



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Conrado Peranovich, Andrés  
capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de  
salud en Argentina  
Salud Colectiva, vol. 13, núm. 1, 2017, pp. 73-90  
Universidad Nacional de Lanús  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73150530007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina

Capabilities and challenges in monitoring the availability of and access to health services in Argentina

Andrés Conrado Peranovich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Demografía.  
Investigador Asistente,  
Consejo de Investigaciones  
Científicas y Técnicas  
(CONICET), Centro de  
Investigaciones y Estudios  
sobre Cultura y Sociedad  
(CIECS), Córdoba,  
Argentina. 

**RESUMEN** El monitoreo de la utilización, calidad y rendimiento de los servicios de salud, a través de diversos indicadores, es una exigencia creciente para quienes toman decisiones en el tema. Teniendo en cuenta la importancia de contar con indicadores de disponibilidad, calidad y acceso a los servicios de salud por parte de la población, el objetivo de este artículo es investigar la capacidad de las fuentes de información producidas oficialmente en Argentina, desde el año 2000, de generar estos indicadores, identificando además en qué medida dichas fuentes cumplen con los requisitos de periodicidad, desagregación y publicación. Según las pesquisas realizadas, la información disponible a nivel oficial en el país no permite calcular la totalidad de indicadores o solo pueden ser construidos para un momento en el tiempo, lo que evidencia la necesidad de incorporar nuevas fuentes, o bien adaptar las existentes.

**PALABRAS CLAVES** Fuentes de Datos; Servicios de Salud; Salud Pública; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Argentina.

**ABSTRACT** Monitoring the utilization, quality and performance of health services through indicators is a growing necessity of decision makers. Given the importance of indicators related to availability of, quality of and access to health services by the population, the objective of this article is to research the capacity of information sources produced officially in Argentina since 2000 to generate such indicators, and to identify the extent that such sources comply with the requirements of frequency, disaggregation and publication. The research results show that the information officially available in the country does not allow for the calculation of all indicators, or allows for their construction at only some moments in time, evidencing the need to incorporate new sources or adapt existing ones.

**KEY WORDS** Data Sources; Health Services; Public Health; Health Services Accessibility; Argentina.

## INTRODUCCIÓN

Dada la importante repercusión que tienen las enfermedades en el crecimiento económico de las sociedades, invertir en los sistemas de salud constituye un componente substancial de las estrategias generales de desarrollo<sup>(1)</sup>. Esta inversión debe ser eficaz y sustentable, por lo que debe estar fundamentada en datos precisos de la realidad.

Por ello, el monitoreo de la utilización, calidad y rendimiento de los servicios de salud a través de indicadores específicos se considera fundamental para el progreso de los sistemas de salud, y una exigencia creciente para quienes toman decisiones en el tema. Estos indicadores también son útiles para la programación local, provincial y nacional y, complementariamente, para estudios e investigaciones especiales y para el cálculo del costo de la atención en salud.

Al igual que en otras áreas de salud, el monitoreo de los servicios de salud requiere la generación de herramientas que cumplan, al menos, con los siguientes requisitos: periodicidad (para detectar fortalezas, debilidades y progresos en el tiempo); desagregación (para identificar los sectores/grupos poblacionales más desfavorecidos en cuanto al acceso a tales servicios); y publicación (en función del derecho que tiene la comunidad de conocer la situación de estos servicios)<sup>(2)</sup>.

Teniendo en cuenta la importancia de contar con indicadores de disponibilidad, calidad y acceso a los servicios de salud por parte de la población, el objetivo de este trabajo es investigar la capacidad de las fuentes oficiales de información en Argentina, desde el año 2000, para generar tales indicadores, identificando además en qué medida dichas fuentes cumplen con los requisitos referidos.

## METODOLOGÍA

En primer lugar, se definen las áreas temáticas sobre las que se van a construir los indicadores referidos al monitoreo de los

servicios de salud: utilización, disponibilidad, cobertura, acceso y calidad.

La utilización de los servicios de salud se refiere al uso que hacen los individuos de la infraestructura o de los establecimientos, bienes y servicios de salud. La disponibilidad se mide a través de los recursos humanos, materiales y de infraestructura para dar atención a los problemas de salud de la población en relación con la población que el Estado está potencialmente obligado a atender. Se ubican aquí los indicadores relacionados con la oferta de hospitales, clínicas, consultorios, camas, medicamentos y personal médico, destinados a la prestación de servicios de salud. Ambas áreas, utilización y disponibilidad, corresponden a los conceptos de demanda y oferta que son utilizados como marco de estudio del proceso dinámico y complejo que pone en contacto a la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.

Los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan en qué medida las personas que lo necesitan reciben efectivamente importantes intervenciones de salud<sup>(3)</sup>. Tales indicadores incluyen la atención a mujeres durante el embarazo y el parto, la inmunización para prevenir las infecciones más comunes de la infancia, la administración de suplementos de vitamina A en niños, y el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia y las enfermedades infecciosas en adultos<sup>(3,4)</sup>.

El acceso a los servicios de salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud que sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. Implica la eliminación de barreras u obstáculos, ya sean de tipo físico, económico, social o de información para el uso de los servicios de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud por parte de los individuos, la cual, a su vez, es influida por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por

la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales)<sup>(5)</sup>.

El ámbito de la calidad de los servicios de salud se refiere a que la atención e infraestructura sean adecuadas para las necesidades de salud de los pacientes, lo cual requiere, entre otros aspectos, de personal suficiente, medicamentos y equipamiento apropiados y suficientes, condiciones sanitarias y de higiene adecuadas, y buen trato por parte del personal de salud hacia las y los beneficiarios<sup>(6)</sup>.

Se procedió a la búsqueda y selección de indicadores relacionados con el monitoreo de la cobertura, disponibilidad, utilización, acceso y calidad de los servicios de salud, validados tanto en el ámbito internacional como nacional. A tales efectos, se relevaron los indicadores utilizados por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Internacional del Trabajo y la Comisión Económica para América Latina, y aquellos empleados a nivel nacional y en otros países de la región de las Américas.

Se estableció como criterio de selección: 1) la utilidad del indicador para la gestión de servicios de salud, en el sentido de su importancia para la evaluación de las distintas áreas de estudio; 2) su reconocimiento internacional, es decir que su uso sea difundido, permita realizar comparaciones con otras regiones y se adapte a la realidad de los sistemas de información de la región.

Posteriormente, se realizó el análisis de los cuestionarios y resultados provenientes de las fuentes de datos oficiales para evaluar la posibilidad de elaborar los indicadores seleccionados. A tal fin, se indagaron las siguientes fuentes oficiales producidas desde del año 2000, que contienen información relativa a la salud: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2001; Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) 2002-2003; Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2004-2005; Encuesta sobre Factores de riesgo (ENFR) 2005 y 2009; Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003, 2005

y 2010; Encuesta Nacional de Gastos de Hogares (ENGHo) 2004-2005 y 2012-2013; Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) 2012; Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva (ESSyR) 2013; así como la información estadística procedente de los registros permanentes de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y demás institutos adheridos al Sistema Estadístico de Salud (SES) del ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Además, se contempló información producida al interior de la Dirección de Estadísticas a nivel provincial y datos provenientes del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y 2010.

Finalmente, se examinó la capacidad que ofrecen las instituciones para elaborar los indicadores seleccionados según periodicidad, desagregación (geográfica, etaria, nivel socioeconómico, condición étnica y condición de discapacidad) y publicación.

## RESULTADOS

Con base en la bibliografía y los sistemas de información de índole nacional e internacional, se seleccionan una serie de indicadores representativos de cada área temática de interés en servicios de salud, según criterios mencionados en el apartado metodológico. De esta forma se presentan 24 indicadores, catalogados en la Tabla 1 según área temática, definición e institución donde se encontró la referencia al indicador.

Esta lista de indicadores ofrece una guía resumida que permitiría caracterizar al sistema de servicios de salud de un territorio, en este caso, Argentina. Es decir, se trata de la mínima cantidad de indicadores con las que debería contar Argentina para evaluar el desempeño de su sistema de servicios de salud. Al respecto, la Tabla 2 muestra la posibilidad de aplicación de esta serie de indicadores a la totalidad del territorio argentino, la disponibilidad de datos por año y la fuente de origen de esos datos.

En la Tabla 2 se observa que 17 de los 24 indicadores pueden calcularse para toda

**Tabla 1. Denominación, definición e instituciones de referencia de indicadores seleccionados para monitorear la utilización, la disponibilidad, el acceso y la cobertura y la calidad de la atención de servicios de salud. Argentina, 2016.**

Área temática	Indicadores seleccionados		
	Denominación	Definición	Institución
Utilización	Razón de consultas médicas	Número de atenciones ambulatorias de salud por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Tasa de atención prenatal	Número de mujeres gestantes que han recibido al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo provista por un profesional o trabajador de la salud entrenado, expresado como porcentaje de la población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Razón de egresos hospitalarios	Número de egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Porcentaje de ocupación	Es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, expresado en porcentaje.	SES
	Giro de cama	Es la rotación media de las camas y expresa cuántos pacientes pasan en un período dado, en promedio, por cama disponible.	SES
	Estancia promedio	Número promedio de días de atención prestada a cada paciente egresado durante el período.	SES
	Atenciones por urgencia por habitante	Número de atenciones por urgencia de salud por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
Disponibilidad	Cantidad de establecimientos de salud por cada mil habitantes	Es el número de establecimientos de salud en determinada área geográfica y/o dependencia administrativa en un período dado, por cada 1.000 habitantes de dicha área geográfica.	OPS
	Razón de camas hospitalarias	Número de camas hospitalarias disponibles por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Razón de médicos	Número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Razón de enfermeros	Número de enfermeros disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Razón de odontólogos	Número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS

Fuentes: Elaboración propia con base en datos oficiales. OPS = Organización Panamericana de Salud; OMS = Organización Mundial de la Salud; SES = Sistema de Estadísticas de Salud (Argentina); CONEVAL= Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Nacional (Méjico).

Argentina: razón de consultas médicas, tasa de atención prenatal, razón de egresos hospitalarios, cantidad de establecimientos de salud por cada mil habitantes, razón de camas hospitalarias, razón de médicos, razón de

enfermeros, razón de odontólogos, cobertura inmunizaciones DPT3, BCG y sarampión, tasa de atención profesional del parto, uso de anticonceptivos en mujeres, población cubierta por seguro de salud, porcentaje de

Tabla 1. Continuación.

Área temática	Indicadores seleccionados		
	Denominación	Definición	Institución
Acceso y cobertura	Cobertura inmunizaciones DPT3	Proporción de niños de 1 año que recibieron tres dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsiva.	OPS
	Cobertura inmunizaciones BCG	Proporción de niños de 1 año vacunados contra la tuberculosis.	OPS
	Cobertura inmunizaciones sarampión	Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.	OPS
	Tasa de atención profesional del parto	Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia	Promedio de tiempo de traslado a un establecimiento de salud, la última vez que se tuvo una emergencia.	CONAVE
	Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia	Promedio de tiempo de traslado a un establecimiento de salud en caso de emergencia.	CONAVE
	Uso de anticonceptivos en mujeres	Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que usan un método anticonceptivo de cualquier tipo, en un punto de tiempo específico, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
	Población cubierta por seguro de salud	Población cubierta por obra social para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	OPS
Calidad	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud.	CONAVE
	Motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud	Porcentaje de población que no fue atendida al presentar un problema de salud, según motivo de falta de atención.	CONAVE
	Tasa de infección de la herida quirúrgica	Tasa de infección de la herida quirúrgica, como porcentaje de todas las operaciones quirúrgicas.	OMS
	Tasa de letalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio a los 30 días	Proporción de pacientes hospitalizados con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio (IAM) (accidente cerebrovascular) que murieron en un plazo de 30 días después del ingreso.	OMS

Fuentes: Elaboración propia con base en datos oficiales. OPS = Organización Panamericana de Salud; OMS = Organización Mundial de la Salud; SES = Sistema de Estadísticas de Salud (Argentina); CONAVE= Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Nacional (Méjico).

personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud, motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud y tasa de infección de la herida quirúrgica.

Cabe resaltar que, de los indicadores mencionados, no es posible calcular la evolución a través del tiempo de solo uno (razón

de odontólogos) porque el dato existe únicamente para el año 2004. A su vez, se destaca la interrupción de la serie en el caso de dos de ellos (razón de enfermeros y razón de odontólogos) al año 2004. Como contrapartida, resulta positivo el hecho de que pueda disponerse de al menos dos indicadores para cada área temática estudiada.

**Tabla 2. Disponibilidad de datos para calcular los indicadores seleccionados para monitoreo de servicios de salud en Argentina (total país), según área temática, disponibilidad y fuente. 2000-2016.**

Área temática	Indicador	Datos		
		Disponibilidad	Años disponibles	Fuentes
Utilización	Razón de consultas médicas	Sí	2000-2008, 2010-2011	SES
	Tasa de atención prenatal	Sí	2001, 2005, 2012	SES
	Razón de egresos hospitalarios	Sí	2000-2010	SES
	Porcentaje de ocupación	No	-	-
	Giro de cama	No	-	-
	Estancia promedio	No	-	-
	Atenciones por urgencia por habitante	No	-	-
Disponibilidad	Cantidad de establecimientos de salud por cada mil habitantes	Sí	2000-2016	SIISA
	Razón de camas hospitalarias	Sí	2000, 2010-2013, 2016	SIISA
	Razón de médicos	Sí	2004, 2005, 2010, 2013	SES
	Razón de enfermeros	Sí	2001, 2004	SES
	Razón de odontólogos	Sí	2004	SES
Acceso y cobertura	Cobertura inmunizaciones DPT3	Sí	2000-2013	SIISA
	Cobertura inmunizaciones BCG	Sí	2012-2013	SIISA
	Cobertura inmunizaciones sarampión	Sí	2000-2013	SIISA
	Tasa de atención profesional del parto	Sí	2000-2013	SES
	Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia	No	-	-
	Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia	No	-	-
	Uso de anticonceptivos en mujeres	Sí	2001, 2004, 2005, 2009	SES
	Población cubierta por seguro de salud	Sí	2001, 2010	Censo Nacional de Población
Calidad	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud	Sí	2005, 2009	ENFR
	Motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud	Sí	2005, 2009	ENFR
	Tasa de infección de la herida quirúrgica	Sí	2004-2016	SES
	Tasa de letalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio a los 30 días	No	-	-

Fuentes: Elaboración propia con base en datos oficiales. OPS = Organización Panamericana de Salud; SES = Sistema de Estadísticas de Salud (Argentina); ENFR = Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Argentina).

La Tabla 2 permite inferir que, sobre todo a partir del año 2010, hubo un interés por mejorar la cantidad de datos en materia de salud pública, lo cual se refleja en la disponibilidad de fuentes. Sin embargo, los que más capacidad de elaboración presentan son los indicadores originados en sistemas internacionales, lo que invita a reflexionar acerca de si solo se está cumpliendo con los protocolos internacionales en vez de evidenciarse un real interés por monitorear y mejorar los servicios de salud del país.

Asimismo, es necesario evaluar la capacidad de desagregación de la información disponible para el cálculo de estos indicadores, empezando por el ámbito geográfico y temporal, pues ya ha sido evidenciado en otras investigaciones la existencia de amplias diferencias entre regiones, provincias y departamentos del territorio argentino a lo largo del tiempo<sup>(2,7)</sup>.

Al respecto, es bien sabido que los datos provenientes de fuentes internacionales, aun cuando son proporcionados por las autoridades de cada país, no incorporan desagregaciones según áreas menores u otras características, al menos en las publicaciones ofrecidas por dichas fuentes. Por el contrario, la información que puede obtenerse de las Direcciones Provinciales de Estadísticas en Salud a veces llega a ser abundante, aunque también menos homogénea en cuanto a cantidad y forma y más errática en cuanto a periodicidad.

En la Tabla 3 se aprecian las fuentes de información que presentan disponibilidad de datos para calcular los indicadores seleccionados a nivel provincial. Es necesario aclarar que aquellos indicadores que no están disponibles en todas las provincias, se consideran como no calculables.

De manera complementaria, la Tabla 4, Tabla 5, Tabla 6 y Tabla 7 exhiben la posibilidad de cálculo de los indicadores seleccionados según provincia y datos disponibles según año. Al analizar las tablas precedentes se observa que al tener en cuenta las estadísticas relevadas en el ámbito de la dirección nacional y provinciales de salud, pueden calcularse para todas las provincias solo 16 de

los 24 indicadores seleccionados: razón de consultas médicas, tasa de atención prenatal, razón de egresos hospitalarios, cantidad de establecimientos de salud por cada mil habitantes, razón de camas hospitalarias, razón de médicos, razón de enfermeros, cobertura inmunizaciones DPT3, BCG y sarampión, tasa de atención profesional del parto, uso de anticonceptivos en mujeres, población cubierta por seguro de salud, porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud, motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud, y tasa de infección de la herida quirúrgica.

De estos indicadores, en algunos casos no es factible medir la evolución a través del tiempo por contar con datos para un solo año, a diferencia de lo que sucede con esos mismos indicadores para el total del país. Tales casos comprenden la tasa de atención prenatal (cuya evolución solo puede medirse en las provincias de Jujuy y San Luis), los indicadores de cobertura de inmunización (disponibles para un solo año, excepto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las provincias de Buenos Aires, Corrientes, Chubut, Jujuy, Neuquén y San Juan) y la cantidad de médicos y enfermeros (que cuentan con más de un dato para las provincias de Corrientes, Jujuy, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego).

Existen cuatro indicadores que pueden calcularse solo para algunas provincias, pero no para el total del país, puesto que faltarían datos para lograr un promedio. Uno de ellos es la cantidad de atenciones por urgencia por habitante, que puede medirse en Jujuy, Misiones, Mendoza y Santa Fe (estas últimas dos provincias incluso pueden evaluar su evolución en el tiempo); y, los indicadores relacionados a la utilización de servicios de internación hospitalaria como son el porcentaje de ocupación de camas, el giro promedio de camas y la estancia promedio, que únicamente pueden obtenerse en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Chubut, Jujuy (solo para 2012), Mendoza, Misiones, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Fe y Tierra del Fuego.

**Tabla 3. Disponibilidad de datos para calcular los indicadores seleccionados para monitoreo de servicios de salud en todas las provincias. Argentina, 2000-2016.**

Área temática	Indicador	Datos	
		Disponibilidad	Fuentes
Utilización	Razón de consultas médicas	Sí	EUGSS
	Tasa de atención prenatal	Sí	ENNys
	Razón de egresos hospitalarios	Sí	SES
	Porcentaje de ocupación	No	-
	Giro de cama	No	-
	Estancia promedio	No	-
	Atenciones por urgencia por habitante	No	-
Disponibilidad	Cantidad de establecimientos de salud por cada mil habitantes	Sí	SES
	Razón de camas hospitalarias	Sí	SES
	Razón de médicos	Sí	SES
	Razón de enfermeros	Sí	SES
	Razón de odontólogos	No	-
Acceso y cobertura	Cobertura inmunizaciones DPT3	Sí	SES
	Cobertura inmunizaciones BCG	Sí	SES
	Cobertura inmunizaciones sarampión	Sí	SES
	Tasa de atención profesional del parto	Sí	SES
	Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia	No	-
	Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia	No	-
	Uso de anticonceptivos en mujeres	Sí	ENFR
	Población cubierta por seguro de salud	Sí	Censo Nacional de Población
Calidad	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud	Sí	ENFR
	Motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud	Sí	ENFR
	Tasa de infección de la herida quirúrgica	Sí	SES
	Tasa de letalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio a los 30 días	No	-

Fuentes: Elaboración propia con base en datos oficiales. EUGSS = Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (Argentina); ENNyS = Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Argentina); SES = Sistema de Estadísticas de Salud (Argentina); ENFR = Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Argentina).

Tabla 4. Disponibilidad de datos para calcular indicadores seleccionados de utilización para monitoreo de servicios de salud, por jurisdicción y años. Argentina, 2000-2015.

JURISDICCIONES	INDICADORES DE UTILIZACIÓN							
	Razón de consultas médicas	Tasa de atención prenatal	Razón de egresos hospitalarios	Porcentaje de ocupación	Giro de cama	Estancia promedio	Atenciones por urgencia por habitante	
CABA	2000-2013	2004-2005	2000-2013	2000-2013	2000-2013	2000-2013	-	
Buenos Aires	2000-2004, 2008-2012	2004-2005	2000-2013	2008-2012	2008-2012	2008-2012	-	
Catamarca	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Córdoba	2000-2004  2007-2013	2004-2005	2000-2010  2007-2013	2007-2013	2007-2013	2007-2013	-	
Corrientes	2000-2012  2000-2012	2004-2005	2000-2012  2000-2012	2000-2012	2000-2012	2000-2012	-	
Chaco	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Chubut	2000-2008	2004-2005	2000-2010  2000-2008	2005-2013	2005-2013	2005-2013	-	
Entre Ríos	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Formosa	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Jujuy	2000-2004  2012	2004-2005  2012	2000-2010  2012	2012	2012	2012	2012	
La Pampa	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
La Rioja	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Mendoza	2000-2013	2004-2005	2000-2013	2000-2013	2000-2013	2000-2013	2000-2013	
Misiones	2000-2004	2004-2005	2000-2010	2009-2012	2009-2012	2009-2012	2012	
Neuquén	2000-2012	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Río Negro	2000-2004	2004-2005	2000-2010  2003-2013	2003-2013	2003-2013	2003-2013	-	
Salta	2000-2011	2004-2005	2000-2011	2000-2011	2000-2011	2000-2011	-	
San Juan	2000-2007	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
San Luis	2000-2004  2012-2014	2004-2005  2012-2014	2000-2010  2012-2014	2012-2014	2012-2014	2012-2014	-	
Santa Cruz	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Santa Fe	2000-2009	2004-2005	2000-2010  2000-2009	2005-2009	2005-2009	2005-2009	2005-2009	
Santiago del Estero	2000-2004	2004-2005	2000-2010	-	-	-	-	
Tucumán	2000-2004	2004-2005	2000-2010  2004-2011	-	-	-	-	
Tierra del Fuego	2000-2004, 2012	2004-2005	2000-2010  2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	-	

■ Por jurisdicción ■ Por departamento ■ Por región sanitaria ■ Por área programática ■ Por hospital

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Sistema Estadístico de Salud (SES), Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 5. Disponibilidad de datos para calcular indicadores seleccionados de disponibilidad para monitoreo de servicios de salud, por jurisdicción y años. Argentina, 2000-2015.

JURISDICCIONES	INDICADORES DE DISPONIBILIDAD				
	Cantidad de establecimientos de salud	Razón de camas hospitalarias	Razón de médicos	Razón de enfermeros	Razón de odontólogos
CABA	2000, 2008-2012 2015	2000, 2003-2013, 2015	2001	2001	-
Buenos Aires	2000 2015	2000, 2008-2012, 2015	2001	2001	-
Catamarca	2000, 2007-2013 2015	2000, 2015	2001	2001	-
Córdoba	2000, 2003-2012 2015	2000, 2015 2007-2013	2001	2001	-
Corrientes	2000 2015	2000-2012 2000-2012 2001-2010	2001, 2006-2009	2001, 2006-2009	2006-2009
Chaco	2000 2005-2013 2015	2000, 2015	2001	2001	-
Chubut	2000 2010 2015	2000-2013 2015	2001	2001	-
Entre Ríos	2000 2015	2000, 2015 2010	2001	2001	-
Formosa	2000, 2012 2015	2000, 2015	2001	2001	-
Jujuy	2000 2013 2015	2000, 2015 2012	2001 2012	2001 2012	-
La Pampa	2000 2015	2000, 2015 2013 2013	2001	2001	-
La Rioja	2000 2015	2000, 2015	2001	2001	-

 Por jurisdicción   
  Por departamento   
  Por región sanitaria   
  Por localidad   
  Por hospital

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Sistema Estadístico de Salud (SES), Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 5. Continuación.

JURISDICCIONES	INDICADORES DE DISPONIBILIDAD				
	Cantidad de establecimientos de salud	Razón de camas hospitalarias	Razón de médicos	Razón de enfermeros	Razón de odontólogos
Mendoza	2000, 2011 2015	2015 2001-2013	2001	2001	-
Misiones	1995-2012 2015	2000, 2015 2009-2012	2001, 2011	2001, 2011	2001
Neuquén	2000 2003-2013 2015	2015	2000-2010	2000-2010	2000-2010
Río Negro	2000, 2011 2015	2000, 2015 2003-2013	2001 2003-2013	2001 2003-2013	2003-2013
Salta	2000, 2013 2015	2000 a 2011, 2015	2000 a 2010	2000 a 2010	2000 a 2010
San Juan	2000 2012-2014 2015	2000, 2013, 2015	2001 y 2013	2001 y 2013	2013
San Luis	2000 2015	2000, 2015 2012-2014	2001 2012-2014	2001 2012-2014	- 2012-2014
Santa Cruz	2005-2009 2015	2000, 2015	2001	2001	-
Santa Fe	2000 2015	2000, 2015 2005-2009	2001	2001	-
Santiago del Estero	2000 2015	2000, 2015	2001	2001	-
Tucumán	2000 2015	2000, 2015	2001	2001	-
Tierra del Fuego	2000 2015	2000, 2015 2010-2012	2000, 2001	2000, 2001	2000


 Por jurisdicción    Por departamento    Por región sanitaria    Por localidad    Por hospital

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Sistema Estadístico de Salud (SES), Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 6. Disponibilidad de datos para calcular indicadores seleccionados de acceso y cobertura para monitoreo de servicios de salud, por jurisdicción y años. Argentina, 2000-2015.

JURISDICCIONES	INDICADORES DE ACCESO Y COBERTURA					
	Cobertura inmunizaciones DPT3	Cobertura inmunizaciones BCG	Cobertura inmunizaciones sarampión	Tasa de atención profesional del parto	Uso de anticonceptivos en mujeres	Población cubierta por seguro de salud
CABA	2005-2013	2005-2013	2005-2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Buenos Aires	2008-2013	2008-2013	2008-2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Catamarca	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Córdoba	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Corrientes	2013	2013	2013	2000-2004	2003-2012	2005-2009
	2003	2003	2003	2003-2012		2001, 2010
Chaco	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Chubut	2005-2013	2005-2013	2005-2013	2000-2008	2005-2009	2001, 2010
Entre Ríos	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Formosa	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Jujuy	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
	2012	2012	2012	2012		
La Pampa	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
La Rioja	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Mendoza	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Misiones	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Neuquén	1992-2013	1992-2013	1992-2013	2000-2012	2005-2009	2001, 2010
Río Negro	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Salta	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
San Juan	2009-2013	2009-2013	2009-2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
San Luis	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Santa Cruz	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Santa Fe	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Santiago del Estero	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Tucumán	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010
Tierra del Fuego	2013	2013	2013	2000-2004	2005-2009	2001, 2010

[■] Por jurisdicción [■] Por departamento [■] Por región sanitaria [■] Por hospital

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Sistema Estadístico de Salud (SES), Ministerio de Salud de la Nación.

**Tabla 7. Disponibilidad de datos para calcular indicadores seleccionados de calidad para monitoreo de servicios de salud, por jurisdicción y años. Argentina 2000-2015.**

JURISDICCIONES	INDICADORES DE CALIDAD	
	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud	Motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud
CABA	2005, 2009	2005, 2009
Buenos Aires	2005, 2009	2005, 2009
Catamarca	2005, 2009	2005, 2009
Córdoba	2005, 2009	2005, 2009
Corrientes	2005, 2009	2005, 2009
Chaco	2005, 2009	2005, 2009
Chubut	2005, 2009	2005, 2009
Entre Ríos	2005, 2009	2005, 2009
Formosa	2005, 2009	2005, 2009
Jujuy	2005, 2009	2005, 2009
La Pampa	2005, 2009	2005, 2009
La Rioja	2005, 2009	2005, 2009
Mendoza	2005, 2009	2005, 2009
Misiones	2005, 2009	2005, 2009
Neuquén	2005, 2009	2005, 2009
Río Negro	2005, 2009	2005, 2009
Salta	2005, 2009	2005, 2009
San Juan	2005, 2009	2005, 2009
San Luis	2005, 2009	2005, 2009
Santa Cruz	2005, 2009	2005, 2009
Santa Fe	2005, 2009	2005, 2009
Santiago del Estero	2005, 2009	2005, 2009
Tucumán	2005, 2009	2005, 2009
Tierra del Fuego	2005, 2009	2005, 2009

Por jurisdicción

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Sistema Estadístico de Salud (SES), Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado, existe un indicador que puede calcularse para el total del país, pero no para cada provincia, que es la razón de odontólogos. Este dato está disponible para Corrientes, Jujuy, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego. Pero mientras que a nivel país, para

este indicador solo existen datos para el año 2004, a nivel provincial podemos observar su tendencia en Corrientes, Neuquén, Río Negro, Salta y San Luis.

En el caso de la tasa de infección de herida quirúrgica, una observación a ser tenida en cuenta es que si bien este indicador puede ser

Tabla 8. Características de las fuentes de datos utilizadas para calcular los indicadores seleccionados para el monitoreo de los servicios de salud. Argentina, 2000-2015.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FUENTES	FUENTES DE DATOS				
	SES	ENNys	ENFR	Censos de población	EUGSS
<b>Universo</b>	Toda la población	Muestra	Muestra	Toda la población	Muestra
<b>Periodicidad</b>	Continuo	Edición única (2004-2005)	2005, 2009	Cada 10 años	2003, 2005, 2010
<b>Cobertura</b>	Todo el territorio	Localidades de 5.000 y más habitantes	-	Todo el territorio	-
<b>Desagregaciones admitidas</b>					
<b>Geográfica</b>	X	X	X	X	X
<b>Causas</b>	X	-	-	-	X
<b>Edad</b>	X	X	X	X	X
<b>Sexo</b>	X	X	X	X	X
<b>Dependencia administrativa</b>	X	-	-	-	X
<b>Diagnóstico</b>	X	-	-	-	-
<b>Nivel Educativo</b>	-	X	X	X	X
<b>Nivel de ingreso</b>	-	X	-	-	X

Fuentes: Elaboración propia con base en datos oficiales. SES = Sistema de Estadísticas de Salud (Argentina); ENNys = Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Argentina); ENFR = Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Argentina); EUGSS = Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (Argentina).

calculado para todas las provincias y a través del tiempo, debemos mencionar que esta información no ha sido publicada ni es accesible para toda la población, sino con acceso restringido para los profesionales de la salud, los hospitales adheridos al Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) de Argentina, las autoridades nacionales y jurisdiccionales y al personal del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”.

A pesar de este obstáculo, es importante destacar la importancia que reviste la conformación de redes de investigación impulsadas

por sociedades civiles, en coordinación con los Ministerios de Salud y otras instituciones del sistema, en torno a los sistemas de información en salud, a fin de fortalecer el liderazgo en la producción y uso de la información<sup>(6)</sup>.

Teniendo en cuenta la capacidad de desagregación de los territorios provinciales en departamentos, localidades, áreas sanitarias o programáticas, u hospitales, son pocas las provincias que ofrecen este tipo de disponibilidad siendo, en su mayoría, datos para años más recientes, y sin homogeneidad en cuanto a este nivel de desagregación. En

efecto, solo encontramos cinco provincias que poseen información desagregada geográficamente desde casi principios de siglo: Corrientes, Chubut, Mendoza, Neuquén y Santa Fe. Otras tres provincias (Córdoba, San Luis y Tierra del Fuego) poseen esa desagregación para los últimos 4 ó 5 años del período estudiado. En el caso de la provincia de Jujuy, posee información desagregada solo para el año 2012.

A su vez, gran parte de los indicadores, sobre todo los de calidad y algunos de los de acceso y cobertura, dependen de encuestas y censos realizados no siempre con la misma periodicidad. Esta situación se agrava al considerar que el SES no publica ni brinda acceso público a la desagregación de muchos de sus indicadores.

Más allá de lo expuesto, puede observarse en los datos provinciales la misma tendencia que se da a nivel de país, esto es, un aumento en la disponibilidad de los datos para los últimos años.

Siguiendo con los objetivos planteados al principio de este artículo, y habiendo sido ya mencionado el tema de la desagregación geográfica y temporal, resta evaluar otras variables de desagregación de los datos, así como las características de publicación de los mismos. Esto se realiza en la Tabla 8, donde se exhiben algunas características de las fuentes de datos utilizadas.

Es necesario aclarar que, en el caso del SES, la desagregación que se muestra no está disponible para los datos de cobertura de inmunizaciones y la tasa de atención prenatal, así como tampoco para indicadores que, por su naturaleza, no permiten ciertas desagregaciones como, por ejemplo, la cantidad de establecimientos de salud por 1.000 habitantes o la razón de médicos por habitante (que no admiten desagregaciones por sexo o edad). Sin embargo, es una de las pocas fuentes de datos capaces de recolectar registros sobre mortalidad y morbilidad.

Con respecto a las otras fuentes, se trata de encuestas específicas a población (excepto los censos), que no cuentan con una periodicidad definida (como en el caso de la ENNyS) y sus datos se corresponden a una muestra

poblacional, por lo que existen limitaciones en su generalización a todo el territorio.

Finalmente, los censos constituyen una fuente inmejorable en cuanto a representatividad poblacional y desagregación de todos sus datos. Sin embargo, la cantidad de información que puede obtenerse en materia de salud es ínfima, y presentan una periodicidad decenal, cuestión que impide la toma de decisiones de corto plazo y la evaluación de los respectivos resultados. Resulta prudente mencionar que todas estas fuentes son accesibles a la población en general.

## DISCUSIÓN

El fortalecimiento de los sistemas de salud constituye una de las cuatro orientaciones estratégicas de las OMS, expuestas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* y reafirmada en el informe de 2003. Este último documento afirma, además, que la insuficiencia de la información sanitaria es uno de los grandes retos afrontados por los sistemas de salud para promover la equidad<sup>(6)</sup>.

A los fines de suplir la falta de información en salud, y ante la necesidad de coordinar y alinear asociaciones para el desarrollo de los sistemas de salud, la OMS lanzó en 2005 las Health Metrics Network (HMN). Estas redes en métricas de salud proponían el establecimiento de indicadores en el sistema de información en salud que brinden información oportuna para dar seguimiento a los avances y establecer cambios en los servicios y políticas de salud<sup>(8)</sup>:

...cada país necesitará un paquete mínimo de indicadores de salud que serán útiles en la planificación, monitoreo y evaluación. A pesar de que los indicadores son necesarios para monitorear las prioridades nacionales, estos también deben cumplir con los estándares internacionales. Los indicadores nacionales deben estar vinculados y armonizados con los indicadores de las iniciativas internacionales y globales, tales como los Objetivos

de Desarrollo del Milenio. [Traducción del original: *All countries therefore need a nationally defined minimum set of health indicators used regularly in national programme planning, monitoring and evaluation. Although health indicators are needed to monitor local and national priorities, indicator definitions must also meet international technical standards. Moreover, national indicators should be consistently linked and harmonized with key indicators in major international and global initiatives, such as the MDGs]*]

Entre estos indicadores de salud se incluyen aquellos relacionados con los servicios de salud, que son el objetivo de esta investigación. Se supone que los mecanismos estatales e institucionales deben garantizar el acceso a los servicios de salud y la prestación y financiación de esta, sobre todo ante las situaciones de crisis económicas y/o políticas. Entonces, la disponibilidad de información periódica y desagregada referida a los servicios de salud de un territorio o población constituye una necesidad para su gerenciamiento y la distribución de los recursos financieros para tal fin; además, determina oportunidades de mejoras de estos servicios.

En muchos casos, esta información es generada a través de diferentes sistemas y fuentes de información que no son accesibles de manera tal que puedan ser fácilmente recolectadas y comparadas<sup>(6)</sup>.

En Argentina, no hay trabajos anteriores que indaguen sobre el monitoreo de indicadores de servicios de salud, aunque sí existen otras experiencias de evaluación que pueden ser utilizadas como antecedentes del tema, por ejemplo la llevada a cabo por Camilo Marracino *et al.*, en el año 2000, que analiza exclusivamente los indicadores para un monitoreo de planes de cobertura<sup>(9)</sup>. Más recientemente, Eleonora Rojas Cabrera<sup>(2)</sup> investiga las posibilidades del sistema de información oficial en Argentina para el monitoreo del ejercicio del derecho a la salud en la primera infancia, desde la perspectiva del acceso a las prestaciones y servicios comprometidos por el Estado en el ámbito internacional. Este último trabajo se postula como antecedente

directo de la actual investigación, pues evalúa la capacidad del sistema estadístico oficial argentino de obtención de indicadores de salud, en el marco de los derechos humanos.

En Latinoamérica, existen diversas experiencias, como el estudio llevado a cabo en México por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2012, en el que presenta una propuesta de indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud, con base en fuentes de datos públicas, para el seguimiento y evaluación del Sistema de Protección Social en Salud<sup>(10)</sup>. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile también ha realizado, en los últimos años, un esfuerzo sistemático para clarificar las transferencias a los servicios de salud, considerando que es fundamental analizar los indicadores de gestión que permitan un uso más eficiente de los recursos asignados a estos servicios<sup>(11)</sup>.

Con base en la escasa bibliografía sobre la temática, surge el interrogante de si en Argentina se está poniendo poco énfasis en la recolección de datos sobre indicadores de acceso y uso a los servicios de salud en comparación con otros indicadores, como los que evalúan el estado de salud de la población (mortalidad infantil, esperanza de vida, y otros). Una hipótesis que se plantea es que esta falencia en la adquisición de datos podría deberse a que se priorizan los cambios en los indicadores del estado de salud de la población para estimar, indirectamente, la mejora en el sistema de salud. Los cambios en tales indicadores se deben a la aplicación efectiva de programas específicos de salud, que no generan en realidad reformas concretas en el sistema de salud. Si tal fuera el caso, evidenciaría un desinterés por el mejoramiento de los sistemas de salud, tanto en su organización como en su financiamiento.

En consecuencia, a los fines de afrontar los continuos retos en salud pública y, a su vez, adoptar medidas que permitan mejorar significativamente los resultados de las intervenciones que se realizan, los países deben determinar cuáles son las lagunas de información de las que adolecen y abordarlas, tanto en los sectores públicos como privados<sup>(12)</sup>.

## CONCLUSIONES

Según el análisis realizado, la información disponible a nivel oficial en el país no permite calcular la totalidad de indicadores, lo que evidencia la necesidad de incorporar nuevas fuentes, o bien adaptar las existentes. En algunos casos, los indicadores solo pueden ser construidos para un momento en el tiempo, lo que impide el monitoreo de avances, la detección de desafíos y desafíos y, simultáneamente, la evaluación de resultados de programas dirigidos a ese ámbito. Por otro lado, la falta de información desagregada dificulta

indagar la situación de determinados grupos poblacionales, en lo concerniente a acceso a los servicios de salud.

Adicionalmente, casi toda la información acerca de los sistemas de salud se refiere solamente a la prestación de servicios o a la inversión en la atención sanitaria, los cuales generan gran parte del empleo y del gasto en salud. De acuerdo a la OMS, existen actividades que deberían incluirse en un concepto más amplio de lo que es un sistema de salud, las que tendrían que cuantificarse y evaluarse a fin de analizar la forma en que impactan sobre la salud de las personas<sup>(13)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodriguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia [Tesis de Maestría]. Barcelona: Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada, Departament d'Economia Aplicada, Universitat Autònoma de Barcelona; 2010.
2. Rojas Cabrera E. Posibilidades de monitoreo del derecho a la salud en los primeros años de vida en Argentina: Una lectura a partir del acceso a las prestaciones y servicios comprometidos. En: Martínez Pizarro J, Rojas Cabrera E, Santillán Pizarro M, (ed.). El Consenso de Montevideo y la agenda de investigación sobre población y desarrollo: algunos temas seleccionados. Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población (ALAP); 2016. p. 25-44.
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra: OMS; 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
6. González Pons S. Sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud: Informe final de consultoría presentado a Fundación Plenitud, dentro del proyecto Observatorio de la Salud. Santo Domingo: Fundación Penitud; 2011.
7. Santillán Pizarro M, Ribotta B, Acosta L. Las posibilidades de las fuentes de información sociodemográficas para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, 1999-2013. En: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Notas de Población N° 102, (LC/G.2673-P). Santiago: CEPAL; 2016. p 95-122.
8. Organización Mundial de la Salud, Health metrics network. Assessing the National Health information system: an assessment tool. Geneva: WHO; 2008.
9. Marracino C, Vera Figueroa M, Abadie JP. Indicadores de resultados para monitoreo de programas de coberturas [Internet]. 2001 [citado 10 may 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/lbvq6uz>.

10. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México DF: CONEVAL; 2014.
11. Huerta R, Paúl I, Leyton C. Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público. Revista de Salud Pública. 2012;14(2):248-259.
12. Organización Panamericana de la Salud. Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento. Washington DC: OPS; 2007.
13. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud: Una plataforma dirigida por los países para la información y la rendición de cuentas. Ginebra: OMS; 2012.

**FORMA DE CITAR**

Peranovich AC. Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina. 2017;13(1):73-90. doi: 10.18294/sc.2017.991.

Recibido: 20 de mayo de 2016 | Versión final: 27 de enero de 2017 | Aprobado: 2 de marzo de 2017



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.991>