



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES DEL SUR

Documento de Trabajo Proyecto Unidad Ejecutora

“Inclusión social: innovaciones y políticas públicas. Un análisis regional”

Nº 3

Identificación de la población vulnerable en Bahía Blanca: lineamientos metodológicos para el relevamiento de la dimensión SALUD

Autores:

María Eugenia Elorza

Fernando Lago

María Florencia Arnaudo

Gisela Mara

Milva Geri

Nebel Moscoso

01/12/2017

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de servicios de salud difieren según se observen desde la perspectiva del individuo, de la sociedad, de los profesionales de la salud o de los tomadores de decisión. Estas perspectivas no siempre son coincidentes ya que la necesidad determinada técnicamente desde las ciencias de la salud puede diferir de la necesidad percibida por los grupos sociales o de aquella determinada por los tomadores de decisión para quienes la necesidad está en función de la cantidad de recursos existentes y la tecnología disponible (Barbieri N, 1999).

Si bien en el campo de la atención médica sanitaria es frecuente identificar la demanda con la necesidad, ambos conceptos son sustancialmente distintos. Antes de constituirse en “demanda” hay “necesidades” de atención que no alcanzan a percibirse o a expresarse en demanda. Lo que el sistema de salud observa habitualmente es la demanda, sin embargo, los tomadores de decisiones no deberían ignorar lo que no se ve, que es la necesidad no configurada en demanda, la cual comprende: la morbilidad no declarada, la enfermedad silenciosa y la vulnerabilidad a la enfermedad. (Barragán H. L., 2007).

Una clasificación de la demanda de servicios de salud suele incluir: la “demanda espontánea” como aquellas prestaciones que la población utiliza en forma directa, la “demanda promovida” que surge a partir de las decisiones de salud programadas por las autoridades sanitarias, y que podría no ser advertida por la población como una necesidad, la “demanda potencial” que representa el agregado de bienes y servicios de salud que surge de sumar la demanda espontánea y la promovida. Existen diferentes factores por los cuales la necesidad de atención de la salud no sea percibida y por lo tanto no se logre traducir en demanda. Dichos factores se configuran en barreras al acceso de los bienes y servicios del sector salud.

En este sentido, el presente documento tiene como objetivo describir el marco conceptual a partir del cual se diseñó el cuestionario que se aplicará para identificar la población en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social de la ciudad de Bahía Blanca, en relación a la dimensión “salud”. Con este fin, en el primer apartado se explicitarán los conceptos: acceso y barreras al acceso a los servicios de salud, exclusión y vulnerabilidad en el acceso a los servicios de salud. En el segundo apartado se describe la información que se busca recabar. Finalmente, se presenta el cuestionario con las preguntas que serán incluidas en el relevamiento.

I. CONCEPTOS BÁSICOS

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y BARRERAS

El concepto de acceso a los servicios de salud presenta múltiples acepciones, entre las cuales se destacan el acceso potencial y el acceso efectivo. El primero tiene lugar cuando una población con necesidades de cuidados de salud dispone, en tiempo y espacio, de los servicios de salud adecuados para satisfacerlas. El segundo existe cuando se superan todas las barreras que limitan la prestación de los servicios, y la población con necesidades de atención de la salud recibe los cuidados requeridos (Guagliardo, 2004).

Actualmente se reconoce que el acceso al sistema de salud desempeña un rol menor como determinante del *estatus de salud poblacional* en relación con otros factores, como los estilos de vida, medioambiente o factores genéticos (Phelps, 1997; Folland et al, 1997). Sin embargo, tal acceso puede resultar vital para prevenir y revertir situaciones de enfermedad. Por este motivo, si se pretende diseñar políticas públicas destinadas a aumentar el *estatus de salud de la población vulnerable* en una comunidad, adquiere relevancia el estudio de las *condiciones bajo las cuales los individuos* pertenecientes a este grupo *acceden y utilizan los servicios sanitarios cuando los necesitan*.

Si bien la ausencia de cobertura de salud, o el tipo de cobertura disponible podría utilizarse como una primera aproximación a una situación de vulnerabilidad desde la dimensión salud, en la práctica, por las características del sistema de salud argentino en general, y de la ciudad de Bahía Blanca en particular, aun individuos con cobertura de salud (y dependiendo de las características de la obra social a la cual estén afiliados) podrían enfrentarse a ciertas barreras que impidan o limiten la utilización de los servicios de salud.

Los factores que pueden impedir que el acceso potencial se transforme en efectivo se conocen con el nombre de barreras al acceso y pueden agruparse en cinco dimensiones: asequibilidad, aceptabilidad, adaptación, disponibilidad y accesibilidad.

La asequibilidad es determinada por el modo de financiamiento de los servicios de salud y la capacidad de pago de los usuarios. La aceptabilidad captura la medida en que los usuarios se sienten cómodos con las características intrínsecas del proveedor, y viceversa. La adaptación refleja el grado en que la prestación de los servicios de salud está organizada de forma que se cumplan las restricciones y preferencias de los usuarios (se consideran los horarios de atención y la capacidad de recibir atención sin turno). La disponibilidad se refiere al número de instituciones proveedoras de los servicios de salud entre las que puede elegir un individuo con necesidades de cuidado de salud, y si éstas cuentan con los recursos necesarios, humanos y

tecnológicos, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Por último, la accesibilidad se determina por la facilidad con la que los individuos pueden alcanzar físicamente la ubicación de los proveedores de servicios de salud (Wyszewianski y McLaughlin, 2002; Penchansky R y Thomas J.W., 1981).

VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN EN SALUD

El concepto de *población vulnerable* en el ámbito de la salud tiene su fundamento en una concepción epidemiológica, según la cual son vulnerables aquellos individuos que pertenecen a ciertos grupos de riesgo por contar con alguna característica o combinación de condiciones (edad, género, patología, etc.) que aumente la probabilidad de tener una salud física, psicológica y/o social pobre o mala, u obtener malos resultados en términos de salud (Leight, 2003; Rogers, 1997).

Entre los principales factores que influyen en los resultados en salud se encuentran los denominados “determinantes sociales”. Estos son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (Moral et al, 2014). Incorporar variables que reflejen estos determinantes es, por lo tanto, un elemento clave para identificar la población vulnerable. Sin embargo, estos datos son recabados en el módulo general del relevamiento, dado que su descripción claramente excede al sector salud.

Asimismo, desde una perspectiva amplia, la exclusión en salud se interpreta como la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían resolver apropiadamente sus necesidades de salud; por lo tanto, la exclusión en salud aparece en la interacción que se produce entre las necesidades (*percibidas y no percibidas*) de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema de salud (*formal*) frente a esas necesidades. Considerando que la exclusión de los servicios de salud puede aparecer en distintos tipos de situaciones se suelen definir dos categorías de exclusión en salud:

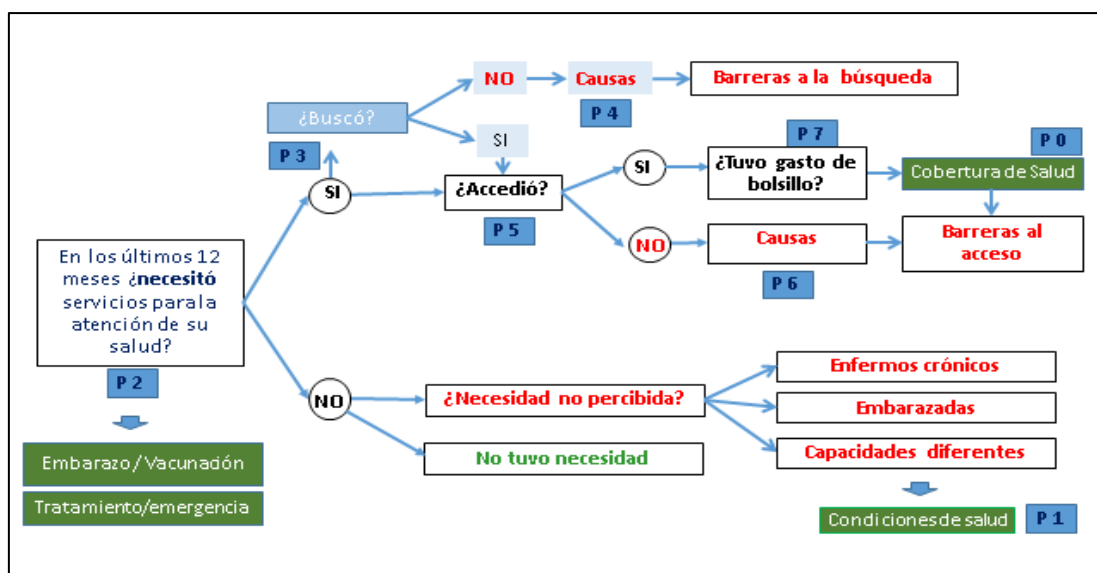
- i) **autoexclusión:** la no búsqueda de servicios de salud porque la necesidad de este servicio no fue percibida o porque, habiéndola percibido, se decidió contener la demanda por servicios de salud, y
- ii) **exclusión:** frente a la percepción de una necesidad de salud, hubo demanda por servicios de salud y esta no fue satisfecha.

La exclusión en salud no es un concepto dicotómico, y generalmente se manifiesta con distintos grados de intensidad, por lo cual es muy difícil de caracterizar. Para avanzar en esta

tarea deberíamos obtener información sobre múltiples variables que nos permitan especificar las distintas formas de exclusión de los servicios de salud formales en la población objeto de estudio, pero en primera instancia aspiramos a *identificar a aquellos individuos que por encontrarse incluidos/excluidos del sistema de salud formal se encuentran en una situación de menor/mayor vulnerabilidad social*.

Para ello, mediante el instrumento propuesto se releva información sobre unas pocas variables “claves” que esperamos exhiban un comportamiento diferente entre excluidos e incluidos del sistema de salud formal. Estas variables, fueron seleccionadas a partir del marco conceptual presentado en la Figura 1, donde aparecen varias de las preguntas que permiten no solo identificar sino también caracterizar la exclusión del sistema de salud.

Figura 1: Marco conceptual adoptado para el desarrollo del cuestionario



Fuente: elaboración propia.

II. INFORMACIÓN A RELEVAR EN LA ENCUESTA

En primer lugar, se incluye la variable **COBERTURA DE SALUD** que captura de manera general la protección financiera frente al riesgo de enfermar y, por lo tanto, la carencia de esta protección puede constituirse en una barrera al acceso y exclusión a los bienes y servicios provistos en el subsistema de salud privado. Asimismo, es importante capturar el tipo de cobertura (obra social, prepaga, etc.) en la medida que estas instituciones brindan coberturas diferenciales (cantidad, calidad y complejidad) y aplican copagos que también podrían actuar como barreras al acceso. Estos aspectos se miden con la pregunta P.0.

En segundo lugar, se incorpora un conjunto de variables relacionadas con el **ESTADO DE SALUD** de los individuos que capturan de manera aproximada la necesidad de recibir atención médico-sanitaria. Para un conjunto de condiciones de salud (enfermedades y/ problemas de salud) que representan grandes grupos, se indaga si el individuo fue diagnosticado o no, y si se encuentra bajo tratamiento (o toma medicamentos) por alguno de esos tipos de problemas de salud. Estos aspectos se miden con la pregunta P.1.

En tercer lugar, se incorpora un conjunto de variables que describen el proceso de búsqueda y acceso a los servicios de salud ante una necesidad de salud. En relación con este aspecto, se incorpora la variable: cantidad de veces que buscó atención cuando necesitó que permitirá saber si buscó atención y con qué frecuencia (pregunta P.3). También un conjunto de variables dicotómicas (si/no) sobre los motivos de la falta de búsqueda que nos permitirá saber por qué no buscó atención cuando la necesitó (7 variables dicotómicas) (pregunta P.4). Estas preguntas apuntan a identificar las barreras al acceso. A partir de estas variables, junto con las medidas en la pregunta P.2 que nos permitirán saber si se toman medidas de prevención y control cuando son necesarias, podremos caracterizar *los procesos de autoexclusión del sistema de salud*.

En cuarto lugar, se incorporan otro conjunto de variables con el objetivo de saber con qué frecuencia se accedió (cantidad de veces que fue atendido cada vez que sintió necesidad y buscó atención) (pregunta P.5.1) y los motivos de la falta de acceso (presencia/ausencia) en aquellos encuestados que alguna vez que buscaron no fueron atendidos (5 variables dicotómicas) (pregunta P.5.2). También se incorpora una pregunta (pregunta P.6) que nos permitirá obtener información sobre la variable: presencia/ausencia de gasto de bolsillo habiendo accedido a la atención médico-sanitaria (consulta/medicamento/cirugía, etc.). En base a la información proporcionada por este conjunto de variables podremos caracterizar *los procesos de exclusión del sistema de salud*.

Por último, es importante destacar que en esta dimensión se presenta un trade off entre obtener información estadística precisa que permita detectar a la población vulnerable de la ciudad y la factibilidad de la realización de la encuesta. En este sentido, resulta interesante que con el fin de obtener información precisa cada una de estas preguntas se realice a cada integrante de los hogares encuestados sin embargo esto redundaría en un aumento del tiempo de realización de la encuesta que puede, por un lado, desencadenar en una interrupción de la misma por parte de los respondientes y, por otro incrementa los costos del operativo.

III. CUESTIONARIO

P.0 Usted/ los integrantes del hogar, ¿tiene/n cobertura de salud a través de...?

Tipo de cobertura	SI	NO	Especificar
Obra social (Ej. IOMA, OSECAC, UP, PAMI, etc.)			
Una prepaga a través de obra social			
Una prepaga particular (Ej.: OSDE, Aca Salud, Swiss Medical)			
Un servicio de emergencias o atención domiciliaria (Ej.: Alerta, SEM)			
Un plan o seguro del Estado (Ej.: SUMAR, PROFE)			
Otra			

P.1.1 ¿Algún profesional de la salud le dijo que tiene...? (completar cuadro P1 leyendo opciones)

P.1.2 ¿Ha estado tomando medicamentos o recibiendo algún tratamiento en forma continua por alguno de los problemas de salud que mencionó o por algún otro motivo? (completar cuadro P1 preguntando cuando no reciba tratamiento por el problema de salud reportado en P.1.1) (Leer opciones)

Cuadro P1

P.1.1	P.1.2	Condición de salud
		Diabetes
		Presión alta (hipertensión)
		Colesterol (dislipidemia)
		Desnutrición o alguna falta de nutrientes (Ej.: anemia)
		Sobrepeso u obesidad
		Problemas del corazón (cardíaco)
		Problema respiratorio (Ej.: asma, EPOC)
		Problema de columna, huesos o articulaciones (Ej.: reuma, artritis, artrosis, tendinitis)
		Problema circulatorio (Ej.: flebitis, trombosis, varices)
		Problema del aparato digestivo (Ej.: gastritis, úlceras)
		Problema de los riñones (Ej.: insuficiencia renal)
		Problema del hígado (Ej.: cirrosis hepática)
		Discapacidad física (Ej.: sordera, ceguera)
		Discapacidad mental (Ej. Síndrome de down, retraso madurativo)
		Problema psicológico o trastorno emocional por el cual haya recibido tratamiento al menos 1 año (Ej.: depresión, esquizofrenia, bulimia, anorexia)
		Problemas de adicción (Ej.: alcoholismo, drogadicción)
		Otro problema de salud de duración prolongada (Ej.: chagas, HIV, enfermedad celíaca, tuberculosis, cáncer). Especificar:

P2. En los últimos 12 meses, ¿sintió la necesidad de buscar atención médica para el integrante del hogar.....por los siguientes u otros motivos?

Motivo	SI	NO
Vacunación		
Control de salud		
Tratamiento de problema de salud preexistente		
Emergencia/ accidentes		
Embarazo		
Otro. Especificar:		

P.3 ¿Intentó buscar atención médica cada vez que sintió la necesidad? (Si contesta “siempre”, saltar P.4)

Frecuencia	
Nunca	
No siempre	
siempre	

P.4 Si no la buscó, ¿por qué motivo?

Motivos de no búsqueda	SI	NO
Pensó que iba a ser difícil conseguir turno		
No tenía dinero para la consulta		
No tenía dinero para viajar		
Perdía el día de trabajo		
No tenía con quién dejar a sus hijos u otra persona que esté a su cargo		
No era un problema tan serio como para justificar la visita al médico		
Por la dificultad de los trámites administrativos		
Otros: especificar.....		

P.5.1 En los últimos 12 meses, cada vez que sintió necesidad y buscó atención, ¿cuántas veces fue atendido? (Si contesta: “todas”, saltar P.5.2)

P.5.1	Frecuencia
	Todas
	La mayor parte
	Algunas
	Ninguna

P.5.2 Cuando no fue atendido ¿por qué motivo/s?

Motivos de no acceso	SI	NO
Fui al hospital o salita y no había más turnos		
En el hospital /salita me dijeron que me correspondía atenderme en otro lugar		
Fui al hospital/salita y el profesional ya se había retirado		
Fui a la guardia y me dijeron que, como no era una emergencia, no me podían atender		
Había mucha gente esperando y no podía esperar		
Otro. Especificar:		

P.6 En los últimos 12 meses, cada vez que sintió necesidad, buscó atención y accedió, ¿tuvo que pagar para?

Gasto de bolsillo	SI	NO
Medicamentos		
Consulta médica		
Vacunas		
Descartables		
Internación		
Otro. Especificar		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbieri N. (1999). "Estado y Mercado en Salud". Una aproximación desde la Economía de la Salud, MIMEO.

Barragán H. L. (2007). Fundamentos de salud pública, Capítulo 17: "Necesidades, Demanda y Oferta de Atención Médica", pag. 353 a 360. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

Folland S., Goodman A., Stano M. (1997). The economics of Health and Health Care (2^o ed). Estados Unidos: Prentice Hall.

Guagliardo M. (2004) Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. Int J Health Geogr 3:3.

Leight, S. B. (2003). The application of a vulnerable populations conceptual model to rural health. Public Health Nursing, 20(6), 440-448.

Moral, P. A. P., Gascón, M. L. G., & Abad, M. L. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*, 72(Extra_1), 45-70.

Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advanced nursing*, 26(1), 65-72.

Penchansky R y Thomas J.W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*; 19(2):127-140.

Phelps C. (1997). *Health Economics* (2º ed). Estados Unidos: Addison Wesley Educational Publishers inc., Reading.

Wyszewianski L. y McLaughlin C. (2002). Access to care: remembering old lessons. *Health Serv Res* 37(6): 1441-1443.