

APORTES COMPLEMENTARIOS

**BARRERAS A LA ENTRADA DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN
A LOS SERVICIOS DE SALUD: IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO
DE COBERTURA EFECTIVA EN GRAN LA PLATA**

Por Juan Francisco Fagiani

BARRERAS A LA ENTRADA DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE COBERTURA EFECTIVA EN GRAN LA PLATA



Por Juan Francisco Fagiani

- Lic. en Economía por la Universidad Nacional del Sur (UNS).
- Especialista en Gestión de Organizaciones de Salud (UNLP).
- Investigador Colaborador de la Escuela de Gestión de Organizaciones de Salud – FCE, UNLP.
- Evaluador de procesos de compras en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud "(...) El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con sus propias necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar".

Desde una perspectiva jurídica, el Artículo 36 de la Constitución de la Prov. de Bs. As. reza: "La Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales". A tal fin, el inciso 8° del Artículo mencionado, reconoce el siguiente derecho a la salud: "La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes (...)".

Asimismo, una perspectiva económica al acceso a los servicios de la salud es condición necesaria para el desarrollo de los países. En este sentido, el economista Jeffrey Sachs establece que para que los países logren incorporarse en la senda del desarrollo es imprescindible que se invierta en capital humano. Este está compuesto por: salud, nutrición y capacitación. Esta inversión es indispensable para que todas las personas sean económicamente productivas.

Según Báscolo, Houghton y Del Riego (2020) el acceso a los servicios de la salud es entendido como: "La capacidad de utilizar, de forma comprensiva, apropiada y oportuna, los servicios sanitarios de calidad cuando se los requiera". En ese mismo estudio los autores demuestran que en 27 países de América, en promedio, al menos un tercio de la población experimenta dificultades para acceder al sistema sanitario cuando lo necesita. Algunos obstáculos para acceder son: posición socioeconómica, barreras geográficas (localización del centro sanitario en relación al hogar que requiere atención sanitaria), factores culturales o creencias propias inherentes a cada individuo, aspectos administrativos e informativos característicos de las organizaciones de la salud, estilos de vida de la población, escasez de recursos hospitalarios, entre otros.

A pesar de que existe evidencia que demuestra que es necesario invertir en salud para promover el desarrollo económico y que en Argentina existe un marco jurídico que promueve la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza para acceder al sistema sanitario, es probable que, como sucede en países vecinos, determinados grupos de habitantes no tengan la posibilidad de acceder a los

servicios de la salud cuando los requieran, debido a la presencia de barreras de diferente naturaleza. Particularmente, en la ciudad de La Plata¹ no existe evidencia empírica que determine cuáles son los principales obstáculos que enfrenta la población para acceder al sistema sanitario, sea este público, de seguro social o privado. Por ello, el presente trabajo pretende identificar las barreras que enfrenta la población del Gran La Plata para obtener los servicios de salud que necesita en un determinado momento. Se considera un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población y reducir las inequidades sociales y sanitarias con el fin de impulsar el desarrollo económico que garantice una calidad de vida adecuada para todos los ciudadanos.

Objetivos

El objetivo general es estimar la proporción de la población de Gran La Plata que no obtuvo cobertura efectiva en los últimos 12 meses, contados a partir del momento en que se realizó la encuesta. Los objetivos específicos incluyen caracterizar la población objetivo, identificar cuellos de botella en el proceso de atención médica, identificar las barreras pertenecientes a cada una de las dimensiones, y determinar si las barreras a la entrada a los servicios de la salud corresponden a factores internos y/o externos a las organizaciones sanitarias.

Métodos

El estudio utiliza el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi (1978).

Se recurrió a un estudio de corte transversal descriptivo basado en datos obtenidos de una encuesta de elaboración propia, confeccionada mediante Formularios Google. El modo de recolección de los datos fue mediante la distribución virtual y encuestas presenciales. Con respecto a este último modo, se destaca que se encuestó a habitantes de diferentes barrios del Gran La Plata con ayuda y acompañamiento de diferentes organizaciones civiles.

Se recolectaron datos de 171 personas residentes en Gran La Plata, de las cuales 131 manifestaron necesidad de atención médica en algún momento de los últimos 12 meses, contados desde que se realizó la encuesta. Estas personas son consideradas población objetivo.

Modelo de Cobertura Efectiva

Este modelo, propuesto por T. Tanahashi (1978), analiza el acceso al sistema sanitario mediante cinco dimensiones de cobertura de diferente naturaleza, donde cada una de ellas contiene barreras al acceso a los servicios de la salud. Los usuarios deben alcanzar, de forma secuencial, cada una de estas dimensiones para obtener lo que Tanahashi denomina "cobertura efectiva", la cual se define como "la proporción de la población que recibe tratamiento eficaz", es decir, el servicio es valorado satisfactoriamente en la medida que logra un resultado específico. Cada una de las 5 dimensiones de cobertura del modelo de Tanahashi se definen a continuación:

1. Disponibilidad: hace referencia a la existencia del servicio, programa o centro de atención médica con sus respectivos recursos humanos, tecnológicos, equipos, insumos, infraestructura y sistemas de información. Son todas aquellas personas para las cuales los servicios se encuentran disponibles.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de las principales barreras que forman parte de esta dimensión y que impiden el acceso al sistema sanitario en el primer escalón del modelo. Los siguientes ejemplos fueron elaborados por M. H. Aduay, et al (2013). Estos son:

- Escasez de recursos, infraestructura y medicamentos.
- Escasez de información.
- Falta de formación o capacitación de los equipos médicos.

2. Accesibilidad: está asociada a la posibilidad de acceder físicamente (distancia, medios de transporte, infraestructura vial, etc.); administrativamente (requisitos de admisión para la obtención de turno, días y horarios de atención) y financieramente (costo de transporte, gasto de bolsillo, pérdida de salario, etc.). Esta dimensión de cobertura mide la proporción de todas aquellas personas que tienen la oportunidad de utilizar el servicio.

¹ La presente investigación fue llevada a cabo como trabajo final para el posgrado de "Especialista en Gestión de las Organizaciones de Salud" dictada en la Escuela de Gestión de Organizaciones de Salud de la FCE-UNLP.

Las principales barreras identificadas en el trabajo mencionado precedentemente son:

- Costos de medicamentos, consultas y exámenes.
- Horarios de atención inadecuados.
- Larga distancia entre el lugar de residencia del usuario y el centro de atención médica.

3. Aceptabilidad: está relacionada con la percepción que tengan los usuarios sobre las prestaciones. Está influenciada por factores sociales, culturales, creencias, valores, etc. Son todas aquellas personas que desean utilizar el servicio.

Las barreras identificadas son:

- Temor o vergüenza a recibir atención.
- Diferencia intercultural entre el usuario y el equipo de salud.
- Desconfianza en el tratamiento prescrito y/o en el equipo de salud.

4. Contacto: hace referencia a la producción del servicio sanitario. Es entendido como la continuidad de la atención brindada al usuario. Esta dimensión de accesibilidad hace referencia a la productividad

del servicio médico en términos de continuidad de consultas, controles, prácticas e internaciones.

Las barreras identificadas son:

- Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad.
- Falta de conciencia de la enfermedad por parte del usuario.
- Efectos secundarios del tratamiento (medicamentos, etc.).

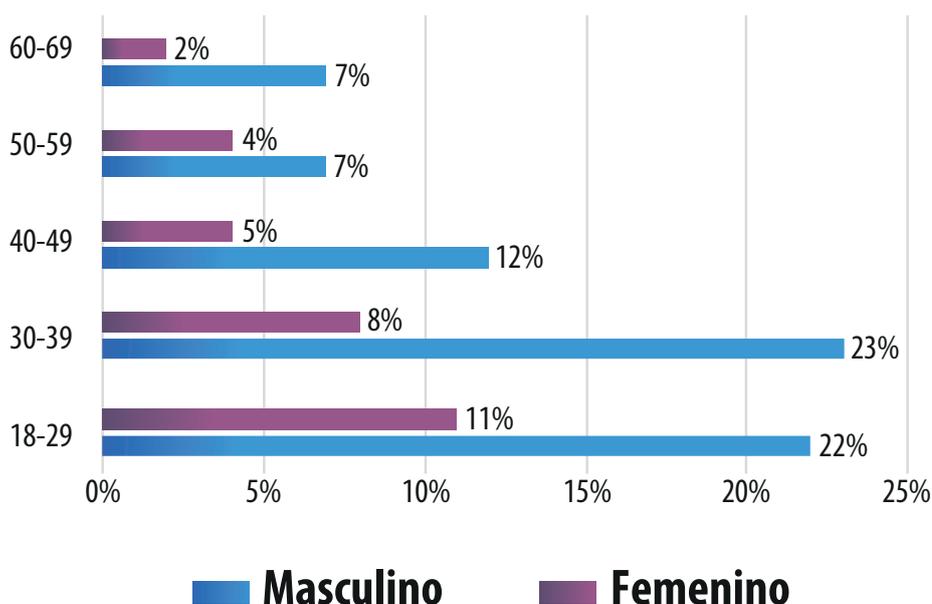
5. Cobertura Efectiva: hace referencia a la proporción de la población que recibe atención eficaz. Es eficaz cuando el usuario percibe que la atención brindada es satisfactoria acorde a sus necesidades y expectativas, logrando un resultado específico según su perspectiva.

Resultados

1. Caracterización de la Población

El 71% de la población objetivo es de género femenino y el 29% restante masculino. El rango etario de mayor ponderación, tanto para mujeres como para hombres, se observa entre los 18 y los 39 años (Gráfico 1).

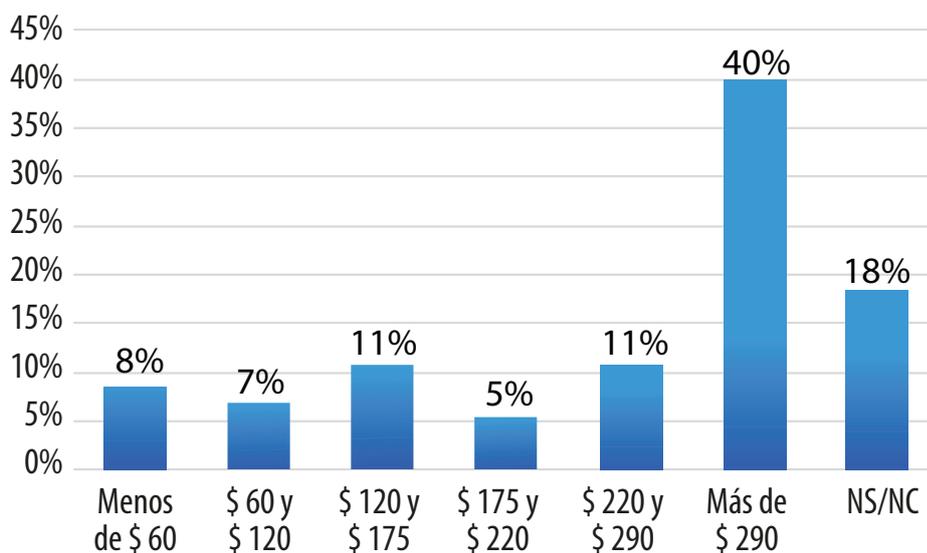
Gráfico 1. Rango Etario



El Gráfico 2 muestra el nivel de ingresos total por hogar (a precios de julio 2023), el 8% declaró un ingreso menor a \$60.000. El 23% gana entre \$ 60.000 y \$ 220.000. El 11% obtuvo un ingreso total de entre \$ 220.000 y \$ 290.000 y el 40% gana más de \$ 290.000.

Cabe agregar que el 18% restante decidió no manifestar su respuesta. Es dable aclarar que al 21 de julio de 2023 (momento en que se recolectaron los datos) el valor de una Canasta Básica Total tipo 2 según INDEC fue de \$ 232.426,83.

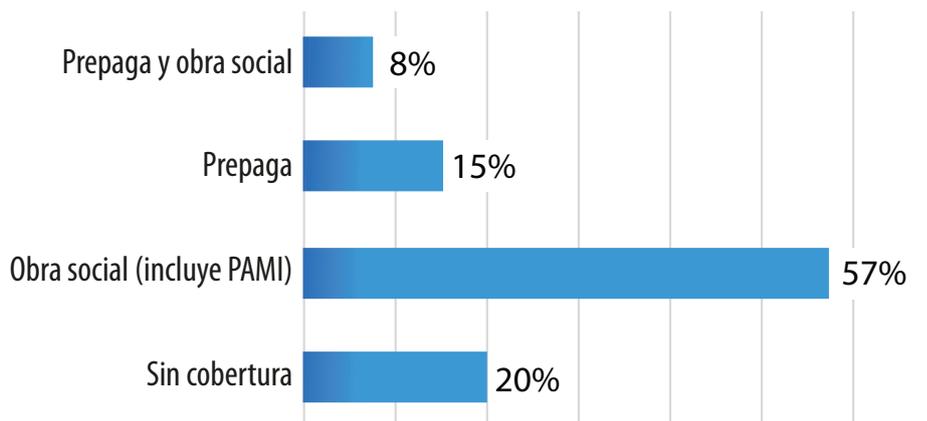
Gráfico 2. Ingreso Total del Hogar (en miles de \$)



Teniendo en cuenta el tipo de cobertura médica, la mayor parte de la población objetivo posee obra social

(57%), el 15% prepaga, un 8% tiene ambos tipos de cobertura y el 20% restante no tiene ningún tipo de cobertura médica (Gráfico 3).

Gráfico 3. Cobertura Médica



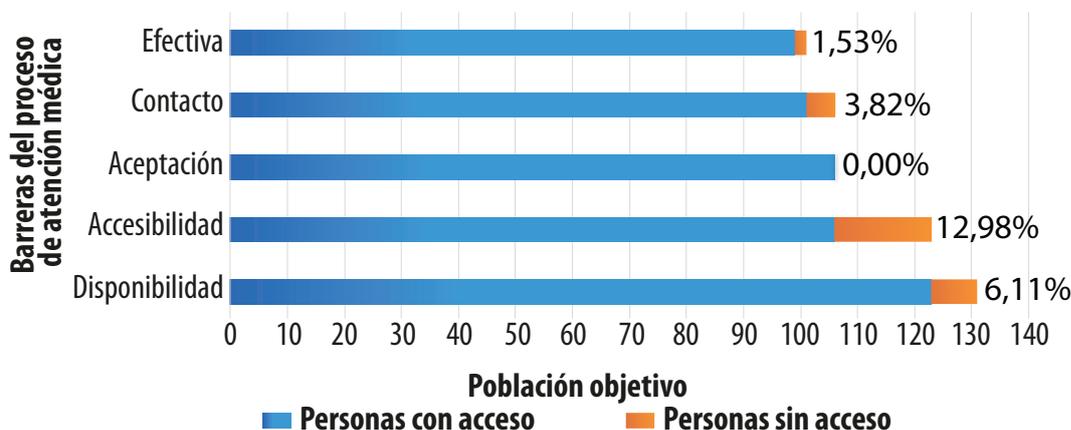
2. Modelo de Cobertura Efectiva

Como se observa en el Gráfico 4, del total de la población objetivo, el 6,1% no logró acceder a los servicios de salud en la primera dimensión del modelo, es decir, por falta de disponibilidad en la oferta de recursos sanitarios. Esto podría deberse a la inexistencia de la especialidad médica buscada o a la escasez de insumos, rotura de equipos, ausencia de personal médico, etc. Luego, un 13% experimentó dificultades financieras, geográficas y/o administrativas relacionadas con la dimensión de Accesibilidad. Consiguientemente, ninguna persona manifestó barreras en la dimensión de Aceptabilidad, lo cual sugiere que la población que alcanzó esta dimensión no presenta factores subjetivos

que denoten rechazo a los servicios de la salud ofrecidos en Gran La Plata, ya sea por cuestiones religiosas, étnicas, culturales, sociales o personales. Por otro lado, un 3,8% abandonó la atención en la dimensión de Contacto por percibir cumplimiento o insatisfacción con el servicio brindado. Finalmente, un 1,5% no recibió atención efectiva, valuando el servicio obtenido como insatisfactorio.

Por lo tanto, el 24,4% de la población objetivo no obtuvo una cobertura efectiva del servicio de salud demandado. Cabe agregar que el 75,6% que logró cobertura efectiva, valoró al servicio obtenido en 8,4 puntos sobre 10 en la escala de Likert.

Gráfico 4. Modelo de Cobertura Efectiva



3. Identificación de las barreras a la entrada durante el proceso de atención a los servicios de la salud

Sobre todas aquellas personas que manifestaron dificultades para obtener cobertura efectiva, es decir, analizando el universo del 24,4% de la población objetivo que reportó barreras de ingreso, tal como se mencionó en el apartado anterior, se exponen los siguientes hallazgos:

Como se observa en el Gráfico 5, el 25% de aquel universo se encontró con barreras de acceso en la primera dimensión del proceso de atención médica: Disponibilidad. Dentro de esta dimensión, las barreras encontradas, con su respectiva ponderación, fueron: "No había médicos" (16%), "No había insumos" (3%), "Falta de información" (3%) y "No había equipos o se encontraban fuera de servicio" (3%).

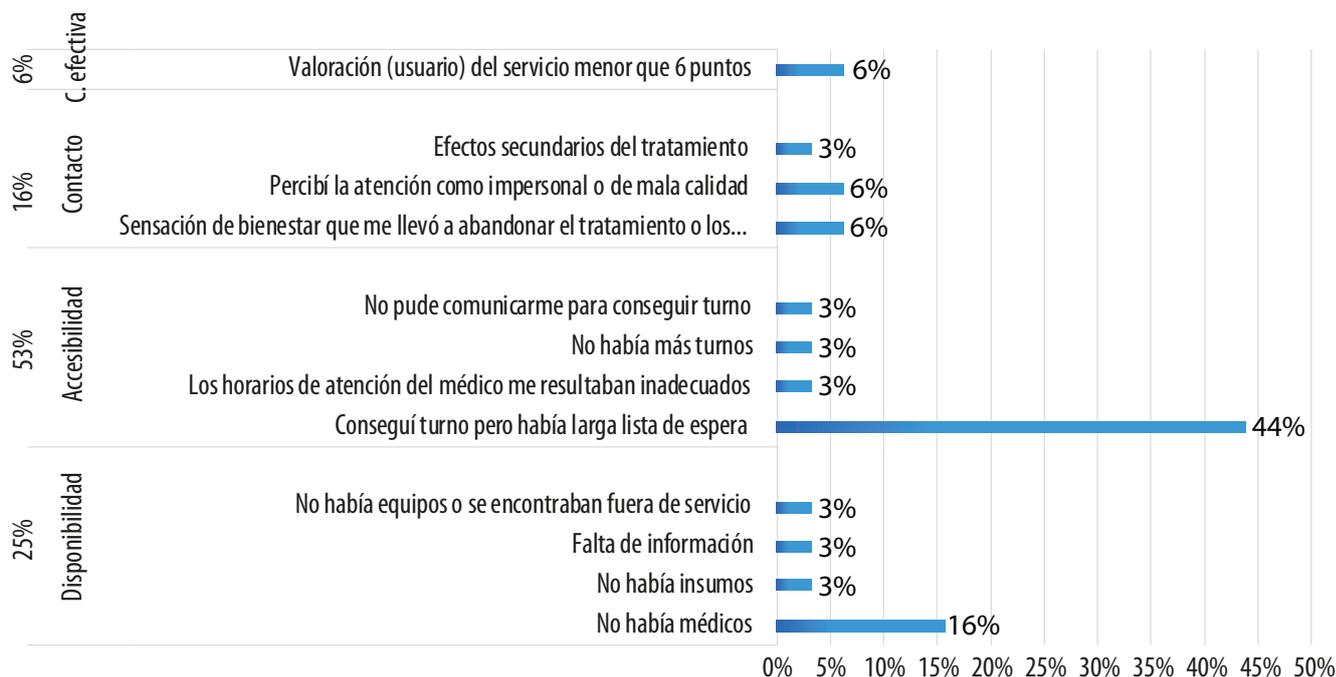
El 53% manifestó que se produjeron barreras en la segunda etapa del proceso de atención sanitaria, es decir, en la dimensión de Accesibilidad.

Dentro de esta, las principales causas en orden de prelación son: "Larga lista de espera" (44%), y el resto de las barreras identificadas en esta dimensión, cada una con un 3% de ponderación son "Los horarios de atención del médico resultaban inadecuados", "No había más turnos" y "No pude comunicarme para conseguir turno".

El 16% expresó inconvenientes en la etapa de Contacto. Las principales barreras fueron: "Sensación de bienestar que me llevó a abandonar el tratamiento o los controles" (7%), "Percibí la atención como impersonal o de mala calidad" (7%) y "Efectos secundarios del tratamiento" (3%).

Finalmente, un 6% logró utilizar el servicio sanitario demandado en tiempo oportuno, pero lo valoraron con una puntuación menor que 6 (seis) puntos sobre una escala de Likert de 10 (diez), donde 0 (cero) es el menor grado de satisfacción y 10 (diez) el mayor, por lo cual, se considera que dicho servicio no alcanzó el resultado esperado por el usuario, considerándose una barrera para la obtención de cobertura efectiva.

Gráfico 5: Barreras Identificadas por Dimensión



Conclusiones

Desde la perspectiva del usuario, en los últimos 12 (doce) meses del año, contados a partir del momento en que se le realizó la encuesta, el 24,4% de la población objetivo no obtuvo una cobertura efectiva del servicio de salud demandado. Este valor es ligeramente inferior al arribado por Báscolo, Houghton y Del Riego (2020), en su estudio en países americanos, en los cuales, en promedio, el 30% de las personas se encuentran excluidas de atención sanitaria en forma oportuna, adecuada y de calidad.

Se identificaron barreras a la entrada durante todo el proceso de atención médica, excepto en la dimensión de Aceptabilidad.

Se identificaron un total de 11 (once) barreras durante el proceso de provisión de servicios sanitarios, de las cuales 4 (cuatro) pertenecen a la dimensión de Disponibilidad, 4 (cuatro) a Accesibilidad y 3 (tres) a Contacto.

El 25% de los obstáculos se explican por la dimensión Disponibilidad, el 53% por Accesibilidad, 16% Contacto y 6% percibe el tratamiento como ineficaz.

Este ensayo, además de aportar al desarrollo de una tesis de postgrado, fue dirigido, mediante el modelo Tanahashi, al Gran La Plata, aportando antecedentes empíricos para ser considerado en áreas de políticas públicas de la Salud.