especialistas prestadores del INSSJP. Las especialidades son: cardiología, ginecología, nutrición, traumatología y oncología.

Por otro lado, según lo establecido por el CP⁹ del INSSJP, se expresa que las internaciones y atenciones médicas deben realizarse en el sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela. Así, las PAI deben trasladarse 170 kilómetros (mapa 1) y esto plantea un primer inconveniente¹⁰, ya que dichas PAI no cuentan con los medios, ya sean económicos y/o de movilidad para resolver sus problemas de salud-enfermedad (tanto en casos de internación como de otros servicios que las PAI requieran de dicho efector privado¹⁰).

Mapa 1



En Junio de 2017, la dirección del hospital conjuntamente con la gestión municipal de la ciudad de Ceres, reunidos en conferencia de prensa¹² ante medios locales y ante la comunidad, anunciaron que el servicio de internación de las PAI de la ciudad de Ceres, debía realizarse en el nuevo efector público y que sólo se derivarían aquellas situaciones que requirieran mayor complejidad; esta decisión se podría justificar por lo establecido en dicho CP⁹ entre el hospital de Ceres, sanatorio Nosti y el INSSJP.

En los períodos 2016 y 2017, según datos de las HC¹¹ del efector público, las PAI de Ceres fueron trasladadas y/o derivadas hacia la ciudad de Rafaela para ser internadas en los efectores privados (sanatorio Nosti y clínica Parra), los cuales cuentan con mayor complejidad, es decir, un mayor nivel de tecnología médica y de especialización para resolver problemas de salud.

Vale aclarar que también, en los períodos mencionados las PAI egresadas del hospital de Ceres, se trasladaron por sus propios medios hacia sanatorio Nosti¹². Asimismo, las PAI debieron afrontar GB¹, al comprar medicamentos entre otros gastos¹².

En consecuencia, y como lo expresa la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹³ (2002), dicho GB¹ ocasiona inconvenientes económicos, pudiendo

generar mayor deterioro en el estado de salud de las personas AM. Especialmente en las poblaciones con situación de pobreza, incrementando sus problemas de salud.

III. PREGUNTA PROBLEMA

Conocer ¿Cuál es el GB en la población usuaria atendida en el hospital de Ceres, afiliada al INSSJP, la cual demanda SS en el subsector privado, durante los años 2016 y 2017?

IV. ESTADO DEL ARTE

Como introducción del tema de tesis, se analizarán algunos trabajos de investigación que se detallan en los siguientes párrafos.

La cobertura sanitaria universal es un eje fundamental para la corrección de ciertos desequilibrios en la economía de las personas, es por ello que la OMS¹⁴ recomienda reducir la necesidad de que los pacientes tengan que pagar directamente de su bolsillo los servicios en el efector de salud que brinda la atención. En los países que aplican mayoritariamente el sistema de pagos directos según la OMS¹⁴, las facturas de los gastos sanitarios, empujan cada año a cien millones de personas hacia la pobreza.

Entre 1995 y 2013, según la OMS¹⁴ el gasto público en salud se incrementó del 3,4% al 4,1% respecto al Producto Bruto Interno (PBI), teniendo en cuenta la media de 190 países. El aumento en los países de ingresos bajos ha sido mayor, produciéndose un incremento del 1,7% al 2,6% del PBI¹⁴.

De acuerdo a estudios de la OPS¹³, en 1990 el gasto en salud se encontraba predominantemente compuesto por gasto privado en un 57% y gasto público en el 43%.

Según una investigación de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)¹⁵ de 2008, los países de Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay, se caracterizan por tener GB.

Según la CEPAL¹⁵, la república argentina destaca como un país con una cobertura de seguro social de salud relativamente extendida, pero los hogares deben desembolsar grandes sumas en relación a su capacidad de pago, en concepto de GB.

El mismo informe refiere a que el 10% de la población con mayor GB tiene erogaciones que superan el 20% de su capacidad de pago total, valor muy superior a los de Chile y Ecuador, que son 10% y 7.5% respectivamente.

J. Jorrat *et al*¹⁶ (2005) en el trabajo titulado Utilización y Gasto en SS de los Individuos en Argentina, menciona una encuesta de utilización y gasto en SS que ofrece una nueva mirada sobre la utilización y gasto en SS para el país, dicho estudio enfatiza aspectos exploratorios-descriptivos, en el relevamiento se explicita que los argentinos gastaron de bolsillo, en el año 2005, un promedio mensual de \$37. Este gasto promedio mensual de toda la población varía según el tipo de servicio: a medicamentos se destinaron cerca de \$15, mientras que a la consulta médica se destinaron menos de \$2,50.

Por otro lado, el gasto poblacional promedio en medicamentos es responsable de un 40% del gasto total en salud, seguido por el gasto en análisis, tratamientos e internaciones, las consultas odontológicas y los otros gastos (con más de un 8% cada uno). La menor participación corresponde al gasto en consulta médica 6,5%.

En los años 2003 y 2005, el promedio del gasto total en salud creció un 30%. Sin embargo, el valor del galeno (es decir el valor de los honorarios médicos) creció menos de un 8%, es decir pasó de \$6,50 a \$7,00, vale aclarar que el precio del dólar oficial se encontraba alrededor de los \$2,90. A su vez, el índice de precios al consumidor para atención médica y gastos para la salud, el cual incluye sólo afiliación voluntaria y medicamentos, se habría incrementado un 12% del año 2003 al año 2005 según lo expuesto por J. Jorrat *et al*.¹⁷ en el trabajo recientemente referido.

Por otra parte, según un informe realizado por el sindicato de farmacéuticos y bioquímicos¹⁷ en marzo de 2018, (que consideró el precio de dieciocho marcas medicinales desarrolladas para tratar distintas dolencias de la tercera edad), las PAI han tenido un GB promedio de \$ 2.923, lo que equivale al 40 % del ingreso de una jubilación mínima según datos extraídos de INDEC¹⁸ en marzo de 2018.

J.H. Restrepo Zea *et al.*¹⁹ en la investigación cualitativa de 2014 llamada: Acceso a los Servicios de Salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia, surge como conclusión que, para resolver la denominada barrera geográfica, la persona usuaria debe buscar por sí misma la manera de financiar sus desplazamientos para llegar al lugar donde se prestan los servicios o para realizar algún trámite (principio o criterio de accesibilidad, que según la OMS¹⁴ es definida como la forma en que los SS se acercan a la población).

José E. Viveros²⁰ en la investigación llamada Gastos de Bolsillo en las personas afiliadas al sistema de protección social en salud, mide el GB que tienen las personas usuarias al demandar atención médica así se analizó tres de las patologías más frecuentes que se presentaron durante el año 2007 en el hospital general Dr. Emilio Alcázar de Tuxpan México. En dicho estudio se midió el gasto directo, es decir, el gasto que se tiene al demandar atención médica y se lo dividió en: medicamentos, material de curación, exámenes de laboratorio, de radiología, tomografía y hospitalización. Los resultados demostraron que la población que se encontraba afiliada a este sistema continuaba teniendo GB en el 92% de los casos. La metodología de dicho trabajo fue observacional, analítica y transversal.

Otro de los trabajos de investigación sobre GB, fue realizado por B. F. Gutiérrez²¹ en el año 2015, denominado: Estimación de Gasto de Bolsillo en salud para los Adultos Mayores residentes en zonas urbanas de Chile. En este se estimó el GB en hogares compuestos exclusivamente por AM que viven en zonas urbanas de Chile. Además, se realizó una comparación con el resto de

los hogares por zonas geográficas y quintiles de ingreso. Como resultado de dicha investigación el GB a nivel nacional es el gasto en medicamentos, siendo el de mayor importancia para todos los hogares. Dicho trabajo se basa en un estudio descriptivo, basado en datos públicos de 2012, con muestreo intencionado de hogares conformados exclusivamente por personas de 60 años y más.

M. Villa y L. Rivadeneira²² (2000), en la investigación llamada El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe, una expresión de la transición demográfica; expresan que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre las personas y en el colectivo demográfico de personas AM.

D, Maceira y C. Poblete²³ (2003), describen al INSSJP como la institución de aseguramiento social más importante del país y señalan que la misma, constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de financiamiento con los prestadores privados y el sector farmacéutico.

V. JUSTIFICACION

Durante el año 2016, en el hospital de Ceres, se registraron 238 egresos hospitalarios (llámese internaciones y/o atenciones médicas recibidas a PAI), teniendo en cuenta fuentes de HC de PAI del efector público¹¹ se observa que 143 corresponden a egresos cardiológicos, 22 a egresos traumatológicos y 73 a egresos urológicos.

En el año 2017, en dicho efector público se registraron 328 egresos hospitalarios que, según fuentes de HC del efector público¹¹ 154 corresponden a egresos cardiológicos, 44 a egresos traumatológicos y 130 a egresos urológicos.

Por otro lado, según fuentes de HC del efector público¹¹ en el año 2016 se registraron 39 derivaciones desde el hospital de Ceres hacia efectores privados de la ciudad de Rafaela (sanatorio Nosti en su mayoría y clínica Parra) y en el año 2017 se registraron 40 derivaciones y/o traslados. Además, se verifica que en dichos períodos mencionados se trasladaron por sus propios medios 32 PAI hacia sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, dicha fuente surge de egresos hospitalarios del efector público¹² que corresponden a PAI, que no estuvieron dados de baja en el sistema por diferentes motivos, ya sea por fallecimiento u otras causales y que estuvieron interrelacionados dichos egresos con atenciones de PAI en el efector privado en los períodos mencionados¹¹.

Para el presente trabajo final se trataron los datos de modo confidencial a fin de mantener la privacidad de las PAI. Vale aclarar que el uso de la información, por parte de funcionarios y trabajadores de la salud, se enmarca bajo la Ley N°

17.622 del Sistema Nacional de Estadísticas²⁴ (SNE) además de tener presente la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales²⁵ (PDP) y la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente²⁶ (DP).

A continuación, se presentan, en el cuadro A, los diagnósticos con su correspondiente Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²⁷ de donde se obtuvieron los datos para poder realizar la clasificación de las patologías cardiológicas, traumatológicas y urológicas, datos aportados por el efector público¹¹.

Cuadro A, Se clasifican como patologías cardiológicas

Cardiológicas	Diagnóstico
I10	Hipertensión Arterial esencial
I159	Hipertensión Secundaria no Especificada
I958	Otros tipos de Hipotensión
I959	Hipotensión no Especificada
I498	Otras Arritmias cardíacas Especificadas
I500	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
I420	Cardiomiopatía Dilatada
R060	Disnea (Puede ser Respiratorio, Traumatológico, Cardiológico)
R072	Dolor Precordial

Recopilación extraída de HC del hospital de Ceres, en los períodos 2016-2017. Fuente elaboración y recopilación propia.

Se clasifican como patologías traumatológicas

Traumatológicas	Diagnóstico
M199	Artrosis no Especificada
M255	Dolor en Articulación
M502	Otros desplazamientos del disco cervical.
M542	Cervicalgia
M544	Lumbago con Ciática
M545	Lumbago no especificado
M549	Dorsalgia, no especificada
S047	Traumatismo del nervio espinal
S407	Traumatismos superficiales múltiples del hombro y del brazo
S720	Fractura del cuello del fémur.
T149	Traumatismo, no especificado
J949	Afección pleural, no especificada
S207	Traumatismos superficiales múltiples del tórax.

Recopilación extraída de HC del hospital de Ceres, en los períodos 2016-2017. Fuente elaboración y recopilación propia.

Se clasifican como patologías urológicas

Urológicas	Diagnóstico
R33	Retención de orina
R11X	Náusea y vómito. (Puede ser Urológico, Digestivo, Traumatológico, Síndrome Vertebrobasilar)
R100	Abdomen Agudo.
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior.
R103	Otros dolores abdominales y los no especificados.
R300	Disuria
R521	Dolor Crónico Intratable (Puede ser Digestivo, Urológico, Traumatológico)
N029	Hematuria Recurrente y Persistente No Especificada
N136	Pionefrosis.
N179	Insuficiencia Renal Aguda Especificada
N189	Insuficiencia Renal Crónica, No Especificada
A060	Disentería Amebiana Aguda
A090	Otras Gastroenteritis y Colitis No Especificadas.
S373	Traumatismo de la Uretra

Recopilación extraída de HC del hospital de Ceres, en los períodos 2016-2017. Fuente elaboración y recopilación propia.

Para justificar el problema planteado¹¹ se observa que en dichos períodos (cuadro B) se trasladaron, por decisión personal, hacia sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela 32 PAI, de las cuales 11 recibieron atenciones cardiológicas, 8 recibieron atenciones traumatológicas y 13 recibieron atenciones en el servicio de urología.

Cuadros B

Atenciones por estrato períodos 2016-2017	Cantidad	%
Cardiológicas	11	34
Traumatológicas	8	25
Urológicas	13	41
Total	32	100

Recopilación extraída de HC del hospital de Ceres e interrelacionadas con el subsector privado, en los períodos 2016-2017. Fuente elaboración y recopilación propia.

Períodos	Mujeres	Varones	Total
2016	12	2	14
2017	9	9	18
Total	21	11	32

Recopilación extraída de HC del hospital de Ceres e interrelacionadas con el subsector privado, en los períodos 2016-2017. Fuente elaboración y recopilación propia.

Detalles de las atenciones estratificadas por años

2016	Mujeres	Varones	Total
Cardiológicas	3	2	5
Traumatológicas	4	0	4
Urológicas	5	0	5
Total	12	2	14

2017	Mujeres	Varones	Total
Cardiológicas	3	3	6
Traumatológicas	2	2	4

Urológicas	4	4	8
Total	9	9	18

Recopilación extraída de HC del hospital de Ceres e interrelacionadas con el subsector privado, en los períodos 2016-2017. Fuente elaboración propia.

Lo recientemente mencionado muestra la magnitud y cotidianeidad del problema planteado¹² que tienen las PAI al demandar atención médica en el subsector privado.

En consecuencia, el GB¹ en salud representa el componente más importante del gasto privado en salud y es la forma más inequitativa de autofinanciamiento de los SS, porque la atención médica en ciertos casos, viene dada por la capacidad de pago o ingresos del AM (OMS, 2012)¹.

VI.OBJETIVOS

Objetivo general

Estimar el gasto y composición del GB en la población egresada del hospital de Ceres, afiliada al INSSJP cuando demanda SS en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, en los períodos 2016-2017.

Objetivos específicos

- Identificar los principales motivos de atenciones en el subsector privado que tuvieron las PAI egresadas del hospital de Ceres, durante los períodos 2016-2017.
- Conocer el GB en que incurren las PAI egresadas del hospital de Ceres y que realizaron atenciones en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela.
- Caracterizar los GB de las PAI de Ceres atendidas en el subsector privado desagregando: gastos de atención médica, gastos de medicamentos, gastos de laboratorios, gastos de rayos x, gastos de ultrasonidos, gastos de tomografías, gastos de traslados, comparándolo con los ingresos de PAI (jubiladas y pensionadas).

VII. MARCO TEORICO

Introducción

El 13 de mayo de 1971, a través de la Ley²⁸ N° 19.032, se crea la obra social del INSSJP, comúnmente conocido y llamado Programa de Atención Médica Integral (PAMI)²⁹ que incluye en la actualidad prestaciones médicas y sociales en un intento por dar respuesta a los problemas de salud-enfermedad que afectan a las personas afiliadas.

Desde la década del 70, el INSSJP se ha encargado de otorgar asistencia médica a dicha población usuaria.

Con los años, el INSSJP²⁹ se convirtió en el ícono que identificó a la obra social de PAI ya sea que estén jubiladas, pensionadas o sean adherentes a la misma. Desde sus inicios, se plantearon discusiones sobre si el INSSJP²⁹ era un organismo de carácter público o privado. El origen de sus aportes actuales proviene de las propias PAI.

En el año 1975, el INSSJP²⁹ lanzó una masiva campaña de afiliación y comenzó a proyectar su estructura nacional, hasta arribar al año 1976 y contar en cada provincia con una agencia o sucursal a las que pudieran acudir PAI.

Actualmente el INSSJP en la república argentina cuenta con 38 Unidades de Gestión Local (UGT)²⁹ también llamadas ex delegaciones regionales, las cuales coordinan a diferentes agencias que se encuentran en ciudades y pueblos del interior de cada regional, según datos del INSSJP²⁹, el mismo cuenta con más de 600 bocas de atención al público en todo el país y dicho INSSJP cuenta con más de 4.800.000 personas afiliadas en todo el país.

A. De Paul³⁰ en su trabajo del 2016, llamado Un paso clave para el logro de la seguridad social de las personas afiliadas al INSSJP de la república Argentina, hace referencia al Dr. Mario Testa (1997), el cuál evidencia que el INSSJP es una institución hipercompleja, con una manifestación de problemas colectivos en su máxima expresión, porque expresa que la puja de intereses contrapuestos impacta desfavorablemente sobre los sectores más vulnerables de la población, es decir, en el caso el de las PAI.

En el trabajo de Sesma-Vazquez³¹ *et al.* (2005), manifiesta que una de las funciones de los sistemas de salud es garantizar la protección financiera, es decir, asegurar un financiamiento justo en las atenciones, para evitar que las familias posterguen recibir la misma por razones financieras y que incurran en gastos excesivos para atender sus necesidades de salud.

Según Wagstaff A, Van Doorslaer³² (1998) en el trabajo Equidad en la financiación y prestación de Servicios de Salud, la salud suele financiarse de distintas fuentes: (a) públicamente mediante impuestos (directos e indirectos); (b) seguros de salud y (c) GB. La equidad del sistema de financiamiento depende de la progresividad de todas estas fuentes. En términos generales, se ha explicitado que los sistemas basados más fuertemente en GB, suelen ser más regresivos e inequitativos, mientras que los esquemas financiados por la seguridad social son progresivos. En este marco, los autores mencionados hacen referencia a conceptos como equidad y GB.

Equidad

Diferentes autores que se enuncian a continuación definen el término equidad; el Dr. Oscar Alleyne³³ (2001) refiere a la equidad como diferencias que son innecesarias e injustas. Por otro lado, M. Whitehead³⁴ (2000) expresa que la equidad es la oportunidad que tienen las personas para acceder a la sanidad, lo que evidencia medidas necesarias para proteger, promover y mantener o recuperar su salud.

Según J. Rawls³⁵ (1999) la equidad está íntimamente relacionada con la imparcialidad, la cual está vinculada al trato correcto entre personas que están cooperando o compitiendo. Son personas libres, sin autoridad unas sobre otras, que reconocen las reglas que definen la competencia o la cooperación. La influencia de Rawls considerado uno de los pensadores liberales más importantes del siglo XX y su perspectiva de la equidad es revisada particularmente por Amartya Sen³⁵ (premio nobel de Economía 1998), pero desde una perspectiva completamente opuesta al liberalismo de Rawls pero que coincide con él en el análisis de la equidad como parte del debate de la justicia distributiva de la tradición aristotélica occidental.

En el área de la salud, la equidad³⁶ define el grado de ajuste entre las características de la población y las del sistema de salud y explica cómo sus determinantes profundizan o reducen las desigualdades sociales.

El concepto de equidad³⁶ aplicada a la salud tiene varias dimensiones, para P. Hjort (1983), la equidad debe aplicarse en dos niveles, en primera instancia, en el proceso de adopción desde el punto de vista de las decisiones y en segundo lugar, al evaluar los posibles resultados de las decisiones, ya que los procedimientos equitativos no necesariamente garantizan resultados equitativos y viceversa.

Para la OPS¹³ (2002), la equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. El término justicia social es utilizado por primera vez por el sacerdote jesuita italiano Luigi Taparelli³⁷ en el año 1843, en Livorno, Italia. Taparelli, aplicó este término a los conflictos obreros que se extendieron a raíz del establecimiento del maquinismo y la sociedad industrial. Consideraba que la justicia social era una idea diferente tanto de las nociones de justicia conmutativa o correctiva como de la justicia distributiva, siendo esta última la que buscaba balancear la distribución del bien común. Según el

sacerdote, la justicia social es "la justicia entre los hombres" ya que todos deben ser considerados como iguales en derechos, a pesar de tener diferentes capacidades naturales tomando como ejemplo que algunas personas son más fuertes que otras.

En el trabajo de P.H Peña y O. Zapata³⁸ (1991), Equidad y salud. Necesidades de investigación para la formulación de una política social, definen a la equidad en salud como las diferencias existentes en la sociedad, tanto a nivel de necesidades como de respuesta social organizada, esto significa el análisis de los diferentes perfiles epidemiológicos, la distribución de recursos y de tecnologías; las diferencias en el acceso, uso y calidad de los servicios, así como la cultura de la salud.

Para concluir, el Dr. J. Frenk³⁹ (1985) expone que la equidad orienta hacia problemas de distribución de recursos entre diferentes grupos de la población, implica el reconocimiento de las necesidades de dichos grupos y la búsqueda de un equilibrio entre ambos aspectos.

Inequidad

Para Guzmán Urrea⁴⁰ (2009) las inequidades en salud pueden ser comprendidas como todas las desigualdades del estado de salud de las poblaciones, cuyo origen se debe a disparidades en las condiciones socioeconómicas, culturales y/o medioambientales, ya que las inequidades en salud no pueden ser resueltas únicamente garantizando SS.

Según la OMS⁴¹ (2011) las inequidades se explican por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; estas condiciones son denominadas DSS. El concepto abarca aquellos factores sociales que afectan en forma directa o indirecta a la salud y el acceso a la atención de las personas, tales como la educación, situación económica, vivienda, medioambiente, e

incluso los sistemas y SS. Estas condiciones están, a su vez, determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Por otro lado, el término Iniquidad tiene dimensiones políticas, éticas y morales, las cuales se refieren a diferencias innecesarias y evitables, que son consideradas arbitrarias e injustas. Huerta⁴² (2010) expresa que “para decir que hay iniquidad, la causa debe ser examinada y juzgada como injusta, dentro del contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad”. Por otro lado Salaverry García⁴³ (2013) evidencia que los DSS son definidos como las condiciones de vida de las personas con capacidad influyente para alcanzar el acceso a los SS.

En una de las investigaciones realizadas por Hosseini Shokouh⁴⁴ *et al.* (2017), los mismos identificaron 21 modelos explicativos para los DSS. Esta diversidad de modelos se debe al posicionamiento que adopta el fenómeno como objeto de estudio de diferentes áreas de conocimiento como la sociología, la epidemiología y la antropología; y en consecuencia la observación con foco en lo social, económico, histórico o cultural.

Entre estos modelos, Solar & Irwin⁴⁵ (2010) desarrollan un marco conceptual y de trabajo que sintetiza muchos elementos de modelos anteriores, y particularmente en el modelo sobre la producción social de la enfermedad de Diderichsen y Hallqvist publicado en 1998 y que coloca a la posición social como foco para la interpretación de las desigualdades en salud.

El modelo de Solar & Irwin⁴⁵ (2010) fue adoptado como marco de trabajo por la OMS por entender que representa su compromiso con la equidad en salud y la justicia social. Partiendo de una definición amplia de los DSS, fundaron este modelo con base en tres propuestas teóricas de la producción social de la salud:

1-Teoría psicosocial: postula que la vida en sociedades con fuertes desigualdades provoca efectos nocivos (estrés) para salud de los menos

favorecidos tanto por los sentimientos negativos y de discriminación producto de su comparación con los grupos en mejores condiciones, como por la degradación de la cohesión social. Por otro lado, Álvarez Castaño⁴⁶ (2009) expone que poblaciones afrodescendientes de Estados Unidos e Inglaterra viven en sociedades con profundas desigualdades y las mismas tienen una esperanza de vida inferior a la del resto de la sociedad, incluso en los casos en que pueden satisfacer sus necesidades básicas y disponen de ingresos superiores a la media nacional. Evidencias como esta apoyan la tesis de que, sociedades con mayor cohesión social exhiben mejores condiciones de salud que las menos cohesionadas.

2-Teoría de la producción social de enfermedad: La economía política de la salud materialista y/o estructuralista propone que las desigualdades deben ser analizadas a partir de las causas estructurales que significan los determinantes políticos y económicos, los cuales se expresan en la escasez de recursos a nivel individual y en la ausencia de inversiones destinadas a garantizar una adecuada infraestructura pública, ubicada en el centro de su modelo explicativo a los ingresos y sostiene que los grupos con menores ingresos experimentan mayores dificultades para protegerse de las situaciones o factores que amenazan la salud de las personas. Para Álvarez Castaño⁴⁶ (2009) las condiciones materiales de vida tales como una alimentación insuficiente o una vivienda o ambiente laboral precario, producen niveles de riesgo desiguales entre los diferentes estratos de una sociedad.

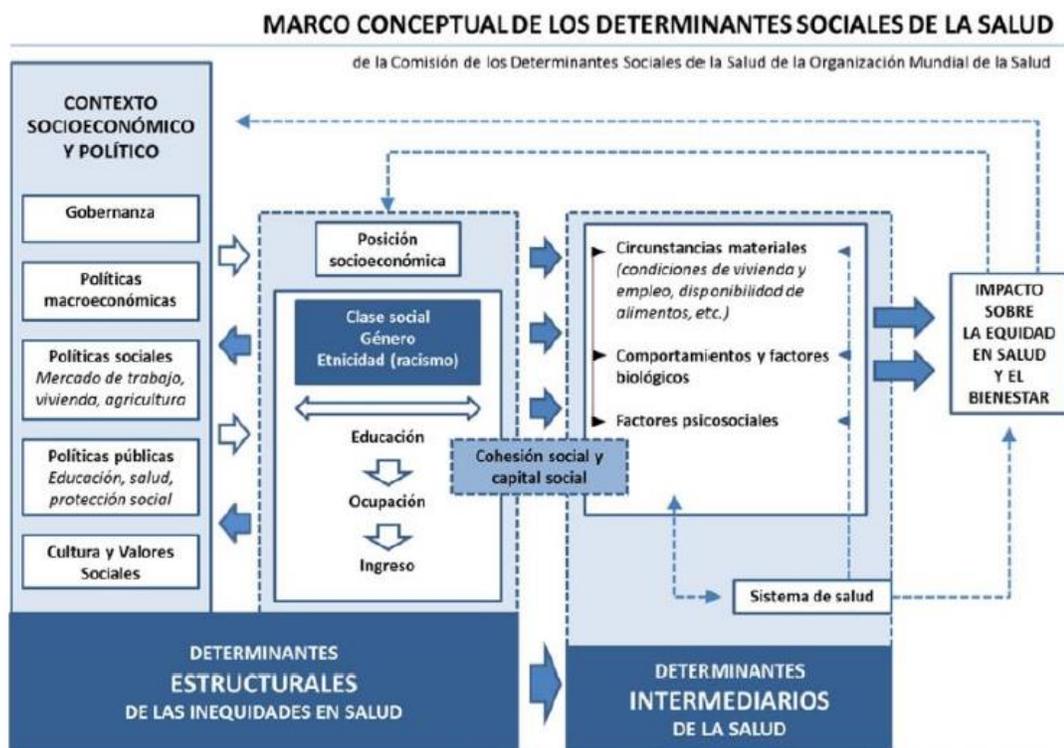
3-Teoría ecosocial: se trata de una construcción conceptual que contiene a las anteriores basándose en condiciones físicas, socioeconómicas y políticas, las cuales interactúan con la biología conformando un ecosistema que determina la forma en que las personas expresan a nivel individual características propias del contexto en que viven.

El modelo de Solar & Irwin⁴⁵ (2010) se compone de tres elementos: el contexto socioeconómico y político, los determinantes estructurales y los determinantes

intermedios (Figura X). Comenzando por los aspectos más generales del modelo, los autores establecen que las políticas públicas, sociales y macroeconómicas que constituyen el contexto socioeconómico y político condicionan la posición económica de los individuos.

A partir de estas posiciones económicas, las sociedades se estratifican en relación al ingreso, ocupación y nivel educativo. A su vez, factores como el género y la raza o etnia conforman junto a los anteriores, una estratificación general de la sociedad. A estos componentes los autores le asignan el nombre de determinantes estructurales.

En consecuencia, de acuerdo a la posición que ocupan dentro de las jerarquías sociales, las personas presentan niveles desiguales de riesgo y vulnerabilidad respecto de determinantes específicos de su condición de salud, como por ejemplo las circunstancias materiales y los factores psicosociales, biológicos y del comportamiento denominados en su conjunto determinantes intermedios.



Fuente: OMS (2011), figura X.

Con base en el desarrollo conceptual del modelo, Solar & Irwin⁴⁵ (2010) señalan tres lineamientos centrales para las acciones que buscan disminuir las inequidades en salud a través del abordaje de los DSS: hacer frente al contexto, accionar de forma intersectorial, y propiciar la participación y empoderamiento social; e indican que las políticas orientadas a mitigar las desigualdades no deberían restringirse al abordaje de los determinantes intermedios sin contemplar debidamente los condicionamientos estructurales.

En el trabajo Intervenciones públicas para el fomento de la actividad física relacionadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, en el estudio descriptivo del municipio de Rosario en los periodos 2003-2017, el Profesor Eduardo Zaffaroni⁴⁷ (2019), hace referencia al marco conceptual de Solar & Irwin⁴⁵ (2010) sobre DSS, los mismos compuestos por una triada de tres elementos, las claves estratégicas, la teoría de base y componentes del modelo, figura Y.

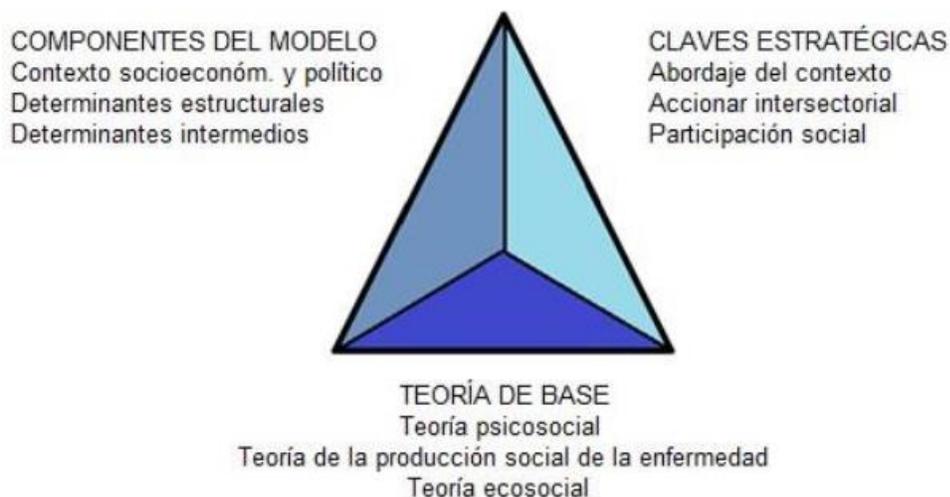


Figura Y. Fuente: Eduardo Zaffaroni (2019)-DSS Triada marco conceptual de Solar & Irwin (2010)

Al abordar los DSS, la OMS⁴¹ (2011) ha hecho claramente hincapié en la inaceptabilidad de las marcadas inequidades en materia de salud. La OMS⁴⁸ en

2005, establece una red mundial de normativas, investigadores y organizaciones civiles a la que denomina Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), cuyo objetivo es sintetizar información científica respecto de los DSS y elaborar propuestas para el abordaje de las inequidades.

Durante los años 2005, 2006 y 2007, la Comisión produjo un informe titulado “Subsanar las desigualdades en una generación” publicado en 2008. Con base en las recomendaciones allí presentes, la OMS⁴⁹ en su Asamblea mundial de 2009, alienta a los estados miembros a disminuir las inequidades en salud trabajando desde la perspectiva de la “Salud en Todas las Políticas” (STP) (Etienne, 2013).

La STP es una perspectiva innovadora de programación y desarrollo de políticas públicas indicada por primera vez en la Declaración de Adelaida⁴⁹ de 2010 y presentada como marco mundial para la acción en la Declaración de Helsinki⁵⁰ de 2013 (OPS, 2016), en la cual se la define como “un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que tenga en cuenta las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busque sinergias y evite efectos sanitarios nocivos para mejorar la equidad” (OPS, 2014, p.1)⁵¹.

Esta estrategia integra los DSS y ambiciona el logro de la equidad en salud a través de la acción sinérgica de las políticas de gobierno. Su desarrollo requiere el compromiso de todos los sectores en la elaboración de políticas cooperativas y cohesionadas con potencial para abordar problemas complejos como las inequidades en salud (OPS, 2014)⁵¹.

El desafío es lograr que todos los sectores incorporen la salud como un elemento central al momento de la elaboración y desarrollo de las políticas para considerar debidamente la génesis socioeconómica de los problemas de salud (OMS, 2010)⁴⁹. Esto implica superar el enfoque biomédico y sectorial de la salud, y confeccionar estrategias capaces de actuar sobre los DSS, entendiendo que no es suficiente insertar componentes de salud en las políticas

de otros sectores, sino que se requiere formular las mismas de forma que aborden las condiciones de vida y de salud de las poblaciones (Guzmán Urrea, 2009)⁴⁰.

Esto explica que STP es un enfoque técnico con fuerte componente político ya que es indispensable que las estrategias formuladas sean intersectoriales y sostenibles más allá de la duración de los ciclos políticos (OMS, 2016)⁵².

Soltani⁵² *et al.* (2019) enuncia que los problemas financieros pueden conducir a un acceso deficiente a los servicios de atención médica como consecuencia de falta de cobertura de seguros para servicios como odontología, terapia ocupacional entre otros, sumado a los bajos ingresos de las personas y al alto costo de transporte para llegar a los establecimientos de salud. Por otro lado, para Ballesteros⁵³ (2013) las barreras en el acceso a los SS en Argentina, haciendo una reflexión a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales, muestra que la realización de una consulta no implica que no haya barreras para la realización de otras consultas.

Para kabir⁵⁴ *et al.* (2018) en la exploración cualitativa de los determinantes socioculturales de las desigualdades en salud de la población Dalit, en la ciudad de Dhaka, Bangladesh, la provisión de la atención médica por sí sola es insuficiente para mitigar los efectos negativos de la discriminación, por lo que es necesario comprender las influencias de los determinantes socioculturales de las desigualdades en salud, identificando las estrategias y programas necesarios para abordar estos determinantes con el objetivo de desarrollar sistemas de prestación de SS más inclusivos. Odorico Monteiro de Andrade⁵⁵ *et al.* (2015) presenta cuatro estudios de caso de países de América Latina para mostrar el diseño e implementación de programas de salud apoyados por la acción intersectorial y la participación social que han alcanzado abordar de forma efectiva los determinantes sociales de salud, mejorar los resultados, y reducir las desigualdades en salud a nivel nacional.

La intersectorialidad según Solar⁵⁶ *et al.* (2009) es un proceso político, administrativo y técnico que involucra negociación y distribución del poder, recursos, y capacidades (a nivel técnico e institucional) entre diferentes sectores. Una acción intersectorial no solo demanda una visión social o una intención política del gobierno, sino también la capacidad de gestión, todo esto asociado a una nueva organización institucional y la formación de directores en el área de la salud y otros sectores, para desarrollar la capacidad técnica apropiada.

Para Maceira⁵⁷ (2020) en el financiamiento del sistema de salud argentino intervienen fuentes diversas, desde impuestos y tasas recogidas por tesoros nacionales, provinciales y municipales, fundamentalmente contribuciones a la seguridad social; a pesar de los logros en términos de extensión de la cobertura, subsisten actualmente ineficiencias significativas con consecuencias en la equidad global del sistema.

Mujica⁵⁸ (2019) encuentra que el compromiso demanda impostergablemente crear competencias profesionales y capacidades institucionales en la medición y el análisis de desigualdades sociales en salud, institucionalizar el monitoreo de las desigualdades en salud como ejercicio soberano de la primera función esencial de salud pública, es decir, el análisis de la situación de salud, y generar, tanto a nivel sectorial como intersectorial, incidencia política en la modificación virtuosa de la asignación de recursos hacia la equidad y la justicia social.

Según Morteruel⁵⁹ *et al.* (2018) en su estudio realizado sobre desigualdades en el uso de los SS para el caso de una región europea del sur en personas de 25 años, mediante una encuesta vasca de salud en el año 2013, tomando como referencia a una población de 10.454 personas, concluye que aquellas con un nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de utilizar la atención primaria y menos probabilidades de utilizar SS especializados.

En el financiamiento del sistema de salud argentino Maceira⁶⁰ (2020) concluye que intervienen fuentes diversas, desde impuestos hasta tasas recogidas por tesoros nacionales, provinciales y municipales, fundamentalmente contribuciones de la seguridad social; pero a pesar de los logros en términos de extensión de coberturas en salud, subsisten actualmente ineficiencias significativas con consecuencias en la equidad global en los SS.

Nievas⁶¹ *et al.* (2021) menciona que los inconvenientes financieros representan barreras importantes para alcanzar equidad y acceso a los SS (Soltani⁵² *et al.* ,2019 y Ballesteros⁵³ , 2013); además destaca entre las principales barreras, a los determinantes socioeconómicos y al ser AM; ante esto describe como necesarios tener SS más inclusivos (Kabir⁵⁴ *et al.* ,2018 y Odorico Monteiro de Andrade⁵⁵ *et al.* ,2015) ; siendo importante la institucionalización de las mediciones y monitoreo de las desigualdades sociales en salud (Maceira⁶⁰ , 2020) .

Nievas⁶¹ *et al.* (2021) concluye que el GB representa un factor relevante a considerar para disminuir inequidades en el acceso a los SS en el estudio realizado en las localidades urbanas y rurales de cuatro departamentos (Ocampo, Belgrano, Chamental y Ángel Vicente Peñaloza) de la provincia de La Rioja en la república argentina. Otro resultado relevante de este trabajo, indicaría que optimizar las complejidades de disponibilidad de exámenes complementarios básicos y de medicamentos en el primer nivel de atención, contribuiría a disminuir desigualdades en el acceso a la salud.

Derecho a la salud

Maceira⁶² (2010) expresa que la argentina presenta un sistema de salud segmentado, lo que implica la inexistencia de un fondo único que ofrezca un paquete homogéneo de SS a toda la población, es decir un esquema de aseguramiento social diseñado para una determinada población permitiría reducir desembolsos de dinero individuales, otorgando el derecho a las

personas de acceder a un paquete de SS relativamente homogéneo. Además, Maceira⁶² hace referencia a la fragmentación del sistema de salud argentino, expresando que cada provincia cuenta con institutos de seguridad social propios (obras sociales provinciales), por otro lado se encuentran las obras sociales nacionales (obras sociales sindicales) y el INSSJP; lo que evidencia un importante desafío de coordinación para garantizar el derecho a la salud de las personas, es decir que la amplia presencia de fondos reduce la capacidad de hacer financieramente sostenible el sistema sanitario, por lo que cada uno de ellos enfrenta la necesidad de solventar tratamientos variados, con costos diferenciados, ésta situación repercute en el GB de las personas, que deben cubrir lo que estos fondos no logran proveer, evidenciando la existencia de un sistema de salud inequitativo.

Por otra parte, el Dr. Mario Róvere⁶⁴ menciona que la Argentina gasta por año casi el 10% de su PBI⁶³ (es el valor monetario de todos los bienes y servicios producidos en el país) en salud, es decir ese dinero es el que no llega a las personas, sino que en muchos casos se va quedando en las intermediaciones; esto trae aparejada la fragmentación lo que significa tener una infinidad de áreas de gestión, significa agrupamientos de cobertura con pequeños grupos que no tienen capacidad de compra y variados gastos de intermediación, además dicho autor manifiesta que el derecho a la salud se descompone en tres entidades que giran en torno al concepto de equidad: Primero, la equidad en términos de calidad y capacidad resolutive; segundo, la equidad como la protección frente a riesgos evitables, identificando mecanismos de prevención, conocimientos contemporáneos, tecnologías de la actualidad y la tercera equidad es la que mejor se conecta con las otras dos equidades antes mencionadas, es la equidad en la distribución del saber y del poder en salud, es aquí en donde las personas pueden también ver limitados esos derechos, porque se bloquea el acceso al conocimiento, incluso generando mecanismos de participación falsos, y él expresa que participar sin saber es una forma también de no participar.

Articulación público privada

Tomando los aportes del trabajo de tesis El registro en salud pública de la localidad de Rafaela (Argentina), durante el período 2020-2021, de la autora Luciana Galloni^{64.1}(2022), hace referencia al Dr. Spinelli (2010), el cual manifiesta que es menester reconocer que el campo de la salud es un campo atravesado por el conflicto producto de las acciones de actores individuales, colectivos y corporativos dotados de intereses, capacidades singulares y objetivos, incluso, antagónicos. Al hablar de actores, Galloni refiere a profesionales del campo de la salud, gestores de salud, actores vinculados a la política, sindicatos, representantes de la industria farmacéutica y da visibilidad al rol de las personas usuarias como actores necesariamente activos en la construcción del sistema de salud.

Pinilla⁶⁵ (2004) manifiesta que el INSSJP cumple diferentes roles dentro del ciclo de salud asistencial y social que prestan a las PAI. En primer lugar, es contratista de diferentes servicios con diferentes prestadores, entre las más importantes que contrata se encuentran la medicina primaria, especializada y de servicios hospitalarios; en segundo lugar, es financiador regulador y controlador de servicios provistos por terceros privados y el hospital público; y, en tercer lugar, el INSSJP se establece como persona jurídica de derecho público no estatal con individualidad financiera.

En la articulación público privada del sistema de salud, el Dr. Javier Vilosio⁶⁶ (2019) hace referencia a poder avanzar en la integración de los sistemas de salud públicos y privados de Argentina, además habla que para “desfragmentar” al sistema de salud argentino, se deben tener en cuenta ciertos aspectos como mejorar la eficiencia del sistema, desarrollar programas de inversión tecnológica, fortalecer las capacidades de vigilancia epidemiológica entre ambos sectores, y por último el mismo expresa que cuando el recurso financiero, la capacidad prestacional, la infraestructura y la capacidad de

negociación política se concentran en menos manos, más peligro corre la lógica de todo un sistema de salud que pueda integrarse y focalizarse.

Gasto de Bolsillo (GB)

Según la OMS¹³ (2018), el gasto en salud se encuentra conformado de dos maneras; primero, por lo que la sociedad aporta a través de sus impuestos y segundo lo que proviene directamente del bolsillo del usuario al demandar atención; el primero puede ser clasificado como gasto público y se distribuye entre todas las instituciones públicas que componen el sistema de salud; el segundo es el gasto privado, que equivale al desembolso que las familias hacen para el cuidado de su salud. Es definido como la suma de todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las familias para la atención de la salud de sus miembros. Por otro lado, la erogación indirecta, se refiere a todo aquel gasto en salud que realizan las familias a través de seguros voluntarios y pagos de honorarios médicos.

El GB¹ representa el componente más importante del gasto privado en salud y es la forma más inequitativa de financiar los SS, porque la atención médica está en función de la capacidad de pago y no de las necesidades de salud de las familias.

Según el texto de Apella⁶⁷ (2009) de GB en salud e impacto financiero sobre los AM de Argentina, expresa que, frente a la presencia de eventos catastróficos, es decir enfermedades de baja frecuencia y alto costo como discapacidad, cáncer, entre otras, o simplemente infecciones respiratorias, una persona debe decidir entre consultar o no al médico. Apella⁶⁷ expresa que si la persona usuaria decide no consultar depreciará su capital en salud. En caso de efectivizar la atención en salud, su financiamiento puede provenir de tres fuentes complementarias: pública, seguridad social o particular de bolsillo.

En consecuencia, para dicho autor el GB engloba gastos de medicamentos, gastos de laboratorio, gastos de rayos x, gastos de ultrasonido (ecografía), gastos de tomografías, gastos de traslado (ya sea en medios de transporte públicos o privados. Para concluir, Apella expresa que, si el GB es elevado, dicho gasto se convierte en Gasto Catastrófico en Salud (GCS).

Gasto Catastrófico en Salud (GCS)

Retomando con el trabajo de investigación de Ignacio Apella⁶⁷ (2009), el autor considera que un AM de bajos recursos posee GCS, cuando el mismo representa entre un 15%, 25% y 40% de sus ingresos mensuales.

El GCS expresados por Russell⁶⁸ (2004); Wagstaff y Van Doorslaer⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹⁻⁷² (2003) y Xu⁶⁸ *et al.* (2003) puede ser entendido desde dos perspectivas; la primera, definiendo el gasto médico como catastrófico si excede alguna fracción de la renta o del gasto total del hogar en un período dado. Una segunda interpretación del GCS, implica un significativo esfuerzo financiero por parte de las personas afiliadas. Según lo expresado por O. O' Donnell⁷² *et al.* (2008), el GB podría dejar a un individuo en situación de pobreza o agravar una existente.

Los gastos en salud son considerados catastróficos⁶⁹ cuando, en un período de tiempo determinado, el GB excede la capacidad de pago del hogar en relación a un umbral, llevando a una disrupción de su nivel de vida. Existe discusión en relación a cuál debe ser ese umbral, el cuál puede construirse en base a los ingresos o gastos del hogar. Según la definición de Xu⁶⁸, el GCS ocurre cuando el total del GB de un hogar iguala o excede el 40% de la capacidad de pago del hogar o de sus gastos de no subsistencia.

Finalizando con el marco teórico y la definición de la problemática de GB, el Dr. Carlos Matus⁷³ (1998) hace mención que para analizar un problema de salud cuasi estructurado (más o menos estructurado) en la realidad, las variables no son precisas, las relaciones entre las variables son imprecisas, las soluciones

de problemas son situacionales. Matus⁷³ expresa que dicha solución del problema puede ser satisfactoria para algunas personas e insatisfactoria para otras personas, ya que es difícil trabajar con incertidumbres ante la presencia de un determinado problema. Matus⁷³ concluye que en la solución de un problema no es satisfactorio apelar al cálculo técnico o al cálculo político, dicho autor expresa que es un problema de cálculo tecno-político, ya que el mismo es incierto y nebuloso, por lo que se requerirá teoría y método para la resolución del problema, además agrega que no es un problema de gestión, lo que el Dr. expresa es que debe adicionarse un razonamiento tecno-político ante el abordaje de un problema de salud. Por otro lado, la autora Luciana Galloni^{73.1}(2018) en su trabajo sobre Cuidados de salud mental, la experiencia del Centro de Salud N°4. Virgen de Fátima de la ciudad de Rafaela; expresa que en la actualidad es evidente la necesidad de revisar y reflexionar en torno a las prácticas en salud y su construcción colectiva, no sólo en términos de cantidad (número de atenciones y número de prácticas) sino, en la capacidad de reconocer y dar respuesta a las necesidades de salud de una población a cargo (Galloni, 2018).

VIII. METODOLOGIA

A continuación, se operacionalizan las variables utilizadas y sus categorías. Los GB¹ engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que la persona usuaria utiliza los SS. Normalmente, se trata de honorarios médicos, compras de medicamentos y otros GB. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los GB. Es importante señalar que en el INSSJP existe reintegro⁷⁴ por atención médica del GB realizado, del mismo debe deducirse cualquier reembolso de dinero efectuado por dicha obra social.

Todas las variables relacionadas con gastos, en el presente trabajo, se convierten en una cifra mensual, es decir las cifras se ajustan para que sean mensuales. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)¹⁸ el cual expone los sucesivos incrementos inflacionarios de la república argentina de los últimos años, se procede a deflactar (es decir, se transforma una determinada cantidad de dinero, expresada en términos monetarios nominales en otra cantidad de dinero expresada en términos

reales), teniendo en cuenta todos los gastos con respecto a un mismo mes de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor (IPC)¹⁸.

Según el trabajo de J.E. Viveros²⁰ de GB en personas afiliadas al sistema de protección social en salud (2005), el mismo realiza un estudio cuantitativo, descriptivo, (encuesta a una población), por lo que se toma como referencia dicha investigación para la realización del presente trabajo; por otro lado, para la medición del GB se tuvieron en cuenta datos del INDEC¹⁸, en donde se comparó niveles de ingresos de personas afiliadas al INSSJP, las cuales fueron categorizadas en jubiladas y pensionadas.

En el presente trabajo, se procedió a revisar las HC¹¹ del subsector público, en las mismas se detallan los egresos en el hospital de Ceres, en los períodos 2016-2017 correspondientes a PAI. Se destacan que los egresos hospitalarios más frecuentes fueron cardiológicos, traumatológicos y urológicos. Es por ello que se han seleccionado dichos datos de mayor frecuencia en el Subsector Público y luego se interrelacionaron¹¹ con el subsector privado para la construcción de las trazadoras para la medición del GB²⁰ (cuadro C). La población objetivo fue aquella que durante los meses de enero de 2016 a diciembre de 2017 recibieron atenciones al menos una vez en dichos períodos.

Para responder a la pregunta problema, conocer ¿cuál es el GB en la población atendida en el hospital de Ceres, PAI la cual demanda SS en el subsector privado, ¿durante los años 2016 y 2017?, se deben tener en cuenta las variables y sus definiciones, las cuales se presentan en el cuadro C:

Cuadro C

Variable	Definición teórica	Clasificación	Dimensión	Definición operativa	Indicador	Fuente: Encuestas e historias clínicas
----------	--------------------	---------------	-----------	----------------------	-----------	---

Atenciones médicas (trazadora del GB)	Es el subsistema del sector salud que comprende un conjunto de servicios médicos proporcionadas a las PAI de Ceres, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, elevando así su nivel de salud. Los SS son cardiológicos, traumatológicos y urológicos	Cuantitativa	-Si -No	Conjunto de atenciones médicas que se realizan	-Cantidad de atenciones médicas cardiológicas al menos una vez en los periodos 2016-2017. -Cantidad de atenciones médicas traumatológicas al menos una vez en los periodos 2016-2017. -Cantidad de atenciones médicas urológicas al menos una vez en los periodos 2016-2017	PAI de Ceres Instrumento, pregunta número 3.
Variable	Definición teórica	Clasificación	Dimensión	Definición operativa	Indicador	Fuente encuesta

Nivel de ingresos (variable independiente)	Ingresos de las PAI de Ceres.	Cuantitativa	-Con ingresos -Sin ingresos	Ingresos de las PAI de Ceres (jubilación mínima en 2016 \$ 5.662; jubilación mínima en el año 2017 \$ 7.246) o Cantidad de dinero que la PAI obtiene mensualmente por ingresos percibidos.	-Ingreso de la PAI o dinero obtenido por una fuente de ingresos (jubilación, pensión, otras)	Instrumento pregunta número 10.
--	-------------------------------	--------------	--------------------------------	--	--	---------------------------------

Fuente elaboración propia

Descripción del ámbito de estudio

El término georeferenciación⁷⁵, según Fallas (2011), es un proceso que consiste en asignar coordenadas cartográficas a una imagen o mapa geográfico, utilizando puntos de control cuya posición se conoce tanto en la imagen como en el sistema de coordenadas.

El ámbito de estudio donde se efectúa la investigación es en domicilios de PAI , las cuales se encuentran georeferenciadas en el hospital de la ciudad de Ceres y las mismas tienen domicilio en dicha ciudad. 32 PAI, egresaron del hospital de Ceres y, como se expuso anteriormente, migraron (por decisión personal) hacia el subsector privado de salud, según datos de HC¹¹ a fin de recibir atención médica con especialistas, realizarse estudios complementarios, y/o adquirir medicamentos en farmacias de la ciudad de Rafaela o Ceres.

Los motivos⁹ por los cuales se ha seleccionado este ámbito para realizar la investigación, se fundan claramente en la viabilidad y/o factibilidad de los lugares seleccionados, se tienen en cuenta las PAI georeferenciadas en la ciudad de Ceres, excluyendo a las de otras localidades por no encontrarse georeferenciadas en dicha localidad, teniendo en cuenta aspectos del CP⁹.

Durante toda la investigación, se visibiliza la predisposición del personal de salud y de las PAI a conocer más acerca de las implicancias del GB¹² igual predisposición mostró la jefa de la agencia del INSSJP de Rafaela al permitir conceder una entrevista y a recabar datos valiosos en el contexto de la investigación.

Para concluir, el trabajo servirá como reservorio de información para el sistema de salud, es decir producirá información académica de GB. Además, posiblemente servirá para considerar que el estudio no va a lograr que disminuyan los gastos. Sino que, a partir de esta información producida, se tomen decisiones desde la gestión del INSSJP; ya que el GB de las personas

en situación de vulnerabilidad, se entiende como una amenaza ante eventos de enfermedades, como lo describe N.H. Rivera¹⁰ (2012) en su texto La definición y la medición de la vulnerabilidad social.

Población

Universo o población objetivo

El universo o población objetivo son las PAI de ambos sexos (AM y adherentes al INSSJP), egresadas del hospital de Ceres e interrelacionadas con el subsector privado (sanatorio Nosti) con GB y que recibieron atención en dichos períodos. Esta es la población sobre la que se aplican los resultados de dicha investigación. El total de la población elegida asciende a 32 PAI que consultaron, al menos una vez en los periodos 2016-2017 en sanatorio Nosti.

Unidades de análisis

Criterios de inclusion

Participan todas las personas definidas como PAI egresadas en 2016 y 2017 del hospital de Ceres e interrelacionadas con el subsector privado de salud, es decir sanatorio Nosti de Rafaela y que recibieron atención en los periodos 2016-2017. Se incluyeron las PAI que habían sido atendidas en los servicios de: cardiología, traumatología y urología tanto en el sector público como en el privado.

Criterios de exclusion

No participaron PAI o adherentes al INSSJP de Ceres de ambos sexos que no dieran de manera expresa su consentimiento informado para realizar la encuesta de GB, se excluyó de la muestra de las HC¹¹ a personas afiliadas que presentaban alteraciones en su esfera mental, es decir problemas neurológicos y psiquiátricos, con alteraciones crónicas o graves que no le permitieran responder a la encuesta estructurada y con limitaciones en la comunicación, por

último se excluye a las personas afiliadas ya fallecidas o que fueran dadas de baja en el padrón¹¹ del INSSJP⁷⁶.

Selección y tamaño de la muestra

Selección

Quedaron incluidos todas aquellas PAI, que egresaron del hospital de Ceres y que se presenten dadas de alta en el padrón¹¹ del INSSJP⁷⁶, además se ha detectado una persona adherente (PAI1) a dicha obra social, la cual recibió atención médica en dicho subsector privado.

Tamaño de la muestra

El tipo de muestreo en este estudio es estratificado (es decir, por estratos cardiológicos, traumatológicos y urológicos), se realizó de la siguiente manera; se procedió a conocer el total de las atenciones y/o derivaciones y traslados en los períodos 2016 y 2017, correspondiente a sanatorio Nosti mediante la recopilación extraída de HC del hospital de Ceres y luego fueron interrelacionadas con el subsector privado, en los períodos 2016-2017, fuente elaboración y recopilación propia¹¹.

En primera instancia, se verificó que los nombres de las personas afiliadas no se presentasen repetidas con una misma patología entre períodos (años y meses) estudiados o entre, todos estos datos se verifican y chequean mediante los números de personas beneficiarias afiliadas en el padrón del INSSJP⁷⁶, por otro lado, han sido excluidas personas afiliadas que fueran dadas de baja en el sistema, ya sea por fallecimiento u otras causales.

Por consiguiente, en el período 2016 se pueden contabilizar 155 PAI, de las cuales 86 corresponden a personas atendidas en el servicio de cardiología, 15 a personas atendidas en el servicio de traumatología y 54 personas atendidas en el servicio de urología. En el año 2017, se contabilizan 166 PAI, de las

cuales 80 personas fueron atendidas en el servicio de cardiología, 19 personas fueron atendidas en el servicio de traumatología y 67 personas fueron atendidas en el servicio de urología; de dicho padrón obtenido en el subsector público, se procede a realizar las consultas al sector privado, solicitándoles a dicho subsector si dichas personas afiliadas recibieron atenciones en dicho efector privado y en dichos períodos, quedando un total de 32 PAI, vale aclarar que la verificación se realizó con el número de beneficiario de las PAI, dando conocimiento al tipo de atención que se realizó en dichos períodos.

Las principales atenciones médicas en dichos períodos consultadas fueron, cardiológicas, traumatológicas y urológicas, por lo que se conforman tres estratos quedando de la siguiente manera: la suma de las atenciones fue de 32, de las cuales, 11 corresponden a atenciones cardiológicas, 8 corresponden a atenciones traumatológicas y 13 corresponden a atenciones en el servicio de urología, cuadro C1:

Cuadro C1

Número	Principales atenciones (frecuencia)	Número de atenciones
1	Cardiológicas	11
2	Traumatológicas	8
3	Urológicas	13
Total		32

Fuente elaboración propia

Aguilar-Barojas⁷⁷ *et al.* (2005) en su trabajo Fórmulas para el cálculo de muestras en investigación en salud, expone que para calcular muestras en estudios descriptivos cuyas variables principales son del tipo cuantitativa; se debe tener en cuenta la siguiente fórmula para una población finita:

$$n = N * Z^2 * S^2 / d^2 * (N - 1) + Z^2 * S^2$$

Donde n : representa el tamaño de la muestra, es decir se debe calcular, ya que es una incógnita.

N : es el tamaño de la población, es este caso, 32 PAI con GB.

Z : es el nivel de confianza deseado, el cual indica el grado de confianza que se tendrá de que el valor verdadero del parámetro en la población se encuentre en la muestra calculada, dicho valor se fija en función del interés del investigador que podría ser del 95%, los valores más comunes son 99%, 95% o 90% (cuadro C1.1)⁷⁷.

d = nivel de precisión absoluta, se refiere a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio (cuadro C1.2).

S^2 = varianza de la población en estudio (que es el cuadrado de la desviación estándar y puede obtenerse de estudios similares o pruebas piloto).

Cuadro C1.1

% Error	Nivel de confianza	Valor de Z
1	99%	2,58
5	95%	1,96
10	90%	1,645

Fuente elaboración propia

Cuadro C1.2

Porcentaje (%)	Valor d
90	0,1
95	0,05
99	0,001

Fuente elaboración propia

La suma de las atenciones de las PAI es de 32, para poder obtener un número de encuestas⁵⁴ a realizar, se debe considerar que según lo expresado por Aguilar-Barojas⁷⁷ *et al.* (2005), el tamaño de la muestra debe tener un 5 % de error aceptable y un 95 % de confianza, de esta manera se calcula el número de encuestas a aplicar.

Retomando la fórmula expuesta anteriormente por el autor, el cálculo es el siguiente:

$$n = N * Z^2 * S^2 / d^2 * (N - 1) + Z^2 * S^2$$

Donde $Z = 1,96$ y $Z^2 = 3,84$

Para el cálculo de la S^2 (el cuadrado de la desviación estándar), en el caso de variables cuantitativas según lo expuesto por Aguilar-Barojas *et al.*⁷⁷ (2005), se debe determinar la diferencia entre el máximo y el mínimo valor esperable, es decir 32 es el máximo valor esperable y 30 el mínimo valor esperable, se divide por cuatro, por consiguiente, se tiene una cierta aproximación al valor de la desviación estándar.

Es decir, $S^2 = (32 - 30) / 4 = (2) / 4 = 0,5$

$$S^2 = 0,25$$

$$n = (32) * (3,84) * (0,5)^2 / (0,05)^2 * (32 - 1) + (3,84) * (0,5)^2$$

$$n = 30,72 / 1,0375 = 29,69, \text{ es decir } 30 \text{ encuestas a realizar}$$

J.E. Viveros²⁰ (2010) en su trabajo de GB en personas afiliadas al sistema de protección social en salud, expresa que para obtener un número de muestras estratificadas, se debe dividir el número total de muestras que surgen como resultado de la fórmula de las encuestas y luego se debe dividir por un número total de atenciones, dando como resultado un valor numérico constante que

luego se multiplica por el número de cada una de las atenciones realizadas, obteniendo como resultado el número de muestras por estratos (es decir el número de personas a encuestar por estratos).

Para obtener el tamaño de las muestras por estratos, es decir el número de atenciones médicas cardiológicas, traumatológicas y urológicas a encuestar, se observa que el número total de atenciones médicas es de 32; de las cuales 11 corresponden a atenciones cardiológicas, 8 corresponden a traumatológicas y 13 corresponden a urológicas; obteniendo un valor numérico constante de 0,9375, el cual se multiplica por el total de cada uno de los estratos, lo que da como resultado el tamaño de la muestra para cada uno de los estratos, cuadro C2.

Teniendo en cuenta la fórmula para obtener el valor constante, el cual sería el número total de muestras que surgen como resultado de la fórmula de la encuesta a realizarse, dividido el número total de atenciones, lo que da como resultado un valor numérico constante

$$30 / 32 = 0,9375$$

Cuadro C2

Número	Principales atenciones médicas	Números de atenciones médicas (frecuencias)	Valor constante	Muestra por estrato
1	Cardiológicas	11	0,9375	10
2	Traumatológicas	8	0,9375	8
3	Urológicas	13	0,9375	12
Total de encuestas a aplicar				30

Fuente elaboración propia

El procedimiento para la selección de las PAI se hace de la siguiente manera, se toma el listado de las PAI¹¹ y se procede a ubicar el domicilio de la persona afiliada en la ciudad de Ceres, una vez obtenido ese dato, se contacta a la

misma o a familiares, en donde previa identificación y explicación se les consulta si bajo consentimiento informado se puede realizar la encuesta de GB. Vale aclarar que, para ubicar a las PAI en sus domicilios, se utilizó el Sistema Integral para los Centros de Atención Primaria (SICAP)⁷⁹, programa informático del ministerio de salud de Santa Fe, protegiendo y resguardando en todo momento los derechos de las PAI.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Fuentes

Las fuentes de información principales de este estudio fueron secundarias. Las mismas provienen de HC¹¹ internaciones y/o atenciones realizadas en el efector público e interrelacionadas con el efector privado.

A los fines de obtener información para la construcción de la problemática planteada, se realizó una profunda revisión del denominado CP⁹, a los efectos de contar con referencias acerca de las fechas de vigencias de dicho contrato.

Asimismo, las HC¹¹ fueron tabuladas en un Excel, a los efectos de mejorar la visualización de la información, filtrando los datos para poder realizar la clasificación de las patologías cardiológicas, traumatológicas y urológicas. Los diagnósticos fueron identificados gracias a la correspondiente Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10²⁷.

Dicha clasificación de patologías CIE-10²⁷ se aprovechó para la elaboración del instrumento de recolección de datos que concluyó en la elaboración de las encuestas, basadas en la revisión de la literatura de Viveros²⁰ (2010) relacionada al GB. Como estudiante de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, se realizó un estudio cuantitativo, con el propósito de recopilar información necesaria para caracterizar el GB en la población afiliada a la obra social georeferenciada⁵² en Ceres, la cual demandó atención médicas

traumatológicas, cardiológicas y urológicas en los períodos 2016 y 2017. Por ello, se solicitó la colaboración de las PAI a fin de contestar a las preguntas. La participación fue de carácter voluntario, y la investigación garantizó la confidencialidad de la información²⁴⁻²⁵⁻²⁶ aportada, sin que esta represente riesgo alguno para el encuestado.

Encuesta

Encuesta PAI de Ceres: (marcar con una cruz lo que corresponde)

1- ¿Es usted una PAI que vive en la localidad de Ceres? Sí... No...

Género: mujer.....varón.....Otros.....Edad:.....DNI/L.C/Otros:.....

2- En los dos últimos años, ¿ha estado en tratamiento médico? Sí... No...

3- ¿Se atendió en alguna clínica y/o sanatorio en la ciudad de Rafaela? ¿Cuál fue el motivo de la atención médica en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela?

cardiológica.....traumatológica..... urológica.....

4- Durante su estancia en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, ¿Debió adquirir usted algún medicamento con o sin descuento del INSSJP? Sí... No...

¿Recuerda los nombres de los medicamentos que adquirió?

5- ¿Durante su estancia en el sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, le solicitaron estudios de laboratorio? Sí... No...

¿Qué tipos de estudios se realizó?.....

6- ¿Durante su estancia en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, le tomaron a usted alguna placa de rayos x? Sí... No...

¿Qué tipos de placas le solicitaron?.....

7- ¿Durante su estancia en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, le realizaron a usted algún estudio de ultrasonido? Sí... No...

¿Qué tipo de estudios de ultrasonido se realizó?.....

8- ¿Durante su estancia en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, le realizaron a usted alguna tomografía? Sí... No...

¿Qué tipo de tomografía se realizó?

9- ¿Durante su estancia en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, tuvo que abonar algún tipo de gasto administrativo, gasto de atención médica, gasto de traslado? Sí... No...

¿Qué tipo de gastos de traslado tuvo? comidas, pasajes de transportes, ambulancia privada y/o unidad de traslado privado, etc. Sí... No...

10-Pregunta alternativa (...) “va surgiendo en la encuesta”

¿Qué profesión tiene, a que se dedicaba? (...) “¿Es una persona jubilada, pensionada?” Sí... No...

Proceso de obtención de datos

Para la obtención de los datos se realizó un entrenamiento a la encuestadora acerca de la aplicación de la encuesta y recolección de la información. Adicionalmente, se realizó una supervisión del trabajo de campo y verificación de los datos registrados en la encuesta.

Se elige a dos personas para la realización de las encuestas, una persona encuestadora AM (usuaria del INSSJP), porque la misma tiene un vínculo cercano con referentes y habitantes de la comunidad de Ceres y la otra persona quien realiza también las encuestas es la autora de dicho trabajo. En este sentido se priorizó el vínculo de la encuestadora (usuaria al INSSJP) con las

PAI, vale aclarar que la persona investigadora es quien entrenó, acompañó y supervisó a la encuestadora usuaria del INSSJP.

Las encuestas se realizaron recorriendo domicilios particulares de las PAI durante un período de noventa días (diciembre de 2017, enero de 2018 y febrero 2018). Las personas encargadas de esta labor son personas entrenadas para tal fin. Las mismas invitaron a participar a las PAI bajo consentimiento informado (ver anexo A), verificando que se cumplimentaran los criterios de inclusión anteriormente descriptos.

Para concluir con la descripción de dicho proceso de obtención de datos, las personas encuestadoras utilizan una planilla de Excel, además de las encuestas anteriormente descriptas, en donde se encuentran registrados datos de las personas afiliadas, con sus DNI y/o libretas cívicas, número de beneficiarios del INSSJP, edad, domicilios, fechas de ingresos, CIE-10²⁷ (a los efectos de conocer su patología preexistente), vale aclarar que dicha clasificación permite convertir los términos diagnósticos de palabras a códigos alfanuméricos para el análisis de la información, a los efectos de resguardar los datos de las PAI encuestadas se utilizaron las siglas PAI seguidas de una numeración desde la persona número 1 a la persona 32, a los efectos de poder identificar a las PAI, resguardando el secreto profesional de las mismas²⁴⁻²⁵⁻²⁶.

Plan de análisis de los resultados

El análisis de los datos que se propone es coherente con los objetivos, con la estrategia seleccionada, la cual es cuantitativa y con el modo en que se definen las variables y categorías. En esta investigación cuantitativa, con objetivos clásicos de cuantificar, se comparan variables cuantitativas, cuando se define la variable dependiente de GB, las trazadoras del GB, las cuales corresponden a atenciones médicas y variable independiente correspondientes al nivel de ingresos de las PAI (cuadro C).

También es oportuno explicitar que el software que se utiliza para la recolección y recopilación de las encuestas son planillas de Excel.

IX.RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos caracterizan una muestra focalizada de PAI de la ciudad de Ceres (personas egresadas del hospital en los periodos correspondientes y atendidas en el subsector privado en Rafaela) y por lo tanto no extensible a otras localidades y/o zonas rurales, es decir no se entrevistaron a PAI en domicilios de otras ciudades y/o poblaciones aledañas, vale aclarar que dichos resultados obtenidos se observan en el cuadro D.

Durante la aplicación del instrumento se encuentra dificultad para concluir con la muestra programada en el estrato urológico, por lo que se entrevista a 13 PAI y no así a 12 PAI como indica la muestra, por lo que se agrega una encuesta más (cuadro C3); por otro lado, en el estrato cardiológico se entrevistan a 10 PAI como indica el número de encuestas a realizar, y en el estrato traumatológico se puede entrevistar a la totalidad de las 8 PAI, no encontrándose dificultad en estos dos últimos estratos.

Cuadro C3, muestra final del estudio

Principales atenciones médicas por estrato	Número de atenciones médicas	Número de muestras por estratos, es decir encuestas a realizar	Número de muestras final, es decir número de encuestas realizadas
Cardiológicas	11	10	10
Traumatológicas	8	8	8
Urológicas	13	12	13
Total	32	30	31

Fuente elaboración propia.

Cuadro D-Pacientes encuestados por estratos

Total de encuestas realizadas		
Consultas por Estrato	Cantidad	%
Cardiológicas	10	32
Traumatológicas	8	26
Urológicas	13	42
Total	31	100

Fuente elaboración propia.

Comenzando con la descripción de las preguntas del instrumento de recolección de información, es decir encuestas realizadas en domicilios de la ciudad de Ceres, se observa que la totalidad de los encuestados refieren ser PAI y las mismas tienen domicilio en la ciudad de Ceres, además las mismas refieren haber tenido alguna vez internaciones en el hospital de Ceres. Por otro lado, la totalidad de las personas encuestadas refirieron haber hecho, al menos una consulta en sanatorio Nosti, una vez en el último año, es decir 2017 en la ciudad de Rafaela.

Retomando el instrumento de recolección de datos, es decir la encuesta anteriormente expuesta, se analizan a continuación, las 10 preguntas de dicho instrumento:

Respecto a la pregunta 1, de la totalidad de las PAI encuestadas (cuadro E), 20 PAI se identifican y auto perciben mujeres y 11 se identifican y auto perciben varones.

Cuadro E

Género	Cantidad
Mujeres	20
Varones	11
Total	31

Fuente elaboración propia.

De la totalidad de las PAI encuestadas, 10 PAI refirieron realizar consultas Cardiológicas, 8 PAI consultas traumatológicas y 13 PAI refirieron realizar consultas urológicas (cuadro F).

Cuadro F

Consulta	Cantidad
Cardiología	10
Traumatología	8
Urología	13
Total	31

Fuente Elaboración Propia.

En la segunda y tercera pregunta de la encuesta, se exponen las atenciones médicas recibidas, de la totalidad de las personas afiliadas encuestadas, 10 PAI refirieron recibir atenciones cardiológicas, de las cuales 5 corresponden a mujeres y 5 corresponden a varones; 8 PAI explicitan recibir atenciones traumatológicas, de las cuales 6 corresponden a mujeres y 2 a varones; y finalmente 13 PAI mencionaron recibir atenciones urológicas, de las cuales 9 corresponden a mujeres y 4 a varones.

En el cuadro G se visualiza el número de PAI encuestadas clasificadas por patologías y estratificadas por géneros.

Cuadro G

Consulta cardiológica	Cantidad
Mujeres	5
Varones	5
Total	10

Fuente elaboración propia.

Consulta traumatológica	Cantidad
Mujeres	6
Varones	2
Total	8

Fuente elaboración propia.

Consulta urológica	Cantidad
Mujeres	9
Varones	4
Total	13

Fuente elaboración propia.

En el cuadro H se visualiza el número de PAI encuestadas clasificadas por patologías y estratificadas por géneros y por año en que realizaron las consultas en el subsector privado.

Cuadro H

2016	Mujeres	Varones	Total
Cardiológicas	2	2	4
Traumatológicas	4	0	4
Urológicas	5	0	5
Total	11	2	13

2017	Mujeres	Varones	Total
Cardiológicas	3	3	6
Traumatológicas	2	2	4
Urológicas	4	4	8
Total	9	9	18

Fuente elaboración propia.

Las edades de las PAI encuestadas, es decir la franja etaria, se muestran en el siguiente cuadro I: se puede observar que la PAI de menor edad cuenta con 17 años (PAI1, varón) y la persona de mayor edad cuenta con 89 años (PAI31, varón).

Cuadro I

Edad franja etaria	Mujeres	Varones	Total
15-19	0	1	1
55-59	2	0	2
60-64	8	1	9
65-69	3	5	8
70-74	5	2	7
75-79	0	1	1
80-84	0	0	0
85-89	2	1	3
Total	20	11	31

Fuente elaboración propia.

En la cuarta pregunta de la encuesta se indagó a las PAI acerca de la adquisición de medicamentos luego de la atención, además se les consultó si recordaban los nombres de los medicamentos recetados.

Como insumo de la pregunta realizada, 30 PAI encuestadas refirieron adquirir medicamentos bajo prescripción médica luego de recibir la atención, sólo una PAI (PAI7, femenina) recuerda que recibió medicación otorgada por el médico en la atención otorgada (muestras médicas gratis correspondientes a un medicamento cardiológico sin recordar su nombre).

En el transcurso de la encuesta realizada, 19 PAI no recordaban el nombre de algunas de las drogas prescritas en el efector privado, por lo que las PAI se trasladan hacia el interior de sus viviendas para buscar los medicamentos, y traían consigo las cajas que contenían los medicamentos con sus respectivas marcas y laboratorios, buscaron sus medicamentos las PAI1, PAI2, PAI4, PAI6, PAI8, PAI 10, PAI11, PAI12, PAI13, PAI15, PAI16, PAI17, PAI18, PAI19, PAI20, PAI21, PAI 22, PAI23, PAI24 (2018).

Con relación al gasto en medicamentos, de las 31 PAI encuestadas, el 90% es decir 30 PAI refirieron que sí compraron medicamentos y sólo 10%, es decir una PAI (PAI7), no realizó gasto por este insumo ya que lo recibió cuando fue atendida. El gasto promedio

de las PAI encuestadas en la compra de medicamentos, es de \$ 2.843, la PAI que menos gastó en este rubro fue de \$ 900 PAI7 (2018) y, quién más gastó corresponde a la PAI4 (2018) con la suma de \$ 5700.

A continuación, se presentan las PAI que refirieron la compra de medicamentos por estratos (cuadro J).

Cuadro J

Compra de medicamentos por estratos	Total de encuestados	Si adquirió medicamentos	%	No adquirió medicamentos	%
Cardiológicos	10	9	90	1	10
Traumatológicos	8	8	100	0	0
Urológicos	13	13	100	0	0
Total	31	30		1	

Fuente elaboración propia.

En este estudio, el gasto por la compra de medicamentos se presenta en los tres estratos, para el caso de atenciones cardiológicas, del total de las PAI encuestadas, el 90% de ellas presenta GB, es decir 9 PAI adquirieron medicamentos y una persona afiliada refirió que los medicamentos se los entregaron cuando recibió la atención.

En atenciones traumatológicas del total de las PAI encuestadas, el 100% realiza GB por medicamentos y en el estrato urológico, del total de las PAI entrevistadas, el 100% realiza gasto (Cuadro J).

En el cuadro K se detallan los GB estimados en medicamentos, y luego se los compara con los niveles de ingresos de las PAI, en el cuadro L y gráfico M. Allí se pueden observar la vinculación de los GB frente al número de PAI:

Cuadro K

Detalle de los GB medicamentos estimados mensuales promedio de PAI	GB en medicamentos estimado promedio mensual (personas jubiladas y pensionadas)	GB medicamentos estimado promedio mensual) personas jubiladas	GB medicamentos (estimado promedio mensual) personas pensionadas
GB promedio en medicamentos (estimados mensuales) (\$)	\$ 2.784	\$ 2.864	\$ 2.589
% promedio de GB estimados en medicamentos sobre ingresos promedio	41 %	39 %	45 %
Ingresos promedio (jubilación y/o pensión)	\$ 6.826	\$ 7.246,64	\$ 5.797,31
Mediana	\$ 2.800	\$ 3.000	\$ 2.200
Moda	\$ 3.000	\$ 3.000	\$ 2.200

Fuente elaboración propia.

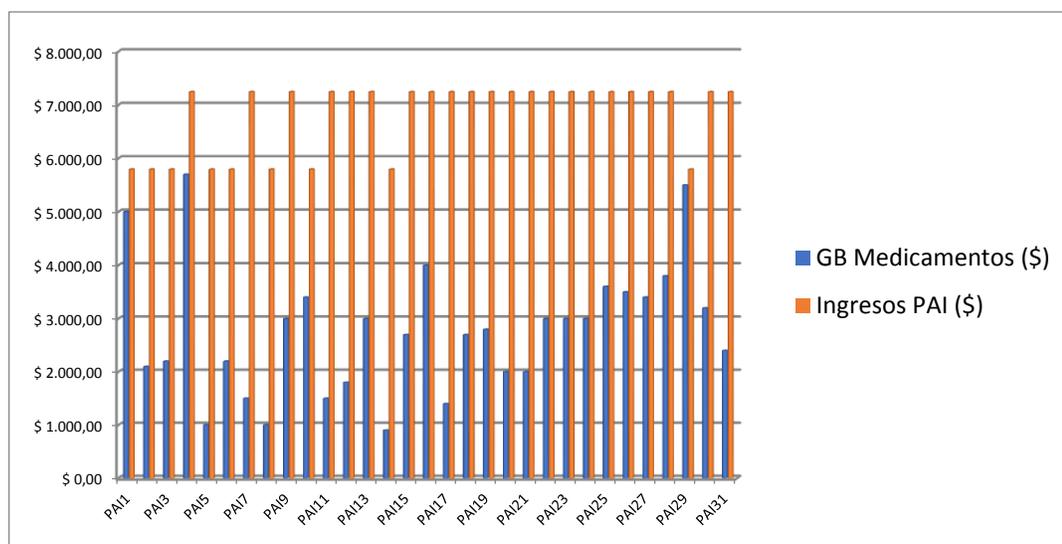
Cuadro L

Nro PAI	GB Medicamentos (\$)	Ingresos PAI (\$)	Observación
PAI1	\$ 5.000,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI2	\$ 2.100,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI3	\$ 2.200,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI4	\$ 5.700,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI5	\$ 1.000,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI6	\$ 2.200,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI7	\$ 1.500,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI8	\$ 1.000,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI9	\$ 3.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI10	\$ 3.400,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI11	\$ 1.500,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI12	\$ 1.800,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI13	\$ 3.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI14	\$ 900,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI15	\$ 2.700,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI16	\$ 4.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI17	\$ 1.400,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI18	\$ 2.700,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI19	\$ 2.800,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI20	\$ 2.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI21	\$ 2.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI22	\$ 3.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI23	\$ 3.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI24	\$ 3.000,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI25	\$ 3.600,00	\$ 7.246,64	Jubilación

PAI26	\$ 3.500,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI27	\$ 3.400,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI28	\$ 3.800,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI29	\$ 5.500,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI30	\$ 3.200,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI31	\$ 2.400,00	\$ 7.246,64	Jubilación

Fuente elaboración propia.

Gráfico M



Fuente elaboración propia.

Algunos de los medicamentos adquiridos por las PAI en farmacias se detallan a continuación discriminados por estrato:

Cardiológicos: Aldactone A, Aspirina Prevent, Ateroclar, Atlansil, Bidecar, Clexane,

Clopidogrel, Filten, Lanoxin (Digoxina), Lasix, Medocor, Niten D 100, Rovartal, Terloc.

Traumatológicos: Actron 600, Artrait, Bronax Flex, Cortipyren B, Cox-Quin, Flexicamin B12, Sinalgico, Oxa Gel, Oxagesic, Tafirol.

Urológicos: Apasmo, Biletán Enzimático, Biletán Forte, Ciriax, Danlox, Endial, Factor AG, Gastec, Opocarbón, Peptazol 40, Ranitidina, Regulane, Sertal Compuesto, Tegretol 400 LC, Vedipal.

Seguidamente, se recortan algunos relatos de las PAI a partir de las encuestas a fin de plasmar el GB.

La PAI identificada como la PAI15 (2018) manifiesta: “(...) el Entresto tiene el 60% de descuento con PAMI, \$2700 gastaré por mes en medicamentos por mi problema de salud, me descuentan \$400 más o menos”.

La PAI reconocida como la PAI20 (2018) expresó: “(...) \$ 2000 gasto por mes en medicamentos” y agrega “(...) Colmibe gratis lo tenía antes, ahora nada, los medicamentos más caros te hacen el 50% de descuento, es decir \$2500 o \$3000 gasto por mes más o menos, es lo que gasto.”

Siguiendo con los hallazgos de la encuesta, en la quinta pregunta se les consultó a las PAI si en dicho subsector privado de salud le habrían solicitado estudios de laboratorio y si los mismos tenían algún costo. De la totalidad de las personas afiliadas encuestadas, a 28 PAI se les solicitó estudios de laboratorio PAI1, PAI2, PAI3, PAI4, PAI5, PAI6, PAI7, PAI8, PAI9, PAI10, PAI11, PAI13, PAI14, PAI15, PAI16, PAI18, PAI19,

PAI20, PAI22, PAI23, PAI24, PAI25, PAI26, PAI27, PAI28, PAI29, PAI30. En el año 2018, treinta y una PAI y tres PAI expresan que no se les solicitó estudios de laboratorio PAI12, PAI17, PAI21.

Entre los estudios de laboratorios descritos por las PAI se tienen en cuenta análisis de sangre de rutina, una PAI expresó que le realizaron una prueba de circulación de sangre AF20 (2018), 2 PAI declararon que les solicitaron análisis de orina PAI1, PAI7 (2018), en 28 PAI se les solicitaron análisis comunes o análisis de rutina. Las PAI fueron PAI1, PAI2, PAI3, PAI4, PAI5, PAI6, PAI7, PAI8, PAI9, PAI10, PAI11, PAI13, PAI14, PAI15, PAI16, PAI18, PAI19, PAI20, PAI22, PAI23, PAI24, PAI25, PAI26, PAI27, PAI28, PAI29, PAI30, PAI31 (año 2018).

18 mujeres afiliadas refirieron tener GB administrativos (gastos de sellados, estampillados) y 10 varones refirieron tener GB administrativo (cuadro O).

Cuadro O

Género	Cantidad
Mujeres	18
Varones	10
Total	28

Fuente elaboración propia.

Con relación al GB en laboratorio (GB de sellados y/o estampillados), de las 31 PAI encuestadas realizadas, es decir, 28 PAI, refirieron que sí abonaron gastos de sellado y/o estampillado médico y 3 PAI relataron no realizar gastos de sellado y/o estampillado (no les realizaron estudios de laboratorio). El gasto promedio de las PAI encuestadas es de \$155, la PAI que menos gasta en el rubro de laboratorio es \$100 PAI1 (año 2018) y la PAI que más gasta en laboratorio es \$300 PAI20 (año 2018).

A continuación, se presenta en formato de cuadro a las PAI entrevistadas que refirieron tener GB de laboratorio (GB de sellados y/o estampillados) por estrato: (Cuadro J)

Cuadro J

GB laboratorio (GB de sellados y/o estampillados, por estrato)	Total de personas encuestados	Si realizó GB de laboratorio	%	No realizó GB de laboratorio	%
Cardiológicos	10	9	32	1	33
Traumatológicos	8	8	29	0	0
Urológicos	13	11	39	2	67
Total	31	28	100	3	100

Fuente elaboración propia.

En este estudio, el GB de laboratorio (GB de sellados y/o estampillados) se presenta en las tres categorías, para el caso de atención cardiológica del total de las PAI encuestadas, el 32% refirió GB de laboratorio, es decir 9 PAI, en el estrato traumatológico del total de PAI encuestadas, es decir el 29 % refirió GB de laboratorio, en el estrato urológico del total de personas entrevistadas, el 39 % menciona un GB de laboratorio en este rubro (Cuadro J).

En los siguientes Cuadros P, P-1 y gráfico P-2 se detallan los GB estimados en dicho rubro, y luego se lo compara con el nivel de ingresos de las PAI:

Cuadro P

Detalle de los GB de laboratorio en pesos argentinos (GB de sellados y/o estampillados), PAI (personas encuestadas)	GB laboratorio estimado promedio mensual (personas jubiladas y pensionadas)	GB laboratorio (estimado promedio mensual) personas jubiladas	GB laboratorio (estimado promedio mensual) personas pensionadas
GB promedio en laboratorio (estimados mensuales) (\$)	\$ 155	\$ 161	\$ 144
% promedio de GB estimados en laboratorio sobre ingresos promedio	2 %	2 %	2 %
Ingresos promedio (personas con jubilación y/o pensión)	\$ 6.826	\$ 7.246,64	\$ 5.797,31
Mediana	\$ 150	\$ 150	\$ 100
Moda	\$ 150	\$ 150	\$ 100

Fuente elaboración propia.

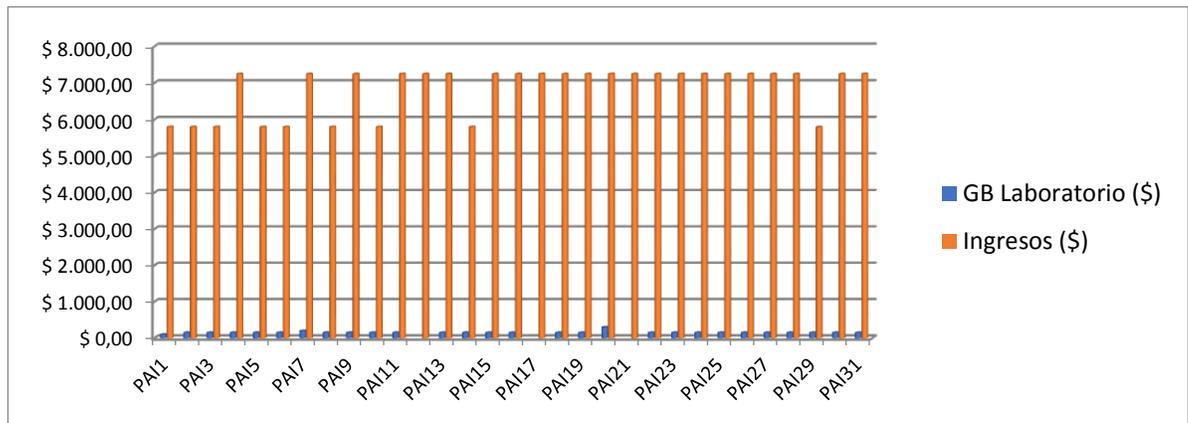
Cuadro P-1

Nro PAI	GB Laboratorio (\$)	Ingresos (\$)	Observación
PAI1	\$ 100,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI2	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI3	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI4	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI5	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI6	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI7	\$ 200,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI8	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI9	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI10	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI11	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI12		\$ 7.246,64	Jubilación
PAI13	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI14	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI15	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI16	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI17		\$ 7.246,64	Jubilación
PAI18	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI19	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI20	\$ 300,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI21		\$ 7.246,64	Jubilación
PAI22	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI23	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI24	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI25	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI26	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI27	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI28	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI29	\$ 150,00	\$ 5.797,31	Pensión

PAI30	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI31	\$ 150,00	\$ 7.246,64	Jubilación

Fuente elaboración propia

Gráfico P-2



Fuente elaboración propia.

En la sexta pregunta de la encuesta, se les consultó a las PAI si durante su estancia en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, le tomaron placas de rayos x o que tipos de estudios de rayos x le realizaron y si tuvieron que abonar dinero por dichos estudios, todas las PAI expresaron no haber realizado gasto alguno por estudios de rayos x.

9 PAI expresaron que les solicitaron rayos x (PAI5, PAI8, PAI9, PAI12, PAI15, PAI20, PAI29 y PAI3, 2018); 3 PAI expresaron que les realizaron placas de tórax (PAI9, PAI15 y PAI29, 2018); 2 PAI mencionaron que les realizaron radiografías de pecho (PAI12 y PAI3, 2018); una PAI declara "(...) era para ver los cables del marcapasos" (PAI20; 2018); una PAI expresó que le realizaron una radiografía de columna" (PAI5, 2018) y otra PAI dijo realizarse una radiografía de cadera" (PAI8, 2018).

22 PAI declararon que no les "(...) pidieron placas en dichas atenciones" (PAI1, PAI2, PAI3, PAI4, PAI6, PAI7, PAI10, PAI11, PAI14, PAI16, PAI17, PAI18, PAI19, PAI21, PAI22, PAI23, PAI24, PAI25, PAI26, PAI27, PAI28 y PAI30, 2018).

En la séptima pregunta de la encuesta, se les consultó a las PAI si en dicho subsector privado de salud le habrían solicitado estudios de ultrasonido (ecografías) y si los mismos tenían algún costo. Todas las PAI expresaron no haber realizado gasto alguno por estudios de ultrasonido.

En respuesta a las preguntas, 11 PAI refirieron hacerse estudios de ultrasonido (PAI6, PAI7, PAI12, PAI14, PAI15, PAI16, PAI17, PAI20, PAI21, PAI30 y PAI31); 2 PAI refirieron hacerse estudios del corazón (PAI14, PAI15); 3 PAI explicitaron hacerse estudios de monitoreo de Holter del corazón o electro (PAI4, PAI5, PA31); un PAI refirió realizarse un estudios en el pecho (PAI30), 2 PAI refirieron hacerse ecografías (PAI12 Y PAI17); un PAI se realizó estudios de estómago PAI16); un PAI dijo realizarse estudios de páncreas y próstata (PAI20); un PAI se realizó estudios del hígado (PAI7); 22 PAI refirieron no haberse realizado estudios de ultrasonidos y/o ecografías (PAI PAI1, PAI2, PAI3, PAI4, PAI5, PAI8, PAI9, PAI10, PAI11, PAI13, PAI18, PAI19, PAI22,PAI23,PAI24, PAI25, PAI26, PAI27, PAI28, PAI29, PAI30, PAI31, 2018).

En la octava pregunta de la encuesta, se les consultó a las PAI si en dicho subsector privado de salud habrían tenido algún gasto por haberse realizado alguna tomografía. Todas las PAI expresaron no haber realizado gasto alguno por dicho ítem. Además, se les consultó a las personas qué tipos de tomografías se habían realizado.

De estas preguntas, 25 PAI refirieron no haberse realizado tomografías (PAI1, PAI2, PAI3, PAI4, PAI5, PAI6, PAI7, PAI8, PAI9, PAI10, PAI11, PAI12, PAI14, PAI16, PAI17, PAI18, PAI19, PAI26, PAI27, PAI28, PAI30, PAI31, 2018), 5 mencionan haberse realizado tomografías computadas (PAI13, PAI15, PAI20, PAI21, PAI25, PAI29, 2018), un PAI menciona haberse realizado una tomografía de columna por problemas en una vértebra (PAI20).

En la novena pregunta de la encuesta, se les consultó a las PAI si en dicho subsector privado de salud habrían tenido algún gasto administrativo, gasto por la atención médica recibida y/o gastos de traslados personales. Todas las PAI expresaron no haber realizado gasto alguno por los ítems de gastos administrativos y gastos por la atención recibida.

En cuanto a los gastos de traslado, todas las PAI encuestadas refirieron haber tenido GB, 7 PAI mencionaron haberse trasladado en “(...) vehículos propios” (PAI1, PAI4, PAI10, PAI14, PAI18, PAI20, PAI21, PAI31); 6 PAI refirieron “(...) me llevan y/o voy en colectivo” (PAI1, PAI2, PAI3, PAI6, PAI9, PAI12, PAI15, PAI17, PAI22, PAI24, PAI25, PAI28, PAI30, 2018); 29 PAI dijeron tener gastos en comida “(...) sándwich” (PAI1 a PAI10; de PAI12 a PAI18; de PAI20 a PAI31) 2 PAI no tuvieron gastos de comida (PAI11 Y PAI19); una PAI refirió tener gasto de hotel por una noche de alojamiento (PAI21, 2018). Del total de PAI encuestadas, 9 refirieron cobrar una pensión (PAI1, PAI2, PAI3, PAI5, PAI6, PAI8, PAI10, PAI14 y PAI29) 23 PAI refirieron que cobraban “(...) la mínima” es decir una jubilación mínima (PAI4, PAI7, PAI9, PAI11, PAI12, PAI13, PAI15, PAI16, PAI17, PAI18, PAI19, PAI20, PAI21, PAI22, PAI23, PAI24, PIA25, PAI26, PAI27, PAI28, PAI30, PAI31, 2018).

En el cuadro P-3 se detallan los gastos de traslado de las personas jubiladas y/o pensionadas y a continuación se exponen dichos gastos en el cuadro P-4 y el grafico P-5.

Cuadro P-3

Detalle de los GB de traslado en pesos argentinos de PAI	GB de traslado estimado promedio mensual, personas jubiladas y pensionadas	GB de traslado estimado promedio mensual personas jubiladas	GB de traslado estimado promedio mensual personas pensionadas
GB promedio en traslado (estimados mensuales en \$)	\$ 923	\$ 959	\$ 833
% promedio de GB estimados en traslado sobre ingresos promedio	16 %	17 %	14 %
Ingresos promedio personas con (jubilación y/o pensión)	\$ 6.826	\$ 7.246,64	\$ 5.797,31
Mediana	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000
Moda	\$ 1000	\$ 1000	\$ 1000

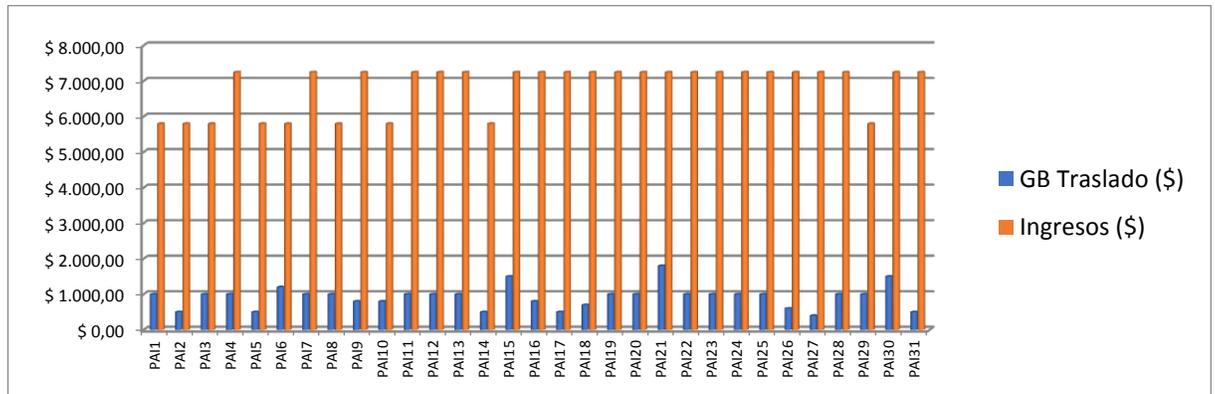
Fuente elaboración propia.

Cuadro P-4

Nro PAI	GB estimado (\$)	Ingresos (\$)	Observación
PAI1	\$ 6.100,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI2	\$ 2.750,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI3	\$ 3.350,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI4	\$ 6.850,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI5	\$ 1.650,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI6	\$ 3.550,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI7	\$ 2.700,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI8	\$ 2.150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI9	\$ 3.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI10	\$ 4.350,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI11	\$ 2.650,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI12	\$ 2.800,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI13	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI14	\$ 1.550,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI15	\$ 4.350,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI16	\$ 4.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI17	\$ 1.900,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI18	\$ 3.550,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI19	\$ 3.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI20	\$ 3.300,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI21	\$ 3.800,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI22	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI23	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI24	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI25	\$ 4.750,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI26	\$ 4.250,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI27	\$ 3.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI28	\$ 4.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI29	\$ 6.650,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI30	\$ 4.850,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI31	\$ 3.050,00	\$ 7.246,64	Jubilación

Fuente elaboración propia.

Gráfico P-5



Fuente elaboración propia.

Testimonio de las personas afiliadas al INSSJP (PAI)

La PAI 20 (2018) relata lo siguiente, “(...) colectivo, sándwich, ida y vuelta con acompañante, viaje con mi hija, además fui trasladado con la ambulancia del hospital cuando estuve mal, llegué a Rafaela y me salvaron la vida.” La PAI 20 (2018) muy amable al finalizar la encuesta por lo que relató lo siguiente “(...) me lleva a Rafaela mi hijo, en el auto propio, comemos un sándwich al salir de la atención, yo cobro la mínima, yo era gráfico de imprenta, era redactor del periódico La verdad, tengo mi hijo que estudió ciencias políticas en Rosario, hizo una Maestría”.

La PAI 15 (2018) relata que tiene gastos para poder trasladarse a la ciudad de Rafaela, expresa lo siguiente “(...) tengo gasto de colectivo, sándwich, ida y vuelta con acompañante, viaje con mi hija de acompañante, además fui trasladado con la ambulancia del hospital cuando estuve mal, me subieron a la ambulancia y me salvaron la vida, en los viajes para ir del médico a Rafaela gasto, más o menos, \$1500”.

En el Cuadro O se detallan los GB, y luego se lo compara con el nivel de ingresos de los afiliados.

Cuadro O

Detalle de los GB estimados mensuales promedio en pesos argentinos, PAI	GB estimado mensual promedio (PAI jubiladas y pensionadas)	GB estimado mensual promedio (PAI jubiladas)	GB estimado mensual promedio (PAI pensionadas)
Promedio GB mensual (\$)	\$ 3.815	\$ 3.952	\$ 3.467
% GB promedio estimado sobre el ingreso promedio mensual	56 %	55 %	60 %
Ingresos (promedio jubilación + pensión)	\$ 6.826	\$ 7.246,64	\$ 5.797,31
Mediana	\$ 3.950	\$ 4.000	\$ 3.200
Moda	\$ 4.000	\$ 4.000	\$ 1.500

Fuente elaboración propia.

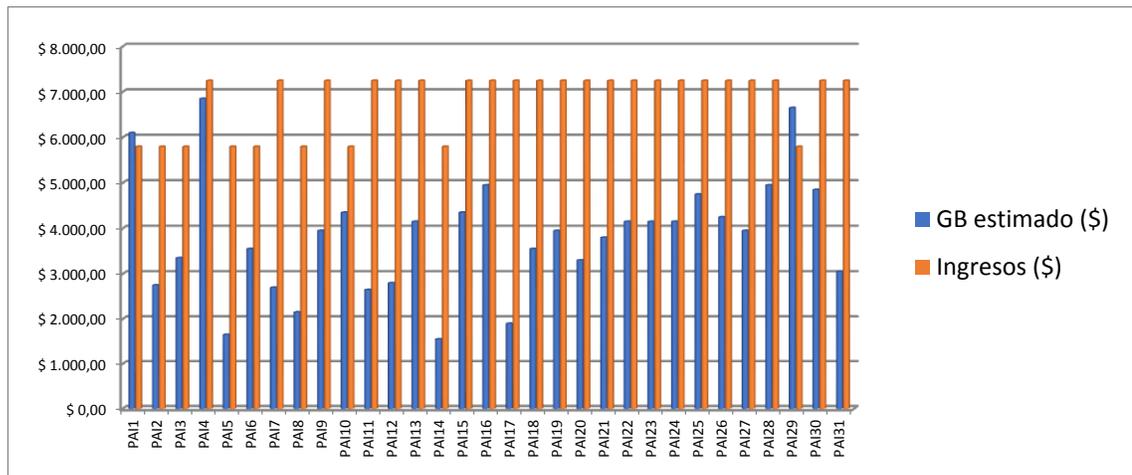
Cuadro O-1

Nro PAI	GB estimado (\$)	Ingresos (\$)	Observación
PAI1	\$ 6.100,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI2	\$ 2.750,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI3	\$ 3.350,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI4	\$ 6.850,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI5	\$ 1.650,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI6	\$ 3.550,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI7	\$ 2.700,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI8	\$ 2.150,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI9	\$ 3.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI10	\$ 4.350,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI11	\$ 2.650,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI12	\$ 2.800,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI13	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI14	\$ 1.550,00	\$ 5.797,31	Pensión
PAI15	\$ 4.350,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI16	\$ 4.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI17	\$ 1.900,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI18	\$ 3.550,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI19	\$ 3.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI20	\$ 3.300,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI21	\$ 3.800,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI22	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI23	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI24	\$ 4.150,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI25	\$ 4.750,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI26	\$ 4.250,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI27	\$ 3.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI28	\$ 4.950,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI29	\$ 6.650,00	\$ 5.797,31	Pensión

PAI30	\$ 4.850,00	\$ 7.246,64	Jubilación
PAI31	\$ 3.050,00	\$ 7.246,64	Jubilación

Fuente elaboración propia.

Gráfico O-1



Fuente elaboración propia.

X. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

Uno de los mayores desafíos en el presente trabajo fue rescatar testimonios de las PAI, las cuales en algunos casos resaltaban como propositiva la atención en los dos subsectores de salud, tanto en el subsector público de salud (S.A.M.Co Ceres) como en el subsector privado de salud (sanatorio Nosti), este último cuenta con una alta complejidad en tecnología médica, aspectos destacados por las PAI encuestadas, dicho efector privado brinda atenciones médicas cardiológicas, traumatológicas y urológicas sin solicitar pago de honorarios bajo ningún concepto para las PAI, ya que dichas atenciones son cubiertas por el INSSJP; es importante señalar como aspecto propositivo que en el INSSJP existe reintegro⁵¹ por atención médica o por GB realizados, del mismo debe deducirse cualquier reembolso de dinero realizado por dicha obra social.

Otro aspecto que caracterizó al sector salud de la ciudad de Ceres a finales del año 2017, fue la disolución del S.A.M.Co de Ceres mediante decreto 4478 correspondiente al 27 de diciembre de 2017 e incorporación al mismo al régimen de descentralización hospitalaria instituido por Ley N° 10608⁵⁶, en donde se expone en los considerandos de dicho decreto la construcción de un nuevo edificio destinado al efector sanitario de la ciudad de Ceres, recientemente inaugurado donde se contempla una estructura moderna y de mayor complejidad para la atención pública, incrementando la cantidad de servicios y duplicando la capacidad de camas.

Con respecto al INSSJP, El Dr. Mario Testa³⁰ (1997), evidencia que el mismo es una institución hipercompleja, con una manifestación de problemas colectivos en su máxima expresión, porque expresa que la puja de intereses contrapuestos impacta desfavorablemente sobre los sectores más vulnerables de la población, es decir, en el caso el de las PAI. Por otra parte, el Dr. Róvere⁴⁷ enfatiza que la fragmentación del sistema de salud significa tener una infinidad de áreas de gestión, significa agrupamientos de cobertura con grupos pequeños que no tienen capacidad de compra y variados gastos de intermediación, además dicho autor manifiesta que el derecho a la salud se descompone en tres entidades que giran en torno al concepto de equidad; primero, la equidad en términos de calidad y capacidad resolutive; segundo, la equidad como la protección frente a riesgos evitables (identificando mecanismos de prevención, conocimientos contemporáneos, tecnologías de la actualidad) y la tercera equidad es la que mejor se conecta con las otras dos equidades antes mencionadas, es la equidad en la distribución del saber y del poder en salud, es aquí en donde las personas pueden también ver limitados esos derechos, porque se bloquea el acceso al conocimiento, incluso generando mecanismos de participación falsos, y él expresa que participar sin saber es una forma también de no participar. Por otro lado, Pinilla⁴⁸ (2004) manifiesta que el INSSJP cumple diferentes roles dentro del ciclo de salud asistencial y social que prestan a las PAI; ya que es contratista de diferentes servicios con diferentes prestadores, entre los más importantes que contrata se encuentran la medicina primaria, especializada y servicios hospitalarios.

En Junio de 2017, la dirección del hospital conjuntamente con la gestión municipal de la ciudad de Ceres, reunidos en conferencia de prensa¹² ante medios locales y ante la comunidad, anunciaron que el servicio de internación de las PAI de la ciudad de Ceres, debía realizarse en el nuevo efector público y que sólo se derivarían aquellas situaciones que requirieran mayor complejidad; esta decisión se podría justificar por lo establecido en dicho CP⁹, el cual no quedaría sin efecto entre el hospital de Ceres, sanatorio Nosti y el INSSJP.

Retomando el trabajo de GB, la ciudad de Ceres posee en la actualidad, una población de 3000 PAI⁸. La relación que existe entre el SAMCo de Ceres y el sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, es por el denominado CP⁹, rubricado en el INSSJP en abril de 2017. En la articulación público privada del sistema de salud, el Dr Javier Vilosio⁴⁹ (2019) hace referencia a poder avanzar en la integración de los sistemas de salud públicos y privados de Argentina, el mismo autor manifiesta que para “desfragmentar” al sistema de salud argentino, se deben tener en cuenta ciertos aspectos como mejorar la eficiencia del sistema, desarrollar programas de inversión tecnológica, fortalecer las capacidades de vigilancia epidemiológica entre ambos sectores. Además, Vilosio⁴⁹ expresa que cuando el recurso financiero, la capacidad prestacional, la infraestructura y la capacidad de negociación política se concentran en menos manos, más peligro corre la lógica de todo un sistema de salud que pueda integrarse y focalizarse.

Para dar cuenta del proceso de trabajo de campo en articulación con el marco teórico y, a partir de los objetivos específicos planteados, se arriba a las siguientes conclusiones.

En primera instancia, se propuso como uno de los objetivos específicos, identificar los principales motivos de atenciones en el subsector privado de las PAI egresadas del hospital de Ceres, durante los períodos 2016-2017. Para arribar a la primera conclusión se han delimitado a 3 el número de variables identificadas como motivos de atenciones (cardiológicos, traumatológicos y urológicos), las mismas fueron construidas a partir de historias clínicas, ya que se observaron con mayor frecuencia en el subsector público y, a la vez, se hicieron presentes como variables de mayor frecuencia en el subsector privado cuando se interrelacionaron.

Teniendo en cuenta el trabajo de J. E Viveros²⁰ (2010) sobre GB en personas afiliadas al sistema de protección social, se identifica como trazadoras del GB a las atenciones médicas. Así, haciendo un paralelismo con el presente trabajo,

se pudo determinar que las trazadoras de GB de las PAI, fueran las atenciones cardiológicas, urológicas y traumatológicas.

Como segundo objetivo específico, el presente trabajo se propuso conocer el GB en el que incurrieran las PAI de Ceres, egresadas del hospital de Ceres y que recibieran atenciones en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela. Así, del análisis de las encuestas se pudo conocer que las PAI no incurrieron GB alguno en sanatorio Nosti por las atenciones médicas recibidas en las especialidades de cardiología, traumatología y urología; es decir que el GB por el pago de honorarios médicos es inexistente. Vale aclarar que las atenciones médicas son cubiertas por el INSSJP.

Para arribar a la segunda conclusión, se pueden conocer 3 tipos de GB privado en salud, entre los que se identifican gastos de medicamentos, gastos de laboratorio y gastos de traslado. Según la OMS¹⁴ (2018) el GB privado en salud equivale a conocer el desembolso que las personas hacen para el cuidado de su salud.

Luego se propuso como tercer objetivo específico, caracterizar el GB de las PAI de Ceres atendidas en el subsector privado desagregando: gastos de atención médica, gastos de medicamentos, gastos de laboratorios, gastos de rayos x, gastos de ultrasonidos, gastos de tomografías, gastos de traslados, comparándolo con los ingresos de PAI (jubiladas y pensionadas).

En esta instancia se desagrega el GB en dichos ítems, así se puede identificar que no existen GB en la realización de rayos x, ni GB de ultrasonido (ecografías), ni GB de tomografías. Sin embargo, se puede identificar y caracterizar el GB de laboratorio, que representó el 2% del GB sobre los ingresos promedio en PAI (jubiladas y pensionadas); el GB por traslado que representó el 16% sobre los ingresos y, finalmente, el GB en medicamentos siendo este último, el mayor de los gastos que tienen las PAI ya que dicho

gasto representó el 59% sobre los ingresos promedio de las PAI jubiladas y pensionadas.

Apella⁴⁰ expresa que el GB se desagrega en gastos de medicamentos, gastos de laboratorio, gastos de rayos x, gastos de ultrasonido (ecografía), gastos de tomografías, gastos de traslado (ya sea en medios de transporte públicos o privados). Por otro lado J. E Viveros²⁰ (2010) en su trabajo de investigación el mismo mide el GB directo, es decir, el gasto que se tiene al demandar atención médica, el cual se divide en medicamentos, material de curación, exámenes de laboratorio, de radiología, tomografía y gastos de hospitalización.

A los efectos de poder arribar a una conclusión final integradora con el trabajo de campo en articulación con el marco teórico desarrollado, la primera respuesta que surgió fue estimar el gasto y composición del GB en la población egresada del hospital de Ceres de PAI cuando demanda SS en sanatorio Nosti de la ciudad de Rafaela, en los períodos 2016-2017.

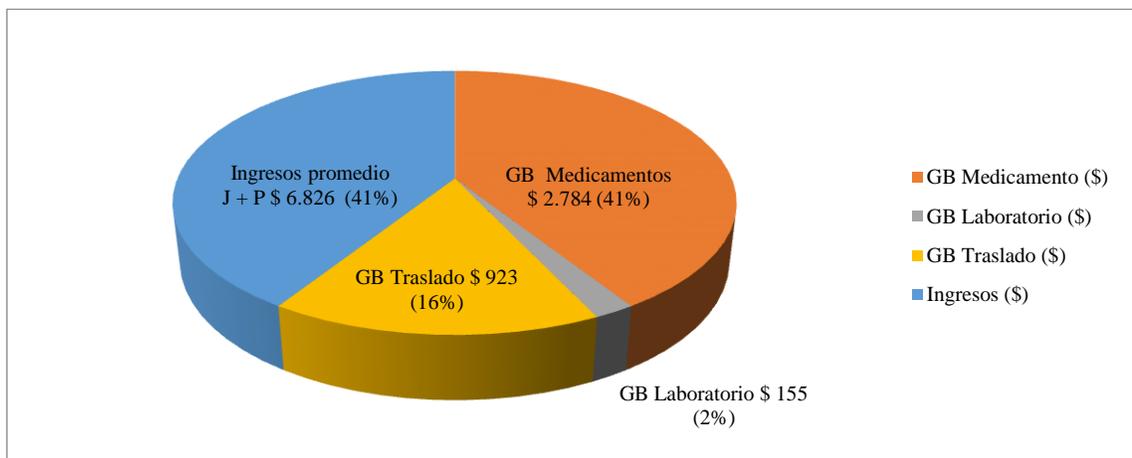
Analizando los resultados del GB, en el cuadro L se puede observar el GB estimado promedio, extraído de la totalidad de las 31 PAI encuestadas. La primera respuesta que surgió fue conocer el gasto y composición del GB.

Cuadro L

GB estimado promedio (J + P)	Porcentaje	Gasto (\$)
GB Medicamento (\$)	41%	\$ 2.784,00
GB Laboratorio (\$)	2%	\$ 155,00
GB Traslado (\$)	16%	\$ 923,00
Total GB Estimado Total (\$)	59%	\$ 3.862,00

Fuente elaboración propia

Gráfico L



Fuente elaboración propia

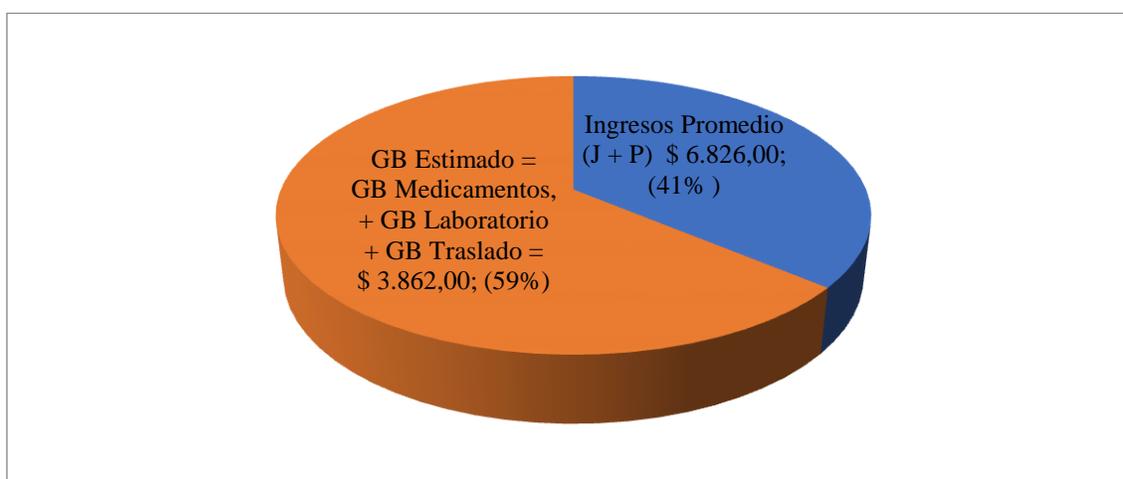
En el cuadro L-1 se expone el GB estimado promedio de las 31 PAI encuestadas y se estimó un ingreso promedio entre las jubilaciones y las pensiones de la totalidad de las PAI. En la Gráfica L-1 se pudo visualizar claramente los porcentajes del GB respecto al ingreso promedio mensual recibido por personas jubiladas y pensionadas.

Cuadro L-1

GB	Porcentaje	Gasto (\$)
GB Estimado Total (\$)	59%	\$ 3.862,00
Ingresos (J + P ; \$)	41%	\$ 6.826,00

Fuente elaboración propia

Gráfico L-1



Fuente elaboración propia

Desagregando los ingresos de PAI en jubilaciones y en pensiones percibidas mensualmente, se observó que las PAI con una jubilación de \$ 7.246,64 (ingreso mensual identificado como una variable independiente), tenían un GB (variable dependiente) mensual promedio de \$ 3.952, las PAI que contaban con una pensión (ingreso mensual variable independiente) de \$ 5.797,31 tenían un GB mensual promedio de \$ 3.467.

Vale aclarar que las PAI de la ciudad de Ceres que contaban con una jubilación de \$ 7.246,64; tenían un GB mensual promedio de \$ 3.952 es decir 55 % de sus ingresos mensuales en GB fueron destinados al cuidado médico. Las PAI que

contaban con una pensión tenían un GB mensual promedio de \$ 3.467, es decir 60 % de sus ingresos mensuales iban destinados al cuidado médico.

Retomando el estado del arte recabado en el presente trabajo de GB de PAI, y según un informe realizado por el Sindicato de Farmacéuticos y Bioquímicos¹⁷ confeccionado en marzo de 2018, (que consideró el precio de dieciocho marcas medicinales desarrolladas para tratar distintas dolencias de la tercera edad), las PAI tuvieron un GB promedio de \$ 2.923, según dicha fuente este GB promedio representaría el 40 % del ingreso de una jubilación mínima en la república argentina, es decir \$ 7.246,64.

Por otro lado, Apella⁴⁰ (2009) considera que un AM de bajos recursos posee GCS y los mismos representan entre un 15%, 25% y 40% de sus ingresos mensuales. Gutiérrez²¹ (2015) en su trabajo de estimación de GB en salud para los AM residentes en zonas urbanas de Chile, el gasto en medicamentos es el de mayor importancia para todos los hogares. Según la definición de Xu⁶⁸, el GCS ocurre cuando el total del GB de un hogar iguala o excede el 40% de la capacidad de pago del hogar o de sus gastos de no subsistencia.

J.H. Restrepo Zea *et. al.*¹⁹ (2014), expresan que, para resolver la denominada barrera geográfica, las personas deben buscar, por sí mismas, la manera de financiar sus desplazamientos para llegar al lugar donde se prestan los SS o para realizar algún trámite (principio o criterio de accesibilidad). Las PAI deben desplazarse desde la ciudad de Ceres hacia la ciudad de Rafaela, según lo establece el CP⁹ (2017), vale recordar que dicho contrato tiene una vigencia de 3 años contados a partir del 01 de mayo de 2017, con prórroga automática por un año a opción del INSSJP (art. seg. p.1).

El concepto de equidad³⁶ aplicada a la salud tiene varias dimensiones, para P. Hjort (1983), la equidad debe aplicarse en dos niveles, en primera instancia, en el proceso de adopción desde el punto de vista de las decisiones y en segundo lugar, al evaluar los posibles resultados de las decisiones, ya que los

procedimientos equitativos no necesariamente garantizan resultados equitativos y viceversa. Para la OPS¹³, la equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. El Dr. J. Frenk³⁹ expone que la equidad orienta hacia problemas de distribución de recursos entre diferentes grupos de la población, implica el reconocimiento de las necesidades de dichos grupos y la búsqueda de un equilibrio entre ambos aspectos.

Para Guzmán Urrea⁴⁰ (2009) las inequidades en salud pueden ser comprendidas como todas las desigualdades del estado de salud de las poblaciones, cuyo origen se debe a disparidades en las condiciones socioeconómicas, culturales y/o medioambientales, ya que las inequidades en salud no pueden ser resueltas únicamente garantizando SS. Según la OMS⁴¹ (2011) las inequidades se explican por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; estas condiciones son denominadas determinantes sociales de la salud (DSS). El concepto abarca aquellos factores sociales que afectan en forma directa o indirecta a la salud y el acceso a la atención de las personas, tales como la educación, situación económica, vivienda, medioambiente, e incluso los sistemas y SS. Estas condiciones están, a su vez, determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Con base en el desarrollo conceptual del modelo de Solar & Irwin⁴⁵ (2010), el mismo señala tres lineamientos centrales para las acciones que buscan disminuir las inequidades en salud a través del abordaje de los DSS: hacer frente al contexto, accionar de forma intersectorial, y propiciar la participación y empoderamiento social; e indican que las políticas orientadas a mitigar las desigualdades no deberían restringirse al abordaje de los determinantes intermedios sin contemplar debidamente los condicionamientos estructurales.

Nievas⁶¹ *et al.* (2021) menciona que los inconvenientes financieros representan barreras importantes para alcanzar equidad y acceso a los SS (Soltani⁵² *et al.*

,2019 y Ballesteros⁵³, 2013); además destaca entre las principales barreras, a los determinantes socioeconómicos y el ser AM; ante esto describe como necesarios tener SS más inclusivos (Kabir⁵⁴ *et al.*, 2018 y Odorico Monteiro de Andrade⁵⁵ *et al.*, 2015) ; siendo importante la institucionalización de las mediciones y monitoreo de las desigualdades sociales en salud (Maceira⁶⁰, 2020) . Nievas⁶¹ *et al.* (2021) concluye que el GB representa un factor relevante a considerar para disminuir inequidades en el acceso a los SS en el estudio realizado en las localidades urbanas y rurales de cuatro departamentos (Ocampo, Belgrano, Chamental y Ángel Vicente Peñaloza) de la provincia de La Rioja en la república argentina. Otro resultado relevante de este trabajo, indicaría que optimizar las complejidades de disponibilidad de exámenes complementarios básicos y de medicamentos en el primer nivel de atención, contribuiría a disminuir desigualdades en el acceso a la salud.

En adhesión a lo expresado por Carlos Matus⁷³ (1998), el mismo hace mención que para analizar un problema de salud cuasi estructurado (más o menos estructurado) en la realidad, las variables no son precisas, las relaciones entre las variables son imprecisas, las soluciones de problemas son situacionales. Matus⁷³ expresa que dicha solución del problema puede ser satisfactoria para algunas personas e insatisfactoria para otras personas, ya que es difícil trabajar con incertidumbres ante la presencia de un determinado problema. Matus⁷³ concluye que en la solución de un problema no es satisfactorio apelar al cálculo técnico o al cálculo político, dicho autor expresa que es un problema de cálculo tecno-político, ya que el mismo es incierto y nebuloso, por lo que se requerirá teoría y método para la resolución del problema, además agrega que no es un problema de gestión, lo que el Dr. expresa es que debe adicionarse un razonamiento tecno-político ante el abordaje de un problema de salud. Al respecto la autora Luciana Galloni^{73.1}(2018), expresa que en la actualidad es evidente la necesidad de revisar y reflexionar en torno a las prácticas en salud y su construcción colectiva, no sólo en términos de cantidad (número de

atenciones y número de prácticas) sino, en la capacidad de reconocer y dar respuesta a las necesidades de salud de una población a cargo (Galloni, 2018).

Para concluir con el presente trabajo, en el mismo se describe una realidad sanitaria de una localidad del interior de la provincia de Santa Fe (Ceres) en relación a las inequidades en el acceso a los SS respecto a los DSS; los inconvenientes financieros representan barreras importantes para alcanzar equidad y acceso a los SS (Soltani⁵² *et al.* ,2019 y Ballesteros⁵³, 2013); además el GB representa un factor relevante a considerar para disminuir inequidades en el acceso a los SS.

A modo de cierre y finalizando con los hallazgos y conclusiones, el presente trabajo podría ser abordado para la generación de reservorio de información para futuras producciones académicas, o en su defecto para continuar con dicho estudio y de esta manera contribuir en la reducción del GB de las PAI, dichas expresiones podrían ir abriendo nuevas reflexiones o algunas líneas propositivas para pensar políticas públicas en post de garantizar derechos o para futuras investigaciones.

XI.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Cid Pedraza C. Prieto Toledo L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(4)310–16.
- 2-Ayuso M. (2017). Diario La Nación. El 38 % de los adultos mayores dice que sus ingresos no les alcanzan para vivir. 10 de abril de 2017. Artículo disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/comunidad/el-38-de-los-adultos-mayores-dice-que-sus-ingresos-no-les-alcanzan-para-vivir-nid2007624/>.
- 3-Santa María V. (2017). Diario Página 12. Artículo periodístico titulado: Las jubilaciones abajo del 2015. Buenos Aires, Argentina. Jueves 17 de agosto de 2017 Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/57031-las-jubilaciones-abajo-de-2015>.
- 4-Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe (2019). Red de atención en salud. Gobierno de Santa Fe. Santa Fe, república argentina. Febrero de 2019. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>.
- 5-Vignatti O. (2017). Artículo periodístico titulado: Inauguración en Ceres.” Es el mejor hospital de segundo nivel de Argentina”. Rosario. Provincia de Santa Fe. república argentina. viernes 28 de Julio de 2017, Disponible

en: <https://www.lacapital.com.ar/inauguracion-ceres-es-el-mejor-hospital-segundo-nivel-argentina-n1441730.html>.

6-Pulido S. (2020). Gaceta médica. ¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia? Diario de información sanitaria y de salud. 12 de marzo de 2020. Bilbao. España Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>.

7-Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe (2021), Santa Fe, república argentina, 2021. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/271120/>.

8-Gorosito J. Ceres Diario. Artículo periodístico titulado: “Inentendible: son 3000 los afiliados a PAMI en Ceres y la cápita la tiene un sanatorio de Rafaela”. 14 de agosto de 2020. Ceres. Provincia de Santa Fe. República Argentina. Disponible en: <http://ceresdiario.com/home/inentendible-son-3000-los-afiliados-a-pami-en-ceres-y-la-capita-la-tiene-un-sanatorio-de-rafaela/>.

9-INSSJP (2017). Contrato para prestaciones de nivel 1-ambulatorio y nivel II-nivel sanatorial y especialistas. (Solicitar al tesista).

10-Rivera N. R. (2012). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. Ciudad de México, México. 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112012000100006.

11-INSSJP (2017). Contrato para prestaciones de nivel 1-ambulatorio y nivel II-nivel sanatorial y especialistas. Fuente base de datos de historias clínicas del efector público interrelacionadas con el subsector privado de salud. Fuente de recopilación de HCL (2018).

12-Gorosito J. Ceres Diario. Artículo periodístico titulado “Busquets aseguró la atención la atención de PAMI en el hospital”. Ceres. Provincia de Santa

Fe. República argentina, año de publicación 2017. Disponible en: <http://www.ceresdiario.com/ceresdiario/articulos/busquets-aseguro-atencion-pami-enel-hospital.htm>.

13-Organización Panamericana de la Salud (2002). La salud en las Américas. Publicaciones científicas y técnica número 587, Volumen 1 edición 2002. Washington D.C. Estados Unidos de América. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Salud-Americas-2002-Vol-1.pdf>.

14-Organización Mundial de la Salud (2018). GB en Salud. Ginebra, Suiza, 18 de julio de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/10-07-2015-who-lays-out-plans-for-financing-new-global-health-goal-to-ensure-healthy-lives-and-promote-well-being-for-all-at-all-ages>.

15-Comisión Económica para América Latina (2008). CEPAL. Incidencia de los GB en salud en siete países latinoamericanos. Políticas sociales. Abril de 2008 Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6146-incidencia-gastos-bolsillo-salud-siete-paises-latinoamericanos>.

16-Jorrat J.R., Fernández M. Marconi E.H. (2008). Utilización y Gasto en Servicios de Salud de los individuos en Argentina en 2005: Comparaciones internacionales de diferenciales socioeconómicos en salud. Salud colectiva [Internet]. Abril de 2008; 4(1): 57-76. Lanús, ene-abril 2008. Provincia de Buenos Aires. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000100004&lng=es.

17-Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (2018). S.A.F y B. Según un informe del S.A.F y B los jubilados gastan el 40 % en medicamentos. Marzo de 2018. Buenos Aires, provincia de Buenos Aires. república argentina. Disponible

en:<http://www.lineasindical.com.ar/segun-informe-safyb-jubilados-gastan-medicamentos-n-1520584.html>.

- 18-Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018). INDEC Ingresos y Gastos. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web>.
- 19-Restrepo Zea J.H *et al.* (2014). Acceso a SS: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 242-265. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>.
- 20-Viveros J. E (2010). Gasto de bolsillo en los afiliados al sistema de protección social en salud. Tesis para obtener el grado de: Maestro en salud pública. Encuesta de Gasto de Bolsillo. Julio 2010. Xapala, México. Disponible en: <https://www.uv.mx/msp/files/2014/11/TESIS001-2005.pdf>.
- 21- Gutiérrez B. F. (2015). Estimación del gasto de bolsillo en Salud para los adultos mayores residentes en zonas urbanas de Chile. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Biblioteca Digital ESP Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Agosto 2015. Santiago de Chile, Chile. Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/365>.
- 22-Villa M. Rivadeneira L. (2000). Repositorio digital. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): El proceso de envejecimiento de la población en América Latina. Una expresión de la transición demográfica. Santiago de Chile. República de Chile, agosto de 2000. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6480>.
- 23-Maceira D. Poblete C. (2003). Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud. Experiencias de la provincia de Mendoza, Argentina. 1989-1999. Edición septiembre 2003. República Argentina. Disponible en:

<https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/06/MaceiraPoblete-MendozaSalud-DEfinal.pdf>.

24-Marco legal de las estadísticas oficiales (1968). Ley N° 17.622. 25 de enero de 1968. Buenos Aires. provincia de Buenos Aires. república Argentina
Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/documentos/Ley_17622.htm.

25-Ley N° 25.326 (2000). Ley de protección de datos personales, 04 de octubre de 2000. Buenos Aires. provincia de Buenos Aires. República argentina.
Disponible en
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=64790>.

26-Ley N° 26.529 (2009). Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Buenos Aires. Argentina.
Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>.

27-Organización Mundial de la Salud (2008). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Publicación científica N° 554. Volumen 1. Washington D.C. 20037, Estados Unidos de América. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:
<http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>.

28-Creacion del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (1971). INSSJP. Ley N° 19.032. infoleg presidencia de la Nación. Buenos Aires. Provincia de Buenos Aires. Republica argentina
Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>.

29-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (2021). INSSJP. Historia del PAMI. Disponible en:
<https://www.pami.org.ar/historia>.

- 30-De Paul A. (2016). Creación del instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). “Un paso clave para el logro de la seguridad social de los trabajadores jubilados y pensionados de la república argentina”, Universidad Nacional de Rosario Centro de Estudios Interdisciplinarios Instituto de la salud “Juan Lazarte, trabajo final Maestría en salud pública, Rosario, Agosto de 2016.
- 31-Sesma-Vazquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano C.L, *et al.* (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México, magnitud, distribución y determinantes. *Salud pública Mex* 2005; 47 Supl 1:537-46.
- 32-Wagstaff A. Van Doorslaer E. (1998). Equidad en la financiación y prestación de servicios de salud. En Culyerand A J, Newhouse J P editores. *Manual de economía de la salud del norte de Holanda*. Oxford: Elsevier; 1998 p. 1803-62.
- 33-Alleyne G. (2001). La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. Reflexiones del director. *From the director. Public Health* 10(6). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n6/371-375>.
- 34-Whitehead M. (2010). Los conceptos y principios de equidad y salud. OMS. Oficina regional para europa Copenhague; 2000. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf>. Consultado en 8 de enero 2010.
- 35-Rawls J. (1971). *Justicia como equidad*. Madrid: Editorial tecnos; 1999. Citado por Gomez O. *et al.* (1999). La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Revista de salud pública de México*. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2004.v46n5/399-416/#ModalArticles>.
- 36-Hjort P. (1984). *Coplamar. Necesidades esenciales: Salud*. México, D.F. Editorial siglo XXI. 1983. Inequidad en la atención médica. *Secuencias*

para la salud. Inequidades en los servicios de salud de países escandinavos. Suecia 1984: 35-38.

- 37-Taparelli L. (1843). Sobre la dignidad del hombre. Citado por Behr T.C. (2010). Instituto universitario virtual Santo Tomás. Fundación Balmesiana. Universitat Abat Oliba. Universidad CEU. 2003. Disponible en: <http://www.e-aquinas.net/pdf/behrr.pdf>, consultado el 02 de febrero de 2010.
- 38- Lozano R., Zapata O. *et al.* (1991). Equidad y salud: Necesidades de investigación para la formulación de una política social. *Salud Pública de México*. 1991;33(1):9-17. [fecha de Consulta 20 de Agosto de 2022]. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633103>.
- 39-Frenk J. (1985). Sección a cargo del centro de investigaciones en salud pública. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*.; 5 y 6.
- 40-Guzmán Urrea M.P. (2009). Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(1):84–92.
- 41-Organización Mundial de la Salud (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Brasil: OMS.
- 42-Huerta, S. L. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigación y Ciencia*, 18(48), 52-55.
- 43-Salaverry García O. (2013). La inequidad en salud: Su desarrollo histórico. *Rev Perú med exp salud pública*. 2013 Oct; 30(4):709–713.

- 44-Hosseini Shokouh, S. M., Arab, M., Emamgholipour, S., Rashidian, A., Montazeri, A., & Zaboli, R. (2017) Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, 46(4), 435-446.
- 45-Solar, O. & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health, *Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. Ginebra: OMS.
- 46-Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- 47-Zaffaroni E. (2019), *Intervenciones públicas para el fomento de la actividad física relacionadas a la prevención y control de las Enfermedades Crónicas no transmisibles, en el estudio descriptivo del municipio de Rosario en los periodos 2003-2017*. Rosario, Argentina. Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.
- 48-Organización Mundial de la Salud (2005). *Prevención de la enfermedades crónicas: una inversión vital: panorama general*. Ginebra: OMS.
- 49-Organización Mundial de la Salud (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Adelaida, Australia: OMS.
- 50-Organización Panamericana de la Salud (2016). *Hoja de Ruta para el Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas*. Washington, D.C.: OPS.
- 51-Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de acción sobre la Salud en Todas las Políticas*. (CD53/10, Rev. 1). Washington, D.C.: OPS.

- 52-Organización Mundial de la Salud (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghái, China: OMS.
- 52-Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Kamali M. (2019). Financial Barriers to Access to Health Services for Adult People with Disability in Iran: The Challenges for Universal Health Coverage. *Iran J Public Health*. 2019 Mar;48(3):508–515.
- 53-Ballesteros M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- 54-Kabir A, Maitrot MRL, Ali A, Farhana N, Criel B. (2018). Qualitative exploration of sociocultural determinants of health inequities of Dalit population in Dhaka City, Bangladesh. *BMJ Open*. 2018 Dec 14;8(12): e02–2906. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022906.
- 55-Monteiro de Andrade L. O, Pellegrini Filho A., Solar O., Rígoli F, Malagon de Salazar L., Castell P.-Serrate F., Gomes Ribeiro K, Swift Koller T., Bravo Cruz F. N., Atun R. (2015). Determinantes sociales de la salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso de países de América Latina. *The Lancet*, Volume 385, Issue 9975, 2015, Pages 1343-1351.
- 56-Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. (2009). Intersectorality in health. 7th global conference on health promotion. Promoting health and development: closing the implementation gap; Nairobi, Kenya; Oct 26–30, 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track4_Inner.pdf (citado 21 de diciembre, 2013).

- 57-Maceira D. Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Cobertura universal de salud en Latinoamérica. Revista Estado y Políticas Públicas. 2020 Set;(14):155–179.
- 58-Mújica O.J, Moreno C.M. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "No dejar a nadie atrás". Rev panam salud pública. 2019;43: e12.
- 59-Morteruel M, Rodriguez-Alvarez E, Martin U, Bacigalupe A. (2018). Inequalities in Health Services Usage in a National Health System Scheme: The Case of a Southern Social European Region. Nurs Res. 2018 Jan/Feb;67(1):26–34.
- 60-Maceira D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Cobertura universal de salud en Latinoamérica. Revista Estado y Políticas Públicas. 2020 Set;(14):155–179.
- 61-Nievas C. M. Moyano D. L. Gandini J. B. (2021). Determinantes sociales y de género relacionados a las inequidades de salud en una comunidad de Argentina. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2021 Jun 28; 78(2): 103–109. Published online 2021 Jun 28. Spanish.
- 62-Maceira D.Cejas C. y Olaviaga S.(2010). Coordinación e Integración, el Desafío del sistema de salud argentino, Documento de trabajo número 49, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, CIPPEC, agosto de 2010.
- 63-Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (2021). Conceptos para comprender la Economía, Producto Bruto Interno, PBI, Lima, Perú, enero de 2021. Disponible en:https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100694&view=article&catid=23&id=61&lang=es-ES

- 64-Róvere M. (2015). Redes en salud. Entrevista realizada por la Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, mayo de 2015. Disponible en: [https://www.youtube.com.watch?v=hSfKjueeigs](https://www.youtube.com/watch?v=hSfKjueeigs)
- 64.1-Galloni L. (2022). El registro en salud pública, Experiencia de las personas trabajadoras del primer nivel de atención en Rafaela, durante el período 2020-2021, maestría en salud pública Universidad Nacional de Rosario. Centro de Estudios Interdisciplinarios.
- 65-Pinilla F. (2004). Una mirada hacia el interior del PAMI. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-045/668>.
- 66- Vilosio J. (2019). Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico., Jornada la Articulación entre el Estado, los Privados y la APS. Buenos Aires, 2019. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=nBrERb9N_DY
- 67-Apella I. (2009). GB en salud e impacto financiero sobre los AM en Argentina. Asociación Argentina de economía política. Centros de Estudios de Estado y Sociedad. XLIV reunión anual. Noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.aaep.org.ar/anales/works/works2009/apella.pdf>.
- 68-Xu K., Evans DB., Garrin G., Aguilar-Rivera A.M.(2005). Diseño de sistemas de financiación de la salud para reducir el gasto sanitario catastrófico. Ginebra; 2005. Report No.: 2. Xu K., Evans D., Jawabate K, Zeramdini R., Klavus J. et al. "gasto de salud catastrófico de los hogares. Un análisis de varios países", La Lanceta 362 pp. 111-117. Russell S., 2004, "La carga económica de la enfermedad para la casa se mantiene en los países en desarrollo: una revisión de los estudios centrados en la malaria, la tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". Diario Americano de Medicina Tropical e Higiene. 71(2) pp. 147-155.

- 69-Wagstaff A. Van Doorslaer E. (2003). “Catástrofe y Empobrecimiento en el pago de la Atención Médica aplicado a Vietnam 1993–98”, *Economía de la Salud* 12(11) pp. 921–934.
- 70-Van Doorslaer E. O’Donnell. O. *et al.* (2006). “Efectos de los salarios de salud en las estimaciones de pobreza en 11 países de Asia: Un análisis de datos de encuestas de hogares”. *La Lanceta* 368(14) pp.1357–64.
- 71-O’Donnell O. Van Doorslaer E. Wagstaff A. *et al.* (2007). Pagos catastróficos por atención médica. Analizando la equidad en salud utilizando los datos de encuestas de hogares. Washington: Banco Mundial; 2007. p. 203–12.
- 72-O’Donnell O. Van Doorslaer E. Wagstaff A. *et al.*(2008). Analizando la equidad en salud utilizando datos de encuestas de hogares, Instituto del Banco Mundial.
- 73-Matus C. Entrevista sobre Planificación Estratégica Situacional, Entrevista realizada a Carlos Matus en el programa Dialogando en 1998. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=T2AtQaoisKQ&t=1501s>.
- 73.1-Galloni L. (2018). Cuidados de salud mental en la red de cuidados de salud: la experiencia del Centro de Salud N°4. Virgen de Fátima. Rafaela, 2017. Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad Nacional de Rosario. Centro de Estudios Interdisciplinarios.
- 74-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. (2020). INSSJP. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.pami.org.ar/tramite/reintegro-gastos#:~:text=PAMI%20brinda%2C%20seg%C3%BAAn%20previa%20evaluaci%C3%B3n,d%C3%ADas%20de%20generada%20la%20prestaci%C3%B3n>.
- 75-Duerto Y. Meneses D. S. Vivas D. Brito Y. Rolo M. (2012). Georreferenciación de pacientes diagnosticados con fibrosis quística en la unidad proyecto Aragua. Universidad de Carabobo, período junio

1993-junio 2011, Venezuela. Comunidad y Salud [Internet]. 2012 Dic [citado 2021 Nov 17]; 10(2): 057-066. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932012000200002&lng=es.

76-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (2020). INSSJP. Padrón de Afiliados. Buscador de prestadores y beneficiarios del INSSJP. Disponible en: <https://prestadores.pami.org.ar/result.php?c=6-2&vm=2>.

77-Aguilar-Barojas S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud en Tabasco, vol. 11, núm. 1-2, enero-agosto, 2005, pp. 333-338 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México.

78-Decreto N° 4478 Ministerio de la provincia de Santa Fe (2017). Decreto disolución del SAMCo de Ceres y su incorporación al régimen de descentralización hospitalaria instituido por Ley N° 10.608 Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/41814>.

79- Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe (2021), Santa Fe, república argentina, Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/sicap/login.php>

80-Universidad Nacional del Litoral- Facultad de Humanidades y Ciencias, Portal virtual de la memoria gringa, Ceres ciudad. Disponible en: https://www.fhuc.unl.edu.ar/portalgringo/crear/gringa/mapa_san_cristobal_ceres.html#:~:text=El%205%20de%20Diciembre%20de%201961%20fue%20declarada%20ciudad.,Montefiore%2D%20la%20Uni%C3%B3n%20Israelita%20local.

XII. ANEXOS

Anexo A-Tablas de encuestas realizadas

Tabla A.

Encuestas realizadas a PAI de Ceres, clasificadas por edad, fecha de egresos, historias clínicas, atenciones recibidas y nivel de ingresos.

Nro PAI	Edad	Fecha de egreso	D1	D2	Género	Observación 1	Observación 2
PAI1	17	26/01/2017	K296	R101	masculino	Urología	Pensión
PAI2	55	29/08/2017		I10	femenino	Cardiología	Pensión
PAI3	57	05/05/2016		M542	femenino	Traumatología	Pensión
PAI4	60	20/03/2016	K921	R101	femenino	Urología	Jubilación
PAI5	60	27/09/2016	M068	M544	femenino	Traumatología	Pensión
PAI6	62	25/05/2016	M808	M545	femenino	Traumatología	Pensión
PAI7	62	17/01/2017		R101	femenino	Urología	Jubilación
PAI8	62	16/02/2017	R520	M544	masculino	Traumatología	Pensión
PAI9	62	08/09/2017		M544	femenino	Traumatología	Jubilación
PAI10	63	30/12/2016	A062	R101	femenino	Urología	Pensión
PAI11	63	19/08/2017		M544	femenino	Traumatología	Jubilación
PAI12	64	18/08/2017		R060	femenino	Cardiología	Jubilación
PAI13	65	02/09/2016	C349	M544	femenino	Traumatología	Jubilación
PAI14	65	06/08/2017		I159	masculino	Cardiología	Pensión
PAI15	66	28/02/2016	I500	I959	masculino	Cardiología	Jubilación

PAI16	66	26/03/2016	S366	R100	femenino	Urología	Jubilación
PAI17	66	18/08/2017		R101	masculino	Urología	Jubilación
PAI18	67	27/02/2016	K528	R103	femenino	Urología	Jubilación
PAI19	68	15/02/2017		M544	masculino	Traumatología	Jubilación
PAI20	69	22/01/2017	J189	R060	masculino	Cardiología	Jubilación
PAI21	70	30/11/2017	I959	R101	femenino	Urología	Jubilación
PAI22	71	12/02/2016	D649	R101	femenino	Urología	Jubilación
PAI23	71	25/10/2016	6442	R072	femenino	Cardiología	Jubilación
PAI24	71	31/08/2017		R11	masculino	Cardiología	Jubilación
PAI25	71	08/09/2017		R100	femenino	Urología	Jubilación
PAI26	74	19/05/2017	S189	K297	femenino	Urología	Jubilación
PAI27	74	01/09/2017		R104	masculino	Urología	Jubilación
PAI28	77	13/10/2017	A069		masculino	Urología	Jubilación
PAI29	85	08/09/2016	J189	R060	femenino	Cardiología	Pensión
PAI30	87	10/01/2017	S271	R060	femenino	Cardiología	Jubilación
PAI31	89	18/10/2016	I500	R060	masculino	Cardiología	Jubilación

Fuente elaboración propia.

Tabla B.

Encuestas realizadas a PAI de Ceres, cuantificadas por GB Medicamentos, GB Traslado, GB Laboratorio y GB Estimado; comparado con el nivel de ingresos ante las jubilaciones y/o pensiones de las PAI.

Nro PAI	GB Medicamentos	GB Traslado	GB Laboratorio	GB estimado	Ingresos	Pensión	Jubilación
PAI1	5000	1000	100	6100	5797,31	1000	
PAI2	2100	500	150	2750	5797,31	500	
PAI3	2200	1000	150	3350	5797,31	1000	
PAI4	5700	1000	150	6850	7246,64		1000
PAI5	1000	500	150	1650	5797,31	500	
PAI6	2200	1200	150	3550	5797,31	1200	
PAI7	1500	1000	200	2700	7246,64		1000
PAI8	1000	1000	150	2150	5797,31	1000	
PAI9	3000	800	150	3950	7246,64		800
PAI10	3400	800	150	4350	5797,31	800	
PAI11	1500	1000	150	2650	7246,64		1000
PAI12	1800	1000		2800	7246,64		1000
PAI13	3000	1000	150	4150	7246,64		1000
PAI14	900	500	150	1550	5797,31	500	
PAI15	2700	1500	150	4350	7246,64		1500

PAI16	4000	800	150	4950	7246,64		800
PAI17	1400	500		1900	7246,64		500
PAI18	2700	700	150	3550	7246,64		700
PAI19	2800	1000	150	3950	7246,64		1000
PAI20	2000	1000	300	3300	7246,64		1000
PAI21	2000	1800		3800	7246,64		1800
PAI22	3000	1000	150	4150	7246,64		1000
PAI23	3000	1000	150	4150	7246,64		1000
PAI24	3000	1000	150	4150	7246,64		1000
PAI25	3600	1000	150	4750	7246,64		1000
PAI26	3500	600	150	4250	7246,64		600
PAI27	3400	400	150	3950	7246,64		400
PAI28	3800	1000	150	4950	7246,64		1000
PAI29	5500	1000	150	6650	5797,31	1000	
PAI30	3200	1500	150	4850	7246,64		1500
PAI31	2400	500	150	3050	7246,64		500
Promedio	2784	923	155	3847	6826	833	959
Mediana	2800	1000	150	3950	7247	1000	1000
Moda	3000	1000	150	4150	7247	1000	1000

Tabla C

Encuestas realizadas a PAI de Ceres, detalle de los medicamentos adquiridos por las diferentes PAI.

Nro PAI	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
PAI1	Blokium Flex	Aldactone A	Plenica	Aspirina Prevent	Pantus 40	Naprox	Gentasol	Taural
PAI2	Bacticort Complex	Gentasol	Lexotanil	Vedipal	Ciprocler	Aspirina Prevent	Menoclim Pro	Clopidogrel
PAI3	Robartal	Ebixa (Alzheimer)	Losacor	Pantus				
PAI4	Losacor	Valium	Alplax	Sinulcus	Bacticort	Vedipal	Sertal Compuesto	Lasix
PAI5	Actemra SC	Alplax						
PAI6	Artrait	Ultragresic Plus	Dexopral 60	Ensure Vainilla				
PAI7	Xelevia Met							
PAI8	Nitidex	Tranquinal	Lanzopral					
PAI9	Spiriva	Proair Bronquial						
PAI10	Opocarbon	Flucoginkana	T4 100	Bideon Biotic Plus	Cefacilina	Oxa gel	Oxagesic	Venart
PAI11	T4 Montpellier	Cortipyren B	Cox-Quin	Acifol 5	Cualter dialis ??			
PAI12	Losacor D	Lasix 40	Eplerona 25	Bidecar				

PAI1 3	Lotrial	Alplax	Gastromax	Sertal	Proair Bronquial 250/50	Platsul A	Vedipal	
PAI1 4	Meniex	Ateroclar	Slempre ??					
PAI1 5	Bidecar	Aldactone	Lasix Furosemid a	Entresto	Aspirinetas		Spiriva	
PAI1 6	Zentius	Galvus	Niten D 100	Accu-chek Guide	Bidecar 25	Tafirol	Galvus met	T4 75
PAI1 7	Clexane	Optamox Duo	Otevil	Bronax Flex	Dolten			
PAI1 8	Clonagin 2	Losacor D	Losacor	Frenaler cort	Zymaxid	Acular LS	Frandefull??	Flexicami n B12
PAI1 9	Migral	Ciriox	Sertal Compuesto	Gavin 75 Birkanurado	Corpus retard??	Endial	Accu-chek Fast Click	DBI AP forte
PAI2 0	Lotrial	Aldactone	Colmibe	Alplax	Fluticasona	Paracetam ol	Meniex	
PAI2 1	Meniex 16	Tramadol	Paracetam ol	Clonagin 0,5	Dexopral	Migral		
PAI2 2	Berlofen	Pantusec 40	Biletan Enzimatico	Glaucotensil TD	Travatan	Lotrial D	Bacticort Complex	Regulan e
PAI2 3	Ranitidina	Somit	Terloc	Dermaglos	Aspirina Prevent	Paxon D	Gastromax	Filtlen
PAI2 4	T4 Montpellier 100 mg.	Cefacar	Tafirol	Factor Dermico	Supradyn Forte	Biletan Enzimatico	Dexalergin	Ibuprofen o 600
PAI2 5	Lasix	Aglucide MR 60	Endial	DBI AP forte	Tegretol 400 LC	Vedipal	Apasmo	T??
PAI2 6	Clonagin 2	Losacor D	Losacor	Frenaler cort	Zymaxid	Acular LS	Frandefull??	Flexicami n B12
PAI2 7	Trastosil	Clonagin	Filtlen	Taural 300	Aspirina Prevent	Insertec 100	Atenolol	Peptazol 40
PAI2 8	Danlox	Salbutral	Galvus met	Reduprost	T4 100	Lotrial	Ganfol?	Sinlip
PAI2 9	Clevosam	Irujol	Sesaren XR	Medocor	Bidecar	Lactulon	Accu-check Guide	Aerogal
PAI3 0	Lotrial D	Doricoxib 90	Danlox	Ensure	Lotrial	Oxa Gel	Tafirol	Actron 600
PAI3 1	Taural F	Lanoxin (Digoxina)	Lasix	Filtlen	Aldactone A	Ferranin Complex	Vitalix	Rinogel

Fuente elaboración propia.

Tabla C (continuación). Encuestas realizadas a PAI de Ceres, detalle de las diferentes medicaciones adquiridas por las PAI.

Nro PAI	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16
PAI1	Alidase 500	Metilpres	Refenax Colirio	Pantusec	Novalgina	Miopropant	Asertral	Tafir ol
PAI2								
PAI3								
PAI4	Gastec	Acantex	Galvus met	Redumax 25 ??	Diocam	Alerpriv	Aspirina Prevent	
PAI5								
PAI6								
PAI7								
PAI8								
PAI9								
PAI10	Lotrial	mectin XR 850	Benadryl					
PAI11								
PAI12								
PAI13								
PAI14								
PAI15								
PAI16	Buchex Forte	Clonagin 2						
PAI17								
PAI18	Lotrial D	Totevic	Sertal					
PAI19	Dramamine							
PAI20								
PAI21								
PAI22								
PAI23	Apasmo	Tatro 1g						
PAI24	Sinalgico	Qura Plus	Set UV	Lotrial	Clonagin 0,5	Atlansil		
PAI25								
PAI26	Lotrial D	Totevic	Sertal					
PAI27	Ciriax	Biletan Forte						
PAI28	Aspirina Prevent	Biletan 12						
PAI29	Clonagin 05	Platsul-A	Bloquium Gesic	Pantus 40	Asemuk	Nitrofurasa na	Aldactone A	
PAI30	Optamox Duo	Macril	Cefacar					
PAI31								

Fuente elaboración propia.

Contrato de prestaciones (CP)

CP⁹ = Contrato para Prestaciones de Nivel I-Ambulatorio y Nivel II-Nivel Sanatorial y Especialistas, rubricado por el INSSJP en abril de 2017 (primera carilla).

**CONTRATO PARA PRESTACIONES DE NIVEL I -
AMBULATORIO Y NIVEL II - NIVEL SANATORIAL Y
ESPECIALISTAS**

Entre el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS en adelante denominado el INSTITUTO, representado en este acto por DR ALFREDO CESAR MARINELLI (DNI 24.103.032) en su carácter de DIRECTOR EJECUTIVO LOCAL UGL XV-SANTA FE con domicilio en la calle 1º DE MAYO 2269 de la ciudad de SANTA FE por una parte, y por la otra ~~SAMCO DE CERES~~, en adelante denominado el PRESTADOR, representado en este acto por

(DNI) _____, en su carácter de

con domicilio en _____, conforme lo acredita mediante _____

Inscrito bajo el número _____ en el REGISTRO INFORMATICO UNICO NACIONAL DE PRESTADORES Y PROVEEDORES DEL INSSJP, y ambas denominadas "LAS PARTES" o individualmente denominada "LA PARTE", se celebra el presente contrato, sujeto a las cláusulas y condiciones que seguidamente se detallan:

PRIMERA - OBJETO: El presente contrato tiene por objeto la contratación de los Módulos detallados en anexo que se adjunta, conforme al menú prestacional aprobado por Resolución 408/17 para los beneficiarios del INSTITUTO incluidos los Veteranos de Guerra de Malvinas, de conformidad a lo establecido en la Resolución N° 383/DE/17.

SEGUNDA- VIGENCIA: El presente contrato tendrá una vigencia de tres (3) años contados a partir del 01 de Mayo de 2017, con prórroga automática por un (1) año a opción del INSTITUTO, salvo notificación fehaciente en sentido contrario por parte de éste último, con treinta (30) días corridos de antelación.

TERCERA - NATURALEZA: La prestación de los servicios asistenciales se considera de interés público conforme el artículo 2º de la Ley N° 19.032. El PRESTADOR deberá continuar prestando los servicios asistenciales hasta tanto se le notifique fehacientemente el nuevo PRESTADOR que designe el INSTITUTO para brindar dichas prestaciones.

CUARTA - ASIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: El Instituto asignará al PRESTADOR una cantidad de beneficiarios determinada a fin de que éste les brinde los servicios médico asistenciales para los cuales ha sido contratado según ANEXO Módulos y Padrón de beneficiarios- Grupo de liquidación. El padrón de beneficiarios asignados se encuentra sujeto a las altas y bajas que se produzcan.

QUINTA - REASIGNACIÓN DE CÁPITAS: El INSTITUTO se reserva la facultad de la reasignación de las capitas asignadas y contratadas, en función de la necesidad prestacional local, de la solicitud del beneficiario -mediando autorización expresa del INSTITUTO- o por rechazos detectados por parte del PRESTADOR. En los supuestos que el INSTITUTO efectúe una cantidad considerable de movimientos de beneficiarios, notificará al PRESTADOR con treinta (30) días corridos de antelación, sin que ello le genere a éste derecho a reclamar indemnización por daños, perjuicios y/o lucro cesante. El beneficiario podrá solicitar dos veces al año la reasignación de su capita. Queda establecido que el BENEFICIARIO hiciera uso de la opción que le acuerde el

Decreto de disolución SAMCo Ceres

Decreto de Ministerio de la provincia de Santa Fe, por el cual propicia la disolución del SAMCo de Ceres e incorpora al mismo al régimen de descentralización hospitalaria instituido por Ley N° 10.608⁷⁸.

Provincia de Santa Fe

Poder Ejecutivo

DECRETO N° 4478

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 29 DIC 2017

VISTO:

El expediente N° 00501-0158675-6 del S.I.E. -Ministerio de Salud-, mediante el cual la Secretaría de Gestión Territorial de Primer y Segundo Nivel de Salud propicia la disolución del Servicio para la Atención Médica de la Comunidad de Ceres, y su incorporación al régimen de Descentralización Hospitalaria instituido por Ley N° 10.608; y

CONSIDERANDO:

Que el referido SAMCo fue constituido como tal mediante Decreto N° 1611/69 dentro del régimen creado por Ley N° 6312;

Que el Gobierno Provincial construyó un nuevo edificio destinado al efector sanitario de la ciudad de Ceres, recientemente inaugurado, donde se contempla una estructura moderna y de mayor complejidad para la atención pública;

Que tal construcción ha sido concebida para diagnósticos y patologías de baja y mediana complejidad que necesiten de internación, generando un impacto cualitativo en la Red de Salud, dado que cuenta con servicios y estructuras asistenciales que mejoran ampliamente la prestación de la salud pública en la Región;

Que, en este sentido, se ha incrementado la cantidad de servicios y duplicado la capacidad de camas, incluyendo un hospital de día de alta rotación,



Finalmente, el régimen de descentralización hospitalaria instituido por Ley N° 10.608⁴⁸, expresa en su artículo número 3, a un representante del Estado, que lo presidirá, designado y removible por el poder ejecutivo; el director médico; un representante del personal, elegido en forma directa por sus pares del establecimiento; un representante de la asociación cooperadora del hospital o, en su defecto, de la entidad similar que en el mismo se desempeñe; un representante del cuerpo profesional del establecimiento, elegido en forma directa por sus representados; y un representante de las organizaciones

institucionalizadas de la comunidad, además en su artículo número 8 expresa que los establecimientos contarán con los siguientes recursos: a) las partidas que se les asignen en el presupuesto general de la provincia; b) los ingresos en virtud de los convenios que puedan celebrarse con Municipalidades y Comunas; c) las retribuciones por los servicios que presten; d) las partidas de jurisdicción nacional que se le destinen; y e) los aportes, subsidios, legados donaciones y todo otro ingreso legítimo. Los recursos mencionados, serán depositados en el Banco Provincial de Santa Fe, en una cuenta especial creada en razón de cada uno de los establecimientos asistenciales a que refiere la presente, a orden de las autoridades que la misma contempla y por último en su artículo 11, expresa que los SAMCOs que deseen incorporarse al presente régimen podrán hacerlo, celebrando el respectivo convenio.

Anexo B

Caracterización general de la ciudad de Ceres

La ciudad de Ceres⁸⁰ fue fundada en 1892 por la sociedad anónima colonizadora argentina de Vicente Casares y Tristán Malbrán; es la localidad más poblada del departamento San Cristóbal; fue nombrada en honor a Ceres, diosa de la agricultura, las cosechas y la fecundidad según la mitología romana, cuyo equivalente en la mitología griega era Deméter (o Demetra), de ella

reciben su nombre los cereales. Según datos del censo realizado por INDEC en mayo de 2022, la población de Ceres contaba con 15.746 habitantes (8.209 mujeres, 7.533 varones y 4 personas no binarias). En el ámbito de la salud Ceres contaba en 2017 con 3 centros médicos, una clínica privada, además de consultorios externos privados. En el ámbito educativo posee 5 escuelas primarias (un establecimiento educativo privado), 4 escuelas de nivel medio (uno privado), un establecimiento educativo para adultos y AM, una escuela especial y 1 establecimiento terciario, la localidad de Ceres posee un anexo de la Universidad Tecnológica Nacional, además en la localidad se dictan varias carreras universitarias a distancia por medio de varias universidades tales como Blas Pascal, Universidad Nacional del Litoral, Universidad Siglo XXI.

La ciudad se ubica a tan solo 10 km aproximadamente del límite con la vecina provincia de Santiago del Estero, por lo cual recibe una fuerte influencia cultural, social y comercial, sobre todo con la localidad santiagueña de Selva, a 18 km de la ciudad. Ceres es atravesada por la ruta nacional 34, por la ruta provincial 17 y por varios caminos y rutas no pavimentadas.

El casco urbano está dividido exactamente en dos partes iguales por las vías del ramal ferroviario Rosario-Tucumán del ferrocarril general Bartolomé Mitre, por el cual pasan constantemente trenes mineros, cerealeros y pasajeros, que llevan gran parte de la producción del noroeste argentino hacia el puerto de Rosario.

La principal actividad económica de la ciudad es fundamentalmente todo lo relacionado con la actividad agropecuaria. El distrito Ceres abarca unas 55000 hectáreas comprendidas por tierras de muy buena calidad aptas para la ganadería, agricultura y lechería. Uno de los aspectos que favorecen al desarrollo de la ciudad es que la tierra está en manos de pequeñas y medianas personas productoras ceresinas (chacareros y chacareras) descendientes de

poblaciones italianas, españolas, suizas, alemanas y hebreas, También se desarrollan otras actividades como la apicultura y la cría de ganado equino.