

# Desarrollo y optimización de un índice multidimensional de acceso a servicios de salud. Bahía Blanca

Parte I: Marco teórico, Instrumento y Análisis Descriptivo

Documento  
de Trabajo  
2022-01



**GEISS**



FUNDACIÓN  
BUNGE Y BORN



# **Desarrollo y optimización de un índice multidimensional de acceso a servicios de salud. Bahía Blanca**

## **Parte I: Marco teórico, Instrumento y Análisis Descriptivo**

---

Documento de Trabajo

2022-01

## Desarrollo y optimización de un índice multidimensional de acceso a servicios de salud

### Coordinación general del proyecto

**Valentín Starosta** – Analista de Proyectos - Fundación Bunge y Born  
**Aníbal Blanco** – Investigador – CONICET- gEISS

### Autores

**Aníbal M. Blanco** – CONICET- gEISS  
**María Florencia Arnaudo** – UNS -gEISS  
**Fernando P. Lago** – UNS – gEISS  
**M. Susana Moreno** – CONICET – gEISS  
**Milva Geri** – UNS- CONICET - gEISS  
**Gisela P. Gonzales** – UNS- CONICET - gEISS  
**María Eugenia Elorza** – CONICET – UNS - gEISS  
**Nebel S. Moscoso** – UNS- CONICET – gEISS  
**J. Alberto Bandoni** – UNS- CONICET – gEISS  
**Dana Gutman** – Fundación Bunge y Born  
**Eugenia Hernández** – Fundación Bunge y Born  
**Valentín Starosta** – Fundación Bunge y Born  
**Brenda Walter** – Fundación Bunge y Born

### Equipo de trabajo

**Aníbal M. Blanco** – CONICET- gEISS  
**María Florencia Arnaudo** – UNS -gEISS  
**Fernando P. Lago** – UNS – gEISS  
**M. Susana Moreno** – CONICET – gEISS  
**Milva Geri** – UNS- CONICET - gEISS  
**Gisela P. González** – UNS- CONICET - gEISS  
**María Eugenia Elorza** – CONICET – UNS - gEISS  
**Nebel S. Moscoso** – UNS- CONICET – gEISS  
**J. Alberto Bandoni** – UNS- CONICET – gEISS  
**Guillermo A. Durand** – UNS- CONICET – gEISS  
**Graciela A. Moreno** – UTN- CONICET – gEISS  
**Emiliano Gutiérrez** – UNS- CONICET – gEISS  
**Juan Viridis** – UNS- CONICET – gEISS  
**Facundo Durán** – UNS- CONICET – gEISS  
**Gimena Ramos** – UNS- CONICET – gEISS  
**Leandro Meller** – UNS- CONICET – gEISS  
**Mauricio Porras** – UPSO -CONICET-gEISS  
**Valentín Starosta** – Analista de Proyectos - Fundación Bunge y Born  
**Dana Gutman** – Analista de Proyectos - Fundación Bunge y Born  
**Eugenia Hernández** – Analista de Proyectos - Fundación Bunge y Born  
**Estanislao Pahn** – Analista de Proyectos - Fundación Bunge y Born  
**Tomás Olego** – Fellow Fundación Bunge y Born  
**Martín Langsam** – Fellow Fundación Bunge y Born

Agradecemos a todos los colegas del gEISS que han desarrollado el trabajo de investigación, especialmente a Aníbal Blanco quien desempeñó un rol fundamental como líder de este equipo. También agradecemos al equipo de la Fundación Bunge y Born que asesoró en todas las etapas del proyecto, especialmente a Valentín Starosta que trabajó como coordinador del proyecto, y a Martín Langsam y Tomás Olego que realizaron aportes muy útiles desde su rol como Fellows en la Fundación Bunge y Born. Por último, destacamos que este proyecto fue seleccionado en el marco de la convocatoria MásSALUD, organizada por la Fundación Bunge y Born, que ofreció acompañamiento financiero y técnico para el desarrollo del mismo. Todos los hallazgos, interpretaciones y opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no representan necesariamente el punto de vista de sus respectivas instituciones.

# Índice

Introducción	5
Marco teórico	7
Metodología	10
Resultados	13
Discusión	24
Conclusiones y trabajo futuro	26
Referencias	28
Anexo	29



# Introducción

La existencia de disparidades en el acceso a los bienes y servicios de salud es un aspecto fundamental al momento de diseñar políticas públicas. En el caso de Argentina, no todos los segmentos poblacionales presentan un acceso efectivo a las prestaciones sanitarias y, en caso de conseguirlo, en ocasiones deben soportar dificultades financieras en el proceso. En líneas generales, los segmentos de población más vulnerables presentan peores condiciones de acceso a las prestaciones de salud (Beardsley, Wish, Fitzelle, O'Grady, and Arria, 2003; Grabovschi, Loignon y Fortin, 2013).

En 2018, la Fundación Bunge y Born desarrolló el Índice de Vulnerabilidad Sanitaria (en adelante IVS) con el objetivo de identificar zonas que tengan déficit en la cobertura sanitaria de la población; es decir, zonas que no logran superar un umbral mínimo en el acceso a servicios de salud. Para la construcción del IVS y su correspondiente Mapa de Vulnerabilidad Sanitaria se combinaron dos dimensiones relacionadas con la vulnerabilidad:

1. Acceso a prestaciones y servicios de salud por parte del estado,
2. Nivel Socioeconómico de la Población (en adelante NSE).

El IVS (Rosati, Olego, Vazquez Brust, 2020) se basó en la construcción de un mapa interactivo que midiera las distancias a establecimientos de salud y que posiblemente pudiera complementarse con diversos servicios brindados por el Estado en sus diversos niveles (Rosati, Olego, Vazquez Brust, 2020). Para esto, se tomó la distancia de la población a los diversos servicios de salud como un criterio que permitiera tomar mejores decisiones por parte de la política pública.

Con voluntad de seguir trabajando en la temática, en 2021 la Fundación Bunge y Born diseñó y abrió la convocatoria MásSALUD, cuyo propósito fue identificar y acompañar propuestas orientadas a desarrollar nuevos modelos de análisis sobre el acceso a los servicios de salud o bien intervenciones cuyo objetivo principal fuera mejorar el acceso a las prestaciones sanitarias por parte de población vulnerable.

En este marco, a fines de 2021 el equipo del Grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud, UNS-CONICET (gEISS, de aquí en adelante) presentó una idea-proyecto que fue seleccionada para ser acompañada a lo largo de un año de co-creación por el equipo de la Fundación Bunge y Born.

Esta idea-proyecto tuvo como objetivo ampliar el IVS y desarrollar un índice multi-dimensional de acceso a los bienes y servicios de salud. Se propuso recuperar los aportes del IVS y ampliar la profundidad del análisis mediante la inclusión de dimensiones complementarias: aceptabilidad, disponibilidad, adaptación, adecuación y accesibilidad (esta última en sus sub-dimensiones geográfica, económica y administrativa-organizacional).

Se plantearon como objetivos específicos:

1. Incorporar dimensiones no consideradas en el IVS, contribuyendo así a generar información complementaria respecto de las barreras/facilitadores que atraviesan los individuos en el proceso de acceso a los bienes y servicios de salud.
2. Combinar de manera óptima los indicadores (variables), correspondientes a cada dimensión estudiada.
3. Generar insumos y conocimiento que sean útiles en la definición de políticas públicas de salud y sirvan para llevar adelante intervenciones.

Este informe pretende documentar lo realizado por el equipo gEISS con el acompañamiento y apoyo de parte del equipo de la Fundación Bunge y Born, y presentar resultados preliminares del trabajo realizado vinculados por el momento con los objetivos 1 y 3. Busca específicamente:

- Presentar los principales resultados obtenidos por el relevamiento de campo realizado por el equipo de trabajo del gEISS.
- Generar un insumo que facilite los procesos de toma de decisiones sobre problemas complejos para investigadores y decisores políticos.
- Describir la base de datos para integrar las nuevas dimensiones en un índice multidimensional a desarrollar.

Los resultados aquí expuestos permiten una primera aproximación a tres preguntas particulares planteadas al momento de diseñar el protocolo de investigación: i) caracterizar el perfil socioeconómico de los hogares del aglomerado bajo estudio, ii) evaluar la existencia (o ausencia) de barreras al acceso en la etapa de percepción de la necesidad y búsqueda de cuidados médico-sanitarios, y iii) analizar la existencia de barreras en el acceso experimentadas al momento de demandar atención médico-sanitaria, considerando cada una de las dimensiones del acceso y los distintos servicios sanitarios analizados.



# Marco teórico

El IVS (Rosati, Olego, Vazquez Brust, 2020) se basó en la construcción de un mapa interactivo que midiera las distancias a establecimientos de salud y que posiblemente pudiera complementarse con otros servicios brindados por el Estado en sus diversos niveles. Para esto, se tomó la distancia de la población a los diversos servicios de salud, (dimensión *accesibilidad geográfica*) y se la combinó con una variable relacionada con el nivel socioeconómico de la población (dimensión *accesibilidad económica*). La integración de ambas variables permitió la generación de un indicador que puede emplearse como un criterio que permita tomar mejores decisiones por parte de la política pública a partir de una mejora en la planificación de la inversión en el área.

Además de las dimensiones mencionadas, el acceso a bienes y servicios de salud se caracteriza por dimensiones adicionales. En el esquema de la Fig. 1 se exponen las etapas que explican el acceso a los bienes y servicios de salud como un proceso que comprende desde la percepción de una necesidad hasta el momento de experimentar las consecuencias de la atención de la salud recibida, pasando por las instancias de búsqueda y utilización. A su vez, cada una de estas etapas están relacionadas con una o varias dimensiones (González, 2022).

Figura 1  
Etapas y dimensiones del acceso a los bienes y servicios de salud

Percepción de la necesidad en salud	Búsqueda de la atención sanitaria	Utilización de las prestaciones médico sanitarias	Consecuencias de la atención de la salud
ACEPTABILIDAD	DISPONIBILIDAD ACC. GEOGRÁFICA ACC. ADMIN-ORG ACC. ECONÓMICA ACEPTABILIDAD	ACC. GEOGRÁFICA ACC. ADMIN-ORG ACC. ECONÓMICA ADAPTACIÓN	ADECUACIÓN ACEPTABILIDAD

La primera etapa tiene que ver con la **percepción de la necesidad de salud** de los individuos cuando experimentan problemas en su salud. En esta etapa, adquiere importancia que el sujeto perciba que identificar la necesidad es el primer paso para lograr el bienestar. La *aceptabilidad*, dimensión asociada a esta etapa, tiene que ver con la confianza que el individuo tiene sobre el sistema de salud en su conjunto, la cual puede verse condicionada por las creencias en salud del sujeto, a su vez influenciadas por variables socio-demográficas (edad, sexo, religión, estado civil, etnia, nivel educativo y de ingresos, etc.) y por experiencias previas en el sistema de salud. La aceptabilidad influye fuertemente sobre la etapa de percepción de la necesidad y condiciona la interpretación sobre que un problema de

salud es una alteración del bienestar que debe ser atendida o desestimada, esto último pudiendo provocar a futuro un empeoramiento, situaciones de incapacidad o incluso una muerte temprana. Asimismo, esta dimensión impacta sobre la segunda etapa de **búsqueda de atención**.

Una vez producida la percepción de la necesidad de salud, el individuo debería intentar resolverla a través del sistema de salud. Al iniciar el proceso de búsqueda debe identificar a los proveedores que puedan asistirlo, indagando horarios de atención, ubicación de los centros de salud y posibilidades de traslado, entre otras variables. En esta etapa, además de tomar la decisión de optar por la atención médica, se contempla el análisis de todos los proveedores sanitarios disponibles y todas las decisiones logísticas y técnicas a llevar a cabo. La dimensión de *disponibilidad* hace referencia entonces a la existencia de instituciones proveedoras de servicios de salud que cuentan con los recursos humanos y tecnológicos para satisfacer las necesidades sanitarias de un individuo. A su vez, la dimensión *accesibilidad espacial- geográfica* se relaciona con la capacidad del individuo de llegar físicamente a los proveedores de salud y depende fundamentalmente de las distancias, tiempos y medios de transporte disponibles. También influyen esta etapa las dimensiones *administrativa-organizacional* (obtención de turnos) y *económica* (costo traslados, costo consulta).

La tercera etapa está relacionada con la **utilización de las prestaciones médico sanitarias** y comienza cuando el individuo acude efectivamente al proveedor elegido. Esta instancia no sólo involucra el contacto con el prestador sino también la ejecución de todas aquellas acciones de diagnóstico y tratamiento que el profesional le indique. En esta etapa son preponderantes las dimensiones *accesibilidad administrativa-organizacional* y *económica*. La dimensión *accesibilidad administrativa-organizacional* se vincula con la capacidad del individuo de atravesar las exigencias organizativas y burocráticas requeridas para la atención de su salud, tales como los horarios de atención de los centros de salud, los tiempos de espera y la modalidad de obtención de turnos. Adicionalmente, este tipo de accesibilidad se vincula con aspectos que hacen a la organización del hogar del individuo, como por ejemplo la posibilidad de faltar al trabajo para poder concurrir a un turno o conseguir cuidadores para sus familiares a cargo. Por su parte, en esta etapa, la dimensión de *accesibilidad económica* tiene que ver con la capacidad del sujeto de financiar la atención y se ve condicionada por sus ingresos personales y familiares, su cobertura de salud, el monto de las erogaciones que debe realizar para obtener atención y afrontar el tratamiento y la eventual necesidad de recurrir a préstamos. A su vez, la *accesibilidad espacial-geográfica* se relaciona con la capacidad del individuo de llegar físicamente a los proveedores de salud y con su sensación de comodidad una vez que ingresa al lugar de atención respecto a su infraestructura. La dimensión *adaptación*, asociada a esta etapa, hace referencia al aspecto cultural de la interacción entre usuarios y oferentes de bienes y servicios de salud y tiene en cuenta el esfuerzo que realizan los profesionales de brindar atención sanitaria para adecuar su comportamiento al tipo de paciente que demanda el servicio, incluyendo la relación con los acompañantes de este, en el caso de niños o adultos que requieran acompañamiento. También se contempla en esta dimensión el esfuerzo del propio individuo para vincularse con los profesionales de la salud, comprender su lenguaje e interpretar las indicaciones de tratamiento.

Por último, es posible distinguir una cuarta etapa de **consecuencias de la atención de la salud**, la cual comprende la percepción que tiene el individuo de los

resultados generados por las distintas intervenciones médico-sanitarias realizadas sobre su stock de salud. Estas intervenciones, de acuerdo a su criterio, pueden haber contribuido, o no, a restablecerlo, mantenerlo o mejorarlo. En otras palabras, en esta etapa el individuo evalúa si las acciones recomendadas por el profesional de la salud mejoraron su bienestar en función de la necesidad que motivó la búsqueda de atención. La *adecuación* tiene entonces que ver con la calidad de la atención de la salud y la medida en que la misma puede dar respuesta a la necesidad sanitaria que le dio origen. La valoración positiva o negativa podría condicionar las instancias futuras de percepción de necesidad de salud y la decisión de una nueva búsqueda de atención. Finalmente, la dimensión *aceptabilidad* también interviene en esta etapa dado que las creencias del sujeto podrían influir en la valoración de los resultados y condicionar futuras decisiones cuando perciba una necesidad de atención.

En conclusión, el acceso a los servicios de salud entendido como la triple interacción necesidad-demanda-oferta, se trata de un fenómeno complejo de múltiples etapas y dimensiones interrelacionadas.

# Metodología

## El instrumento

Para alcanzar los objetivos propuestos, se diseñó un instrumento de recolección de datos cuantitativos. Esta encuesta fue administrada a una muestra estadísticamente representativa de la población objeto de estudio, lo cual permitió realizar un análisis descriptivo de las respuestas obtenidas. El núcleo de la encuesta consiste de 35 preguntas cerradas distribuidas en tres módulos. Cabe aclarar que el número de preguntas a las cuales efectivamente pueden responder los entrevistados suelen ser menos, en vista de los distintos saltos lógicos existentes entre preguntas.

El primer módulo **Utilización y Experiencia de la Atención** comprende cinco bloques independientes de preguntas referidas a la utilización de distintos servicios de salud: i) Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), ii) Consultorios (tanto particulares como consultorios externos pertenecientes a hospitales), iii) Guardias hospitalarias, iv) Servicios de internación de hospitales y, v) Otros Estudios/Tratamientos (por ejemplo, diagnóstico por imágenes, análisis clínicos, rehabilitación kinesiológica, radioterapia y diálisis). Cabe aclarar que en el caso de hospitales se incluyen tanto prestadores públicos como privados.

Este módulo de preguntas se desarrolló de tal manera que permita identificar la existencia de barreras en el acceso experimentadas al momento de demandar atención médico-sanitaria en cada uno de los servicios de salud considerados, para cada una de las dimensiones del acceso del marco teórico de referencia. Para ello se utilizó la escala Likert, la cual registra la respuesta en términos de acuerdo o desacuerdo por parte del encuestado ante una serie de afirmaciones relativas al objeto de estudio, contemplando sentencias relativas a cada una de las dimensiones involucradas en el acceso. En promedio se elaboraron 23 afirmaciones para cada uno de los servicios de salud considerados.

El segundo módulo **Necesidad Auto percibida y Búsqueda de Atención** incluye preguntas relacionadas a la capacidad de los sujetos de autopercebir su necesidad de atención y si se convirtió, o no, en una demanda efectiva de servicios médicos-sanitarios. En este último caso, además, se indagan las razones de tal comportamiento.

El módulo **Características Socioeconómicas del Hogar** contiene las preguntas típicas formuladas para identificar el nivel socioeconómico de los encuestados con el fin de poder asociar los resultados obtenidos en los restantes módulos con dicho nivel y obtener una descripción de las características para distintos segmentos de población según esta condición.

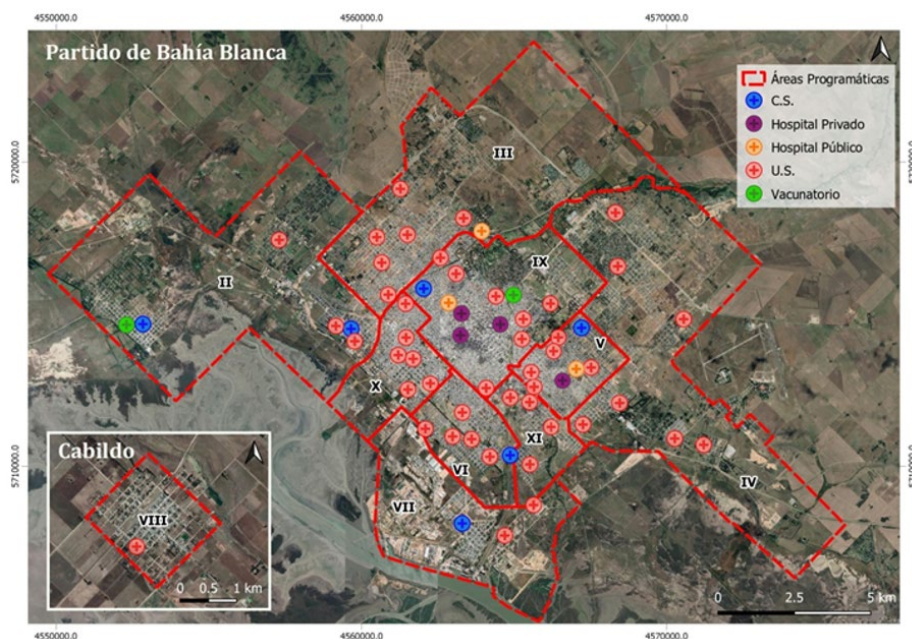
Este instrumento fue validado en su contenido por expertos en metodología de la investigación (cuantitativa y cualitativa) y en economía de la salud y aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” de Bahía Blanca.

## Región bajo estudio

El sistema bajo estudio corresponde a las localidades de Bahía Blanca, Gral. Daniel Cerri e Ing. White, un aglomerado que forma parte del partido de Bahía Blanca. El partido incluye además a la localidad de Cabildo, distante a 50 kilómetros del aglomerado bajo estudio. En el partido de Bahía Blanca, el sistema de salud pública se divide en tres niveles gubernamentales: municipal, provincial y nacional. El Hospital Interzonal “Dr. José Penna” de Atención Aguda General es el responsable del nivel provincial y el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”, junto con 56 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) son los responsables del nivel municipal. El nivel nacional corresponde a un hospital militar.

De los 56 CAPS presentes en la ciudad, seis son Centros de Salud y los 50 restantes son Unidades Sanitarias. La diferencia entre los Centros de Salud (CS) y las Unidades Sanitarias (US) radica en la cantidad de especialidades que se ofrecen, horarios y capacidad de atención, siendo mayores para los Centros de Salud que para las Unidades Sanitarias. La oferta del sector privado consiste en cuatro hospitales y una gran cantidad de prestadores particulares en todas las especialidades. En la Figura 2 se presenta una geolocalización de los principales prestadores. El sistema descrito ha sido estudiado en los últimos años por el grupo de trabajo desde distintos puntos de vista (Elorza y col., 2018, 2022).

Figura 2  
Hospitales y CAPS  
por área programática  
dentro del partido de  
Bahía Blanca



## Selección de la muestra y trabajo de campo

La encuesta relevó información de una muestra de 1.496 hogares urbanos del aglomerado descripto, representativa de un universo (población) de 105.891 hogares. Dicha muestra se calculó con el objetivo de estimar el porcentaje de población que necesitó, demandó o recibió atención del sistema de salud local, considerando una distribución de Bernoulli. Para aumentar la precisión de las estimaciones, se consideraron estratos por barrios o zonas residenciales (agrupamientos de los 371 radios censales utilizados en el Censo de Población y Vivienda de 2010). Se consideraron 71 zonas con dominio en el aglomerado de referencia.

Se establecieron tamaños muestrales de 10, 15, 20 y 30 casos por zona en función de la variabilidad de las condiciones de vida de los hogares y de la densidad poblacional. Así, en barrios de baja densidad poblacional y mayor homogeneidad de hogares se tomaron 10 casos efectivos, mientras que en otros donde hay más población y heterogeneidad se tomaron 30 casos. Los tamaños muestrales de 15 y 20 son situaciones intermedias de densidad y heterogeneidad.

Con el objeto de obtener información lo más fidedigna posible se preguntó solamente por experiencias que hayan tenido lugar en los últimos 12 meses. Asimismo, para recabar la mayor cantidad posible de información se solicitó que la persona entrevistada brindara información tanto por experiencias propias, así como que haya tenido en calidad de acompañante de familiar o simplemente por conocimiento de la situación como miembro del hogar. El trabajo de campo se llevó a cabo durante el mes de agosto de 2022.

## Análisis de los datos

Si bien para la identificación de barreras al acceso se utilizaron en promedio 23 afirmaciones por cada tipo de proveedor y 8 variables para la caracterización socioeconómica de los hogares, para dar respuesta a cada una de las preguntas particulares planteadas en este análisis estadístico preliminar se consideran un número reducido de variables representativas. El detalle de las variables seleccionadas para cada pregunta particular puede consultarse en el Anexo.

# Resultados

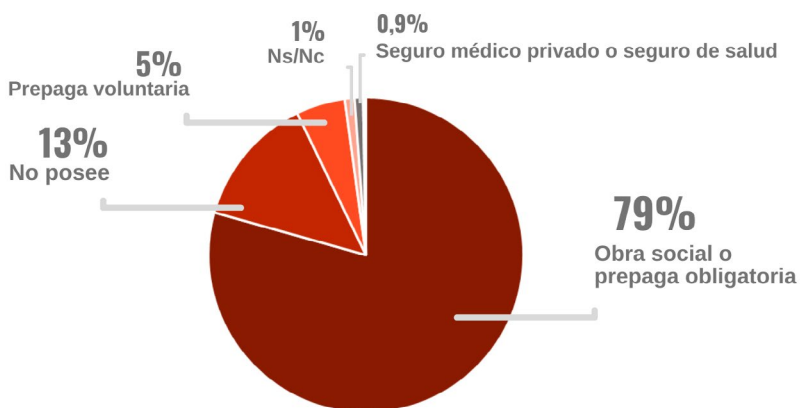
## Características socioeconómicas del hogar

A partir del análisis de la base de datos elaborada se observa que el 31% de los hogares del aglomerado estudiado está compuesto por dos personas, en tanto que la proporción de hogares conformados por uno, tres y cuatro integrantes es similar, en torno al 19%. Los hogares de 5 y más personas completan la muestra.

La mayor proporción de los hogares presenta como principal fuente de ingresos a un miembro que pertenece a la población económicamente activa (65%), de los cuales el 42% corresponde a un empleo registrado, el 11% se origina por algún trabajo informal y el restante 12% de los hogares obtiene sus ingresos de algún miembro inscripto como monotributista o autónomo. Un 32% de los hogares cuenta como fuente principal de ingresos un beneficio jubilatorio o pensión.

La Figura 3 muestra resultados relacionados con la cobertura de salud. En un 13% de los hogares del aglomerado bajo análisis, el/la miembro principal fuente de ingresos no cuenta con cobertura de salud. El 84% restante cuenta con algún tipo de cobertura, ya sea mediante una obra social o prepaga obligatoria (79% del total) o una prepaga voluntaria (5% del total).

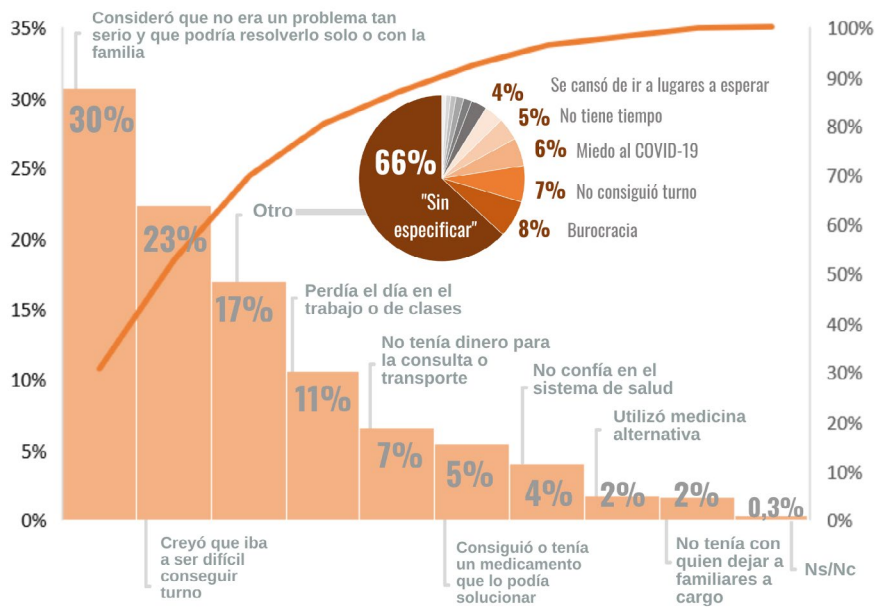
Figura 3  
**Cobertura de salud de la persona responsable de la principal fuente de ingresos del hogar**



## Necesidad autopercebida y búsqueda de atención

En el 20% de los hogares algún miembro experimentó alguna necesidad de atención por un problema de salud o prevención que no se manifestó en demanda de atención en el sistema.

Figura 4  
**Motivos por los cuales no se buscó atención, habiendo percibido una necesidad**



Entre los motivos por los cuales no se buscó la atención se mencionó en primer lugar la convicción de que se trataba de un problema que se podía resolver sin intervención de profesionales seguido por problemáticas relativas a la aceptación o confianza sobre el sistema de salud y las condiciones burocráticas y administrativas (tanto del proveedor de salud como propias), de acuerdo al detalle de la Figura 4.

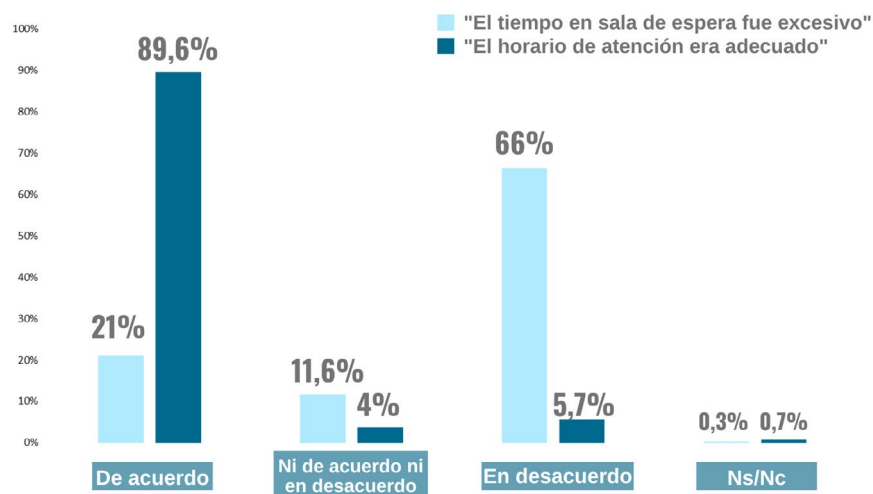
Respecto de la consulta a los distintos servicios, se pudo identificar que sólo en el 7% de los hogares ningún miembro concurrió a algún tipo de servicio de salud en el período indagado (12 meses). En la mayor proporción de hogares del aglomerado los miembros consultaron dos servicios de salud distintos (34%), seguido por los hogares donde sus miembros consultaron tres servicios diferentes (27%).

### Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)

Del total de hogares del aglomerado bajo análisis, el 30% manifestó que alguno de sus miembros concurrió a un CAPS en el transcurso del último año. En relación a la *accesibilidad administrativa-organizacional* (Fig. 5) en un 89,6% de los hogares se considera que el horario de atención era adecuado, mientras que el 21% de los casos consideran que el tiempo de espera en la sala fue excesivo.



Figura 5  
**CAPS. Accesibilidad administrativa-organizacional**



Respecto de la *accesibilidad geográfica* (Fig. 6) en más del 90% de los hogares se está de acuerdo con que "ir y volver fue fácil" mientras que en el 76% se considera que el CAPS estaba cerca de su domicilio.

Figura 6  
**CAPS. Accesibilidad espacial-geográfica**

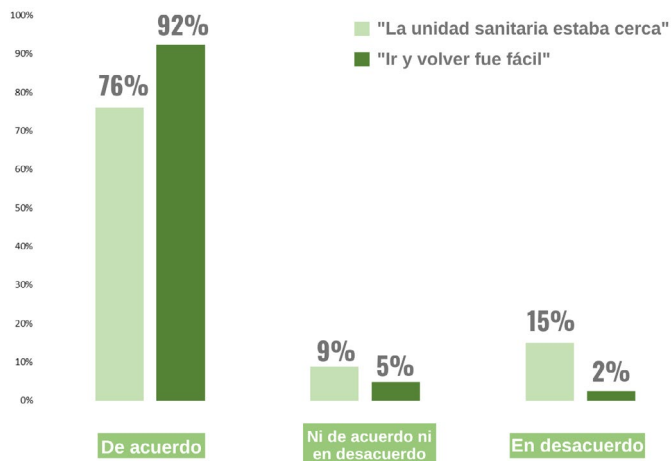
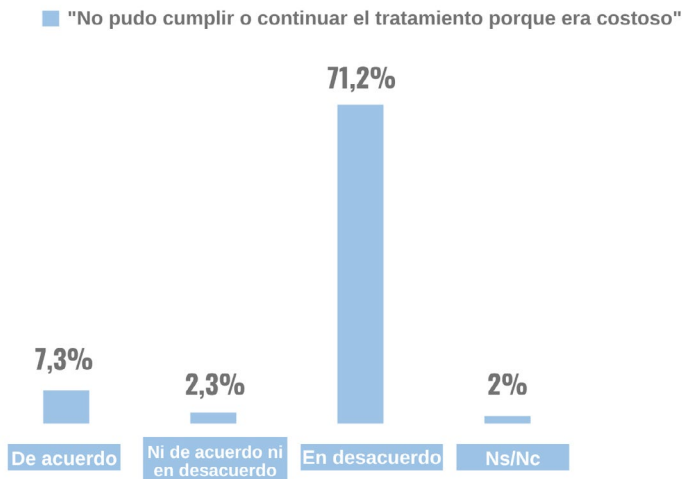


Figura 7  
**CAPS. Accesibilidad económica**



En cuanto a las barreras económicas (*accesibilidad económica*, Fig. 7), se evidencia que si bien en la gran mayoría de los hogares consultados (71,2%) no experimentaron dificultades en la adherencia al tratamiento vinculadas a su costo, sí sucedió en el 7,3% de los casos.

En relación a la dimensión de *disponibilidad* de los servicios (Fig. 8) en el 88% de los hogares que acudió a un CAPS se sostiene que los servicios que necesitó estaban disponibles, mientras que un 7% de los hogares consultados se manifestó un desacuerdo con tal afirmación.

Figura 8  
CAPS. Disponibilidad

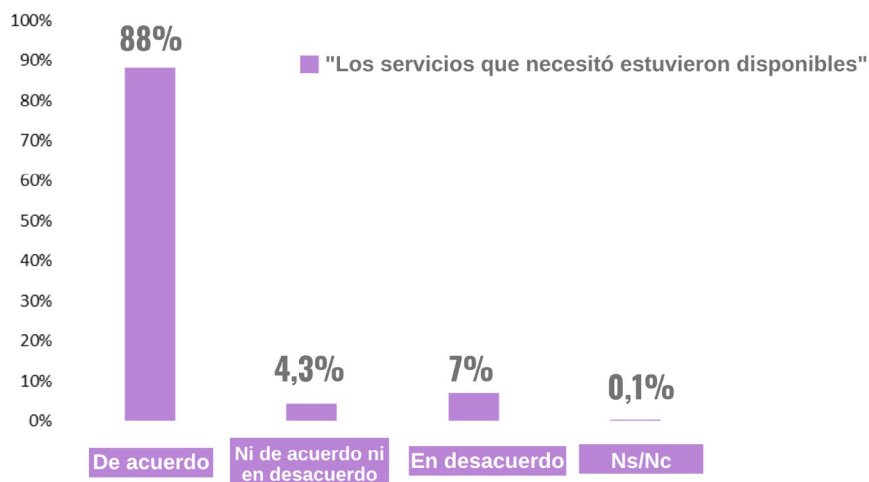
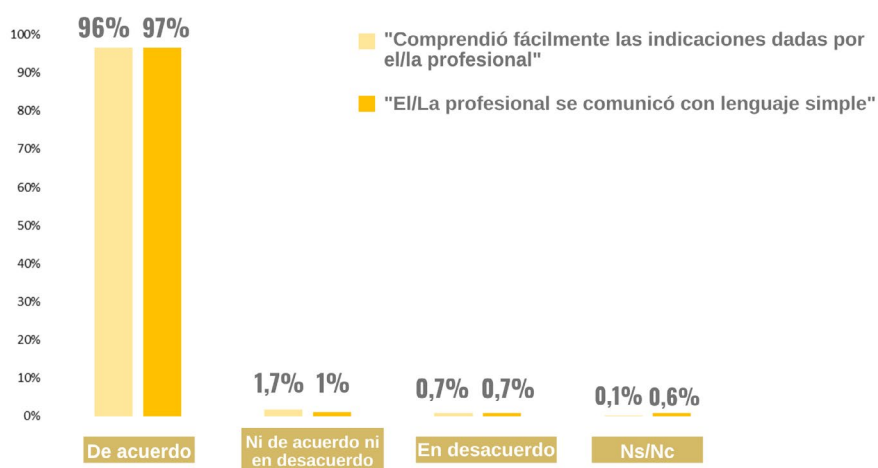


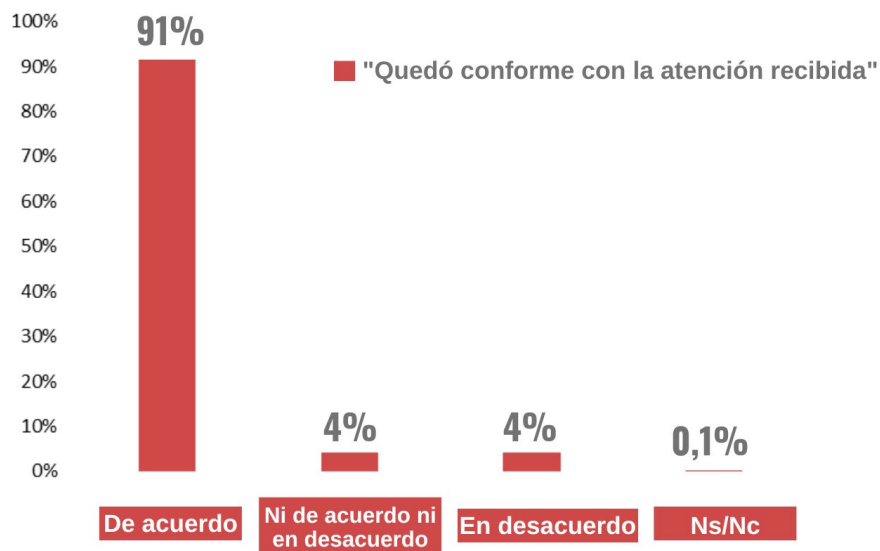
Figura 9  
CAPS. Adaptación



Los datos sugieren que no se registran barreras al acceso relacionadas con la dimensión *adaptación* (Fig. 9) ya que prácticamente en la totalidad de los hogares se considera haber comprendido las indicaciones dadas por el profesional que los atendió y que, además, dicho profesional utilizó lenguaje simple.

Por último, en relación a la dimensión de *adecuación* (Fig. 10) en el 91% de los hogares que demandó atención médica en un CAPS en el transcurso del último año se manifestó una conformidad con la atención recibida.

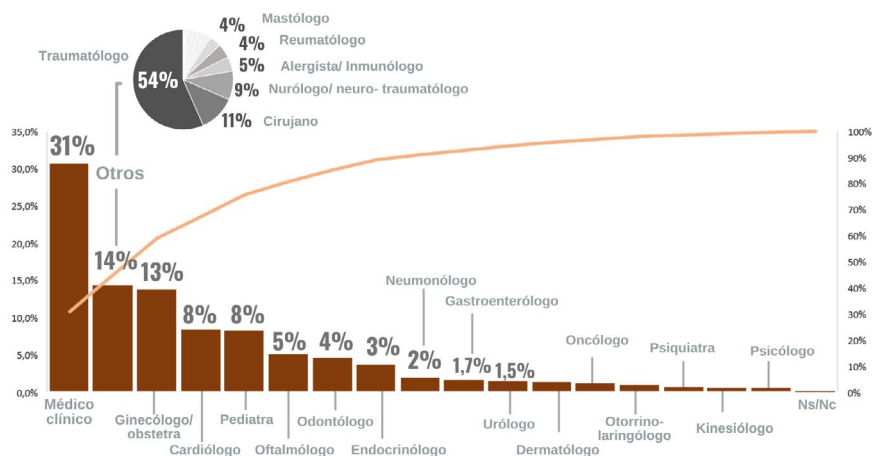
Figura 10  
CAPS. Adecuación



## Consultorios médicos

En el último año, en el 72% de los hogares del aglomerado estudiado, algún miembro del hogar concurrió a un consultorio médico. Se consideran visitas tanto a consultorios particulares como a consultorios externos de hospitales, siendo el tipo de servicio médico más demandado por los hogares bahienses. De estas consultas, el 31% corresponde a la especialidad de Clínica médica, seguida por Ginecología/Obstetricia con el 13% de las consultas y Cardiología y Pediatría, con un 8% respectivamente (Fig. 11).

Figura 11  
Consultorios médicos.  
Composición de la demanda por especialidad



Se analizaron las respuestas de los hogares demandantes de este tipo de servicios desagregadas en dos grupos: *clínica médica* y *otras especialidades*. A continuación, se reportan los hallazgos únicamente relacionados con clínica médica dado que los correspondientes a especialidades difieren muy poco de aquellos.

Del total de hogares con miembros que asistieron a un consultorio de clínica médica, si bien la mayor parte no experimentó barreras al acceso correspondientes a la dimensión *accesibilidad administrativa-organizacional* (Fig. 12) existe un porcentaje relativamente elevado que sugiere la presencia de barreras de este tipo: en el 15% de los hogares se experimentaron dificultades para conseguir el turno y en el 19% se consideró que el tiempo que transcurrió en la sala de espera fue excesivo.

Figura 12  
**Consultorio médico clínico. Accesibilidad administrativa-organizacional**

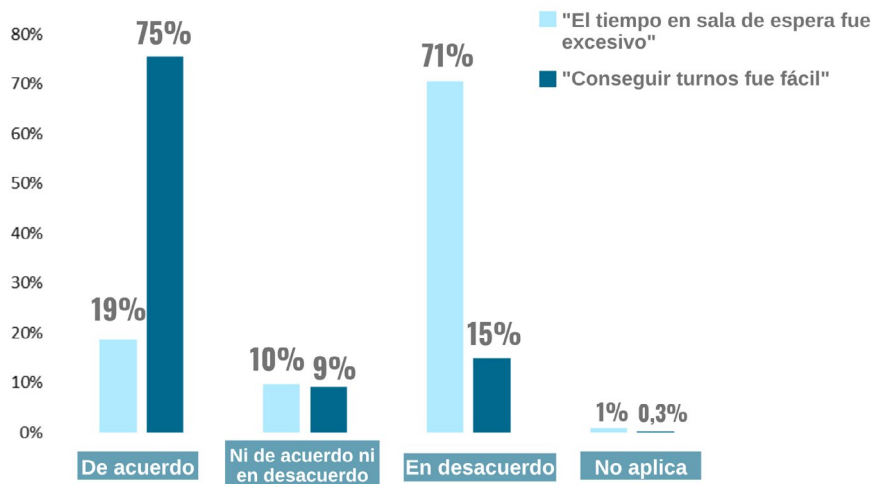
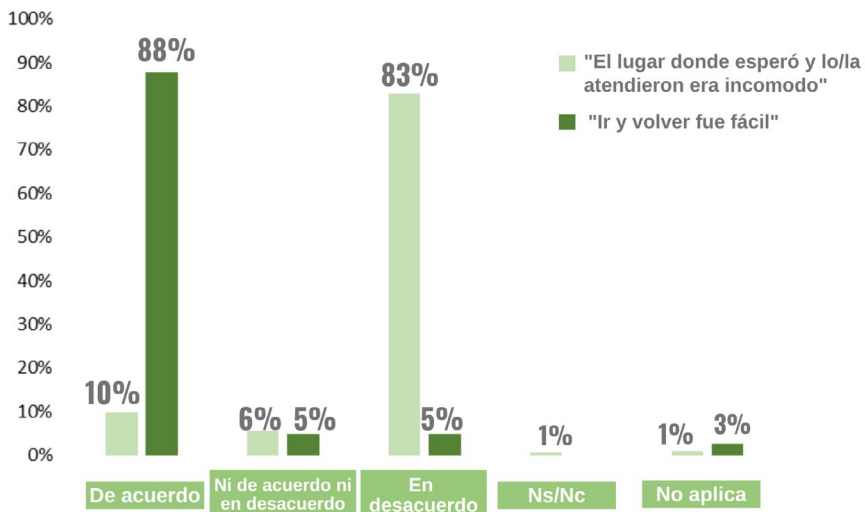


Figura 13  
**Consultorio médico clínico. Accesibilidad espacial-geográfica**



En relación a la *accesibilidad geográfica* (Fig. 13) en el 88% de los hogares en que se demandó este tipo de atención se considera que ir y volver fue fácil mientras que en el 83% se estuvo en desacuerdo con la afirmación que las instalaciones donde lo atendieron/esperó eran incómodas.

Las barreras económicas al acceso a los servicios de clínica médica se evaluaron preguntando si el costo del tratamiento recomendado por el profesional representó un impedimento para mantener la adherencia al mismo. En este caso, en la mayor parte de los hogares no se experimentaron inconvenientes de este tipo (79%), pero sí se manifestó la existencia de algún tipo de problema en el 6% de los hogares.

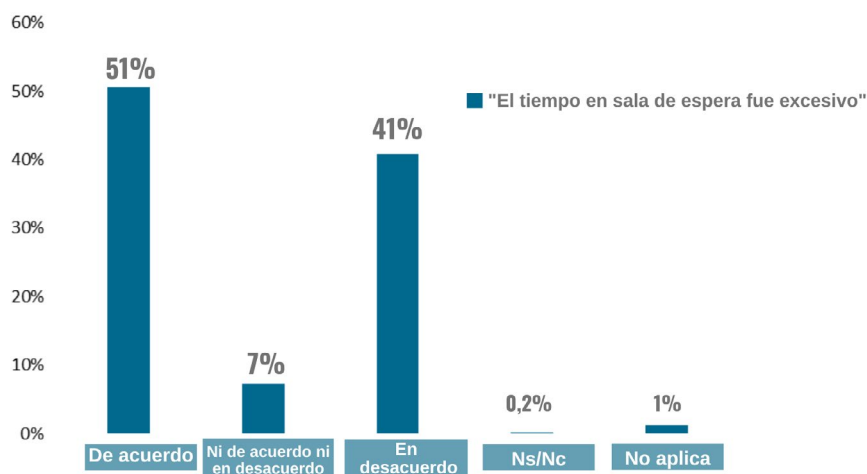
En cuanto a la dimensión *adaptación*, prácticamente la totalidad de los hogares que demandaron atención por parte de un médico clínico consideran que el profesional utilizó lenguaje simple (97% de respuestas afirmativas) y que se comprendieron fácilmente sus indicaciones (98,5% de respuestas afirmativas). Por último, y en relación a la dimensión de *adecuación* la gran mayoría de los hogares cuyos integrantes concurrieron a un consultorio de clínica médica quedaron conformes con la atención recibida (94%). Sólo un 4% de los hogares consultados consideró que la atención recibida no satisfacía sus expectativas.

## Guardia

En el 48% de los hogares se demandaron cuidados por parte de un profesional de la salud en la guardia de alguno de los hospitales que funcionan en el aglomerado, siendo este el servicio de salud más demandado por bahienses, por detrás de las consultas médicas.

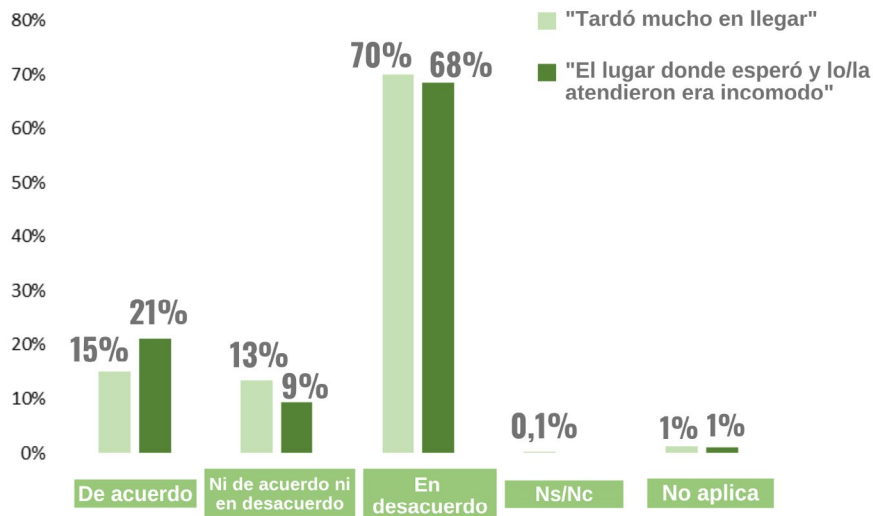
En relación a la *accesibilidad administrativa-organizacional* del servicio de guardia médica, más de la mitad de los hogares con miembros demandantes de este servicio (51%) considera que el tiempo de espera para ser atendido fue excesivo (Fig. 14) mientras que sólo el 41% se mostró conforme con este aspecto.

Figura 14  
Servicio de guardia.  
Accesibilidad  
administrativa-  
organizacional



Relacionado con la dimensión de *accesibilidad espacial-geográfica* (Fig. 15) en el 70% de los hogares se manifestó que no se tardó mucho en llegar al lugar (un 15% manifestó lo contrario) mientras que una proporción similar (68%) considera que las instalaciones del centro de salud eran cómodas (versus un 21% que no quedó conforme con las instalaciones).

Figura 15  
**Servicio de guardia.**  
**Accesibilidad**  
**espacial- geográfica**



Respecto de la dimensión *adaptación*, en más del 90% de los hogares que demandaron atención en un servicio de guardia hospitalaria reconocen haber comprendido las indicaciones brindadas por el profesional de la salud que los atendió y que el profesional se comunicó con lenguaje simple. Por otro lado, un 87% de los hogares que concurrió a una guardia considera que el equipamiento de las mismas era el necesario para la atención. Por último, el 80% de los hogares que demandaron este tipo de servicio manifestó haber quedado conforme con la atención recibida, contra un 12% que quedó disconforme.

## Internación

El 17% de los hogares del conglomerado demandó servicios de internación durante el periodo consultado. Para este servicio, en el 83% de los hogares demandantes se considera que los trámites administrativos no fueron complicados (*accesibilidad administrativa-organizacional*, Fig. 16).

Figura 16  
**Internación.**  
**Accesibilidad**  
**administrativa-**  
**organizacional**

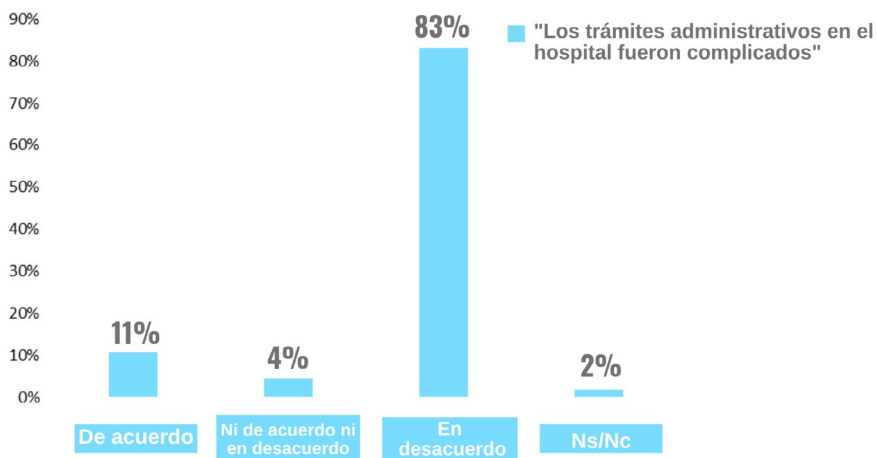
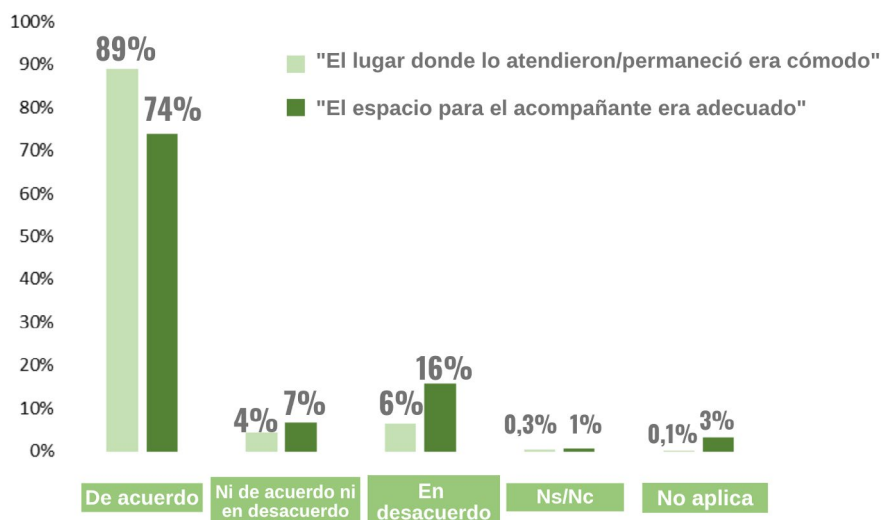


Figura 17  
**Internación.**  
**Accesibilidad**  
**espacial- geográfica**

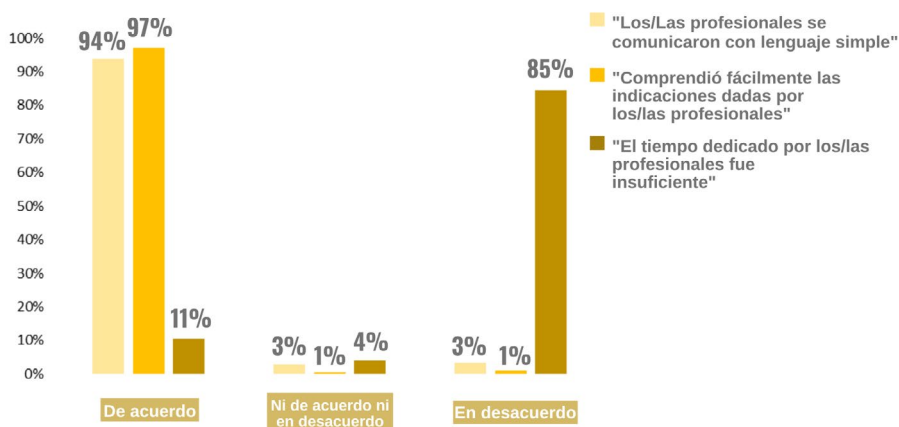


En relación a la *accesibilidad espacial-geográfica* (Fig. 17) en el 89% de los hogares que requirió de este tipo de atención se considera que el lugar en el que se fue atendido era cómodo aunque una proporción menor (74%) manifestó que el lugar donde debió permanecer el acompañante era adecuado.

En relación a la *accesibilidad económica*, en el 89% de los hogares que utilizó este servicio declaró que no se tuvo inconvenientes relativos al costo para cumplir o continuar el tratamiento indicado, mientras que si se observan diferencias en cuanto a la cobertura de costos por parte de la obra social o prepaga. Por un lado, mientras que en el 63% de los hogares se manifestó que la aseguradora cubrió el costo involucrado en la atención, un 14% experimentó problemas en este sentido.

Para este servicio, la dimensión *adaptación* se evaluó a partir de tres indicadores (Fig. 18). En el 94% de los hogares demandantes se manifestó que los profesionales utilizaron lenguaje claro y, en un 97% de los casos se comprendió fácilmente las indicaciones dadas por los profesionales que los atendieron. Por su parte, en un 11% de los hogares encuestados se consideró que el tiempo dedicado por los profesionales a su atención fue insuficiente.

Figura 18  
**Internación.**  
**Adaptación**



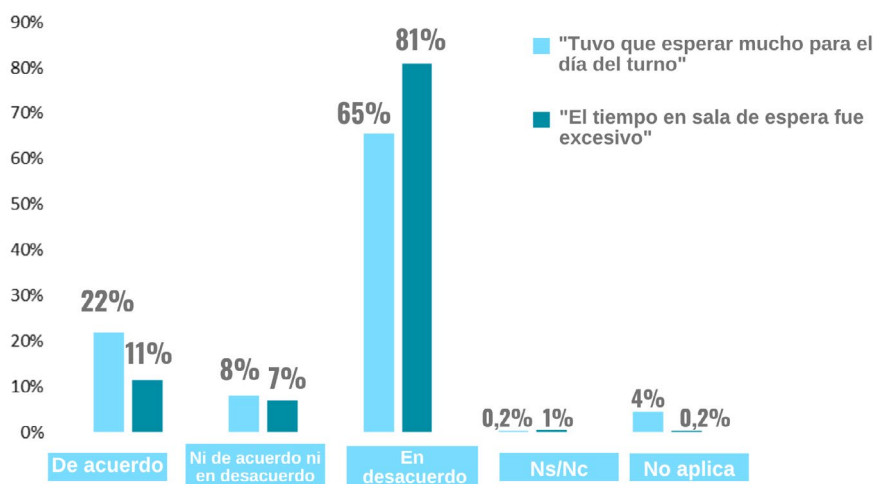
En relación a la dimensión *disponibilidad* en el 94% de los hogares se consideró que los servicios que necesitó estuvieron disponibles y la consulta referida a la dimensión adecuación (*Quedó conforme con la atención recibida*) refleja en términos generales un elevado grado de satisfacción (90%).

## Otros estudios y tratamientos complementarios

Del total de hogares del aglomerado, en el 60% se demandó algún estudio, tratamiento o práctica no abarcado en los anteriores efectores. Los servicios más demandados fueron diagnóstico por imágenes y laboratorios de análisis clínicos, los cuales representan, en conjunto, el 92% de los casos.

El análisis de las preguntas correspondientes a la dimensión *accesibilidad administrativa-organizacional* arrojan resultados mixtos (Fig. 19). Mientras que, por un lado, existe un grado de disconformidad relativamente alta en relación al tiempo para acceder a un turno (en el 22% de los hogares encuestados se manifestó un acuerdo con la afirmación “tuvo que esperar mucho para el día del turno”) los tiempos transcurridos en la sala de espera fueron considerados “no excesivos” en un 81% de los casos.

Figura 19  
Otros estudios y tratamientos complementarios. Accesibilidad administrativa-organizacional



En relación a la *accesibilidad espacial geográfica* (Fig. 20), en la mayor parte de los hogares se estuvo de acuerdo en que desplazarse al centro de atención resultó fácil (81%) y asimismo consideraron que el lugar donde tuvieron que esperar antes de ser atendido era cómodo (92%)



Figura 20  
**Otros estudios  
 y tratamientos  
 complementarios.  
 Accesibilidad  
 espacial-geográfica**



El análisis de la *accesibilidad económica* refleja resultados similares a los de los servicios de internación en relación a la cobertura de los tratamientos por parte de las obras sociales dado que en un 63% se estuvo “de acuerdo” con la afirmación que la entidad cubrió los costos del tratamiento mientras que en el 13% se manifestó un desacuerdo.

En relación a la dimensión de *adaptación*, los resultados obtenidos son altamente satisfactorios dado que en prácticamente la totalidad de los hogares se manifestó haber comprendido las indicaciones de los profesionales y se mostraron de acuerdo con que el lenguaje utilizado por estos fue simple (99 y 98%, respectivamente). Respecto de la dimensión *disponibilidad*, el porcentaje de hogares que puntuaron negativamente esta dimensión, a partir de la evaluación de qué tan modernos se consideraba eran los equipos utilizados, fue inferior al 1%. Al ser consultados por el nivel de satisfacción general con los servicios brindados, en un 97% de los hogares que demandaron estudios y tratamientos complementarios se manifestó haber quedado conforme con la atención recibida (dimensión de adecuación).

# Discusión

Las barreras y facilitadores más importantes que impiden que ante la percepción de una necesidad en salud esta se convierta en demanda de servicios en el sistema se relacionan con la dimensión *aceptabilidad*. En este sentido, una amplia proporción de hogares (80%) recurrió al sistema de salud en todas las oportunidades en que alguno de sus miembros advirtió una necesidad en salud. En la porción restante se manifestaron situaciones donde una necesidad identificada no se tradujo en una consulta al sistema. Cabe destacar que sólo el 7% de la población no recurrió en el último año a ningún tipo de servicio en el sector sanitario “formal”. Estas cifras sugieren la existencia un alto nivel de aceptabilidad en la población, aunque resulta necesario indagar en la conformación socio-económico-cultural de ese 7% de la población que no recurrió al sistema en los últimos 12 meses para detectar la presencia de posibles barreras asociadas a la dimensión de referencia.

En lo que respecta a la dimensión de *accesibilidad administrativa-organizacional* aproximadamente un 20% de la población estuvo de acuerdo con la afirmación “El tiempo en sala de espera fue excesivo”, tanto para CAPS como para consultorios (integrados en públicos y privados, tanto de hospitales como particulares). En el caso de otros estudios y tratamientos, esta cifra se reduce al 11%, mientras que las guardias de hospitales presentan el valor más desfavorable con un 51% de acuerdo. Claramente el caso de las guardias, que poseen características especiales por ser visualizadas por la población como un recurso de permanente disponibilidad, requieren un estudio específico para caracterizar mejor el perfil social y económico de la demanda y la naturaleza de las consultas, que, en muchos casos, se sospecha, podrían resolverse en el primer nivel de atención. La pregunta “El tiempo en sala de espera fue excesivo” es transversal para la gran mayoría de los servicios analizados. Existen otras consultas específicas para cada servicio que también abordan esta dimensión. Por ejemplo, “Conseguir turnos fue fácil” tuvo un desacuerdo del 15% en el caso de consultorios de clínica médica, valor que asciende al 20% en el caso de consultorios de médicos especialistas. La magnitud en que esta dificultad percibida se transforma en una barrera al acceso requiere de estudios adicionales.

Relacionado con la dimensión de *accesibilidad espacial-geográfica* hubo un acuerdo en promedio superior al 85% a la afirmación “Ir y volver fue fácil” para todos los servicios que recibieron esta consulta (CAPS, Consultorios y Otros estudios/tratamientos). Es interesante notar que en el caso de las CAPS el porcentaje de acuerdo con la afirmación “La Unidad Sanitaria estaba cerca” se reduce al 76%, lo que indica que no existe necesariamente una correlación directa entre la percepción asociada a ambas consultas. También relacionada con esta dimensión, la afirmación “El lugar donde lo atendieron/esperó era incómodo” tuvo en general acuerdo relativamente bajos, inferiores al 10%, para Consultorios, Internación y Otros tratamientos/estudios. Sin embargo, en el caso de las Guardias, este valor asciende al 21%, lo que obliga a estudios adicionales sobre este servicio en particular.

Una proporción relativamente pequeña de usuarios, declara haber experimentado problemas relativos a la *accesibilidad económica-financiera*. La afirmación “No pudo cumplir o continuar el tratamiento porque era costoso” tuvo un grado de acuerdo inferior al 9% para el caso de CAPS y Consultorios. Adicionalmente, en los servicios Internación y Otros estudios/tratamientos, la afirmación “La obra social/prepaga cubrió el costo de la atención” tuvo un desacuerdo del 14 y 13% respectivamente. Esta situación se correlaciona directamente con el dato de cobertura en salud de la población, el cual, como se mencionó anteriormente, indica que en el 84% de los hogares el/la principal fuente de ingresos posee algún tipo de obra social, prepaga o seguro de salud.

Es importante destacar que no se detectaron mayores dificultades relacionadas con la dimensión *adaptación*, que es la que aborda la relación profesional de la salud-paciente. En este sentido, para todos los efectores analizados, en promedio, más de un 95% de la población manifestó que los/las profesionales de la salud utilizaron lenguaje sencillo y pudieron comprender las indicaciones brindadas. De manera similar, la dimensión de adecuación, investigada por afirmaciones del tipo: “Los servicios que necesitó estuvieron disponibles”, “El/la profesional que lo/la atendió contaba con el equipamiento necesario” y “El equipamiento era moderno” tuvieron un nivel de acuerdo igual o superior al 87% para todos los servicios. Finalmente, la dimensión *adecuación*, indagada a través de la afirmación “Quedó conforme con la atención recibida” obtuvo un grado de acuerdo superior al 90% para todos los servicios, excepto para guardia, para la que se reduce al 80%.

El panorama descrito sugiere que las barreras más importantes que impiden que ante la percepción de una necesidad en salud esta se convierta en demanda de servicios se relacionan con la dimensión de *aceptabilidad*, seguido por la dimensión de *accesibilidad administrativa organizacional*, en particular relacionado con los tiempos de espera en salas de espera y en segundo lugar con la facilidad de conseguir turnos. Las guardias de hospital requieren de un estudio pormenorizado por sus características particulares y su compleja interacción con los otros servicios del sistema.

# Conclusiones y trabajo futuro

La elaboración del instrumento permite indagar, por un lado, en las barreras que impiden que ante la percepción de una necesidad en salud esta se convierta en demanda de servicios, y por el otro, en las barreras y facilitadores a las que se enfrenta la población una vez que accedió al sistema. En relación al primer punto, las barreras que más se destacan se relacionan con la dimensión de *aceptabilidad*, seguido por las dimensiones de *disponibilidad*, *accesibilidad geográfica* y *accesibilidad económica*. Una vez que la población accedió al sistema de salud, las barreras que dificultan su paso por el mismo se asocian típicamente a las dimensiones de *accesibilidad administrativa organizacional* (tiempos de espera en sala, facilidad para conseguir turnos, tiempos de espera hasta el día del turno) y adaptabilidad (relación profesional-paciente).

Para el caso de este estudio en particular, el relevamiento arroja para la mayoría de los servicios y dimensiones, niveles relativamente altos de acuerdo con afirmaciones con connotación positiva y de desacuerdo con afirmaciones con connotación negativa. Tal es el caso de las dimensiones *accesibilidades geográficas y económicas*, *disponibilidad*, *adaptación* y *adecuación*. Sin embargo, en algunos casos específicos, se observan porcentajes importantes de acuerdos con afirmaciones con connotación negativa y desacuerdo con afirmaciones con connotación positiva, lo que sugiere la presencia de dificultades al acceso. Específicamente, la dimensión de *accesibilidad administrativa organizacional* es la que mayores problemas presenta destacándose la percepción sobre el tiempo de espera en salas de espera como el principal indicador a mejorar.

Por su parte, la dimensión de *aceptabilidad* debe ser estudiada en más profundidad. Si bien se comprobó que en una gran mayoría de los hogares se recurre al sistema ante la percepción de necesidades en salud, en una fracción de los casos algunas necesidades detectadas no motivaron consultas. Adicionalmente en una porción de los hogares no se recurrió a ningún servicio del sistema en el último año, lo que puede sugerir que esa población está experimentando algún tipo de barrera en este aspecto del acceso.

Entendemos que toda la información recabada y analizada es sumamente útil para que los decisores políticos puedan llevar adelante políticas públicas basadas en datos certeros, así como también lo es para los prestadores (directores de hospitales, gestores del sistema) que a partir de este insumo pueden pensar estrategias de acción y mejora. En este sentido se continuará procesando y analizando la información recabada y acercando los hallazgos a los posibles interesados.

A futuro, la generación del índice multidimensional abre líneas de trabajo que pueden resultar de interés. El primero y más evidente se vincula a la mejora y actualización del IVS. Una segunda iteración en la limpieza y consolidación de los datos georreferenciados de efectores de salud emerge como una tarea a ser encarada.

Al mismo tiempo, la incorporación de nuevas fuentes de datos y dimensiones vinculadas al riesgo y vulnerabilidad ambiental resultan de potencial interés para el trabajo futuro. Un primer resultado tiene que ver con la generación de una metodología de trabajo que resulta replicable y aplicable a otros ámbitos.

De esta forma, la construcción de los mapas de distancias a establecimientos de salud podría ser replicada para otros servicios que son, en principio, potestad del Estado en sus diversos niveles: por ejemplo, educación, seguridad, asistencia social, vivienda, etc. Esto abre la posibilidad de la generación de información con alto nivel de desagregación que sería útil para la toma de decisiones costo-efectivas en la alocación de recursos para la política pública.

# Referencias

Beardsley K., E. Wish, D. Fitzelle, K. O'Grady, and A. Arria. Distance traveled to out-patient drug treatment and client retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 2003. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547203001880>.

Elorza, M. E., Moscoso N. S., Blanco, A. M., Gentilli J. (2018); Estimating Need, Demand and Supply in Primary Health Care Services: A Local Application in Argentina. *Medic Review* July 2018, Vol 20, No 3. <https://doi.org/10.37757/MR2018.V20.N3.8>

Elorza, M. E., Moscoso N. S., Blanco, A. M. (2022); Assessing performance in health care: A mathematical programming approach for the re-design of primary health care networks; *Socio-Economic Planning Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2022.101454>.

González G. P. (2022); El acceso a los bienes y servicios de salud de los adultos mayores desde una perspectiva multidimensional; Tesis doctoral. Universidad Nacional del Sur.

Grabovschi C., C. Loignon, and M. Fortin. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Service Research*, 13, 94, 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626765/pdf/1472-6963-13-94.pdf>.

Rosati, G.F, Olego T.A., Vázquez Brust H.A. (2020). Building a sanitary vulnerability map from open source data in Argentina (2010-2018). *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01292-3>

# Anexo

## Preguntas/afirmaciones de la encuesta, seleccionadas por objetivo particular

*Primer objetivo particular: Describir el nivel socio-económico de los hogares (Módulo 3 de la encuesta)*

Pregunta/ afirmación	Variable
9	¿Podría decirme cual es la principal fuente de ingreso del hogar?
8	¿Cuántas personas viven en este hogar contándose usted?
10	Género del jefe de hogar
11	Edad del jefe de hogar
12 y 13	Nivel educativo (según sea completo o incompleto)
15	Cobertura de salud

*Segundo objetivo particular: Identificar las barreras en el acceso en las etapas de percepción de la necesidad y búsqueda de atención (Módulo 2 de la encuesta).*

6.a	Durante el último año, usted o alguno de los/las miembros del hogar: ¿Tuvo la necesidad de atención por algún problema de salud, control o prevención, PERO prefirió NO buscar o abandonó en el intento?
6.b	¿Cuál fue el principal motivo por el cual no buscó atención o abandonó en el intento?
7.a	El acceso a los bienes y servicios de salud mejoró después de la pandemia.

*Tercer objetivo particular: Reconocer la existencia de barreras en el acceso experimentadas al momento de demandar atención médica sanitaria (Módulo 1 de la encuesta)*

### CAPS

1.a	Durante el último año, usted o alguno de los/las miembros del hogar: ¿Asistió a una UNIDAD SANITARIA pública?
-----	---

1.c.11	El tiempo de espera en sala fue excesivo
1.c.12	El horario de atención era adecuado
1.c.5	La unidad sanitaria estaba cerca
1.c.8	Ir y volver fue fácil
1.c.21	No pudo cumplir o completar el tratamiento porque era costoso
1.c.20	El/la profesional se comunicó con lenguaje simple
1.c.17	Comprendió fácilmente las indicaciones dadas por el/la profesional
1.c.14	Los servicios que necesitó estaban disponibles
1.c.22	Quedó conforme con la atención recibida

## CONSULTORIO

2.a	Durante el último año, usted o alguno de los/las miembros del hogar ¿Asistió a un CONSULTORIO DE HOSPITAL o PARTICULAR?
2.c	¿Qué especialista consultó?
MÉDICO CLÍNICO/GENERALISTA	
2.d.12	El tiempo de espera en sala fue excesivo
2.d.2	Conseguir turno fue fácil
2.d.10	El lugar donde esperó y lo atendieron era incómodo
2.d.9	Ir y volver fue fácil
2.d.22	No pudo cumplir o completar el tratamiento porque era costoso
2.d.20	El/la profesional se comunicó con lenguaje simple
2.d.18	Comprendió fácilmente las indicaciones dadas por el/la profesional
2.d.24	Quedó conforme con la atención recibida
ESPECIALISTA	
2.d.12	El tiempo de espera en sala fue excesivo
2.d.2	Conseguir turno fue fácil
2.d.10	El lugar donde esperó y lo atendieron era incómodo
2.d.9	Ir y volver fue fácil
2.d.22	No pudo cumplir o completar el tratamiento porque era costoso
2.d.20	El/la profesional se comunicó con lenguaje simple
2.d.18	Comprendió fácilmente las indicaciones dadas por el/la profesional
2.d.15	El/la profesional contaba con el equipamiento necesario
2.d.24	Quedó conforme con la atención recibida



## GUARDIA

3.a	Durante el último año, usted o alguno de los/las miembros del hogar ¿Asistió a la GUARDIA DE UN HOSPITAL?
3.c.6	El tiempo de espera en sala fue excesivo
3.c.3	Tardó mucho en llegar
3.c.5	El lugar donde esperó y lo atendieron era incómodo
3.c.18	No pudo cumplir o completar el tratamiento cuando le dieron el alta porque era costoso
3.c.17	Los/las profesionales se comunicaron con lenguaje simple
3.c.15	Comprendió fácilmente las indicaciones dadas por los profesionales
3.c.12	Los profesionales contaban con el equipamiento necesario
3.c.19	Quedó conforme con la atención recibida

## INTERNACIÓN

4.a	Durante el último año, usted o alguno de los/las miembros del hogar ¿Estuvo INTERNADO?
4.b	¿En qué hospital?
4.c.3	Los trámites administrativos en el hospital fueron complicados
4.c.6	El espacio para acompañantes era adecuado
4.c.5	El lugar donde lo atendieron/permaneció era cómodo
4.c.16	La obra social/prepaga cubrió el costo de la atención
4.c.15	No pudo cumplir o continuar el tratamiento cuando le dieron el alta porque era costoso
4.c.14	Los profesionales se comunicaron con lenguaje simple
4.c.12	Comprendió fácilmente las indicaciones dadas por los profesionales
4.c.11	El tiempo dedicado por los/las profesionales fue insuficiente
4.c.8	Los servicios que necesitó estuvieron disponibles
4.c.18	Quedó conforme con la atención recibida

## OTROS TRATAMIENTOS/ESTUDIOS

5.a	Durante el último año, usted o alguno de los/las miembros del hogar: ¿Se realizó algún ESTUDIO, tratamiento o práctica no incluida en las opciones anteriores? (por ejemplo: diálisis, tomografías, resonancias, ecografías, mamografías, radioterapia, etc.)
5.c	¿Qué estudio/tratamiento se realizó?
5.d.4	Tuvo que esperar mucho para el día del turno
5.d.10	El tiempo en sala de espera fue excesivo
5.d.6	Ir y volver fue fácil
5.d.7	El lugar donde esperó/lo atendieron era cómodo
5.d.21	La obra social/prepaga cubrió el costo de la atención
5.d.22	Para poder atenderse y cumplir con el tratamiento se endeudó
5.d.19	Los/las profesionales se comunicaron con lenguaje simple
5.d.17	Comprendió fácilmente las indicaciones dadas por los profesionales
5.d.14	El equipamiento era moderno
5.d.23	Quedó conforme con la atención recibida





FUNDACIÓN  
BUNGE Y BORN

25 de Mayo 501, 6° Piso (C1002ABK)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
[www.fundacionbyb.org](http://www.fundacionbyb.org)

