

**XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Mesa 6**

# **Desigualdades en el acceso a la consulta médica en el marco de la pandemia por COVID-19**

**Garofalo, Carolina Sofía<sup>1,2</sup> y Paternó Manavella, María Agustina<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Observatorio de la Deuda Social Argentina, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Argentina

carolinasgarofalo@uca.edu.ar; agustinapaterno@uca.edu.ar



Área Salud y  
Población



**UBA**  
1821 Universidad  
de Buenos Aires

**IIGG**  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
GINO GERMANI  
REDUCCION DE DEUDAS SOCIALES - UBA

**ODSA**

Observatorio  
de la Deuda  
Social Argentina



**UCA**

# Introducción

- En el marco de la **pandemia por COVID-19**, declarada en **2020** (OMS, 2020), y a partir de las medidas implementadas en Argentina para la prevención del contagio, tales como el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) y el distanciamiento social, preventivo y obligatorio (DISPO), **la consulta médica como hábito para conservar la salud se ha visto afectada.**
- En **2021**, dichas **medidas se flexibilizaron** progresivamente y se inicia la campaña de **vacunación**, con acceso prioritario para personal de salud y población de riesgo, entre los que se incluyen las *personas mayores*. Luego, alcanzó a todos los grupos etarios en función de estrategia y criterios del Ministerio de Salud de la Argentina (2020).
- **DESIGUALDADES:** El acceso a la consulta médica es uno de los aspectos en los que se expresan las desigualdades socioeconómicas (Ballesteros, 2015). La buena salud exige no solo el acceso a servicios de salud, sino también conocer los determinantes sociales de la salud, como la calidad de empleo, el nivel educativo y de ingresos (OPS, 2019). Las barreras socioeconómicas pueden *limitar el acceso de las personas a los servicios de atención*, especialmente en **edades avanzadas** (Fougère y Cesari, 2019). Ante este contexto sanitario actual, dicha interrelación se ha visto aún más expuesta y evidenciando en mayor medida las desigualdades preexistentes (Coates et al., 2020).

# Introducción

- En la vejez puede tener lugar un deterioro físico y mental y la necesidad de consultar al médico es mayor. Este grupo etario ha sido más afectado ya que es considerado población de riesgo ante la posibilidad de desarrollar un cuadro grave de COVID-19, y son quienes han estado más tiempo aislados en sus hogares para prevenir el contagio. Además, las desigualdades estructurales, individuales y del hogar los exponen a mayor vulnerabilidad a comparación con otros grupos etarios.

## + Locus de control

Representación subjetiva de la efectividad de las propias capacidades para modificar o controlar positivamente el entorno y los eventos de la vida. Puede ser interno, cuando la persona considera que puede dominar los acontecimientos, o **externo**, cuando el individuo considera que **sus conductas son ineficaces y que sus resultados son consecuencia del azar o de otros**, dando lugar a una **sensación de encontrarse a merced del destino y que las conductas están exteriormente dirigidas** (Filgueira, 2022).

- *La salud y la utilización de los servicios de salud se relacionan significativamente con el locus de control* (Kesavayuth et al., 2020). El contar con un locus de control interno, es decir, la creencia de tener dominio ante diversos sucesos, se asocia con un mejor estado de salud físico y mental, y menor necesidad de consultar al médico, ya que tienden a adoptar conductas más saludables.

# Metodología

- Estudio transversal (Adultos, n=13.321; Personas Mayores, n=3.986) y longitudinal (muestra panel; Adultos, n=532; Personas Mayores, n=133).
- **Objetivo:** describir el hábito de realizar una consulta médica anual en adultos (18 a 59 años) y personas mayores (60 años y más), entre 2019 y 2021, dando cuenta de los cambios en situación de pandemia por COVID-19 y en función de características de desigualdad social y económica. Se propone un modelo que explique los factores personales, sociales y económicos que influyen en que las personas de 18 años y más en Argentina no lleven adelante al menos una consulta con el médico al año.
- **Instrumento:** Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) – 2019, 2020 y 2021, tercer trimestre (julio-septiembre). Muestreo probabilístico, con 5.800 personas por año.
- *Análisis de datos: porcentajes - regresión logística binomial*

# Metodología

Dimensión	Variable	Definición conceptual y operacional
Características del individuo	Consulta médica	<p>Mide la falta de asistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento.</p> <p>Porcentaje de personas que afirmaron no haber realizado una consulta médica durante el último año</p>
	Locus de control	<p>Mide el predominio de creencia acerca del grado en que la propia conducta es o no eficaz para modificar positivamente el entorno. Sensación de estar a merced del destino y considerar que sus conductas están exteriormente dirigidas.</p> <p>Porcentaje de personas que sostiene un sistema de creencias de control externo</p>
	Índice de salud	<p>Construido a partir de la suma de seis variables integradas en dos dimensiones: a) la <i>salud física</i> compuesta por el estado de salud y las condiciones de la vida diaria – como son el dolor físico, la necesidad de tratamiento médico, la falta de energía, el moverse solo dentro de la casa-; b) la <i>salud mental</i> es representada por el malestar psicológico, evaluado a través de sintomatología ansiosa y depresiva</p>

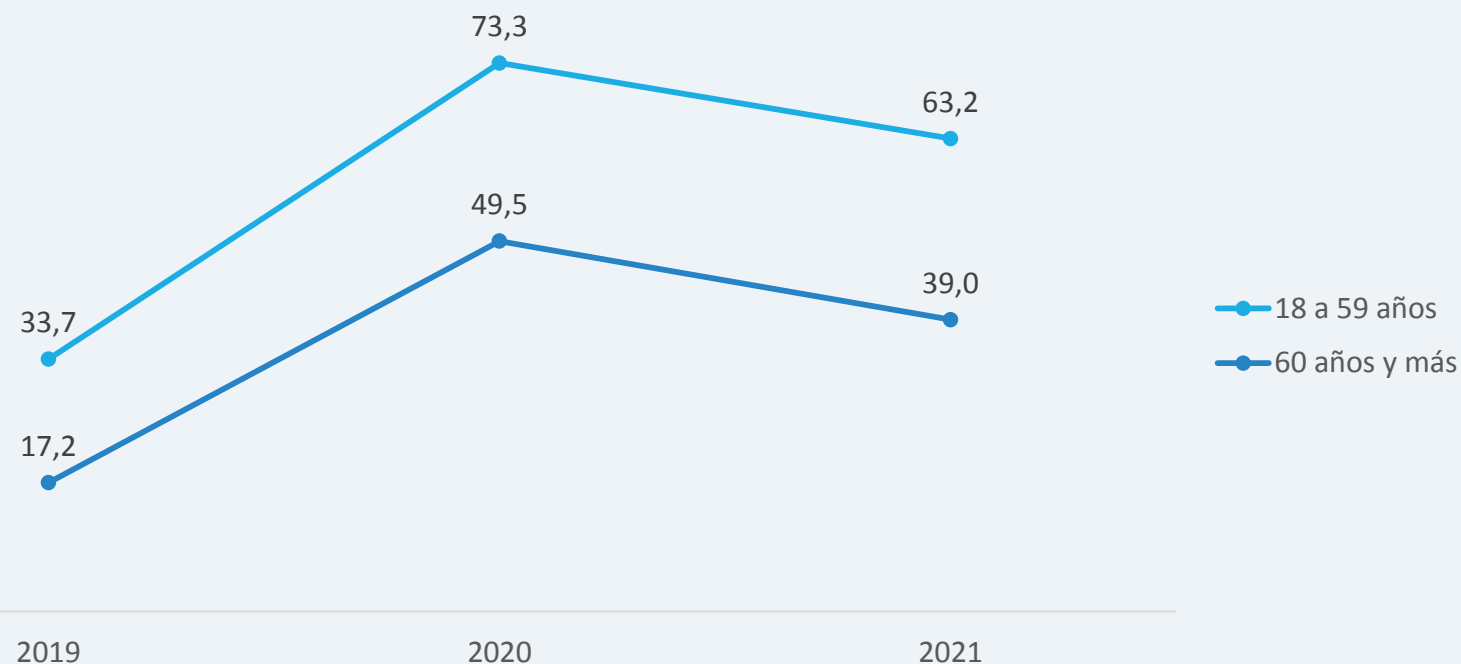
# Metodología

Dimensión	Variable	Definición conceptual y operacional
Características estructurales	Pobreza por ingresos	Se considera a aquellas personas que viven en hogares cuyos ingresos no superan el umbral del ingreso monetario necesarios para adquirir en el mercado el valor de una canasta de bienes y servicios básicos (Canasta Básica Total -CBT).
	Estrato socio-ocupacional	Expresa el estrato de pertenencia de los hogares a través de la condición, tipo y calificación ocupacional, fuente de ingresos y nivel de protección social logrado por el principal sostén económico del grupo doméstico.

# Resultados

## Evolución de la consulta médica en adultos y personas mayores

Años 2019, 2020 y 2021. En porcentaje de población de 18 años y más.

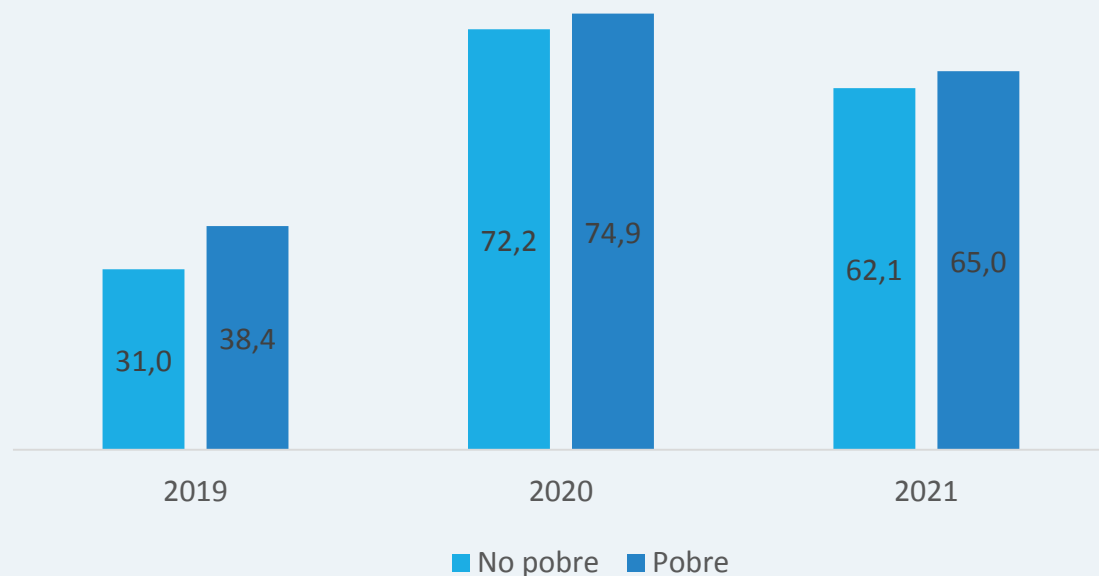


Se observa un **menor déficit en la consulta médica en los mayores**, quienes acuden más frecuentemente a la consulta médica en los tres tiempos, comparado con los adultos. Se observa un **aumento del déficit en ambos grupos etarios para el año 2020**, momento en el que fue declarada la pandemia por COVID-19 y sus consecuentes restricciones sanitarias. En 2020, alrededor de 7 de cada 10 adultos y 5 de cada 10 personas mayores no consultaron al médico. Luego, los valores descienden en el año 2021, instancia de mayor flexibilización de medidas preventivas ante el contagio e inicio de la vacunación. Sin embargo, **los valores permanecen elevados para ambos grupos etarios respecto al tiempo de prepandemia.**

## Acceso a la consulta médica en adultos y personas mayores según condición de pobreza

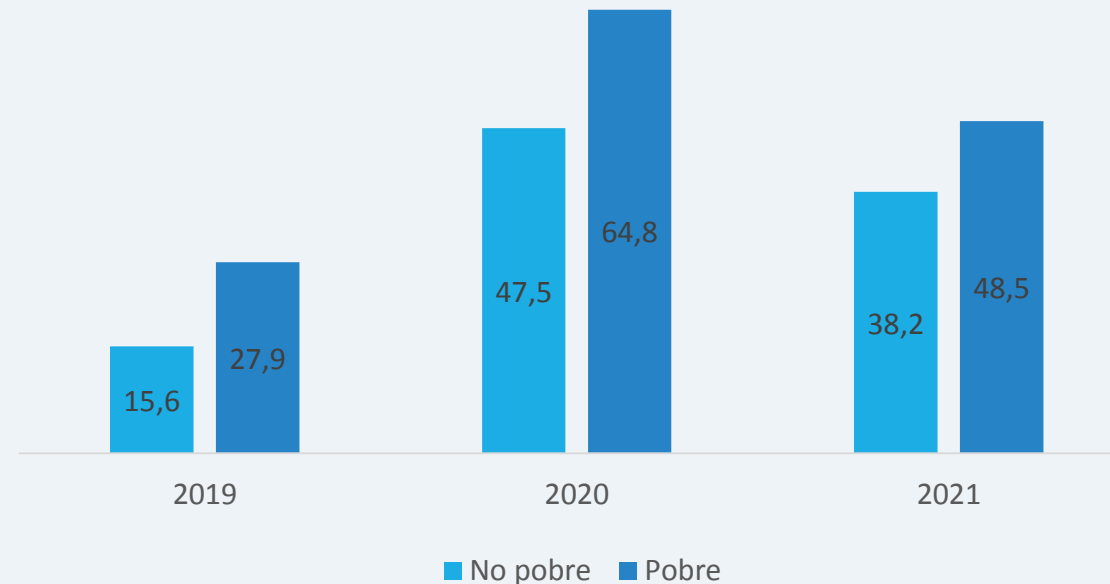
### Déficit en consulta médica en adultos según condición de pobreza.

Años 2019, 2020 y 2021. En porcentaje de población de 18 a 59 años.



### Déficit en consulta médica en personas mayores según condición de pobreza.

Años 2019, 2020 y 2021. En porcentaje de población de 60 años y más.

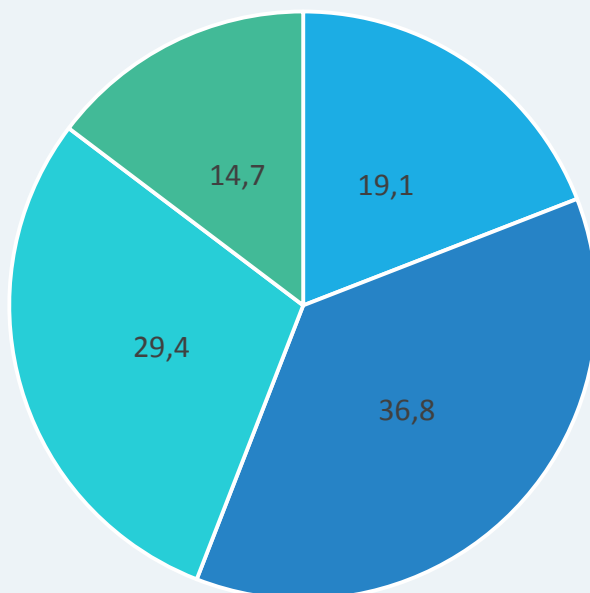


El acceso a la consulta médica no ha evidenciado importantes diferencias en el grupo etario de 18 a 59 años, en función de la condición de pobreza por ingresos. No obstante, las **desigualdades aparecen de manera más marcada en el grupo de personas mayores** en los tres tiempos de estudio, con diferencias de al menos 10 p.p. en función de la condición de pobreza por ingresos. **Las desigualdades se han profundizado en 2020**, en contexto de **pandemia por COVID-19**, evidenciando una brecha de 17 p.p.

# Trayectorias de la consulta médica en adultos y personas mayores

## Trayectorias de cambio en la consulta médica en adultos en la prepandemia y en contexto de COVID-19.

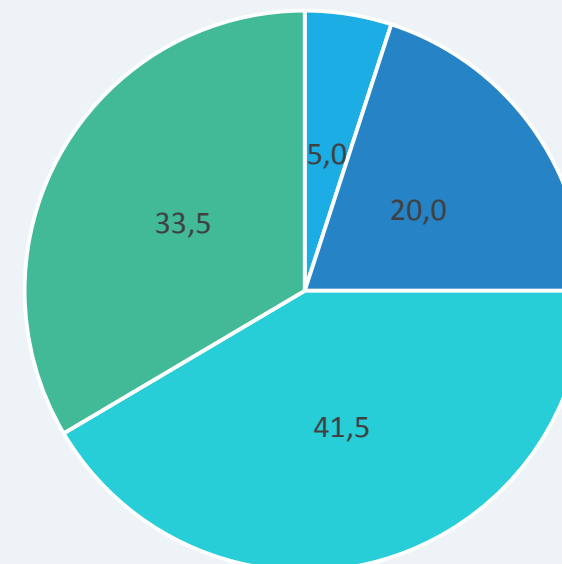
Panel 2019-2020-2021. En porcentaje de población de 18 a 59 años.



- No consultó en los tres años
- Consultó un año
- Consultó dos años
- Consultó los tres años

## Trayectorias de cambio en la consulta médica en personas mayores en la prepandemia y en contexto de COVID-19.

Panel 2019-2020-2021. En porcentaje de población de 60 años y más.



Son las **personas mayores** quienes **han consultado en mayor medida durante los años 2019, 2020 y 2021** (33,5%), duplicando el valor que corresponde a la consulta en tres años en adultos (14,7%). El 20% de los adultos de 18 a 59 años no han realizado al menos una consulta anual durante estos tres años, mientras que sólo el 5% de las personas mayores no han acudido a consulta durante los tres años de estudio.

## Factores que explican el deficit en consulta médica en adultos y personas mayores

Razones de probabilidad asociadas a no realizar una consulta médica en los últimos 12 meses según categorías seleccionadas. Coeficientes de regresión logística.

Años 2019, 2020 y 2021. En porcentaje de población de 18 años y más.

		Coef.	Error estándar	Wald	Exp(B)
	Encuesta (Ref=2019)				
	2020	1,71	0,04	1601,29	5,53**
	2021	1,19	0,04	826,97	3,29**
Características estructurales	Estrato socio-ocupacional (Ref=Medio profesional)				
	Medio no profesional	0,42	0,05	53,09	1,52**
	Bajo integrado	0,47	0,05	67,73	1,61**
	Bajo marginal	0,69	0,06	105,86	2,00**
	Pobreza por ingresos (Ref=No pobre)				
	Pobre	0,16	0,04	13,89	1,17**
	Regiones urbanas (Ref=Otras áreas urbanas)				
	CABA y Conurbano Bonaerense	0,16	0,04	22,53	1,18**
Características del individuo	Sexo (Ref=Mujer)				
	Varón	0,53	0,03	240,69	1,70**
	Grupo etario (Ref=Personas mayores)				
	Adultos	0,79	0,04	340,121	2,22**
	Índice de salud (Ref=Con déficit)				
	Sin déficit	0,81	0,03	533,59	2,27**
	Creencia de control (Ref=Sin creencia de control externo)				
	Con creencia de control externo	0,10	0,03	7,72	1,12**
Constante		-,708	0,07	1290,35	0,06**
Estadísticos del modelo					
R cuadrado de Cox y Snell		0,179			
R cuadrado de Nagelkerke		0,239			
% de aciertos		68,3			

Nota: valor p: \*\* p<0.01.

Fuente: EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El **año de la encuesta** es el factor con mayor peso en la no realización de una consulta médica anual, seguida por el estado de salud integral percibido, la edad, el sexo y el estrato socio-ocupacional.

Tanto el 2020 como el 2021, dos años marcados por la pandemia, explican el déficit en la consulta médica, respecto a 2019. El año 2020 que coincide con el inicio de la pandemia y sus consecuentes restricciones multiplica por cinco el riesgo de no consultar al médico, mientras que el 2021, instancia de mayor flexibilización de medidas sanitarias y comienzo de la vacunación, triplica las probabilidades de no realizar controles médicos respecto a lo ocurrido en el tiempo de prepandemia, en 2019.

El ser adulto duplica el riesgo de no consultar al médico, comparado con las personas mayores.

# Conclusiones

- ✓ Según datos transversales y longitudinales, **las personas mayores consultan anualmente al médico en mayor medida en 2019, 2020 y 2021**, a diferencia de los adultos.
- ✓ Las **desigualdades** en la consulta médica al encontrarse bajo la **condición de pobreza se acentúan en las personas mayores**, comparativamente con los adultos.
- ✓ Al momento de mayor impacto de la pandemia y sus consecuentes restricciones (**2020**), **el déficit en la consulta médica aumentó para ambos grupos etarios**, para luego disminuir en 2021, instancia en la cual se flexibilizaron las restricciones sanitarias y comenzó la vacunación.
  - Sin embargo, **persisten carencias en la atención médica tanto para adultos como para personas mayores, y no se ha reestablecido la frecuencia de la consulta médica tal y como tenía lugar en la prepandemia.**

- Cancelación o postergación por parte de prestadores o el sistema de salud de las consultas médicas o la interrupción de tratamientos,
- Imposibilidad de traslado hasta las instituciones de salud
- Falta de personal o insumos de los servicios sanitarios

## Virtualidad

Permitió compensar en cierta medida las carencias en 2020 y 2021 y persisten como una nueva modalidad. No obstante, esto podría incrementar las desigualdades en salud por desconocimiento, falta de familiarización o adaptación al medio virtual o falta de conexión a internet en algunos grupos de la sociedad, incluyendo a las **personas mayores** y grupos de **mayor vulnerabilidad socioeconómica**.

# Conclusiones

- ✓ Pertener a los estratos de mayor vulnerabilidad, encontrarse bajo la condición de pobreza por ingresos y residir en CABA o en el Conurbano Bonaerense incide en no realizar una consulta médica anual.

Las medidas preventivas ante el avance del COVID-19 se han extendido por más tiempo en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Las personas en condición de pobreza o que residen en hogares pertenecientes a los estratos más bajos de la sociedad, se atienden con mayor predominio en el subsistema de salud público (Paternó Manavella, 2022), el cual se ha visto fuertemente afectado por la pandemia y dedicado casi exclusivamente a esta situación sanitaria.

- ✓ Las características individuales que explican la no asistencia anual a un médico son el ser varón, tener entre 18 a 59 años (adultos) y no tener problemas de salud físicos o mentales.
- ✓ **Locus de control externo como factor que aumenta las probabilidades de no consultar al médico.** Se infiere a partir de los resultados que, al contar con un locus de control externo, es decir, al considerar que las situaciones en la vida, como el propio estado de salud, no depende de las propias conductas sino del azar, del destino u otras personas, afectaría negativamente las conductas en salud.

A partir de la crisis sanitaria **ha aumentado el porcentaje de personas que no han consultado a un profesional médico** y evidencia el **acceso desigual a la atención** en función de condiciones de vulnerabilidad y características individuales como la edad.

**¡Muchas gracias!**

*Carolina y Agustina*

---



[www.uca.edu.ar/observatorio](http://www.uca.edu.ar/observatorio)



[observatorio\\_deudasocial@uca.edu.ar](mailto:observatorio_deudasocial@uca.edu.ar)



[@ODSAUCA](https://twitter.com/ODSAUCA)



[odsa\\_uca](https://www.instagram.com/odsa_uca)



# UCA



Observatorio  
de la Deuda  
Social Argentina

# ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA (EDSA-UCA)

- La Encuesta de la Deuda Social Argentina surge de un diseño muestral probabilístico de tipo polietápico estratificado y con selección sistemática de viviendas, hogares y población en cada punto muestra (5760 hogares).
- El cuestionario es multipropósito; consta de un módulo del hogar, un módulo que releva información para cada uno de los integrantes del hogar y un módulo de relevamiento individual sobre el entrevistado. Se complementa con un módulo de infancia que se aplica a todos los miembros del hogar menores de 18 años.
- El universo geográfico de la EDSA abarca una serie de grandes y medianos aglomerados urbanos: Área Metropolitana del Gran Buenos Aires, Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza, Salta, Neuquén: Plottier - Cipolletti, Mar del Plata, Salta, Tucumán - Tafí Viejo, Paraná, Resistencia, San Juan, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia, Ushuaia y Río Grande.

# RELEVAMIENTO EDSA 2021

- El trabajo de campo de la EDSA 2021 se realizó a través de entrevistas personales realizadas en forma telefónica y presencial a miembros referentes del hogar seleccionados según cuotas de edad, sexo y condición de actividad.
- El relevamiento se desarrolló durante tres fases/modalidades: a) entrevista telefónica a hogares/respondientes de la EDSA 2020 (casos panel 2020-2021) de los cuales se contaba con teléfono personal, b) entrevista telefónica a nuevos hogares (para lo cual se obtuvieron teléfonos fijos y celulares a través de un relevamiento presencial previo a la encuesta, y c) entrevista presencial en estratos indigentes y para completar cuotas faltantes no cubiertas por las otras modalidades.

Al finalizar el trabajo de campo los resultados alcanzados fueron:

**5.758 Hogares ----- 17.684 Componentes ----- 4.254 Niños**  
**1.861 Hogares Panel ---- 5.391 Componentes Panel --- 1.160 Niños Panel**

# ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA 2010-2021



El universo geográfico de la EDSA abarca de grandes y medianos aglomerados urbanos: Área Metropolitana del Gran Buenos Aires Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza, Salta, Neuquén: Plottier - Cipolletti, Mar del Plata, Salta, Tucumán - Tafí Viejo, Paraná, Resistencia, San Juan, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia, Ushuaia y Río Grande.

**FICHA TÉCNICA EDSA SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD**  
**ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA / SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD 2017-2025**

<b>Dominio</b>	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más de la República Argentina.
<b>Universo</b>	Hogares particulares. Población de 18 años o más.
<b>Tamaño de la muestra</b>	Muestra puntual hogares: 5.760 casos por año.
<b>Tipo de encuesta</b>	Multipropósito longitudinal.
<b>Asignación de casos</b>	No proporcional post-calibrado.
<b>Puntos de muestreo</b>	Total 960 radios censales (Censo Nacional 2010), 836 radios a través de muestreo estratificado simple y 124 radios por sobre muestra representativos de los estratos más ricos y más pobres de las áreas urbanas relevadas.
<b>Dominio de la muestra</b>	Aglomerados urbanos agrupados en 3 grandes conglomerados según tamaño de los mismos: 1) Gran Buenos Aires: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur); 2) Otras Áreas Metropolitanas: Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, y Gran Mendoza; y 3) Resto urbano: Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipolletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia-Río Grande.
<b>Procedimiento de muestreo</b>	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestro sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
<b>Criterio de estratificación</b>	Un primer criterio de estratificación define los dominios de análisis de la información de acuerdo a la pertenencia a región y tamaño de población de los aglomerados. Un segundo criterio remite a un criterio socio-económico de los hogares. Este criterio se establece a los fines de optimizar la distribución final de los puntos de relevamiento. Calibración por dominio, estrato, edad, sexo y condición de actividad de población de 18 años y más.

# Referencias bibliográficas

Ballesteros, M.S. (2015). Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la salud en Argentina. *Revista de Salud Pública*, 59-68. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v19.n3.13071>

Coates, A., Castro, A., Marmot, M., Mújica, O. J., Eijkemans, G. y Victoria, C. G. (2020). Sociedades justas: una nueva visión para la equidad en la salud en la Región de las Américas después de la COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1-5. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.167>

Filgueira, P. (2022). Bienestar subjetivo. En P. Filgueira, M.A. Paternó Manavella y C.S. Garofalo. *Heterogeneidades y vulnerabilidades en el Desarrollo Humano 2010-2021. El impacto en el bienestar subjetivo y en la salud durante el contexto de pandemia*. Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social Argentina. Educa.

Fougère, B. y Cesari, M. (2019). Prevention of Frailty. En R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos & J.M. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (pp. 153-122). Cambridge University Press.

Kesavayuth, D., Poyago-Theotoky, J. Bihn Tran, D. y Zikos, V. (2020). Locus of control, health and healthcare utilization. *Economic Modelling*, 86, 227-238. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2019.06.014>

Ministerio de Salud (2020). *Plan estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina*. Argentina: Ministerio de Salud.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Documentos básicos (49a ed.)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020). *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Paternó Manavella, M.A. (2022). Estado, atención y hábitos preventivos en salud. En Filgueira, P., Paternó Manavella, M.A. y Garofalo, C.S. *Heterogeneidades y vulnerabilidades en el Desarrollo Humano 2010-2021. El impacto en el bienestar subjetivo y en la salud durante el contexto de pandemia*. Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social Argentina. Educa.