

Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales.

Matías Ballesteros.

Cita:

Matías Ballesteros (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.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/625>

X Jornadas de sociología de la UBA.

20 años de pensar y repensar la sociología. Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI. 1 a 6 de Julio de 2013 .

Mesa 65: Discursos y prácticas sociales de cuidado de la salud: enfoques teóricos y aportes empíricos

Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales

Matías Salvador Ballesteros

CONICET-IIGG- Carrera de Sociología/FSOC/UBA

RESUMEN

Las diferentes posibilidades de acceso y los distintos patrones de utilización de los servicios de salud son una de las formas en que se expresan las desigualdades en los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención/ Cuidado de los distintos grupos sociales. El estudio de las barreras a estos servicios es particularmente relevante en Argentina, donde existe un sistema de salud segmentado (en el que conviven distintos sistemas de aseguramiento), fragmentado (sin articulación entre los distintos subsistema e incluso al interior de ellos) superpuesto, heterogéneo y con desigual calidad en la atención.

En el presente trabajo analizaremos los resultados de dos encuestas nacionales que indagaron sobre las barreras en el acceso a los servicios de salud: la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2009 por el Ministerio de Salud la Nación y la Encuesta de la Deuda Social Argentina realizada en el 2010 por la Universidad Católica Argentina. Dado que las dos encuestas indagaron de forma muy distinta sobre las barreras en el acceso a los servicios de salud, reflexionaremos sobre las implicancias que tienen ambas formas de conceptualizar y operacionalizar esta problemática y cómo afectan a los resultados

Palabras claves: Sistema de salud, Acceso a servicios de salud, barreras en el acceso, desigualdad social

Introducción

Las diferentes posibilidades de acceso y los distintos patrones de utilización de los servicios de salud es una de las formas en se expresa la desigualdad ante los procesos de salud enfermedad atención/cuidado (PSEA/C). Entendemos que los distintos anclajes estructurales de los sujetos (como la clase, el género, la etnia) son los principales factores que la explican, generando posibilidades materiales diferenciales de acceso a los servicios de salud, a la vez que condicionan su utilización influyendo en las percepciones de los PSEA/C (Checa, 2000; ALAMES, 2008, Breilh, 2009). A su vez, las redes y los círculos sociales, así como las circunstancias biográficas y contextuales, son elementos que también inciden en los comportamientos vinculados con los cuidados de la salud (Freidin y Timmermans, 2008, Pescosolido, 1991).

El estudio de las inequidades en el acceso a los servicios de salud es particularmente pertinente en Argentina, donde existe un sistema de salud segmentado, es decir, no existe un fondo único de recursos que permita ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. El sistema de financiamiento y atención de la salud se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial y municipal) y por tipo de cobertura (público, obras sociales y prepagas) (Maceira, 2009: 2). Todos los ciudadanos tienen derecho a una cobertura básica brindada por el subsistema público, principalmente a cargo de las provincias y los municipios. Dado que el proceso de descentralización de los servicios de salud no siempre fue acompañado con las contrapartidas presupuestarias (Repetto et al, 2001), los servicios brindados pasaron a depender en gran medida de los recursos y capacidades jurisdiccionales (Centrángolo et al, 2011: 34), produciendo un fuerte deterioro en mucho de ellos (a nivel de infraestructura y de recursos humanos) (Adazco, 2011:145). Esto genera que los servicios ofrecidos por este sector varíen notablemente según el lugar de residencia (Centrángolo et al, 2011: 23). Por su parte, en el subsistema de obras sociales también existe una gran heterogeneidad en la calidad de servicios ofrecidos, al punto que la deficiencia en algunas de ellas genera que una parte de sus beneficiarios utilicen el subsistema público (Belmartino, 2005). Como resultado de todo lo anterior, encontramos una oferta de servicios con calidades de atención muy heterogénea, a la vez que las posibilidades de acceso a servicios de calidad (de recursos, prestaciones, complejidad, etc.) se encuentran relacionadas con los recursos (Maceira, 2009: 3, Adazco, 2011:145) y el lugar de residencia (Centrángolo et al, 2011: 23) de los usuarios.

En Argentina el estudio de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud debe hacerse únicamente a partir de encuestas poblacionales, ya que no existe un registro permanente sobre la utilización de los servicios de salud a nivel nacional (MNS, 2004). En el presente trabajo analizaremos los resultados la sección de acceso a la atención médica de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en año 2009 por el Ministerio de Salud la Nación. Nos proponemos reflexionar sobre lo que están captando los indicadores utilizados y los sentidos que tiene las distintas formas de analizarlos. Específicamente vamos a problematizar el indicador de barreras en el acceso a los servicios de salud publicado entre los resultados de la encuesta. Para ello también incorporaremos datos provenientes de la Encuesta de la Deuda Social

Argentina del 2010, realizada por la Universidad Católica Argentina. También propondremos una forma alternativa de trabajar el indicador con los datos de la encuesta, y analizaremos la forma en que el ingreso per cápita del hogar y la cobertura de salud están vinculados con ambas formas de construir el indicador barreras en el acceso a los servicios de salud.

Acceso, utilización y barreras a los servicios de salud: vinculando y especificando conceptos

El acceso a los servicios de salud es una temática que ha sido abordada en una gran cantidad de estudios en diversos países. Siguiendo a Travassos y Martins (2004: 191), existen distintas formas de conceptualizar y operacionalizar el concepto acceso, pero en muchas ocasiones el término es utilizado en forma imprecisa y no siempre es clara la definición que se emplea ni cuál es su vínculo con la utilización de los servicios. Entre las distintas conceptualizaciones posibles, algunos autores lo emplean para indicar accesibilidad, como atributo del servicio que es accesible a la población, otros como lo utilizan como sustantivo de acceso, en tanto el acto de ingreso, mientras que otros autores consideran ambas perspectivas a la vez (Travassos y Martins, 2004: 191). También hay diferencias en el enfoque que se le da al concepto. Mientras algunos se centran en las características de la población, otros se centran en las características de la oferta y otros combinan ambas perspectivas (Aday y Andersen, 1974: 604; Travassos y Martins, 2004: 191).

Una de las propuestas conceptuales más utilizadas ha sido la de Donabedian (1988), quien analiza el acceso como un atributo de la oferta de servicios, pero no simplemente como la disponibilidad de estos, sino en tanto la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población (Donabedian, 1988: 477). Si bien es una característica de los servicios, con aspectos que facilitan o limitan el uso potencial, asume un significado cuando entra en relación con las necesidades y capacidades de la población (Donabedian, 1988: 497). O sea que el acceso es entendido a partir de la compatibilidad entre las necesidades de los usuarios y los servicios utilizados. El autor distingue dos dimensiones de la accesibilidad que están interrelacionadas: la socio-organizacional, en la que se incluyen todas las características de la oferta que facilitan o limitan la atención con excepción de las de carácter espacial. Por ejemplo, aquí incluye las políticas formales o informales de selección de pacientes en función de su condición social, los recursos financieros, el equipamiento y la capacitación y características del personal, entre otros (Donabedian, 1988: 497-503). La otra dimensión es la geográfica, que refiere a las “medidas de fricción del espacio”, que entre otros aspectos incluye “1) distancia lineal, 2) distancia de traslado, 3) tiempo total transcurrido y 4) costo de traslado” (Donabedian, 1988: 503-504). Una limitación que se ha marcado a esta conceptualización es que no considera como parte de la accesibilidad a las percepciones diferenciales de necesidades de los usuarios y el proceso de toma de decisiones (Travassos y Martins, 2004: 191). Si bien sí se los considera como determinantes de la utilización de los servicios, no se lo incluye como una dimensión de la accesibilidad.

Otra de las conceptualizaciones más utilizadas ha sido la de Aday y Andersen (1974), así como las posteriores revisiones y actualizaciones de la misma que

ha realizado el propio Andersen (1995), en la que sí se incorpora las percepciones diferenciales de los sujetos en ante los cuidados de la salud (Travassos y Martins, 2004). Aquí se plantea que la utilización de los servicios de salud es función de tres factores. Los factores predisponentes, que existen previamente al surgimiento del problema y predisponen la utilización de los servicios (demográficos, estructura social y creencias de salud); los factores capacitantes, que son los medios disponibles para obtener la atención de salud (tanto comunitarios como personales y familiares) y las necesidades de salud (condiciones de salud percibidas por las personas) (Aday y Andersen, 1974: 608, Andersen, 1995: 2-3). A su vez, se definen dos dimensiones del acceso: el acceso potencial (la presencia de recursos que habilitan a utilizar los servicios) y el acceso realizado (la utilización de los servicios) (Andersen, 1995: 4). El acceso potencial está determinado por los factores capacitantes, que como dijimos más arriba, son un subconjunto de los factores que determinan el acceso realizado (utilización). A partir de ello se plantea que hay equidad en el acceso a los servicios de salud cuando su utilización se explica por factores demográficos y de necesidades de salud. En cambio, hay inequidad cuando la utilización se explica por la estructura social, las creencias sobre la salud o distintos recursos habilitantes (como el ingreso). Es decir, cuando alguno de estos factores determina quién recibe el cuidado de salud (Andersen, 1995: 4). En revisiones posteriores, Andersen (1995: 5 a 7) incorpora explícitamente el sistema de salud como un determinante importante de la utilización, da cuenta de que existen múltiples influencia entre el uso del servicio de salud y el estado de salud (el sistema de salud impacta en el estado de salud de la población y este en la utilización de los servicios, a la vez que los resultados de experiencias previas impactan en futuras utilidades) e incorpora el concepto de acceso efectivo (la utilización del servicio que mejora la salud) y acceso eficiente (relación entre el nivel cambio en la salud y el volumen del servicio utilizado) (Andersen, 1995: 5 a 7).

Independientemente de la conceptualización de acceso que se adopte, la gran mayoría de estudios parten de una operacionalización básica común que es la utilización de los servicios en un período determinado (Aday y Andersen, 1974: 608, Mendoza Sassi y Beria, 2001: 44), teniendo en cuenta que esta no se explica solo por la accesibilidad, sino que también está mediada por otros factores como las necesidades de salud y factores demográficos. La utilización funciona como una validación externa del efecto que tienen las características de la población y del sistema (Aday y Andersen, 1974: 608-609). A partir de un meta análisis sobre estudios de acceso y utilización de servicios de salud, Mendoza Sassi y Beria (2001: 45-46) encontraron que la consulta con el médico durante el último año es el indicador más utilizado para medir el acceso a los servicios de salud. Entre los factores demográficos que explican parte de la utilización no vinculados con el acceso, las edades extremas (niños y adultos mayores) y las mujeres (las mayores diferencias con los hombres se encuentran en las edades reproductivas), son los predictores más importantes para el uso de los servicios de salud (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 45-46). En cuanto a las necesidades de salud (que suelen ser medidas a partir de la morbilidad referida o la autopercepción del estado de salud), están fuertemente asociados con la utilización de los servicios, y se destaca la importancia de incorporarlas de forma conjunta con los factores sociales. Esto es así ya que en

varios trabajos se ha encontrado que la asociación entre los grupos sociales y la utilización de los servicios de salud solo aparecen una vez que se controlan las necesidades de salud. Así, por ejemplo, se ve que en los grupos con más necesidades, los sectores estructuralmente más desfavorecidos utilizan menos los servicios (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 45-46).

En cuanto a los factores socioeconómicos, varios estudios sostienen que la clase social y el ingreso inciden fuertemente en las consultas, aunque según el sistema de salud los hallazgos son diversos. Dado que los sectores socialmente más desfavorecidos tienen mayores cargas de morbilidad, tienden a utilizar más los servicios en aquellos sistemas donde la accesibilidad al sistema de salud les es favorable (por ejemplo, en países donde hay un sistema universal de salud y se promueven políticas para favorecer el acceso a los sectores postergados). En cambio, en otros países en los que el sistema no corrige las desigualdades de recursos para acceder a los servicios, o incluso las aumenta, puede suceder la situación inversa. Es por ello las diferencias en la utilización de los servicios entre distintos grupos sociales puede estar mostrando el efecto del sistema de salud, ya que en aquellos que se contempla la mayor necesidad de los grupos menos favorecidos, estos tienden a usar más los servicios. En todos los casos, los sectores estructuralmente privilegiados tienden a realizar de forma más frecuente consultas de tipo preventiva. Además, el mayor nivel educativo, el mayor soporte social y poseer un seguro de salud también están asociados a la utilización (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 47-48).

Entre los factores del sistema de salud que explican la utilización, se encuentran la distancia y la existencia de los recursos (en lugares donde no hay una “razonable” red de atención y/o tienen una topografía que presenta dificultades para la accesibilidad física), la cobertura o seguro de salud y el tener un médico definido (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 50-51). También el período de espera para que den un turno, el tiempo y costo de viaje, el tiempo transcurrido en la sala de espera e interrupciones en la prestación de los servicios son indicadores tenidos en cuenta (Aday y Andersen, 1974: 611).

Por último, cabe destacar que teniendo en cuenta son múltiples los sentidos que cobra el concepto acceso, es lógico que no exista una única forma de comprender y analizar las barreras en el acceso. Si bien el término suele ser utilizado para dar cuenta de los mecanismo a partir de los cuales el sistema dificulta la utilización de los servicios (disponibilidad del servicio, tiempos de espera, distancia, costos), también se utiliza para dar cuenta atributos de los pacientes (la clase social, el ingreso, el nivel educativo, la creencias sobre salud) que implican un límite en el acceso a un servicio en un sistema de salud determinado. Además, hay otras variables como el tipo de cobertura de salud, que está vinculada tanto con el sistema (en tanto puede ser considerada una fuente de financiamiento) como con los sujetos (en tanto está fuertemente asociado con la posición en la estructura social de las personas) (Mendoza Sassi y Beria, 2001: 50).

Las barreras en el acceso a partir de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) se llevó a cabo en el año 2005 y se volvió a realizar en el 2009. La versión del 2009 se desarrolló en base a un diseño probabilístico multietápico (por conglomerado y estratificado), a través de 4 etapas. Las primeras tres (departamento, área y vivienda) corresponden al “Marco de Muestreo Nacional de Viviendas”, recortándose el universo a localidades urbanas de 5000 habitantes y más. En la cuarta etapa, se relevaron todos los hogares encontrados dentro de una vivienda y para seleccionar a la persona a entrevistar entre los integrantes del hogar, se utilizó la tabla de Kish. La encuesta permite realizar estimaciones para cada una de las 24 jurisdicciones del país (23 provincias y CABA) para personas de 18 años y más, residentes en viviendas particulares de aglomerados de al menos 5000 habitantes (Ministerio de Salud, 2011: 17-19). Cabe destacar que este tipo de muestra puede ser de mucha utilidad para analizar el sistema de salud argentino, ya que sus características varían fuertemente según las capacidades y recursos de cada provincia.

Entre otros aspectos de estilos de vida vinculados con la salud, la ENFR permite analizar la utilización de distintos servicios de salud. Específicamente tiene una sección en la que preguntó si consultó con distintos profesionales de la salud (médico, dentista, psicólogo o psiquiatra y kinesiólogo, fonodólogo o enfermero) en el último mes. Luego, entre la población que no consultó a ningún profesional de la salud, pregunta si sintió un malestar o tuvo un problema de salud. Por último, entre quienes tuvieron algún padecimiento y no consultaron a ningún profesional durante el último mes, pregunta si interrumpió sus actividades habituales por ese malestar por qué no consultó. En la imagen 1 se presenta esa sección del cuestionario.

Imagen 1. Sección del acceso a la atención médica de la ENFR 2009.

7. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (AM)

1 En los últimos 30 días, ¿consultó al...	Sí	No
1.1 ... médico (clínico o especialista)?	☐ 1	☐ 2
1.2 ... dentista?	☐ 1	☐ 2
1.3 ... psicólogo/psicoanalista/psiquiatra?	☐ 1	☐ 2
1.4 ... kinesiólogo/fonodólogo/enfermero/a?	☐ 1	☐ 2
<i>Si contestó Sí en alguna de las opciones, pase a Tabaco</i>		

2 En los últimos 30 días, ¿sintió algún malestar o tuvo algún problema de salud?
Sí ☐ 1 No ☐ 2 → <i>Pase a Tabaco</i>

3 ¿Interrumpió sus actividades habituales por ese malestar?
Sí ☐ 1 No ☐ 2

4 ¿Por qué no consultó?
No tenía tiempo ☐ 1
No tenía dinero ☐ 2
No le pareció importante ☐ 3
Pidió turno y todavía no lo atendieron ☐ 4
Otra razón (especificar) ☐ 5
.....

Fuente: Ministerio de Salud, 2011: 239.

A partir de las preguntas sobre la consulta con un profesional de la salud durante los últimos 30 días (1.1, 1.2, 1.3 y 1.4), se puede analizar el acceso a los servicios de salud. Dado que la encuesta también indaga sobre la autopercepción de salud (que puede ser considerada como un indicador de necesidades de salud), las características demográficas (como sexo y edad) y

socioeconómicas (como ingreso, nivel educativo, tipo de cobertura de salud), nos permite relacionar qué parte de la utilización es explicada por desigualdades en el acceso. Es decir, la utilización que se puede explicar a partir de factores socioeconómicos, una vez controlados los demográficos y las necesidades de salud, estaría denotando la presencia de inequidades en el acceso. No es el objetivo de esta ponencia profundizar en este análisis, sin embargo cabe destacar que en un estudio anterior hemos visto que, controlado por género, edad y autopercepción de salud, la clase social y la cobertura de salud explican parte de la utilización de los servicios (Ballesteros, 2012). Es decir que están mostrando que existe una inequidad en la utilización y por lo tanto es un indicador de desigualdad en el acceso.

En cambio, en esta ponencia nos interesa centrarnos en el indicador barreras en el acceso a los servicios de salud que en la publicación del Ministerio de Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2011) se construyó a partir de la pregunta 4 (¿por qué no consultó?). Se consideró que una persona no consultó por problemas en el acceso a quienes respondieron las opciones 2 (no tenía dinero), 4 (pidió turno y no lo atendieron) o dentro de la opción 5 (otra razón) dijeron “tiempo de espera, conflictos gremiales, distancia, falta de profesionales y/o turnos, y problemas con la cobertura” (Ministerio de Salud, 2011: 26). No tener tiempo o que no le parezca importante no fueron consideradas como barreras al acceso. A partir de ello se plantea que el 22,7% de las “las personas que tuvieron un malestar o problemas de salud no consultaron por problemas de acceso (...)sin observarse diferencias jurisdiccionales”. Además, el resultado es muy similar al que arrojó la encuesta del 2005 (23,5%).

Entendemos que la variable barreras en el acceso está identificando a una situación específica y de extrema problemática de acceso: quien en el transcurso de los últimos 30 días no consultó con ningún profesional de la salud, sintió un malestar y el motivo de la no consulta está entre algunas opciones que se consideraron barreras. En este sentido, cabe preguntarse por qué otras situaciones que den cuenta de barreras en el acceso a los servicios de salud que no están siendo consideradas. Para comenzar, cabe destacar que la variable no está considerando a la población que consultó con un profesional de la salud (médico, por ejemplo), pero necesitó consultar con otro profesional (dentista, por ejemplo) y no pudo hacerlo. En este sentido, en un trabajo anterior hemos visto cómo en el sistema de salud argentino es mucho mayor la desigualdad en el acceso con algunos profesionales de la salud (psicólogo y dentista), que con otros (médico) (Ballesteros, 2012). Además, tampoco se está considerando a la población que quiso consultar con un profesional de la salud por un motivo preventivo. Es decir, que no tuvo un malestar específico pero que quiso consultar con un profesional. Por último, cabe destacar que se si considera solo este indicador y no se trabajan los patrones diferenciales de utilización, no se están considerando las distintas percepciones del proceso de salud enfermedad atención, sino que se centra en la población que ya identificó la necesidad de utilizar los servicios.

Por otro lado, cabe preguntarse si la falta del tiempo para consultar a un profesional es una barrera en el acceso o no. Solo es posible suponer que no es una barrera si se considera que es un problema individual de la persona y no tiene relación con el sistema de salud ni con la estructura social. Sin embargo, hay varios elementos para cuestionar esta afirmación. Por un lado,

la consideración sobre si se tiene tiempo o no para consultar con un profesional de la salud está fuertemente vinculado con las experiencias anteriores que se han tenido con dichos servicios¹. En este sentido, los resultados de la Encuesta de la Deuda Social Argentina 2010 son contundentes: el tiempo de espera en la consulta al médico está significativamente asociado con el subsistema en el que la persona se atiende, el estrato social y el tipo de trazado urbano en el que se vive. Por ejemplo, el 57,6% del estrato social muy bajo debió esperar más de una hora la última vez que consultó con un médico, frente al 25,9% del estrato medio alto (Musante, 2011: 173). Por otro lado, aún si los tiempos de espera ante las consultas no estuvieran estratificados socialmente, las disponibilidad de tiempo para cuidar la propia salud también es diferente entre los distintos sectores sociales. En ambos sentidos, la no posibilidad de consulta por falta de tiempo estaría asociado con una inequidad en el acceso al sistema. Pero aún si no existiera diferencias entre los distintos sectores sociales en los tiempos de espera y en la disponibilidad de tiempos para cuidar la salud, que haya población con necesidad de consultar y que no lo pueda hacer por falta de tiempo, está reflejando que hay una inadecuación entre las características del sistema y las posibilidades de la población.

Otra cuestión importante a considerar es cómo se deben interpretar los resultados y sobre qué universo trabajarlos. Si solo nos centramos en el subuniverso de población que no consultó y tuvo problemas de salud, estamos desestimando el efecto de la utilización diferencial de los servicios (indicador más utilizado para analizar el acceso a los servicios de salud), así como las necesidades diferenciales de salud entre distintos grupos sociales. Ya dijimos más arriba que existe una mayor utilización entre los sectores socialmente más favorecidos, que además tienen menos problemas de salud. O sea que si hay grupos sociales que sistemáticamente utilizan más los servicios y tienen menos padecimientos, al recortar el universo de análisis a la población que no consultó y tuvo algún malestar en el último mes, podemos estar subestimando el efecto de este indicador convencionalmente utilizado para ver la desigualdades en el acceso.

Para clarificar este punto, y también para ver la forma diferencial en que las barreras en el acceso (entendidas aquí como mecanismos del sistema de salud que dificultan la utilización de los servicios) inciden en distintos grupos sociales presentamos los cuadros 1, 2, 3 y 4. En los Cuadros 1 y 3 nos centramos en el subuniverso de población que no consultó en el último mes y tuvo algún problema de salud, respetando la construcción de la variable propuesta en la publicación de los resultados de la encuesta. En los cuadros 2 y 4, ampliamos el análisis a toda la población, e incorporamos como categorías “consultó” que representa a la población que consultó en el último mes y la categoría “no consultó y no tuvo problema de salud”.

En los cuadros 1 y 2 vemos el impacto del tipo de cobertura de salud en el acceso. En el Cuadro 1, se ve que la falta de dinero afecta principalmente a la población que solo tiene cobertura pública (20,5%), casi el doble de lo que la

¹ Mendoza Sassi y Beria (2001:55) sostienen que entre la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario existe una relación de causalidad reversa, ya que la utilización “generaría una respuesta de satisfacción y, (...) la satisfacción pasada determinaría la utilización presente o futura”.

afecta a la población con obra social (11,2%) y el triple que a la población con prepaga (7,3%). En cambio, tiene un peso similar en las personas con distintas coberturas no consultar por falta de tiempo y haber pedido turno y no haber sido atendido. Ahora bien, cuando en el Cuadro 2 incorporamos a toda la población, incluyendo a quienes consultaron y a quienes no lo hicieron porque no tuvieron un problema de salud, vemos que la no consulta por falta de tiempo tiene más peso entre la población que solo cuenta con cobertura pública (3,5%), casi duplicando el que tiene en la población que tiene obra social (2,0%) y prepaga (1,7%). Además, vemos que no consultar por falta de dinero pasa a afectar más de tres veces más a la población que tiene sólo cobertura pública (3,4%) con relación a la población que tiene obra social (1%) y 5 veces más que a la población con medicina prepaga (0,6%). Por último, es interesante ver lo que sucede con los que tuvieron un malestar y no consultaron porque no les pareció importante. En el Cuadro 1, esa categoría tenía más peso entre quienes tienen prepaga (48,8%) y obra social (44,1%), que entre quienes solo tienen cobertura pública (37,4%). Sin embargo cuando consideramos a toda la población en el Cuadro 2, pasa a tener más peso en la población con cobertura pública (5,7%) que entre quienes tienen Obra Social o Prepaga (3,9%). Esto se explica porque es mayor la proporción de personas que consultaron en el último mes entre quienes tienen cobertura de medicina prepaga (58%) u obra social (57%), que entre quienes solo tiene la cobertura de salud pública (39,1%).

Cabe aclarar que no incluimos en la lectura anterior a la categoría “otra cobertura” que agrupa a la población que no tiene obra social ni prepaga, pero sí cuenta con un plan de salud público o servicios de emergencia, dado que tiene un peso marginal en la población (2,3%). Sin embargo, cabe destacar que tanto en la utilización como en los motivos de no acceso se encuentra entre medio de quienes tienen obra social o prepaga y de quienes solo tienen la cobertura del subsistema público.

Cuadro 1. Motivo de la no consulta con algún profesional de la salud en los últimos treinta días entre la población con malestar de salud por tipo de cobertura de salud. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas. Argentina, 2009.

		Tipo de cobertura de salud				Total
		Prepaga	Obra social	Otra	Solo pública	
Motivo de no consulta	No tenía dinero	7,3%	11,2%	15,2%	20,5%	15,0%
	Pidió turno y todavía no lo atendieron	4,5%	5,6%	5,1%	4,2%	4,9%
	No tenía tiempo	20,9%	22,5%	27,3%	22,9%	22,7%
	No le pareció importante	48,8%	44,1%	41,4%	37,4%	41,5%
	Otra razón	18,5%	16,6%	11,1%	15,0%	15,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		(287)	(1775)	(99)	(1582)	(3743)

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Cuadro 2. Consulta y motivos de no con un profesional de salud en los últimos 30 días por cobertura de salud. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas. Argentina, 2009.

		Cobertura de salud				Total
		Prepaga	Obra social	Otra	Solo pública	
Consulta y motivos de no con un profesional de salud en los últimos 30 días	Consultó.	58,0%	57,0%	50,9%	39,1%	51,6%
	No consultó y no sintió malestar	33,9%	34,2%	36,8%	45,5%	37,6%
	No tenía dinero	,6%	1,0%	1,9%	3,2%	1,6%
	Pidió turno y todavía no lo atendieron	,4%	,5%	,6%	,7%	,5%
	No tenía tiempo	1,7%	2,0%	3,3%	3,5%	2,4%
	No le pareció importante	3,9%	3,9%	5,1%	5,7%	4,5%
	Otra razón	1,5%	1,5%	1,4%	2,3%	1,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		(3571)	(20053)	(807)	(10301)	(34732)

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Algo similar ocurre cuando vemos cómo impacta la variable ingreso per cápita del hogar. En el cuadro 3 vemos que la no consulta por falta de dinero es más de 5 veces más importante entre las personas pertenecientes a hogares del primer quintil (22,8%) que a las personas pertenecientes a hogares del 5to quintil (5,0%). En la no atención por falta tiempo encontramos una leve diferencia entre los grupos extremos (23,8% frente al 18,3%), sin embargo la población que se encuentra en el quintil del hogar de ingreso medio es la que menos ha consultado por falta de tiempo (26,6%). En cambio, en el cuadro 4, al considerar a toda la población, vemos que la no consulta por falta de tiempo es menos importante a medida que aumenta el quintil de ingreso, siendo tres veces más importante en el primer quintil (3,6%), que en el quinto quintil (1,2%). Además, la no consulta por falta de dinero pasa a ser 11 veces más importante en el primer quintil (3,5%) que en el quinto quintil (0,3%). Nuevamente, el motivo que explica las diferencias en el peso de estas categorías en ambos cuadros es el porcentaje de población que en el último mes consultó con un profesional de la salud. A medida que aumenta el quintil de ingreso, aumenta el porcentaje de población que consultó con un profesional de la salud en el último mes (en los extremos, el primer quintil consultó en un 44,2% frente a un 59,1% del quinto quintil).

Cuadro 3. Motivo de la no consulta con algún profesional de la salud en los últimos treinta días entre la población con malestar de salud, por quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas. Argentina, 2009.

		Quintiles de ingreso per cápita del hogar					Total
		1ero	2do	3ero	4to	5to	
Motivo de no consulta	No tenía dinero	22,8%	17,2%	10,1%	12,0%	5,0%	15,4%
	Pidió turno y todavía no lo atendieron	4,6%	5,5%	4,8%	5,4%	4,4%	4,9%
	No tenía tiempo	23,8%	22,4%	26,6%	19,8%	18,2%	22,6%
	No le pareció importante	35,2%	38,2%	46,1%	42,7%	55,1%	41,5%
	Otra razón	13,6%	16,7%	12,3%	20,2%	17,3%	15,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		(10819)	(780)	(583)	(485)	(457)	(3386)

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Cuadro 4. Consulta y motivos de no con un profesional de salud en los últimos 30 días por quintil de ingreso per cápita del hogar. Población de 18 años y más residente en zonas urbanas. Argentina, 2009.

		Quintiles de ingreso per cápita del hogar					Total
		1ero	2do	3ero	4to	5to	
Consulta con profesionales de la salud en los últimos 30 días	Consultó	44,2%	47,1%	51,9%	55,8%	59,7%	51,7%
	No consultó y no sintió malestar	40,7%	39,4%	36,9%	35,3%	33,8%	37,3%
	No consultó porque no tenía dinero	3,5%	2,3%	1,1%	1,1%	,3%	1,7%
	No consultó porque pidió turno y todavía no lo atendieron	,7%	,7%	,5%	,5%	,3%	,5%
	No consultó porque no tenía tiempo	3,6%	3,0%	3,0%	1,8%	1,2%	2,5%
	No consultó porque no le pareció importante	5,3%	5,1%	5,2%	3,8%	3,6%	4,6%
	No consultó por otra razón	2,1%	2,2%	1,4%	1,8%	1,1%	1,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		(7132)	(5805)	(5204)	(5421)	(7041)	(30603)

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

Como resumen de esta sección es interesante destacar tres cuestiones. En primer lugar, hemos visto que el acceso a los servicios de salud está asociado con el tipo de cobertura y el ingreso. En segundo lugar, que si se analizan las “barreras en el acceso” (entendidas aquí como mecanismos del sistema mediante los cuales se dificulta el acceso) sin tener en cuenta la utilización de los servicios y las necesidades diferenciales de salud, se están licuando las desigualdades en el acceso. Esto es así ya que los sectores estructuralmente favorecidos tienden a tener menos necesidades de salud y a utilizar más la mayoría de los servicios. Como vimos anteriormente, el indicador que se

obtiene de esa forma puede estar ocultando el impacto diferencial que tiene en distintos grupos sociales los motivos de la no consulta. En tercer lugar, que la no consulta por falta de tiempo afecte más a los sectores sin cobertura de salud y de menores ingresos, está dando cuenta de que es un factor de inequidad en el acceso a los servicios y que debe ser considerado como una barrera en el acceso.

Las barreras en el acceso y su vínculo con la utilización

Como hemos dicho anteriormente, es interesante que la ENFR no solo permita analizar las desigualdades en el acceso a partir de la utilización, sino que también indague sobre los mecanismos mediante los cuales el sistema dificulta la utilización de los servicios. Sin embargo, en la sección anterior también vimos algunas limitaciones que consideramos importantes tener en cuenta al momento de realizar un análisis de los resultados que arrojan los datos. Mientras que la consideración de la falta de tiempo como una barrera es algo que se puede corregir mediante un agrupamiento distinto de los datos, la fuente no permite reconstruir las dificultades en el acceso que pudo tener la población que consultó con un profesional o los que no consultaron y no tuvieron ningún problema de salud. De esta forma, como vimos anteriormente, solo se están captando los casos extremos de dificultades en el acceso: se recorta el universo entre quienes en el último mes no consultaron con ningún profesional de la salud y tuvieron algún malestar. Sin embargo, dado hay mayores desigualdades en el acceso a la consulta con algunos profesionales (como el dentista y psicólogo) que con otros (como el médico) (Ballesteros, 2012), es posible que algunas personas hayan consultado con un profesional, pero que también hayan necesitado consultar a uno distinto y no lo hayan podido hacer. También es posible que hayan podido realizar una consulta, pero que hayan necesitado realizar alguna otra más y tampoco hayan podido hacerla. Por último, es posible que no hayan consultado y no tuvieran malestar, pero que sintieron la necesidad de consultar con un profesional de la salud por motivos preventivos y no hayan podido hacerlo. En este sentido, entendemos una opción interesante sería que la consulta sobre las barreras en el acceso se le pueda realizar a todos los encuestados.

Sin embargo, cabe preguntarse si la consulta con un profesional no es ya un indicador suficiente para considerar que no hay barreras en el acceso para realizar otras consultas. En este sentido, es interesante ver lo que sucede con dos preguntas que se realizan en la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) 2010 realizada por la Universidad Católica Argentina². En una sección que indaga sobre dificultades económicas del hogar se pregunta si “¿Por problemas económicos, en los últimos 12 meses, Ud. o su familia no pudieron alguna vez ir a algún médico o dentista?”. Dado que esta pregunta se le realizó a todos los entrevistados, sirve como un indicador de las barreras financieras para el acceso a esos dos profesionales de la salud. Evidentemente los

² La misma se realizó en base a un diseño muestral polietápico representativo de los hogares urbanos de aglomerados medianos y grandes del país (Quartulli et al, 2011: 273).

resultados no son comparables con los de la ENFR ya que el período de tiempo (el último año y no el último mes) y la unidad sobre la que consulta (todos los miembros del hogar y no solo el encuestado) es distinta. Sin embargo, entendemos que es pertinente analizar lo que sucede con dicha variable para dimensionar el peso que tienen las barreras económicas en el acceso a los servicios de salud en toda la población. Por otro lado, también la encuesta indagó sobre si el encuestado consultó en el último año con un médico. Entendemos que el cruce de ambas variables, con la limitación de que están realizadas sobre unidades de análisis distintas, nos va a permitir aproximarnos a indagar hasta qué punto la realización de una consulta no niega la posibilidad de que haya barreras en el acceso para la realización de otra. Concretamente, el cruce nos permite ver si es algo frecuente que haya personas que han consultado con un médico en el último año y viven en hogares en los que en el último año se dejó de consultar con un médico o un dentista por barreras económicas.

En el cuadro 5 presentamos el cruce de estas variables. Por un lado, la lectura del marginal nos permite ver que el 21,7% de las personas vive en hogares que en el último año han tenido problemas financieros para consultar al médico o al dentista. Si bien no es posible comparar este resultado con los de la ENFR (como dijimos por la diferencia en el período de tiempo por el que se consulta y la unidad de análisis) vemos que consultando a toda la población tan solo por una de las barreras posibles, la problemática del acceso a los servicios involucra a un porcentaje muy importante de los encuestados. Por otro lado, vemos que prácticamente hay independencia estadística entre la consulta con el médico y pertenecer a un hogar que tuvo barreras financieras para realizar consultas. Es decir que tanto las personas que consultaron como las que no consultaron, viven en un porcentaje similar (22,4% y 21,0%) en hogares donde hubo restricciones económicas para realizar consultas. Evidentemente este análisis requiere una mayor complejización y es necesario incluir factores socioeconómicos y demográficos para comprender un poco mejor el vínculo entre estas variables. Sin embargo, sirve para mostrar que la realización de una consulta no implica que no haya barreras para la realización de otras.

Cuadro 5. Población de 18 años y más que pertenece a hogares que tuvo restricciones financieras para consultar con un médico o un dentista, según consulta con un médico durante el último año. Grandes y medianos aglomerados de Argentina, 2010.

		Consulta médica en el último año		Total
		Si	No	
Pertenece a un hogar que tuvo restricciones financieras para consultar con dentista o médico durante el último año	Si	22,4%	21,0%	21,8%
	No	77,6%	79,0%	78,2%
Total		100,00%	100,00%	100,00%
		(3139)	(2476)	(5615)

Fuente: elaboración propia en base a la Encuesta de la Deuda Social Argentina 2010.

También cabe realizarse la pregunta al revés: si pertenecer a un hogar que no tuvo barreras financieras para realizar la consulta puede ser un predictor de la realización de la consulta médica en el último año. En el Cuadro 6 vemos que, de forma consistente con el Cuadro 5, es similar el porcentaje de población que consultó a un médico durante el último año entre quienes residen en hogares que tuvieron barreras financieras para realizar consultas con un médico o dentista (57,4%) y quienes no la tuvieron (55,5%). Nuevamente aquí es necesario profundizar el análisis con otras variables, ya que es posible que si controlamos por necesidades de salud u otras variables demográficas, como la edad, este cuadro cambie. Sin embargo, aquí nos conformamos con que esta información sirva para apuntalar la importancia de indagar sobre barreras en el acceso a los servicios tanto a la población que consultó con el médico como a la que no consultó. Y en este sentido vemos que quienes tuvieron restricciones financieras en alguna ocasión durante el último año para consultar con un médico o un dentista, consultaron de forma similar al médico que quienes no la tuvieron.

Cuadro 6. Población de 18 años y más que consultó con un médico durante el último año según pertenencia a hogares con restricciones financieras para consultar con un médico o un dentista. Grandes y medianos aglomerados de Argentina, 2010.

		Pertenece a un hogar que tuvo barreras financieras para consultar con dentista o médico durante el último año		Total
		Si	No	
Consulta médica en el último año	Si	57,4%	55,5%	55,9%
	No	42,6%	44,5%	44,1%
Total		100,00%	100,00%	100,00%
		(3139)	(2476)	(5615)

Fuente: elaboración propia en base a la Encuesta de la Deuda Social Argentina 2010.

Consideraciones finales

A lo largo de la presentación hemos problematizado la conceptualización y la construcción de indicadores vinculados con el acceso y las barreras en el acceso a los servicios de salud. Hemos visto los conceptos pueden asociarse a características de la oferta, de la población, o de ambos a la vez. En este sentido, hemos planteado que la ENFR, además de permitir reconstruir el acceso mediante la utilización de los servicios, indaga sobre distintos mecanismo a partir de los cuales el sistema impidió la utilización en el último mes y que a partir de esta pregunta se construyó el indicador de barreras en el acceso. Si bien destacamos la importancia de que se consulte por esta problemática (las barreras en el acceso a partir de los mecanismos del sistema de salud que dificultan su utilización), hemos cuestionado la forma de construir

el indicador y de interpretar los resultados. Por un lado, hemos cuestionado conceptualmente que la falta de tiempo no se considere una barrera en el acceso, a la vez que hemos visto cómo empíricamente estaba asociada con la cobertura de salud y el quintil de ingreso per cápita del hogar. Por otro, vimos que al realizarse la consulta de las barreras en el acceso sobre una pequeña población (aquella que no consultó con ningún profesional de la salud y tuvo malestares durante el último mes) y no considerarse la población que consultó con al menos un profesional o no tuvo malestares de salud, se están licuando las diferencias sociales que existen en el acceso a los servicios de salud. En este sentido, consideramos que para hacer una correcta interpretación de este indicador no debe perderse de vista la utilización diferencial de los servicios. Por último, y apoyándonos en los datos de la EDSA 2010, hemos visto que la consulta con un profesional de la salud no implica que no haya barreras en el acceso a la realización de otra consulta (con ese mismo profesional u otro). Si bien esto podría ser válido para cualquier sistema de salud, es particularmente importante en un sistema de salud donde existen mayores desigualdades en el acceso a la consulta con algunos profesionales de la salud (psicólogo y odontólogo) que con otros (médicos). Es por lo anterior que creemos que la consulta sobre las barreras en el acceso a los servicios de salud, en tanto mecanismos del sistema que han impedido la utilización de un servicio en un período de tiempo determinado, debe realizársele a toda la población (independientemente de si tuvo algún malestar o consultó con algún profesional).

Bibliografía

Aday L, Andersen R. (1974). "Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica" en *Health Service Research* 9 (3): 208-220.

Adazco, D. (2011) "La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende" en *Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario*. Buenos Aires: Educa.

ALAMES (2008) TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Documento para la discusión. Disponible en www.alames.org/documentos/ponencias.pdf

Andersen, R. (1995) "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?" en *Health and Social Behavior* 36 (1): 1-10.

Ballesteros, M. (2012) "Un análisis sobre la estratificación y desigualdad de clase en el sistema de atención de la salud argentino" en VII Jornadas de Sociología de la Plata Universidad Nacional de La Plata, 5, 6 y 7 de diciembre de 2012.

Belmartino, S. (2005) *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Breihl, J. (2009) *Epidemiología Crítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Centrángolo et al. (2011) *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. [En línea] disponible en

<http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>

Checa, S. (2000) "La perspectiva de género en la humanización de la atención perinatal". En *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 4, 19: 152-156.

Donabedian A (1988) *Garantía y monitoría de calidad de la atención médica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Freidin, B y S. Timmermans (2008) "Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care," *Qualitative Health Research*, 18:43-55.

Maceira, D. (2009) "Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina". Documento de políticas públicas, Análisis Número 52. Buenos Aires : CIPPEC.

Ministerio Salud (2011). Segunda encuesta nacional de factores de riesgo. Buenos Aires: Ministerio Salud. [En línea] disponible en http://www.msal.gov.ar/fesp/descargas_home/seg_encuesta_nac_factores_riesgo_2011.pdf

Mendoza-Sassi R., Beria J., Barros AJD. (2001) "Utilización de los servicios de salud : una revisión sistemática de los factores relacionados" en *Cuadernos médico sociales* 81 : 43-60.

Musante, B. (2011) "Tiempo de espera en la consulta" en *Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario*. Buenos Aires: Educa.

Pescosolido, B. (1991) "Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance" en *Advances in Medical Sociology*. 2, 161-184.

Quartulli, D., Tinoboras, C., Vera, J. y De Grande, P. (2011) "Anexo metodológico. La encuesta de la deuda social argentina del bicentenario (2010-2016)" en *Estado de Situación del Desarrollo Humano y Social: Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en primer año del Bicentenario*. Buenos Aires: Educa.

Repetto, F. et al. (2001) *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Documento de trabajo n°55. Buenos Aires: Fund. Gob. y Soc., C.para el Desarrollo Institucional.

Travassos C y Martins M. (2004) "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde" *Cad. Saúde Pública*, 20 (2): 190-198.