

INFORMES DE INVESTIGACIÓN

Informe de investigación 3 // *María Agustina Paternó Manavella*

El acceso a la atención médica en tiempos de incertidumbre por COVID-19

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) establece como misión fundamental, lograr el máximo grado en salud que un individuo pueda alcanzar, entendido como derecho humano fundamental. Para ello, promueve la cobertura sanitaria universal, con el fin de que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de salud esenciales, de buena calidad y con profesionales sanitarios y asistenciales competentes y formados. No obstante, se estima que aproximadamente la mitad de la población mundial no recibe una atención integral de parte de los servicios de salud básicos (OMS, 2021). Es así como se presentan dificultades para alcanzar el fin último de lograr la equidad en salud, entendida como la ausencia de diferencias evitables a partir de cuestiones sociales, económicas y demográficas, entre otras.

Particularmente en la Argentina, el sistema de salud se encuentra superpuesto y fragmentado en tres subsectores: subsistema público, subsistema privado y el subsector de seguro social obligatorio u obras sociales, cada uno con fuentes de financiamiento distintos. La estructura de la atención sanitaria desde tres sectores, poco integrados entre sí, profundiza las inequidades en salud en la población, así como confronta el desempeño y el potencial en la efectividad del sistema de salud argentino. En este contexto, en Argentina, aproximadamente un tercio de la población cuenta únicamente con acceso al subsistema de salud público.

En el escenario de crisis vivenciado en los últimos

dos años, por la presencia de la enfermedad COVID-19, las políticas públicas del estado y la atención en salud a nivel mundial tomaron un notable protagonismo. En este marco, resulta interesante conocer el porcentaje de personas que han accedido a los servicios de atención en Argentina, tanto en contexto de pandemia y aislamiento social como en los años previos, como un argumento temporal comparativo. Asimismo, identificar la segmentación y fragmentación propia del sistema de salud, promueve a conocer los factores subjetivos u objetivos que hacen que las personas accedan o no a la atención en salud para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de enfermedades. Al respecto, diversas asociaciones y sociedades sanitarias han manifestado su preocupación por procurar la continuidad en la atención ante la enfermedad de COVID-19 y otras enfermedades, proponiendo un sistema de salud fuerte, que satisfaga las necesidades y sea fuente de confianza para los argentinos (CAEME, 2020).

Siguiendo lo desarrollado hasta el momento, nos preguntamos: ¿Qué incidencia de la población no realizó al menos una consulta médica en los últimos 12 meses? ¿Cómo ha sido la evolución de este indicador en los últimos años? ¿Se ha mantenido este hábito preventivo a pesar del contexto de pandemia y aislamiento social obligatorio? ¿Qué grupos de la sociedad son los que menos consultan a un médico? Asimismo, en los últimos dos años en los que el equipo sanitario cobró especial relevancia por la emergencia por COVID-19, resulta interesante analizar la confianza o conformidad de la población urbana de Argentina hacia el sistema de salud: ¿Confían

los argentinos en el sistema de salud? ¿Qué grupos de la sociedad presentan predominantemente baja confianza? ¿Cambió la percepción de confianza entre el 2020 y el 2021 con el acceso a la inmunización por medio de las vacunas? ¿La confianza hacia el sistema de salud argentino motivó a que las personas recurrieran a la atención médica o se vacunaran ante la enfermedad de COVID-19? Finalmente, que las personas consulten a un médico, ¿depende de la percepción de confianza hacia el sistema de salud o de características del individuo y su entorno?

Para dar respuesta a estas preguntas, se reportan a continuación datos que se desprenden de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) - Serie Agenda para la Equidad (2017-2021). En lo que respecta a la atención médica y la medida subjetiva de confianza hacia el sistema de salud, se realizan análisis transversales y longitudinales (de tendencia y panel), a partir de información brindada por aproximadamente 5800 adultos de 18 años y más, de regiones urbanas de Argentina. El objetivo del presente informe de investigación radica en aportar una descripción del acceso a la atención en salud, así como también dar cuenta de los factores objetivos y subjetivos que explican que los argentinos sostengan el comportamiento saludable de realizar al menos una consulta médica al año.

SON LAS MUJERES Y LAS
PERSONAS DE 75 AÑOS Y MÁS,
QUIENES MÁS ACCEDEN A LA
ATENCIÓN MÉDICA

Resultados

a) Tendencias y desigualdades en el acceso a la atención en salud

En primer lugar, en los años previos a la pandemia, 3 de cada 10 personas no realizaban un control médico al menos una vez al año, manteniéndose estable el indicador a través de los años. Sin embargo, este valor asciende notablemente a 7 de cada 10 personas en el año 2020 en situación de aislamiento social obligatorio y preventivo, ya sea por cancelación de la práctica por parte del propio prestador o del paciente. En el año 2021, tras el inicio de la campaña de vacunación contra la enfermedad de COVID-19 y las flexibilizaciones en las medidas de prevención propias de una etapa de distanciamiento social, era esperable que las personas retomaran la atención médica. Si bien el valor disminuye en 10 p.p., aún se presenta alto el porcentaje de personas que refieren no haber consultado a un médico en los últimos 12 meses, alcanzando al 57,8% de los encuestados.

Al considerar la evidencia desagregada por características individuales de las personas y condiciones estructurales del hogar, se observan tendencias que se han mantenido a lo largo de los últimos años. Son las mujeres y las personas de 75 años y más, quienes más accedieron a la atención médica, en comparación con los varones y los más jóvenes, respectivamente. Considerando el tiempo de pandemia, se observa que, en 2021, disminuye en 18 p.p. la no asistencia al facultativo en las personas mayores respecto al año 2020. Esto podría explicarse a partir de las dificultades en el acceso a la atención en el auge de restricciones y de un sistema de salud exclusivamente abocado a la pandemia, así como también a una elección personal de quedarse en casa y no exponerse a la posibilidad de contagio, a pesar de necesitar la atención. En cambio, en el 2021, a partir de la campaña de vacunación y la flexibilización, aumentó el acceso a la consulta médica en este grupo de 75 años y más. Casi el 90% de los jóvenes de 18 a 34 años no consultó al menos una vez durante el año 2020 y aún en el 2021, más del 50% de este grupo tampoco se atendió, frente al 26% de las personas de 75 años y más, en el mismo período. Por otro lado, podría inferirse que la crisis sanitaria por COVID-19, equiparó la probabilidad de

acceder a la atención médica en todas las personas sin distinguir la situación socioeconómica, laboral y educativa, a pesar de que el estrato bajo marginal sostiene mayor déficit en todos los años de análisis. Asimismo, las personas en hogares en condición de pobreza dicen no haber realizado un control médico en el último año en mayor proporción que sus pares no pobres, superando en general por 15 p.p. en el período de tiempo prepandemia estudiado. En contexto de pandemia, considerando los años 2020 y 2021, la situación parecería equipararse según condición de pobreza, aunque la diferencia se mantiene por 10 p.p.¹

1. Para el año 2021 encontramos que quienes accedieron a una consulta en los últimos 12 meses, sólo el 5% fue realizada en modalidad virtual, en tanto que el 27,6% recibió asistencia del sistema de salud público en esa última consulta. En general, las personas califican favorablemente la atención de los profesionales de la salud, sólo el 7,7% la califica como regular, mala o muy mala. El 21% se atendió en CABA, el 36% en el Conurbano Bonaerense y el 43% en otra ciudad, provincia o región del país. Específicamente, los residentes de CABA se atendieron en un 96% en su mismo lugar de residencia, mientras que el 10% de los residentes del Conurbano Bonaerense se trasladó y atendió en CABA. En lo que respecta a los tiempos de espera para consultar a un especialista, el 16,6% dice haber esperado más de 2 meses para concretar el turno, el 45,6% esperó un mes y el 37,8% esperó sólo una semana. Se observan variaciones en los resultados al considerarlos en función de la cobertura médica con la que cuentan los encuestados. Detectamos que 7 de cada 10 personas que sólo tienen cobertura médica pública refieren no haber realizado un control

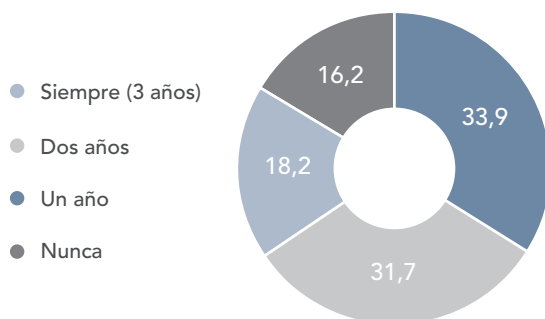
b) Análisis en panel de la ocurrencia de atención en salud (2019-2021)

La crisis sanitaria por COVID-19 promueve a analizar la evolución del acceso a la atención en salud antes y durante la pandemia. A continuación, se propone un estudio de los cambios en el acceso a la consulta entre distintos períodos, mediante un diseño longitudinal panel que contempla una submuestra de las mismas personas que respondieron la Encuesta de la Deuda Social Argentina, entre julio y octubre de los años 2019, 2020 y 2021. Los resultados graficados en la Figura I 3.1 representan la ocurrencia de eventos en los tres tiempos de recolección de datos, es decir, la proporción de individuos que indicaron no haber asistido a una consulta con un médico nunca en tres años, haberlo hecho alguno de los años o todos los años. Al respecto, el 16% de los adultos no realizó un control médico en ninguno de los períodos en los que fue analizado, mientras que el 18% hizo al menos una consulta cada año, a

médico en los últimos 12 meses. Se trata del grupo con mayor déficit en este indicador, seguido por el 55% de las personas que cuentan con afiliación a una obra social o mutual. Además, los beneficiarios del PAMI y quienes tienen una cobertura médica exclusivamente pública, indican con mayor prevalencia que han sufrido una mala calidad de atención médica y que han esperado más de dos meses para ser atendidos por un especialista.

Figura I 3.1.

Nivel de ocurrencia de la consulta médica.
En porcentaje de población de 18 años y más · Panel 2019-2021



Nota: A partir del diseño panel que introdujo la EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) el ordenamiento correspondiente a la EDSA-Agenda para la Equidad 2020 ofreció un seguimiento de 1.864 casos de respondentes, lo cual permite establecer una comparación con los resultados observados en esa misma población con la EDSA-Agenda para la Equidad 2019. El seguimiento similar por medio del panel entre la EDSA-Agenda para la Equidad 2020 y la EDSA-Agenda para la Equidad 2021 se realizó por medio de 1.634 casos de respondentes. Para las calibraciones se utilizaron ponderadores de hogares-respondentes correspondientes a 2019 y a 2020, respectivamente.

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

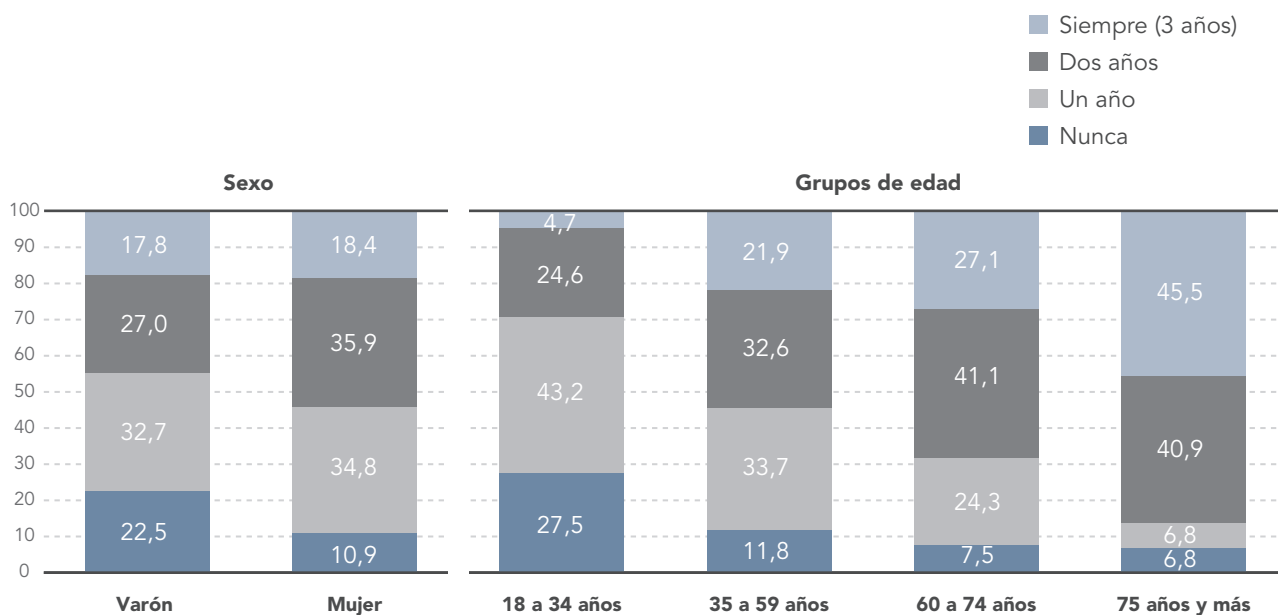
pesar del contexto de pandemia y cuarentena estricta. La gran mayoría, el 66% restante, mantuvo el hábito preventivo en salud al menos en uno o dos años entre 2019 y 2021.

Al considerar por grupos con diversas características individuales (Ver Figura I 3.2), la realización de una consulta médica al menos una vez al año durante los últimos tres tiempos (2019-2021), se sostiene en proporciones similares según sexo (18%). Las diferencias aparecen según sexo, al considerar la proporción de personas que no accedieron nunca al control médico en tres períodos, ya que el 22,5% de los varones y el 10,9% de las mujeres, faltaron a

la consulta anual. Según grupos de edad, la atención médica en los tres años fue realizada por el 45,5% de las personas de 75 años y más, en comparación con el 4,7% de las personas de 18 a 34 años, siendo el grupo que presenta el valor más bajo durante los tres años, pero que indica en mayor proporción haberse atendido sólo uno de los años de análisis (43,2%). El 30% de los jóvenes de 18 a 34 años dicen no haber asistido al control médico en los tres años, siendo el grupo de edad con el valor más alto en este déficit, que disminuye con la edad. La asistencia asidua a un médico, parecería ser un comportamiento preventivo que aparece con mayor frecuencia a mayor edad.

Figura I 3.2.

Nivel de ocurrencia de la consulta médica según sexo y grupos de edad.
En porcentaje de población de 18 años y más · Panel 2019-2021



Nota: A partir del diseño panel que introdujo la EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) el ordenamiento correspondiente a la EDSA-Agenda para la Equidad 2020 ofreció un seguimiento de 1.864 casos de respondentes, lo cual permite establecer una comparación con los resultados observados en esa misma población con la EDSA-Agenda para la Equidad 2019. El seguimiento similar por medio del panel entre la EDSA-Agenda para la Equidad 2020 y la EDSA-Agenda para la Equidad 2021 se realizó por medio de 1.634 casos de respondentes. Para las calibraciones se utilizaron ponderadores de hogares-respondentes correspondientes a 2019 y a 2020, respectivamente.

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

Por otro lado, observamos distintas trayectorias en el indicador de atención médica entre los años estudiados en función de variables estructurales del hogar (Ver Figura I 3.3). Por un lado, el 25% de las personas en situación de pobreza por ingresos, indica no haber realizado al menos una consulta médica en tres años,

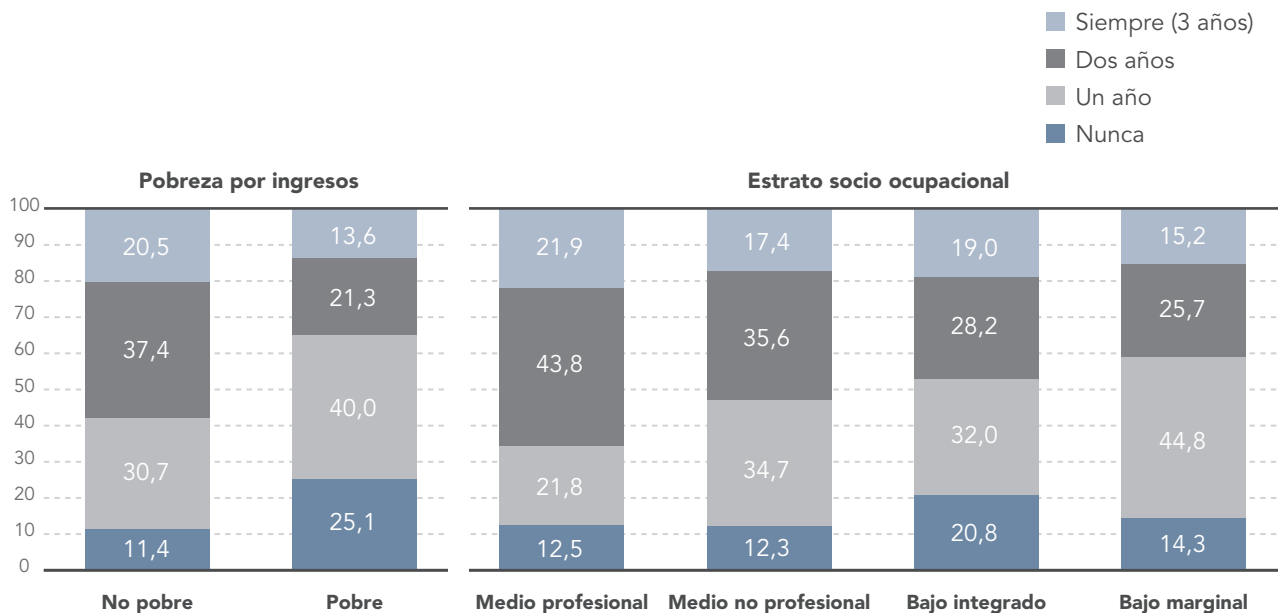
duplicando el guarismo en el grupo de personas no pobres (11%). La persistencia del hábito preventivo en los tres años analizados aparece en el 21% de los adultos no pobres y en el 14% de sus pares en condiciones de pobreza. Asimismo, se observa que los trabajadores informales sin protección de seguro social

(estrato socio-ocupacional bajo integrado), refieren el mayor porcentaje (20,8%) de no realización de al menos una consulta médica entre 2019 y 2021. La Figura I 3.3 demuestra de manera gráfica también que, a mayor vulnerabilidad social, económica, educativa

y laboral del hogar, en general han podido cumplir con un único control médico en los años analizados (44,8%). La atención recurrente en dos años (43,8%) o en los tres años de análisis (21,8%) aparece con mayor persistencia en el estrato medio profesional.

Figura I 3.3.

Nivel de ocurrencia de la consulta médica según condición de pobreza y estrato socio-ocupacional.
En porcentaje de población de 18 años y más · Panel 2019-2021



Nota: A partir del diseño panel que introdujo la EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) el ordenamiento correspondiente a la EDSA-Agenda para la Equidad 2020 ofreció un seguimiento de 1.864 casos de respondentes, lo cual permite establecer una comparación con los resultados observados en esa misma población con la EDSA-Agenda para la Equidad 2019. El seguimiento similar por medio del panel entre la EDSA-Agenda para la Equidad 2020 y la EDSA-Agenda para la Equidad 2021 se realizó por medio de 1.634 casos de respondentes. Para las calibraciones se utilizaron ponderadores de hogares-respondentes correspondientes a 2019 y a 2020, respectivamente.

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

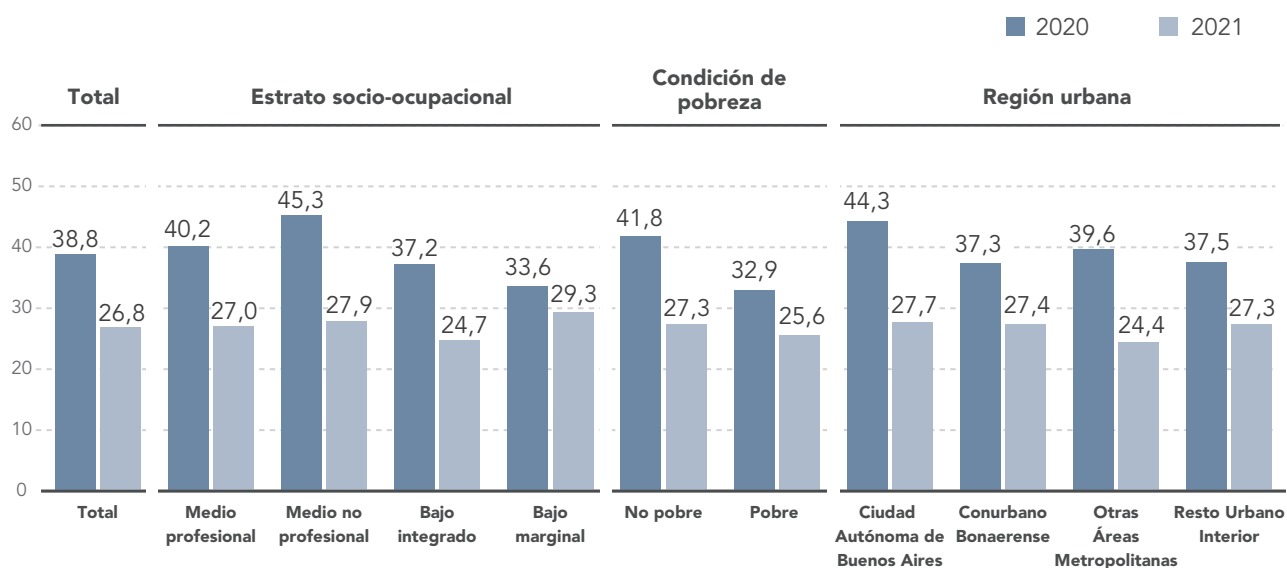
c) Percepción de confianza en el sistema de salud argentino en contexto de pandemia (2020-2021)

Los últimos dos años, hemos sido testigos de una crisis sanitaria mundial por la enfermedad de COVID-19, por lo que ha sido interesante proponer el análisis de una medida perceptual que indague el nivel de confianza hacia el sistema de salud que hizo frente a la pandemia. Cuatro de cada diez adultos urbanos en el año 2020 en pleno ASPO, referían baja confianza en el sistema de salud, valor que cayó en el año 2021 al comenzar la flexibilización y disponer de vacunas, alcanzando a 3 de cada 10 de la población, observando una mejoría en la percepción de

confianza. No se observan diferencias significativas en función de condiciones estructurales del hogar de las personas (Ver Figura I 3.4) así como tampoco según características individuales (Ver Figura I 3.5). Resulta llamativo que, al examinar los datos desagregados por edad, detectamos que en el período 2020 la ocurrencia de baja confianza no variaba según grupos. No obstante, en el año 2021, aparece mayor ocurrencia de baja confianza hacia el sistema de salud en las personas de 60 años y más (30%), consideradas grupo de riesgo ante la enfermedad de COVID-19, superando por 5 p.p. a los grupos más jóvenes (Ver Figura I 3.5).

Figura I 3.4.

Baja confianza en el sistema de salud argentino según características estructurales.
En porcentaje de población de 18 años y más · Años 2020-2021

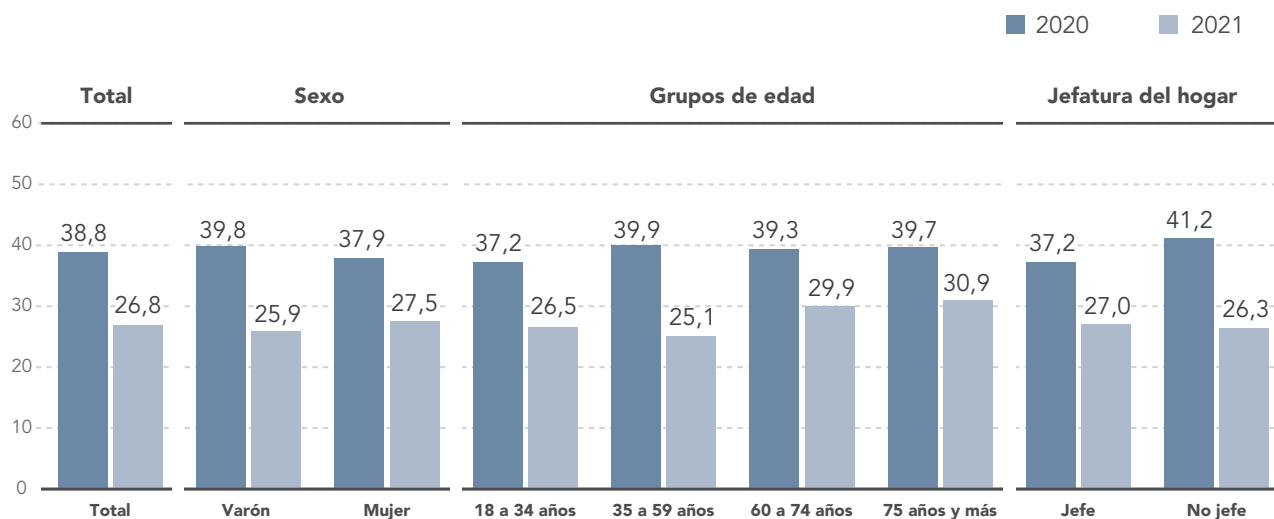


Nota: A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver Informe Metodológico).

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

Figura I 3.5.

Baja confianza en el sistema de salud argentino según características individuales.
En porcentaje de población de 18 años y más · Años 2020-2021



Nota: A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver Informe Metodológico).

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

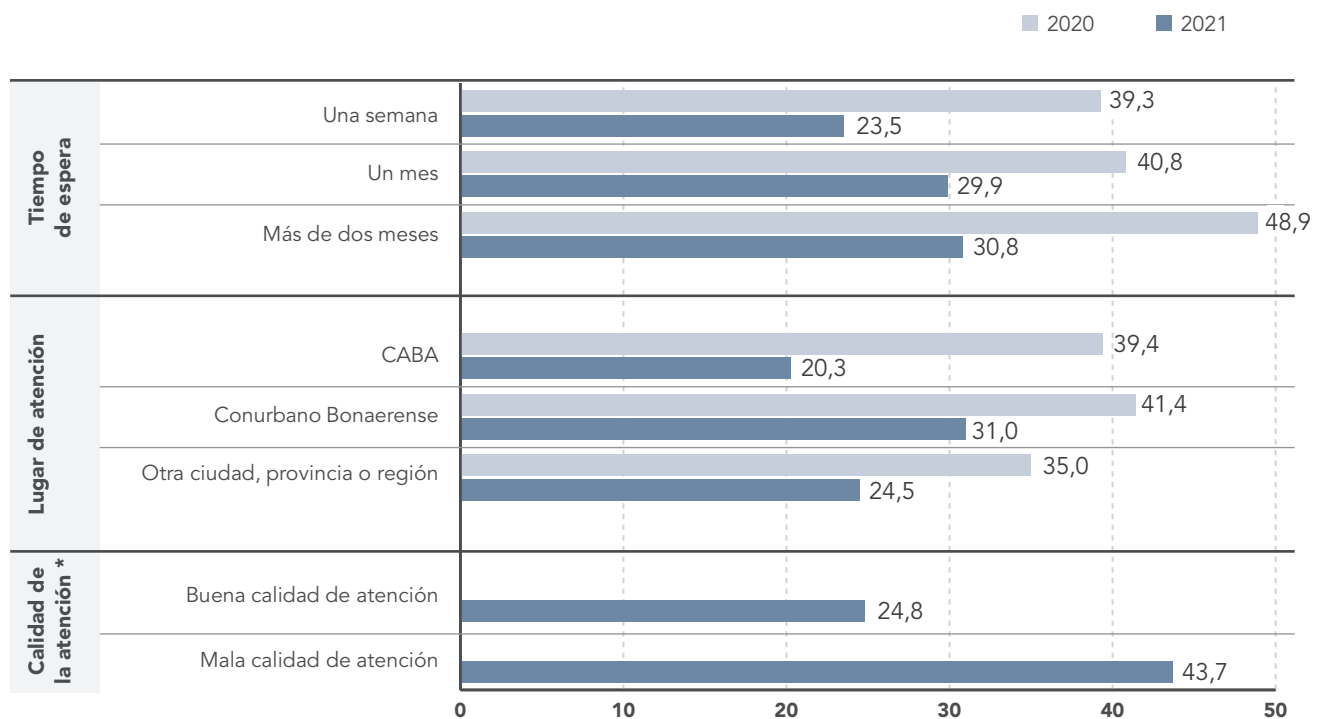
Esta medida subjetiva muestra valores dispares en función de la calidad de la práctica médica, el lugar geográfico donde tuvo lugar la consulta y el tiempo de espera para ser atendido por especialistas en los equipos sanitarios (Ver Figura I 3.6). Quienes recibieron una atención médica considerada de mala calidad presentan mayor prevalencia de baja confianza hacia el sistema de salud en el año 2020 en pleno inicio de pandemia. Al respecto, el 44% de las personas que calificaron negativamente la atención recibida, presentan una baja confianza en el sistema de salud, superando por 20 p.p. a aquellos que ponderaron la atención. Asimismo, tanto en el período 2020 con mayores restricciones como en 2021, aunque principalmente en DISPO, muestran baja

confianza en mayor proporción quienes realizaron la última consulta médica en el Conurbano Bonaerense, en comparación con quienes se atendieron en CABA o en otra ciudad, provincia o región urbana de Argentina. En ambos tiempos (2020-2021), presentan baja confianza en el sistema de salud de Argentina, las personas que han tenido que esperar más de dos meses para ser atendido por un especialista de la salud, comparado con quienes demoraron menos en lograr la atención.

En lo que respecta a la cobertura médica con la que cuentan los encuestados (Ver Figura I 3.7), en tiempo de pandemia y cuarentena estricta en 2020, las personas únicamente con la cobertura del sistema público (35,5%) han demostrado una menor

Figura I 3.6.

Baja confianza en el sistema de salud argentino según características de la consulta médica.
En porcentaje de población de 18 años y más · Años 2020-2021



* En el año 2020 no hubo datos para la calidad de la atención médica.

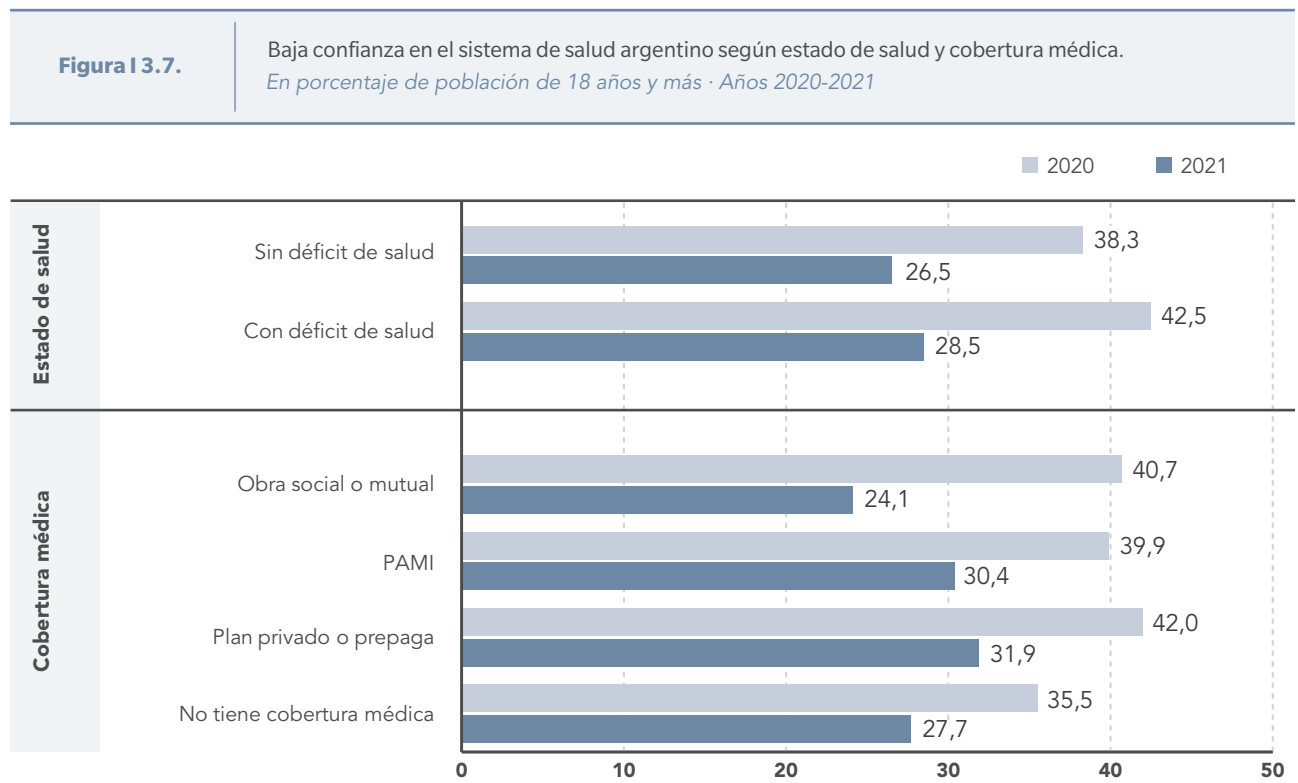
Nota: A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver Informe Metodológico).

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

prevalencia de baja confianza hacia el sistema sanitario, comparado con las personas con cobertura por obra social, PAMI o prepaga. En el año 2021, presentan baja confianza en mayor medida las personas con prepaga (31,9%) y los beneficiarios del PAMI (30,4%), seguidos por quienes cuentan con una cobertura exclusivamente pública (27,7%). Por su parte, el 24% de las personas aseguradas por una obra social o mutual, poseen una baja confianza en el sistema de salud. Tanto en el período 2020 como en el 2021, los resultados indican que la percepción de baja confianza es mayor en quienes afirman tener bastantes problemas de salud o enfermedades

crónicas o graves, en comparación con sus pares que gozan de un buen estado de salud (Ver Figura I 3.7)².

2. La evidencia del año 2021 demuestra que la realización de al menos una consulta médica en los últimos doce meses, se presenta con el mismo porcentaje de ocurrencia tanto en las personas que confían en el sistema de salud como en aquellas que no. A su vez, se observa una mayor adhesión a la campaña de vacunación contra el COVID-19 en las personas que confían en el sistema de salud argentino. Al respecto, para el momento en que se los encuestó, entre los meses de julio y octubre del año 2021, el 15% de las personas que confían y el 21% de las personas que no confían en el sistema de salud, no habían recibido ninguna vacuna contra la COVID-19. No obstante, la corta diferencia parecería indicar que los adultos mantienen los hábitos preventivos en salud a pesar de la propia valoración hacia el sistema de atención en salud argentino.



Nota: A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver Informe Metodológico).

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

d) Factores explicativos de no realizar una consulta médica anual en situación de ASPO y DISPO

En el presente apartado se analiza la incidencia de características personales y contextuales en la

probabilidad de no realizar una consulta médica en los 12 meses previos, en el año 2020 tiempo atravesado por la pandemia y el ASPO y en 2021, en un contexto de DISPO ante la COVID-19. Los factores analizados en el modelo de regresión logística

binomial³ incluyen información sociodemográfica del individuo, condiciones estructurales del hogar en el que vive, características del estado y atención en salud, así como también su nivel de confianza hacia el sistema de salud. El modelo posee un aceptable nivel de determinación en ambos años expresado por un r cuadrado de Cox & Snell de 0,188 para el 2020 y 0,136 para el 2021, y un r cuadrado de Nagelkerke de 0,262 para el primer tiempo y 0,182 para el segundo período en estudio. A su vez, cuenta con una admisible capacidad de predicción acertada en lo que respecta a los adultos con déficit de consulta médica, medida por un 94% de aciertos para el 2020 y 83% para 2021⁴. En la Tabla I 3.1 y Tabla I 3.2 se presentan los resultados del modelo de regresión logística binomial, incluyendo el efecto de pertenecer a uno u otro atributo de cada categoría propuesta como explicativa sobre la no realización de la consulta médica anual, el cual se expresa en los Odds Ratio⁵.

Resulta interesante tener en cuenta que los factores explicativos con mayor incidencia en la no realización de una consulta médica anual presenta cambios de un año a otro (coeficientes 'wald'⁶ máximos se observan en la Tabla I 3.1 y Tabla I 3.2 para cada una de las variables). Bajo el contexto de inicio

de la pandemia y mayores restricciones en el año 2020, principalmente el estado de salud autopercibido, la edad, el sexo y la cobertura médica de los individuos, tuvieron mayor fuerza explicativa en no concurrir a la atención médica. En cambio, al aparecer flexibilizaciones en las medidas de cuarentena y el acceso a la vacuna en el año 2021, el estado de salud aparece como factor explicativo, pero ejerciendo un menor peso sobre el déficit de consulta. La edad, el sexo y la cobertura médica mantienen su incidencia y aparece el malestar psicológico y el lugar de residencia de las personas como factores que han causado que las personas no consultaran a un profesional de la salud. La condición de pobreza por ingresos y el estrato socio-ocupacional del hogar, aparecen como factores con alta probabilidad para la no consulta, aunque con menor incidencia, pudiendo inferir que en situación de ASPO y DISPO, vivir en condiciones de vulnerabilidad social, económica, laboral y educativa, no han sido factores que influyeran significativamente en la asistencia a una consulta médica anual.

En ambos tiempos de análisis (2020-2021), la apreciación personal de baja confianza hacia el sistema de salud aparece también como un factor explicativo con menor incidencia sobre el indicador analizado (coeficientes 'wald'⁶ máximos se observan en la Tabla I 3.1 y Tabla I 3.2 para cada una de las variables). Estos resultados demostrarían que la baja confianza en los servicios de salud no pesaría tanto en la decisión de las personas de realizar chequeos médicos anuales. Sumado a ello, los resultados no presentan cambios entre los dos tiempos de análisis. Al respecto, las personas que poseen una baja confianza en el sistema de salud argentino aumentan un 17% la probabilidad de no realizar una consulta médica anual, respecto a aquellos que muestran confianza hacia los servicios de salud (Ver Tabla I 3.1 y Tabla I 3.2).

3. Se considera adecuada la aplicación de la técnica de regresión logística binomial debido a que, en ésta los modelos teóricos considerados, están compuestos por una variable dependiente de dos categorías y en variables independientes, pudiendo estar definidas en escala métrica, ordinal o nominal. La opción utilizada es la de presentación de un modelo definido (Method: Enter), es decir que no fue solicitado el agregado o desagregado de variables con un criterio estadístico determinado.

4. La calidad de predicción lograda por el modelo se mide por el procedimiento "overall" coeficiente que indica la capacidad de predicción del modelo matemático por medio del porcentaje de coincidencia entre el valor observado y el valor esperado por la predicción del modelo.

5. La comparación de probabilidades de poseer uno u otro atributo al interior de las categorías sociales por medio de "Odds Ratio" - factor por el cual varía la razón de probabilidades o "odds ratio" (expresando la desigualdad relativa) cuando hay un cambio unitario en el valor de una variable independiente controlando las restantes.

6. La determinación de las categorías sociales que poseen más relevancia se realiza por el coeficiente "wald" que sirve para medir si el efecto de cada variable y/o categoría presente en el modelo es significativo. De modo que, cuando más grande es el "wald", más importante es el efecto siendo además considerada la significancia de este coeficiente.

Tabla I 3.1

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

Año 2020. Población de 18 años y más.

	Coef.	Error estándar	Wald	Odds Ratio	
Nivel de confianza hacia el sistema de salud argentino (Ref = Confianza en sistema de salud)					
Baja confianza en sistema de salud	0,162	0,066	6,109	1,176**	
Características estructurales	Estrato socio-ocupacional (Ref = Medio profesional)			1,799	
	Medio no profesional	0,072	0,110	0,426	1,074
	Bajo integrado	0,074	0,115	0,418	1,077
	Bajo marginal	0,172	0,136	1,588	1,188
	Región Urbana (Ref = CABA)			12,948	
	Conurbano Bonaerense	0,330	0,101	10,607	1,391***
	Otras regiones urbanas	0,153	0,101	2,281	1,166
	Pobreza por ingresos (Ref = No pobre)				
	Pobre	0,184	0,087	4,532	1,202**
	Características del individuo	Sexo (Ref = Mujer)			
Varon		0,571	0,065	77,874	1,771***
Grupos de edad (Ref = 75 años y más)			84,154		
18 a 34 años		1,074	0,153	49,308	2,927***
35 a 59 años		0,651	0,148	19,230	1,917***
60 a 74 años		0,176	0,138	1,617	1,192
Características del estado y atención en salud	Cobertura Médica (Ref = Plan privado o prepaga)			70,878	
	Obra social o Mutual	0,463	0,112	17,035	1,589***
	PAMI	0,776	0,153	25,727	2,173***
	Cobertura exclusivamente pública	1,006	0,131	58,921	2,735***
	Malestar psicológico (Ref = Con déficit)				
	Sin malestar psicológico	0,321	0,076	17,704	1,379***
	Estado de salud autopercebido (Ref = Con déficit)				
	Sin déficit de salud autopercebido	1,734	0,101	296,441	5,666***
	Dolor físico (Ref = Con déficit)				
	Sin dolor	1,014	0,147	47,300	2,756***
Estadísticos del modelo	Constante	-3,886	0,232	279,783	0,021***
	R cuadrado de Cox y Snell	0,188			
	R2 de Nagelkerke	0,262			
	% de aciertos	93,8			

Nota: Valor p: *** p<0.01, ** p<0.05 / A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver Informe Metodológico).

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

Tabla I 3.2

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

Año 2021. Población de 18 años y más.

	Coef.	Error estándar	Wald	Odds Ratio	
Nivel de confianza hacia el sistema de salud argentino (Ref = Confianza en sistema de salud)					
Baja confianza en sistema de salud	0,153	0,065	5,505	1,165**	
Características estructurales	Estrato socio-ocupacional (Ref = Medio profesional)			7,927	
	Medio no profesional	0,211	0,096	4,867	1,235**
	Bajo integrado	0,241	0,103	5,477	1,273**
	Bajo marginal	0,343	0,125	7,458	1,409***
	Región Urbana (Ref = CABA)			56,896	
	Conurbano Bonaerense	0,342	0,122	7,826	1,407***
	Otras regiones urbanas	-0,194	0,110	3,112	0,823
	Pobreza por ingresos (Ref = No pobre)				
	Pobre	-0,032	0,077	0,170	0,969
	Características del individuo	Sexo (Ref = Mujer)			
Varon		0,392	0,058	46,530	1,480***
Grupos de edad (Ref = 75 años y más)			65,289		
18 a 34 años		1,225	0,171	51,143	3,403***
35 a 59 años		1,040	0,169	37,922	2,829***
60 a 74 años		0,542	0,157	11,846	1,719***
Características del estado y atención en salud	Cobertura Médica (Ref = Plan privado o prepaga)			97,176	
	Obra social o Mutual	0,681	0,124	29,959	1,975***
	PAMI	0,708	0,165	18,350	2,029***
	Cobertura exclusivamente pública	1,210	0,135	79,851	3,353***
	Malestar psicológico (Ref = Con déficit)				
	Sin malestar psicológico	0,601	0,073	67,919	1,824***
	Estado de salud autopercebido (Ref = Con déficit)				
	Sin déficit de salud autopercebido	1,128	0,109	107,420	3,089***
	Dolor físico (Ref = Con déficit)				
	Sin dolor	1,055	0,173	37,233	2,873***
Estadísticos del modelo	Constante	-4,360	0,291	225,158	0,013***
	R cuadrado de Cox y Snell	0,136			
	R2 de Nagelkerke	0,182			
	% de aciertos	83,1			

Nota: Valor p: *** p<0.01, ** p<0.05 / A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver Informe Metodológico).

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

Los resultados en el período 2020 (Ver Tabla I 3.1) desprenden que las personas con un buen estado de salud elevan a casi 6 (5,66) las probabilidades de no haber consultado a un médico en los últimos 12 meses. Podría inferirse que en un contexto de crisis sanitaria en el cual las medidas preventivas eran aun significativamente restrictivas y un panorama sin campaña de vacunación contra la enfermedad de COVID-19, resultaba un factor decisivo tener un estado de salud deficitario para realizar consultas médicas. Situación similar se observa en quienes referían no tener un dolor físico, que casi triplican (2,76) las chances de no asistir a la atención en salud. En este primer tiempo de pandemia y ASPO, los grupos que comprenden las edades entre 18 a 60 años, marcan diferencias respecto a las personas mayores de 75 años. Especialmente, los jóvenes de 18 a 34 años triplican (2,93) las posibilidades de no realizar un control médico. El grupo etario de 60 a 74 años no evidenció diferencias significativas respecto a los mayores, tratándose de un segmento de edad que posiblemente presentaran problemas de salud teniendo que mantener el comportamiento de un chequeo anual. Por otro lado, los resultados indican que los varones presentan un 77% más de probabilidades de no consultar a un médico respecto a las mujeres, mientras que las personas que residen en el Conurbano Bonaerense incrementan un 39% las chances al ser comparados con los residentes de CABA como categoría de referencia. Por último, aparece la cobertura médica de los individuos como un importante factor explicativo de la no realización de una consulta médica anual en tiempo de ASPO, y todas las categorías marcan diferencias respecto a la categoría de referencia que incluye a las personas con prepaga. Al respecto, las personas con cobertura exclusivamente pública casi triplican (2,74) las chances, mientras que los beneficiarios del PAMI duplican (2,17) las posibilidades y las personas cubiertas por obra social o mutual aumentan en un 59% las probabilidades de no atenderse con un profesional de la salud.

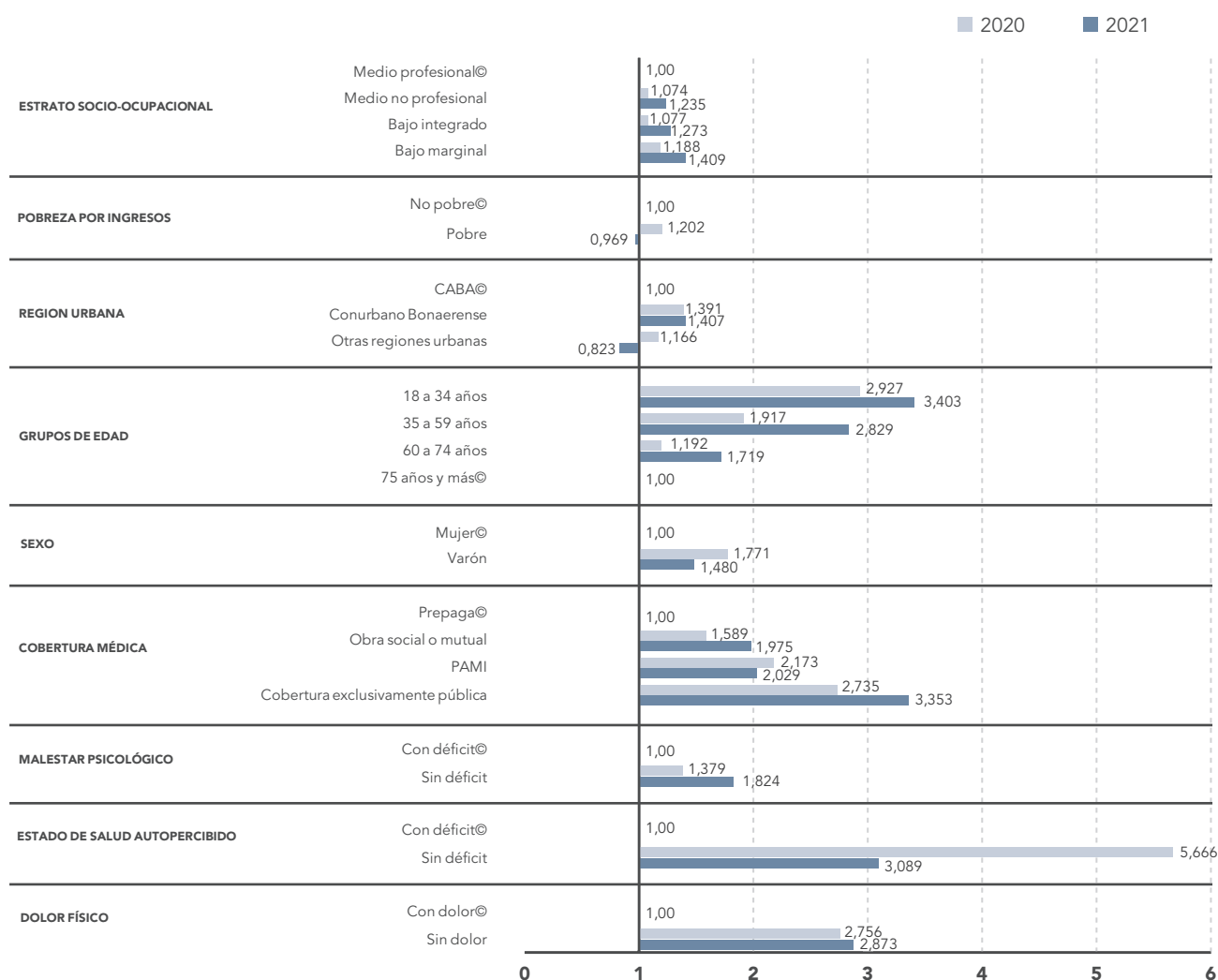
Al analizar los resultados de la EDSA 2021 (Ver Tabla I 3.2), en un tiempo de avances en la campaña de vacunación contra la COVID-19 y frente a mayores flexibilizaciones en las restricciones sanitarias, se observa que un buen estado de salud y no sufrir un dolor físico continúan siendo determinantes a la hora de no realizar consultas médicas, aunque con

una menor incidencia que en el año 2020, donde el acento estaba puesto en la COVID-19. Las personas sin problemas de salud y sin dolor físico elevan a 3 las chances de no asistir a la atención en salud, respecto a sus pares que padecen dolores o enfermedades. En este tiempo de análisis, aparece también el malestar psicológico como factor explicativo, ya que las personas sin sintomatología ansiosa y/o depresiva aumentan a casi 2 (1,82) las probabilidades de no realizar un chequeo médico, respecto a las personas con malestar psicológico. Al analizar el déficit en función de características estructurales del hogar de las personas, se observa que los residentes del Conurbano Bonaerense nuevamente en el año 2021 incrementan un 40% las chances de no acudir a un profesional de la salud, respecto a los que residen en CABA. A su vez, a diferencia del escenario restrictivo de ASPO, vivir en condiciones de vulnerabilidad social, económica, laboral y educativa, parecería ser un factor que influye en no haber mantenido el hábito saludable. Se observa que las personas pertenecientes a un hogar del estrato bajo marginal aumentan en un 41% sus probabilidades respecto al estrato medio profesional. En consideración de las características personales, en clave de mayor flexibilización durante en año 2021, todos los grupos etarios marcan diferencias respecto al grupo de 75 años y más, considerada la categoría de referencia. Específicamente, las probabilidades se elevan a más de tres (3,40) en el grupo de 18 a 34 años, mientras que también casi se triplican (2,83) en las personas de 35 a 59 años. En el grupo de 60 a 74 años, las chances ascienden a un 72% de no realizar una consulta en salud en 12 meses, respecto al grupo de 75 años y más. Por su parte, los varones tienen el 48% de probabilidades de presentar déficit en la asistencia médica anual, comparado con las mujeres.

Figura I 3.8.

Factores que inciden en la posibilidad de no realizar una consulta médica en los últimos 12 meses, según categorías seleccionadas. Coeficientes de regresión.

Razones de probabilidad en población de 18 años y más · Años 2020-2021



© Atributo de comparación

Nota: A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver Informe Metodológico).

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

Como ha establecido la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), tanto el estado de salud de las personas como sus posibilidades de acceso a la atención, involucran factores que van más allá del ámbito exclusivo de la salud y remiten a carencias del contexto, así como características sociodemográficas y apreciaciones personales. Hasta el año 2019 previo a la llegada de la pandemia, 3 de cada

10 adultos indicaba no realizar al menos una consulta anual con un médico. Estos valores se disparan y multiplican a partir de la emergencia sanitaria por COVID-19 en 2020 y si bien disminuyen en 2021, aún resulta elevado el porcentaje de personas que no acceden a la atención médica con regularidad. Los datos que desprende la EDSA han evidenciado que factores personales, sociales y económicos

explican la desigualdad en el acceso a la salud en Argentina. Estas inequidades y privaciones en salud también las explica la valoración subjetiva que cada persona tiene sobre su propio estado de salud y en función del sistema de salud argentino, que ha debido estar a prueba en medio de una crisis sanitaria sin precedentes como la ocurrida por COVID-19.

Referencias bibliográficas

Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (2020). *Impacto de la pandemia COVID-19 sobre el sistema de salud argentino*. Buenos Aires: CAEME.

Hidalgo-Vega, A. (2020). *Aspectos regulatorios relevantes para el acceso a la innovación*. En *El valor del medicamento desde una perspectiva social en Argentina y en países de su entorno*. Madrid: Fundación Weber. doi: <https://doi.org/10.37666/L10-2020>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Cobertura sanitaria universal*. Ginebra: OMS.