

ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

BARÓMETRO
DE LA DEUDA SOCIAL
ARGENTINA

Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año VII

DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN



ISBN 978-987-620-355-5
ISSN 1852-4052

DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN
Solange Rodríguez Espínola

**LA SALUD EN POBLACIÓN URBANA
ARGENTINA DESDE UNA MIRADA
MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA**



**Observatorio de la Deuda Social Argentina
Pontificia Universidad Católica Argentina**

**LA SALUD EN POBLACIÓN URBANA ARGENTINA
DESDE UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL
DE LA POBREZA**

**DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN
Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año VII**

Solange Rodríguez Espínola - La salud en población urbana argentina desde una mirada
multidimensional de la pobreza - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2018.

42 p.; 21 x 27 cm.

Edición para Fundación Universidad Católica Argentina

ISBN 978-987-620-355-5

1. Pobreza multidimensional. 2. Pobreza por ingresos. 3. Acceso a la salud. 4. Estado de salud.

CDD 362.58

1ª edición: febrero de 2018

Tirada: 75 ejemplares

Diseño gráfico e impresión

Artes Gráficas Integrales (AGI)

Libro editado y hecho en la Argentina

Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© Fundación Universidad Católica Argentina

Av. Alicia M. Justo 1300

Buenos Aires Argentina

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabación o cualquier otro sistema de archivo y recuperación de la información, sin mención de la fuente.

Los autores del presente estudio ceden sus derechos en forma no exclusiva a la Universidad Católica Argentina para que pueda incorporar la versión digital del mismo a su Repositorio Institucional, así como también a otras bases de datos que considere de relevancia académica.

Los capítulos publicados son responsabilidad de los autores y no comprometen la opinión de la Universidad Católica Argentina.

El Observatorio de la Deuda Social Argentina agradece al Banco Galicia, a la Fundación Diario La Nación y la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la confianza y el respaldo brindados al desarrollo de este estudio. También al Observatorio Social por su apoyo a la realización del trabajo de campo, y a cada uno de los equipos técnicos que desde distintos lugares del país aportaron su conocimiento, experiencia y compromiso a las tareas de relevamiento de la Encuesta de la Deuda Social Argentina, Serie del Bicentenario 2010-2016. En el mismo sentido, reconocemos la desinteresada colaboración brindada por cada uno de los hogares que han participado de la encuesta.

Gracias, finalmente, a las autoridades de la Universidad por el continuo apoyo al programa de investigación, extensión y formación de recursos humanos.

OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Rector

Mons. Víctor Manuel Fernández

Vicerrectora de Investigación e Innovación Académica

María Clara Zamora

Vicerrector de Integración

Pbro. Gustavo Boquín

Administrador General

Horacio Rodríguez Penelas

Secretario Académico

Gabriel Limodio

Director de Investigación del Programa Observatorio de la Deuda Social Argentina

Agustín Salvia

Director de Gestión Institucional del Programa Observatorio de la Deuda Social Argentina

Juan Cruz Hermida

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Observatorio de la Deuda Social Argentina

Investigadora

Solange Rodríguez Espínola

Asistente de investigación

Pilar Filgueira

Fotografía de tapa

Agustina Francesca Zamprile Antonini

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN EJECUTIVO	11
INTRODUCCIÓN	13
Ficha técnica de la encuesta	15
LAS DISTINTAS MEDICIONES DE LA POBREZA	16
ESTADO DE LA SALUD	21
Desigualdades en el estado de salud	22
ATENCIÓN DE LA SALUD	23
Desigualdades en la atención de la salud	24
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	27
Desigualdades en la calidad de la atención médica	28
HÁBITOS SALUDABLES	30
Desigualdades en los hábitos saludables	32
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36

RESUMEN EJECUTIVO

❖ La población encuestada refiere tener bastantes problemas de salud o padecer alguna enfermedad grave o crónica en mayor medida en 2016. Los indigentes ostentan mayor estado de salud deficitario que los pobres y no pobres. En tanto que 1 de cada 10 de los individuos sin carencias remite tener déficit en la salud, es visible esta situación en casi el doble de los que tienen tres o más dimensiones de derechos vulnerados.

❖ El malestar psicológico es referido en 2 de cada 10 personas con una tendencia ascendente entre 2010 y 2016. Tres de cada diez pobres refirieron padecer sintomatología ansiosa y depresiva, pero este malestar se incrementa especialmente entre los indigentes durante 2016. En los no pobres el malestar psicológico se observa en 2 de cada 10 entrevistados. La pobreza multidimensional enfatiza la baja incidencia del malestar psicológico entre los que no tienen carencias en derechos, triplicándose entre los que tienen al menos una dimensión de carencias y alcanzando al 40% de los que informan tener tres o más carencias.

❖ No asisten a la consulta médica anual relativamente más personas en el 2016, con respecto a 2010. Se duplica la falencia de atención médica entre los no pobres y los pobres, sin embargo en el grupo con menor condición económica decrece considerablemente en el año 2016. Desde una mirada multidimensional, en el año 2016 disminuye la falta de atención médica con respecto al 2011 entre las personas sin carencias de derechos, sin embargo se observa en 4 de cada 10 de los que

tienen al menos una dimensión con carencias.

❖ Sólo 1 de cada 10 adultos han obtenido algún tipo de asistencia psicológica o psiquiátrica, la atención de especialistas en salud mental es más frecuente entre los individuos sin necesidades económicas, esta posibilidad decrece entre los pobres e indigentes. Desde una mirada multidimensional de pobreza no se visualiza diferencia entre los que tienen una o tres carencias en derechos, pero si al comparar a aquellos que gozan de derechos, incluso aumentando la atención psicológica en el 2016.

❖ Más del 60% de los encuestados no ha realizado ningún tipo de control dental en el último año. Tres de cada cuatro pobres o indigentes no tuvieron atención odontológica, incluso incrementando la ausencia en el último período. Desde una perspectiva multifactorial de la pobreza, el 50% sin carencias no asistieron a la atención odontológica anual, en tanto que el 75% de los que tienen una dimensión con carencias ascienden en la falta de visita odontológica periódica. Aún más preocupante es el déficit en el cuidado de la salud dental entre los más carentes de derechos que se representan en 8 de cada 10 encuestados en 2016.

❖ En el período 2010-2016 concurrieron a la atención médica en un sistema de salud público 3 de cada 10 personas mostrando valores ascendentes en 2016. Según umbrales de pobreza: sólo el 20% de los no pobres por ingresos utilizó un hospital o centro de salud público, el 70% de los pobres y el 80% de los indigentes. La población que se definió sin carencias en dimensio-

nes de derechos casi no utilizaba en 2010 los servicios médicos públicos, situación que se percibe con mayor frecuencia en el año 2016. En tanto que el 50% de los carentes en una dimensión de derechos manifestó haber concurrido al hospital o centro de salud en su última consulta, ascendiendo aún más entre los que tienen vulnerados tres o más aspectos de derechos.

❖ La satisfacción con la prestación del servicio médico reconoce una mirada positiva ascendente ya que sólo 1 de cada 10 de los encuestados manifiesta que la atención brindada fue muy mala, e incluso disminuye en 2016. La utilización de distintos sistemas de salud atribuye a la desigualdad entre las percepciones, sin embargo no es diferencial según la pobreza por ingresos: los que no son pobres disminuyen la insatisfacción de la atención en tanto que los pobres e indigentes elevan esta apreciación. Los individuos que no refieren carencias en derechos mantienen un mínimo de percepción de mala calidad de la prestación en tanto que se eleva ante la condición de una dimensión de carencias alcanzando el triple de insatisfacción entre aquellos que más vulnerabilidad de derechos tienen

❖ El 40% percibe que el tiempo transcurrido en la sala de espera hasta concretar la atención fue de más de una hora, si bien, los pobres e indigentes consideran en un 60% que debieron esperar una hora o más para la consulta médica con una tendencia decreciente en su evolución, al menos del 40% de los no pobres sostuvieron la misma postura. La mitad de los que sufren al menos una privación en dimensiones de derechos ostentan haber esperado una hora para la consulta con el médico, en tanto que lo mismo sucede con el 60% de los que infieren mayores carencias en derechos.

❖ La espera de más de dos meses en la atención con un médico especialista mediante la asignación de turnos, es una característica observada en el total de la población en un 15%, condición que se diferencia en los grupos en cuestión según el sistema de salud utilizado. Según la pobreza tradicional 3 de cada 10 indigentes dicen que han esperado más de dos meses para que los atienda un especialista, dicha situación disminuye entre los pobres, y aún es menos frecuente entre los no pobres. Así, esperaron más de dos meses: 1 de cada 10 de los que no ostentan vulnerabilidad en sus derechos, 2

de cada 10 de los que tienen al menos una dimensión con carencias y 3 de cada 10 de los adultos que han sufrido constantes carencias en derechos.

❖ El 3,4% de las personas entrevistadas informó que en su hogar hay por lo menos un integrante con problemas severos por consumo de sustancias. Desde una mirada tradicional de la pobreza, la adicción está presente en el 2,6% de los hogares no pobres, elevándose a 6,5% en un contexto de pobreza y ascendiendo a 10% en aquellos hogares indigentes. Una propuesta multidimensional de la pobreza sugiere que en los hogares sin carencias, se manifiesta una frecuencia muy baja de adicción al alcohol o a las drogas en tanto que se triplica en los que advierten por lo menos una carencia en dimensiones de derechos y llega a quintuplicarse en los hogares que más vulnerabilidad por carencia de derechos presentan.

❖ El hábito de fumar cigarrillos con tabaco es una práctica que se da en 3 de cada 10, si bien ha demostrado ser una costumbre que disminuye. Los perfiles según pobreza por ingresos exponen que no hay una relación directa entre condiciones económicas y consumo de cigarrillos si bien los indigentes alcanzan valores levemente superiores a pobres y no pobres. La disminución de fumadores se observa en los no pobres y una tendencia de más cantidad de fumadores a mayor carencia de derechos.

❖ La falta de ejercicio físico por lo menos una vez por semana se observa en 6 de cada 10 adultos urbanos argentinos. Los no pobres por ingresos sostienen esta tendencia, sin bien 8 de cada 10 pobres e indigentes no incluyen la práctica de ejercitarse como una rutina saludable. Los grupos diferenciados por pobreza multidimensional, evidencian que el 50% de los que no tienen carencias no se ejercitan semanalmente, el 70% de los que sugieren una dimensión de derechos vulnerada y el 80% de los que tienen tres o más dimensiones de derechos incumplidas.

❖ Los encuestados declararon sentirse peor en su calidad de sueño en el 2016 respecto al 2012. El incremento está dado principalmente entre los indigentes, si bien los pobres estuvieron más insatisfechos en su calidad de sueño que los no pobres. Los que no tienen derechos vulnerados se auto-informan con mejor calidad de sueño en tanto la insatisfacción se eleva en los que promulgan mayores carencias en dimensiones de derechos.

INTRODUCCIÓN

Uno de los presupuestos del informe subyace bajo la idea de que la salud es un derecho del que toda persona y colectividad debe gozar como parte del desarrollo humano de una sociedad, aunque, como lo indican informes realizados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA, 2011-2017), nuestro país muestra elevados niveles de desigualdad y de inequidad, tanto en la distribución de los procesos de salud y enfermedad como en el acceso a prestaciones de calidad.

Según la Organización Mundial de la Salud el goce del máximo grado de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, género, religión, ideología política o condición económica y social (OMS, 2007). Para el cumplimiento de ese derecho se involucran distintos actores sociales, pero es el Estado sobre quien recae la máxima responsabilidad en lo que hace a proveer las condiciones básicas para el máximo desarrollo del nivel de vida de la población en general y de su salud en particular. Esto sucede por sobre la diversidad de intereses particulares de la sociedad civil y del mercado, ya que es el Estado mediante sus políticas públicas –por acción, por negligencia o por omisión– el que tiene la competencia para regular, restringir o actuar sobre el conjunto social y sobre los factores determinantes de la salud. Por su parte, en su observación general N° 14 del año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas apuntó que la salud pública no sólo debe abarcar la atención oportuna, sino que también está compelida a atender a los principales factores sociales determinantes de la salud. Asimismo, indicaba que el derecho a la salud abarca cuatro elementos básicos:

a) disponibilidad de bienes y servicios públicos así como prestaciones de salud; b) accesibilidad para toda la población, lo que incluye accesibilidad física, económica, a la información y la no discriminación; c) aceptabilidad para los patrones culturales de la población usuaria; y d) calidad de la atención de acuerdo a estándares científicos.

Desde el concepto de salud como un fenómeno integral, los estados y sus autoridades sanitarias, se apoyan en instrumentos que les permiten adoptar decisiones sobre los programas y servicios sanitarios que se deben priorizar. Bajo este supuesto, al tomar medidas sobre políticas sanitarias se considera necesario conocer los problemas de salud de los ciudadanos, la prevalencia de ciertas enfermedades entre los grupos sociales así como sus consecuencias y los factores de riesgo que afecten la salud en función de las variables sociales, económicas y culturales, etc.

Los indicadores de salud son un conjunto de datos o instrumentos relacionados con la salud de la población, mediante los cuales se evalúa la magnitud del daño. Estos instrumentos de valoración de la sanidad se caracterizan porque aportan informaciones parciales sobre algunas de las diferentes dimensiones de la salud (ODSA, 2015). Para disponer de una información amplia es necesario abarcar tres dimensiones: un componente objetivo, que está relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica; un componente adaptativo, referente a la capacidad de integración bio-psico-social del individuo y por último, un componente subjetivo, que incluye la creencia de bienestar y la apreciación individual de la salud que se obtienen mediante encuestas o registros basados en la percepción o autovaloración del individuo encuestado.

En este sentido, los hallazgos empíricos se articulan bajo el supuesto de que el cumplimiento del derecho a la salud tanto en su nivel teórico como en su formulación jurídica, debieran traducirse en un escenario de igualdad en la distribución de las condiciones de la salud entre los distintos estratos y segmentos sociales, así como en la equidad en el acceso de éstos a las prestaciones de salud y a la atención de calidad de la misma (ODSA, 2010).

Los informes del Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario, (2011- 2017), permiten dar cuenta del acceso a determinados recursos y sistemas de protección social que repercute en las desiguales maneras en que los individuos logran cubrir sus necesidades de atención y cuidado de la salud, además implica diferencias sustantivas en cuanto al desarrollo óptimo de aspectos del desarrollo humano y la integración social (Salvia, et al., 2015). Los resultados informados sugieren que la heterogeneidad y la desigualdad social que prevalece en el país se reproducen tanto en las condiciones generales de salud de las personas y de las comunidades como en el propio sistema que las atiende. Además, se presentan estados de salud y enfermedad diferentes para cada estrato social y un sistema por completo fragmentado e inconexo que atiende a sub poblaciones heterogéneas. Estas diferencias referidas a la estratificación socioeconómica y a otras variadas formas de discriminación étnica, social o cultural, dificultan o retienen las garantías de protección especial del derecho a la vida y la integridad, previniendo la ocurrencia de nuevas violaciones a los derechos humanos. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud, que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, las circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal. Este modelo incorpora al sistema de salud como un determinante social más; porque, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, y por otra, el sector salud tiene un rol importante al promover y coordinar po-

líticas de acción sobre determinantes sociales.

En general, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres del mundo y la población que goza de buena salud suele ser más productiva en el plano económico y cultural. Se reconoce que la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren/mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población (OMS, 2003). Sin embargo, en la actualidad la pobreza ya no se concibe únicamente en términos económicos, sino como el resultado de una combinación de factores en la que los ingresos sólo son un elemento más. La pobreza se caracteriza por la privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano.

La salud tiene importancia no sólo por su efecto en el crecimiento económico, sino también sobre todo por su impacto en la calidad de vida de las personas. El estado de salud de la población es una de las principales expresiones que asume el desarrollo de las capacidades humanas bajo un marco de integración social. Por lo mismo, dicho estado no es tan sensible a los ciclos del crecimiento económico como lo es tanto a las condiciones estructurales de pobreza como al impacto que pueden tener las políticas de salud acertadas. De esta manera, tanto las condiciones de salud bajo las cuales se reproduce la pobreza como la disponibilidad y calidad de los bienes y servicios públicos puestos al cuidado de la salud, reflejan la importancia asignada por el Estado y la sociedad a la creación de condiciones que mejoren la calidad de vida de la población.

Parte de estas discusiones que giran alrededor del fenómeno de la pobreza tienen lugar como si los oponentes estuviesen de acuerdo respecto al concepto mismo. Desde una perspectiva empirista, resulta fácil asumir que la pobreza es aquello que mide los indicadores utilizados para su identificación. Sin embargo, el problema de cualquier medición es más complejo. En tanto que es importante afirmar la relevancia social que tienen los nuevos marcos teóricos basados en los enfoques derechos, para los cuales la insuficiencia de ingresos constituye una aproximación incompleta para monitorear privaciones sociales y definir políticas públicas.

En línea con estos postulados, el presente informe pretende ofrecer diferentes medidas de pobreza aplicadas a

la población urbana argentina de 18 años y más. Así, desde el ODSA, se vienen realizando estudios (Tuñon, Poy y Coll, 2015; Bonfiglio, Vera y Salvia, 2017) con el énfasis puesto en una propuesta de pobreza multidimensional desde un enfoque de derechos, a los fines de visualizar una aproximación a las múltiples privaciones sociales que vulneran los derechos en la Argentina urbana.

En consideración, cabe preguntarse en qué medida la población percibe su salud, accede a los servicios sanitarios y considera satisfactoria la prestación por el tiempo de espera. Otro de los aspectos que se promueve al análisis es cómo las personas incorporan hábitos preventivos de la salud en la cotidianeidad de la vida. El

presente informe propone estudiar una serie de indicadores que evidencian el estado percibido, la accesibilidad, la calidad de la atención y la prevención de la salud (ver Recuadro 3), en tanto que cada indicador es evaluado en términos de la evolución de su incidencia social durante el periodo 2010-2016 (o primer año de su relevamiento) a partir de los datos obtenidos por la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA-Bicentenario). Además, la información se analiza observando el comportamiento en relación con factores estructurales relativos a la desigualdad social comparando entre una medida multidimensional y una tradicional de pobreza que se fundamenta en los ingresos del hogar.

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA-BICENTENARIO 2010-2016	
DOMINIO	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más de la República Argentina
UNIVERSO	Hogares particulares. Población de 18 años o más
TAMAÑO DE LA MUESTRA	Aproximadamente 5700 hogares/personas (N 2010-2016= 39866)
TIPO DE ENCUESTA	Multipropósito longitudinal
ASIGNACIÓN DE LOS CASOS	No proporcional post-calibrado
PUNTOS DE MUESTREO	952 radios censales
DOMINIO DE LA MUESTRA	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más agrupados en 3 grandes conglomerados (Gran Buenos Aires, Otras áreas metropolitanas y Resto urbano del interior). GBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur. Otras áreas metropolitanas: Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, y Gran Mendoza. Resto urbano del interior: Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipolletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia-Río Grande.
PROCEDIMIENTO DE MUESTREO	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestreo sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
CRITERIO DE ESTRATIFICACIÓN	Estratificación socioeconómica efectuada por clasificación y ordenación de los radios censales, según el promedio de nivel educativo del jefe de hogar en cada radio censal.
FECHA DE REALIZACIÓN	Cuarto trimestre desde el 2010 al 2015, y el tercer trimestre de 2016
ERROR MUESTRAL	+/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%.

LAS DISTINTAS MEDICIONES DE LA POBREZA

El enfoque tradicional de pobreza que mide sólo a partir de los ingresos, contribuye a explicar los niveles de pobreza que se manifiestan en una sociedad, sin embargo la pobreza es un fenómeno multidimensional fundamentado en carencias que no sólo se refieren al dinero.

La medición de la pobreza se vuelve multidimensional al determinar los distintos medios factibles, además del ingreso, que conllevan a tener la capacidad para desempeñar estas funciones. En este sentido, es necesario incorporar en la medición de la pobreza variables no monetarias que constituyen distintas dimensiones en las cuales una persona puede sufrir carencias.

Desde esta perspectiva, similares proposiciones teóricas, en este caso referidas a la pobreza, pueden tener significados distintos en el marco de diferentes concepciones. Esto a su vez se relaciona con los criterios que orientan la selección de indicadores cuantificables a utilizar para la identificación del fenómeno en la población de referencia y del método de agregación para la elaboración de medidas de pobreza.

De acuerdo con estas ideas, al significado de cualquier enunciado teórico es necesario situarlo dentro de un cuerpo teórico que le brinde sentido. Una vez que se distingue con nitidez entre los conceptos y sus indicadores debe cumplir con criterios metodológicos de validez y confiabilidad.

Si bien no hay una definición universalmente aceptada de pobreza, algunos entienden a la pobreza como insatisfacción de necesidades básicas, mientras que otros la definen como la privación de un estándar de vida socialmente aceptable. También se dice que la pobreza es la falta de capacidades para alcanzar funcionamientos básicos, o el no acceso a derechos. Pero los significados que definen un determinado problema social configuran los criterios que orientan las políticas para su solución. La medición de la pobreza constituye una medida crucial para evaluar el nivel de vida de una sociedad, el desempeño los gobiernos y la función social de los mercados. En especial, cuando es obligación del Estado garantizar el pleno ejercicio de los derechos económicos, sociales, políticos y culturales de sus ciudadanos, y de esta forma asegurar un desarrollo social sustentable. Sin embargo, todo ello, puede no estar presente ni ser

importante en la definición del concepto de pobreza, desde un marco conceptual que centre su interpretación en el funcionamiento de los mercados.

Esto implica que evaluar los desafíos de una sociedad en materia de pobreza, así como sus cambios en el tiempo, requiere siempre adoptar una definición acerca de los alcances de la misma y sus umbrales. Esta tarea no resulta una empresa fácil dado que no sólo existen distintas definiciones y metodologías para medir la pobreza, sino que el umbral de la pobreza es un fenómeno relativo al grado de desarrollo económico, social y cultural de una sociedad (Feres y Villatoro, 2012).

Si bien en la actualidad hay cada vez mayor consenso respecto a que la pobreza es multidimensional, la práctica habitual ha sido la definición de metas de erradicación basadas en umbrales monetarios, lo cual ha sido justificado por problemas de disponibilidad de información y principalmente por las dificultades para consensuar una medida multidimensional. No obstante que esto sea así, la constatación empírica de la meta en base a una medida de ingresos monetarios corre el riesgo de ser cuestionada, por la visibilidad persistente de otro aspecto de la privación que no haya sido alterado mediante la entrega de transferencias públicas. Por otra parte, tampoco resulta clara ni parece estar definido el supuesto acuerdo de que la pobreza sería un fenómeno multifactorial (Bonfiglio, Vera y Salvia, 2017).

Distintos conceptos llevan a aproximaciones metodológicas con capacidades diferentes para capturar las variadas expresiones de la pobreza. Sin embargo, algunos enfoques han sido más útiles que otros en determinados contextos. Por ejemplo, en América Latina se ha usado una noción de privación de necesidades (enfoque absoluto), mientras que en Europa se ha empleado el enfoque de pobreza relativa (estar bajo un estándar de vida aceptable socialmente).

En la Argentina, la medición oficial de la pobreza se desarrolló desde mediados de los años ochenta siguiendo dos líneas independientes: i) el método directo de necesidades básicas insatisfechas (NBI) apoyado en información censal; y ii) el método indirecto de medición de la indigencia (LI) y la pobreza (LP) a través de los ingresos familiares recogidos en las encuestas de hogares. Siguiendo el enfoque de CEPAL, ambos métodos buscaron aproximarse a una

medida absoluta para evaluar la ausencia de un mínimo de bienestar económico. Una práctica habitual –tanto en la región como en el país– ha sido separar la medición de la insuficiencia de ingresos de las necesidades básicas insatisfechas.

Por otra parte, hay quienes todavía consideran que el método de medición de NBI constituye una mejor aproximación al fenómeno de la pobreza, debido a que el mismo pone el foco en una medición directa de carencias de tipo patrimonial y de capacidades económicas de los hogares. Sin embargo, este método –tal como ha sido aplicado en la región y en nuestro país– también ha recibido numerosas críticas. En general, se señala el carácter relativamente arbitrario, restrictivo (poco generoso hacia los pobres), incompleto e inconsistente que imponen las dimensiones, indicadores y umbrales de pobreza utilizados para evaluar el bienestar social (Beccaria y Minujin, 1985, 1991; Gontero, 2004).

En la actualidad, existe un amplio abanico de métodos multidimensionales que procuran una más perfeccionada medición de la pobreza (Boltvinik, 1990, 1997; Alkire y Foster, 2007, CONEVAL, 2009; CEPAL, 2013, 2014).

Desde la tradición teórica del Observatorio de la Deuda Social Argentina, la pobreza es una de las formas más injustas que asume la marginación social, en tanto impone fuertes limitaciones al progreso individual y colectivo, frustra la equidad de resultados, impide la igualdad de oportunidades y evidencia el fracaso del sistema político-económico para reducir las desigualdades sociales. En términos generales, la meta normativa de erradicación de la pobreza está anclada en el enfoque de derechos humanos. Esto puede verificarse en instrumentos suscritos por los países en el marco de las Naciones Unidas como la Cumbre de Desarrollo del Milenio (2000), y más recientemente, la Agenda 2030 del Desarrollo Sustentable (ONU, 2015). Desde este enfoque, los pobres son titulares de derechos y la erradicación de la pobreza constituye una obligación esencial para el respeto de la dignidad humana de todas las personas.

Siguiendo esta perspectiva, la pobreza significa estar sometido a privaciones injustas -materiales y/o simbólicas- que afectan el pleno desarrollo de las capacidades humanas y de integración social. En este sentido, el bienestar económico constituye un as-

pecto relevante de ese desarrollo, pero no el único ni necesariamente el más importante (Salvia y Tami, 2005; Salvia y Lépoire, 2008; Salvia, 2011).

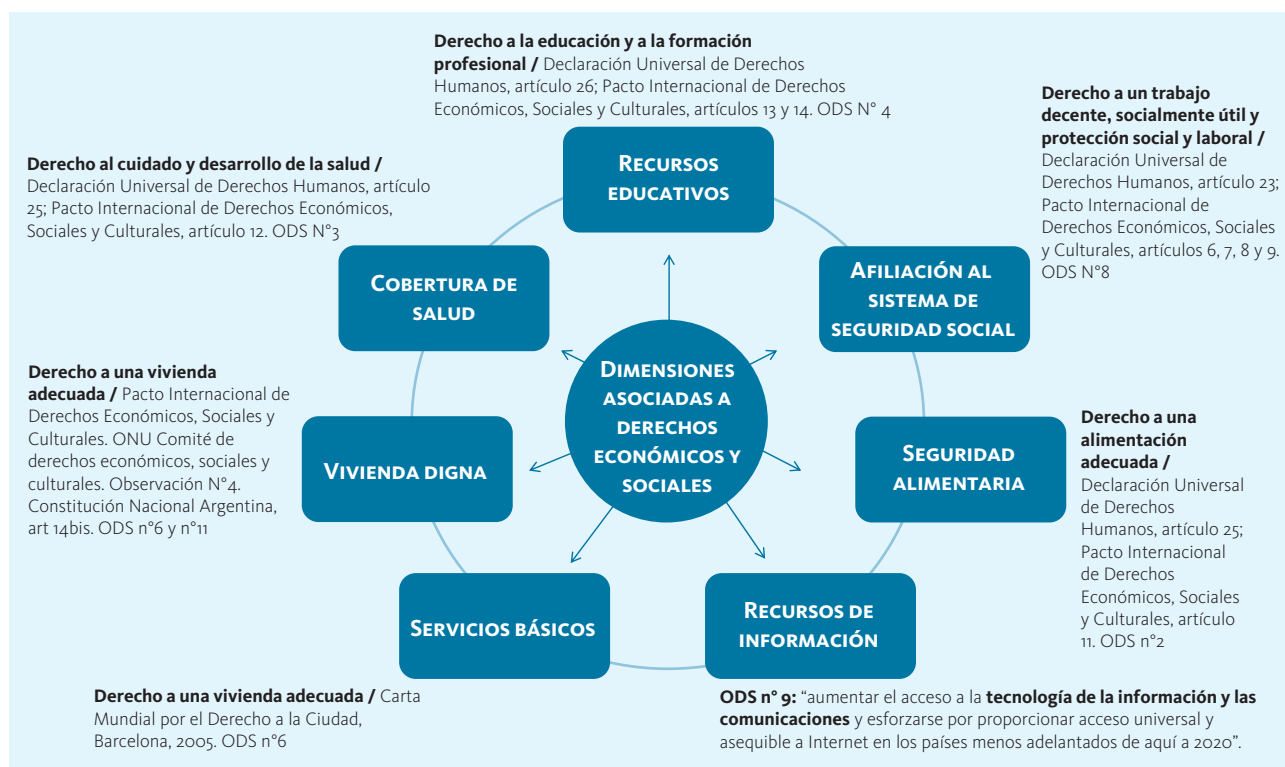
En esta línea, los derechos constituyen un fundamento robusto para la selección de los espacios de privación y de los umbrales mínimos de desarrollo humano, bienestar e integración social. Por lo mismo, una vez seleccionadas las dimensiones de privación, la medición de este concepto de pobreza a través de indicadores debe ser necesariamente multidimensional. Justamente, este es el caso cuando se considera no sólo el bienestar como marco de definición de la pobreza sino también los derechos sociales que implican un criterio de justicia, más allá del mayor o menor bienestar económico que los logros asociados puedan proveer.

Los indicadores utilizados surgen de la Encuesta de la Deuda Social Argentina – Serie Bicentenario (ODSA/2010-2016). La selección de estos indicadores, así como sus umbrales se fijaron atendiendo el marco jurídico nacional, así como por las contribuciones hechas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH, 2002, 2004, 2009) y las metas propuestas por la Agenda 2030 del Desarrollo Sustentable (ONU, 2015). La Figura 1 muestra de manera gráfica, la selección de dimensiones y marco jurídico o de derechos en la que se sustenta la multidimensionalidad de indicadores para analizar la pobreza por carencias (Bonfiglio, Vera y Salvia, 2017).

Las medidas multidimensionales de pobreza empleadas en este informe constituyen medidas directas de privación. Para su examen se utilizaron un conjunto de indicadores que remiten a una serie de derechos económicos y sociales fundamentales agrupados en siete (7) dimensiones: 1) Seguridad Alimentaria; 2) Cobertura de Salud; 3) Servicios Básicos; 4) Vivienda Digna; 5) Recursos Educativos; 6) Afiliación al Sistema de Seguridad Social; y 7) Recursos de Información. Todos los indicadores predicen a nivel de hogares, aunque los resultados se reportan en este informe en términos de población. En tanto que la medición tradicional de la pobreza se sustenta en función del valor de los ingresos del hogar, diferenciando pobreza e indigencia. En los Recuadros 1 y 2, se presentan definiciones y clasificaciones de las distintas mediciones de pobreza tradicional o multidimensional, así como las dimensiones de derecho, los indicadores y los umbrales de privación considerados.

Figura 1

DIMENSIONES ASOCIADAS A DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES



RECUADRO 1. POBREZA POR INGRESOS

POBREZA	Refiere a aquellos hogares/personas cuyos ingresos no superan el umbral necesario para adquirir en el mercado el valor de una canasta de bienes y servicios básicos (Canasta Básica Total- CBT).	Porcentaje de hogares en situación de pobreza. Porcentaje de personas que habitan hogares en situación de pobreza.
INDIGENCIA	Aquellos hogares/personas cuyos ingresos no les permiten adquirir el valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA). La misma incorpora una serie de productos requeridos para la cobertura de un umbral mínimo de necesidades alimenticias (energéticas y proteicas).	Porcentaje de hogares en situación de indigencia. Porcentaje de personas que habitan hogares en situación de indigencia.

RECUADRO 2. INDICADORES Y UMBRALES DE CARENCIAS EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES DEL ESPACIO DEL DERECHO

SEGURIDAD ALIMENTARIA	Inseguridad alimentaria	Reducción involuntaria de la porción de comida y/o la percepción frecuente de experiencias de hambre (en situaciones severas) por problemas económicos durante los últimos 12 meses.	Hogares que expresan haber reducido porciones de comida de sus componentes por motivos económicos en los últimos 12 meses.
	Recortes en gastos de salud	Recortes, por parte del hogar, tanto en atención médica como en medicamentos por motivos económicos.	Hogares que en los últimos 12 meses no realizaron gastos en atención médica o medicamentos por motivos económicos.
COBERTURA DE SALUD	Sin cobertura de salud	Situación donde los componentes del hogar no tienen cobertura de salud, sino únicamente acceso al sistema público.	Hogares cuyo principal aportante de ingresos no tiene cobertura médica (Obra social, Medicina prepaga, mutual, PAMI, etc.).
	Sin conexión a red de agua corriente	Carencia de conexión a la red pública de agua corriente, lo que constituye un factor de riesgo sanitario por la transmisión de patologías infectocontagiosas.	Hogares que residen en viviendas que no cuentan con conexión a la red pública de agua corriente.
SERVICIOS BÁSICOS	Tratamiento de aguas servidas deficiente	Situación en la que los hogares no disponen de conexión a la red cloacal ni de cámara séptica para la eliminación de aguas servidas.	Hogares cuyas viviendas no cuentan con conexión a la red cloacal ni con cámara séptica.
	Déficit de conexión a fuentes de energía	Situación en la que los hogares no disponen de conexión a red de gas natural ni tienen ningún tipo de conexión a red eléctrica.	Hogares cuyas viviendas no cuentan con conexión a red de gas natural ni con conexión de energía eléctrica.
	Hacinamiento	Número elevado de personas por cuarto habitable, lo que afecta la salubridad y la privacidad de las personas.	Hogares en cuyas viviendas conviven tres o más personas por cuarto habitable.
VIVIENDA DIGNA	Déficit del servicio sanitario	Situación en la que una vivienda no cuenta con baño, retrete, o en caso de tenerlo, carece de descarga mecánica o arrastre de agua.	No tiene baño en el interior de la vivienda o tiene retrete sin descarga mecánica.
	Vivienda precaria	Viviendas que por su estructura o materiales de construcción no cumplen con las funciones básicas de aislamiento hidrófugo, resistencia, delimitación de los espacios, aislación térmica, acústica y protección superior contra las condiciones atmosféricas.	Hogares que habitan casillas, ranchos o viviendas construidas con materiales inadecuados o sin revoque en las paredes.
RECURSOS EDUCATIVOS	Déficit de recursos educativos (inasistencia /rezago escolar)	Medida del déficit de escolarización del hogar que considera la situación respecto a dos criterios no excluyentes: 1) para niños y adolescentes, la no asistencia a una institución educativa formal, y 2) la situación de no adquisición, por parte de ningún componente adulto del hogar, de un nivel mínimo con relación a las credenciales educativas.	O bien en el hogar hay al menos un menor de edad (de 4 a 17 años) que no asiste, o algún adulto de 18 años sin secundario ni asistencia. O bien al menos un adulto en el hogar no ha alcanzado un nivel educativo mínimo. Los criterios en relación a la asistencia y a los niveles mínimos se establecen en virtud a las normativas vigentes, por lo que las edades varían de año a año, se establece que para el 2010 las personas de 29 años deberían haber completado el nivel secundario y los que tengan 30 años o más deberían tener el nivel primario completo. Este criterio está asociado al momento en el que se define como obligatorio el nivel secundario.

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	Sin acceso al sistema de seguridad social	Situación en la que el hogar no se encuentra vinculado a las redes de protección asociadas al sistema de seguridad social.	El hogar no cuenta con ningún ingreso registrado en la seguridad social proveniente de: 1) empleos en relación de dependencia o por cuenta propia, o 2) jubilaciones o pensiones.
RECURSOS DE INFORMACIÓN	Déficit de recursos de información	El hogar no dispone de instrumentos que proveen acceso a la información ni a la comunicación.	Hogares que no cuentan con computadora ni internet, o que, en su defecto, no tienen biblioteca familiar.

RECUADRO 3. ESQUEMA DE DIMENSIONES, INDICADORES Y DEFINICIONES DE LA SALUD

DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	
ESTADO DE SALUD	Malestar psicológico	Mide el déficit de las capacidades emocionales a través de sintomatología ansiosa y depresiva de las personas. El malestar psicológico dificulta responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente y tener relaciones satisfactorias con los otros.	Porcentaje de personas que mencionaron síntomas de ansiedad y depresión integradas en una puntuación que indica riesgo moderado o alto de malestar psicológico en la escala KPDS-10.
	Estado de salud deficitario	Estado general de salud percibido por las personas desde una noción que integra las dimensiones física, biológica y psicológica.	Porcentaje de personas que dijeron tener bastantes problemas de salud, padecer enfermedades crónicas o graves.
ATENCIÓN DE LA SALUD	No realizar consulta médica anual	Mide la falta de asistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento.	Porcentaje de personas que afirmaron no haber realizado una consulta médica durante el último año.
	Consulta/tratamiento en salud mental	Mide la asistencia a una visita profesional psicológica o psiquiátrica para realizar control, prevención o tratamiento.	Porcentaje de personas que afirmaron haber realizado una consulta/tratamiento psicológico o psiquiátrico durante el último año.
	Sin consulta/tratamiento odontológico	Mide la falta de asistencia a una visita profesional odontológica para realizar control, prevención o tratamiento.	Porcentaje de personas que afirmaron no haber realizado una consulta/tratamiento odontológico durante el último año.
	Atención en sistema de salud público en la última consulta médica	Mide la asistencia a una visita profesional médica, para realizar control, prevención o tratamiento, mediante el sistema de salud público.	Porcentaje de personas que dijeron haberse atendido mediante el sistema de salud público en la última consulta médica.
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	Mala calidad de la atención médica	Mide la evaluación, por parte de los pacientes, de la atención médica recibida durante la última consulta médica.	Porcentaje de personas que calificaron como mala o muy mala a la atención médica recibida durante la última consulta médica.
	Espera de más de una hora en la última consulta médica	Situación en la que las personas, al acudir a una consulta médica, deben esperar más de una hora para ser atendidos.	Porcentaje de personas que dijeron haber tenido que esperar más de una hora para que el médico los atendiese durante la última consulta.
	Espera de más de dos meses para la atención médica con turno	Situación en la que las personas deben esperar más de dos meses para ser atendidos por un médico especialista. Refiere a los casos en los que las personas sacan un turno, sin considerar las visitas a la guardia o emergencia.	Porcentaje de personas que indicaron haber tenido que esperar más de dos meses atendidos la última vez que pidieron turno con un médico especialista, sin considerar las visitas a la guardia o emergencia.

HÁBITOS SALUDABLES	Problemas de adicciones en el hogar	Situación en la que algún miembro del hogar tiene problemas con alguna dependencia o adicción asociada al consumo de alcohol y/o drogas.	Porcentaje de personas que indicaron que ellos o algún miembro de su hogar han tenido problemas con alguna dependencia o adicción asociada al consumo de alcohol y/o drogas durante el último año.
	Mala calidad de sueño	Déficit en la duración, la profundidad o la continuidad del sueño, que afecta el funcionamiento diurno.	Porcentaje de personas que calificaron su calidad de sueño durante el último mes como bastante o muy mala.
	Fumar	Práctica donde una sustancia es quemada y luego inhalada por medio de la combustión que desprenden las sustancias activas como la nicotina, y es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones.	Porcentaje de personas que dijeron fumar algunos cigarrillos (manufacturados o armados) por semana o todos los días.
	No realizar actividad física semanal	Se considera actividad física al conjunto de acciones motoras musculares y esqueléticas. Habitualmente se asocia a cualquier ejercicio que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar del individuo.	Porcentaje de personas que afirmaron no realizar ejercicio físico por lo menos una vez por semana.

ESTADO DE LA SALUD

Se define a la salud percibida o estado de salud percibido como la apreciación subjetiva que tiene el individuo sobre su situación de salud general en los últimos doce meses. Es una medida global que incluye diferentes dimensiones de la salud tanto física, emocional, social y espiritual, así como síntomas y signos biomédicos.

En la medida en que el pasaje de la salud a la enfermedad es muy difuso y existe un límite crepuscular, como el pasaje de la noche al día o del día a la noche, es que resulta de real importancia la percepción que el individuo tiene sobre éstos cambios, más que la medición biomédica de los mismos. El proceso salud-enfermedad es un fenómeno continuo, en el que los individuos a lo largo de la vida experimentan que su salud se encuentra distribuida entre un continuo de estados que van desde la salud excelente a su pérdida total, y con diferentes niveles que pueden clasificarse en: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

El estado de salud percibida es uno de los indicadores más utilizados para evaluar la salud real de la población, entendida esta en su forma más amplia y superadora de lo estrictamente biológico, aportando una primera aproximación de la satisfacción vital del in-

dividuo. Es una medida global que incluye las diferentes dimensiones de la salud, a diferencia de otros indicadores de salud como los de mortalidad y morbilidad que reflejan solo aspectos parciales del proceso salud-enfermedad. El pasaje crepuscular de salud a enfermedad puede valorarse mejor con este indicador que con las tradicionales mediciones.

Diversos organismos como la Oficina Regional Europea o el Ministerio de Sanidad y Consumo de España consideran, a partir del estado de salud percibida, un nuevo indicador resumen que se denomina “autovaloración negativa del estado de salud” y se define como la proporción de personas que señalan que su estado de salud es regular, malo o muy malo. En dicha percepción influyen una serie de factores, el primero es la valoración del capital de salud del que cada individuo o población dispone, le sigue la educación sanitaria de la población; el tercer factor corresponde al umbral de percepción que tiene cada persona, similar a lo que ocurre con el umbral de percepción del dolor, y finalmente, la percepción del estado de salud está condicionado por la presencia de la oferta de servicios de salud que despierta las necesidades y las transforma en demanda objetiva.

Salud percibida no es sinónimo de demanda de servicios. La demanda de servicios se cuantifica a tra-

vés de los indicadores de demanda cuyos datos se recolectan en los servicios de salud. Las necesidades expresadas como salud/ enfermedad percibida, se miden en el seno de la comunidad y sus indicadores pueden no correlacionarse con los de demanda.

Si bien los datos que se presentan en este apartado no surgen de un estudio epidemiológico propiamente dicho, resulta útil servirnos de una serie de ideas de ese campo de investigación a fin de tornar más inteligible el objetivo que aquí se propone. A partir de la concepción amplia de salud se han construido dos variables que sintetizan las dimensiones física/ biológica y psicológica de aquella. En la primera, el registro acerca de la presencia de algún padecimiento no fue producto de un diagnóstico médico sino de la percepción y la enunciación por parte del propio sujeto encuestado. En tanto que, esta forma de cuantificar la prevalencia de problemas de salud no responde al enfoque epidemiológico tradicional, la condición de padecer o no problemas físicos/biológicos fue reconstruida para cada individuo a partir de la comparación de su propio juicio acerca de su estado de salud. La información sobre el estado subjetivo de salud, se obtiene a partir de una pregunta genérica sobre la salud: “En general, ¿cuál es su estado de salud?”. Las posibles respuestas suelen ser: “No tengo problemas de salud”, “Tengo algunos pocos problemas de salud”, “Tengo bastantes problemas de salud”, “Padezco de alguna enfermedad crónica o grave”.

En cuanto a la dimensión psicológica de la salud, se trabajó con el Kessler Psychological Distress Scale (KPDS-10) el que, a partir de 10 ítems, construye un índice que permite diferenciar a las personas que padecen malestar psicológico de aquellos otros que no. Se trata de una variable inespecífica, ya que si bien permite identificar a las personas que sobrellevan deterioro emocional a través de síntomas ansiosos y/o depresivos. Asimismo, no obstante el indicador ignora la totalidad de los posibles problemas de salud mental –pasando al plano de los cuadros psiquiátricos-, resulta ser un predictor robusto del resto de los problemas psicológicos que aquel no indaga.

Desigualdades en el estado de salud

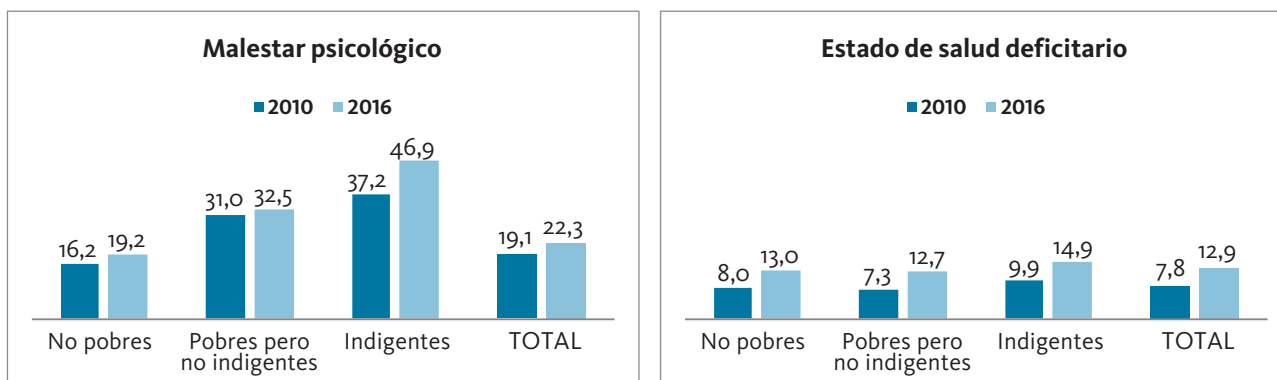
En la Figura 2 se puede ver de manera gráfica como el déficit en el estado de salud tendió a incrementarse en el conjunto de la población urbana. Los adultos encuestados refieren tener bastantes problemas de salud o padecer alguna enfermedad grave o crónica en mayor medida en 2016, marcando una diferencia de 5.1 p.p. con respecto al 2010. Las brechas al comparar la pobreza por ingresos se evidencian especialmente en los indigentes (14,9% en 2016) quienes ostentan mayor estado de salud deficitario que los pobres y no pobres (cercana al 13%). Sin embargo, desde la medición de pobreza por carencias se manifiesta que uno de cada diez de los individuos sin carencias remite tener déficit en la salud, en tanto que es visible esta situación en casi el doble de los que tienen tres o más dimensiones de derechos vulnerados.

El malestar psicológico es referido en 2 de cada 10 personas, demostrando una diferencia de 3.1 p.p. con una tendencia ascendente entre 2010 y 2016. Las diferencias estructurales pueden observarse según las distintas mediciones de pobreza en las Figuras 2 y 3. Tres de cada diez pobres pero no indigentes refirieron padecer sintomatología ansiosa y depresiva, este malestar se incrementa especialmente entre los indigentes durante el último período, llegando a reportar uno de cada dos estados de agitación, inquietud, desesperanza, tristeza, cansancio y nerviosismo.

En los no pobres el malestar psicológico se observa en dos de cada diez entrevistados. La pobreza multidimensional incorpora más elementos en el análisis, enfatizando la baja incidencia del malestar psicológico entre los que no tienen carencias en derechos (13,2% en 2016), triplicándose entre los que tienen al menos una dimensión de carencias (27,5% en 2016) hasta alcanzar alta sintomatología ansiosa y depresiva en un 37% de los que informan tener tres o más carencias.

Figura 2**ESTADO DE SALUD SEGÚN POBREZA POR INGRESOS**

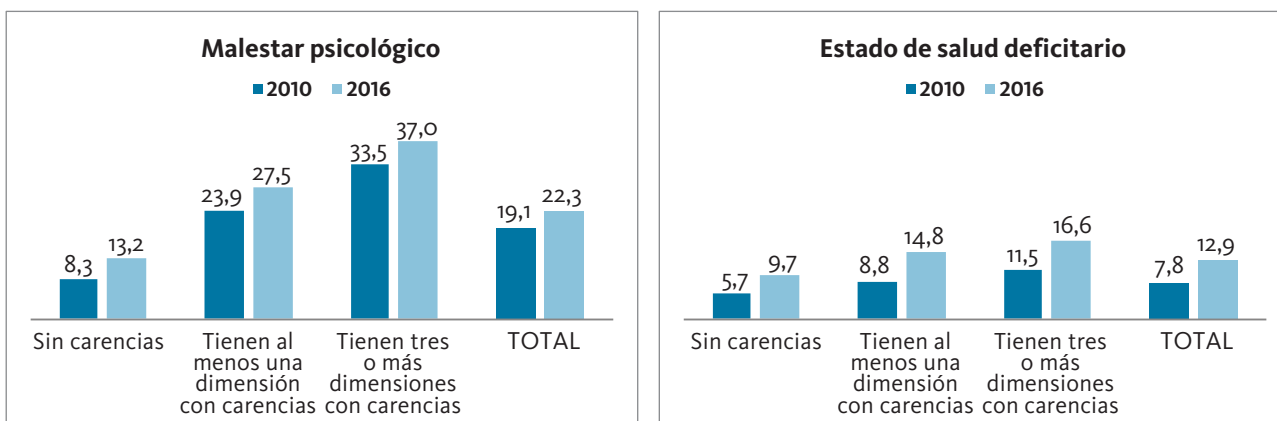
Años 2010-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

Figura 3**ESTADO DE SALUD SEGÚN POBREZA POR CARENCIAS**

Años 2010-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

ATENCIÓN DE LA SALUD

El acceso y la utilización de los servicios de asistencia médica tiene un impacto relevante en aquellos individuos en los que se puede intervenir o prevenir (Adaszko, 2011). De esta manera, se trata no sólo de velar por el cumplimiento del derecho a la salud sino también de garantizar que el mismo se traduzca en un efectivo cuidado y desarrollo de las capacidades

humanas en condiciones de equidad.

La visita a un profesional médico, ya sea por control, prevención o tratamiento, suele ser un indicador de cuidado sobre la propia salud. La finalidad de una evaluación médica periódica se basa en la detección precoz, la evaluación de los factores de riesgo, la prevención, el tratamiento y el consecuente alcance de niveles de vida satisfactorios. En definitiva, un chequeo consiste en un examen integral e individua-

lizado del estado de salud que incluye aspectos físicos y psíquicos. El principal beneficio que aportan estos exámenes médicos reside en que permiten diagnosticar enfermedades en fases iniciales, cuando todavía no se han manifestado síntomas, como es el caso de algunas patologías cardiovasculares, degenerativas o tumorales. Por este motivo, la diversidad de personas para las que estaría indicada una consulta médica incluye desde aquellas que no presentan síntomas, hasta las que manifiestan determinadas molestias o enfermedades ya diagnosticadas. Una actitud positiva frente a la salud indicaría que siempre es mejor prevenir las causas de las dolencias que solucionar sus consecuencias cuando la enfermedad ya es un hecho. Por lo tanto, se considera un déficit en el cuidado y la atención de la salud no realizar como mínimo una consulta médica anual, aún cuando no haya problemas evidentes o percibidos, puesto que es una necesidad sanitaria primordial que incide en el desarrollo humano.

La utilización de los servicios de salud debería estar determinada por la necesidad de atención de la salud de la población, pero existen otros factores que condicionan la utilización de los servicios: factores geográficos, socio-económicos, educacionales, culturales, así como también la propia oferta de servicios condiciona la percepción de las necesidades y su exteriorización en demanda.

Al medir la utilización de los servicios, se está estudiando la accesibilidad a los mismos; y al estudiar la utilización-accesibilidad por grupo socioeconómico o por cobertura, también se está evaluando la equidad del sistema en cuestión.

Si bien es conocida la diversidad de seguros de salud que se presentan en la población argentina, ya sea a través de la seguridad social o por seguros privados, la cobertura de salud del hogar no necesariamente coincide con la que cada sujeto utiliza al momento de acudir a la consulta médica, lo que puede explicarse por la doble afiliación, la divergencia en el subsistema con el que cuenta cada miembro en el caso de tratarse de una pareja o grupo familiar, etcétera. Además es habitual una subutilización de algunos de los componentes del sistema y una sobre utilización de otros, lo que puede estar relacionado con la calidad en la atención y los perfiles socioeconómicos y demográficos de los grupos atendidos. Así podemos decir que

si la última atención médica se realizó en un sistema público o privado permite obtener un perfil de los consumidores de cada subsistema, a la vez que se identifican grupos poblacionales para identificar la calidad de la atención que reciben.

Al contextualizar los cambios producidos al inicio del bicentenario en las políticas sanitarias a través de esfuerzos públicos en materia de atención primaria de la salud y el interés promulgado para hacer cumplir los derechos a la salud de las personas, el interrogante subyace en evaluar como las condiciones de pobreza obstaculizan un posible mejoramiento en la atención de la salud de la población como factor de desarrollo humano y de integración social. De esta manera, se examinan una serie de aspectos en torno a la atención de la salud, enfocando distintos tipos de experiencias personales deficitarias, que aunque pudiendo solaparse o complementarse, conforman un patrón de indicadores que hacen posible evaluar el ideario de control de la salud integral, a nivel de la población estudiada (personas de 18 años y más con residencia en áreas urbanas). En primer lugar se examina la asistencia a una consulta médica durante el último año a la vez que se indaga cuantos han realizado una entrevista o están bajo tratamiento con profesionales de la salud mental. Bajo esta línea, se consideró la importancia de incorporar un indicador que evalúe la atención con un odontólogo en el último año, ya sea por control o tratamiento. Además, se incluyó dentro de la encuesta una pregunta con la particularidad de especificar en qué sistema de salud se atendieron en la última consulta médica, pudiendo informar a partir de allí, los que utilizaron el sistema de salud público.

Desigualdades en la atención de la salud

El análisis de los datos diferenciado los años en cuestión da cuenta que no asisten a la consulta médica anual relativamente más personas durante el 2016, incrementando en 3,1 p.p. con respecto a 2010. Ahora bien, al diferenciar a los encuestados según la pobreza por ingresos, se denotan guarismos en los que se duplica la falencia de atención médica en los no pobres y los pobres, sin embargo en el grupo con menor condición económica decrecen considerablemente en el año 2016 respecto al 2010. Desde una mirada multidimensional, se distinguen mayores contrastes entre los distintos grupos en estudio. En

el año 2016 disminuye considerablemente la falta de atención médica con respecto al 2011 entre las personas sin carencias de derechos (29,5% y 19,8% respectivamente), sin embargo la diferencia sigue siendo estructural y se observa en cuatro de cada diez de los que tienen al menos una dimensión con carencias y en los que tienen tres o más privaciones en derechos. Es interesante analizar que la población urbana argentina, si bien menciona alto malestar psicológico, la concurrencia a un especialista en salud mental es casi infrecuente. Sólo uno de cada diez adultos de 18 años y más han obtenido algún tipo de asistencia psicológica o psiquiátrica con una variación mínima negativa entre los años en estudio. De manera inversa en este caso, la orientación por parte de especialistas en salud mental es más frecuente entre los individuos sin necesidades económicas, esta posibilidad de ayuda profesional decrece en 4 p.p. entre los pobres e indigentes. Las diferencias se perciben aún más notorias al identificar a los adultos desde una mirada multidimensional de pobreza, si bien como lo observa la Figura 5, no se establece una comparación cuantitativamente diferenciada entre los que tienen una o tres carencias en derechos, pero si entre aquellos que gozan de derechos, incluso aumentando la consulta en el 2016.

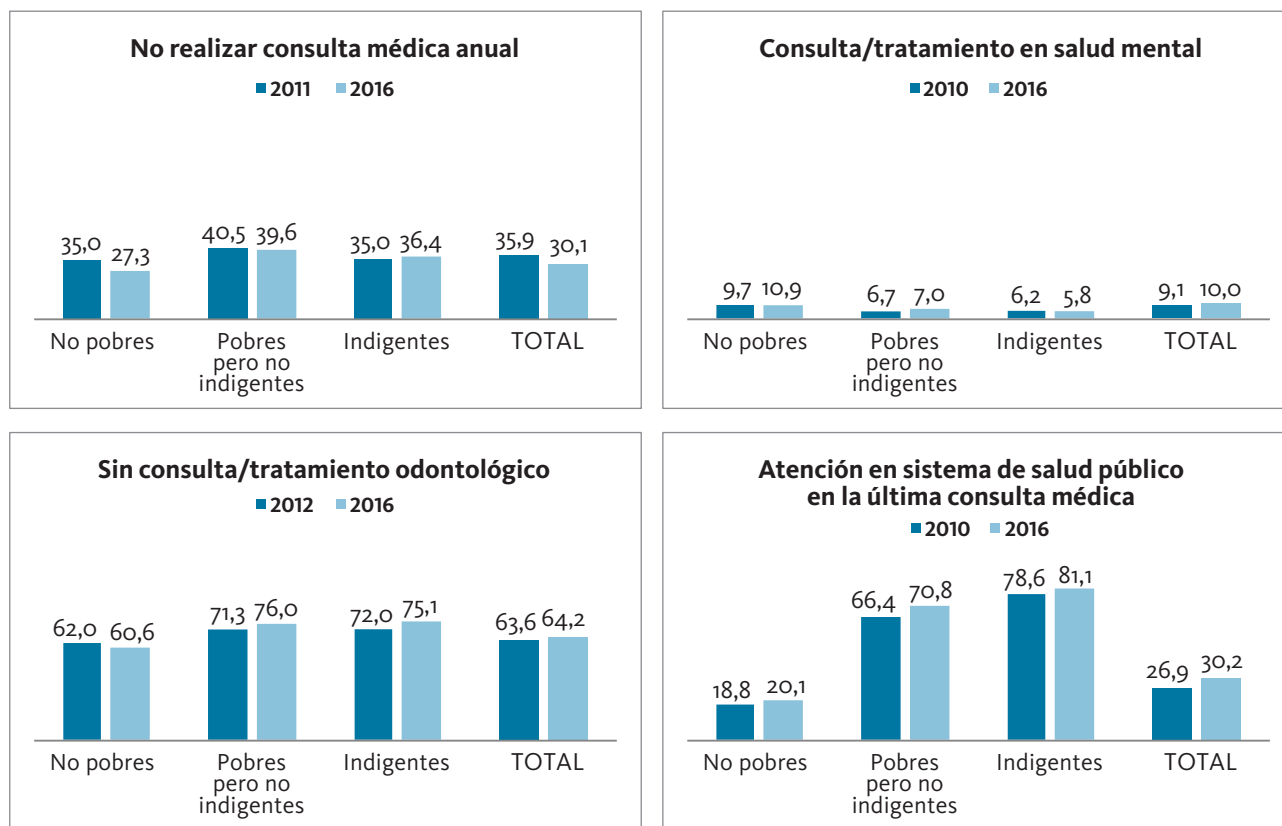
La salud odontológica ha sido relegada en la población en general. El 64% de los encuestados no ha realizado ningún tipo de control dental en el último año, situación que se sostiene entre el 2012 y el 2016. Como puede apreciarse en la Figura 4, tres de cada cuatro pobres o indigentes no tuvieron atención odontológica, incluso incrementando la ausencia de control o tratamiento dental en el último período en consideración. Desde una perspectiva multifactorial de la pobreza, la mitad de los encuestados sin carencias no asistieron a la atención odontológica anual, si bien esta conducta tiende a disminuir en el 2016; en tanto que tres de cada cuatro de los que tienen una dimensión con carencias ascienden en la falta de visita odontológica periódica (4,3 p.p. en 2016). Aún más preocupante es el déficit en el cuidado de la salud dental entre los que informan más vulnerabilidad por derechos, representando en ocho de cada diez encuestados en el último año (ver Figura 5).

En el período 2010-2016 concurrieron a la atención médica en un sistema de salud público tres de cada

diez personas encuestadas, mostrando valores ascendentes: 26,9% en 2010 y 30,2% en 2016. Ahora bien, la utilización de servicio de atención médico público se visualiza notoriamente diferente según umbrales de pobreza. Según características económicas por ingresos del hogar, sólo el 20% de los no pobres utilizó un hospital o centro de salud público, mientras que el 70% de los pobres y el 80% de los indigentes se beneficiaron de los servicios. La perspectiva desde la pobreza multidimensional se acerca a un perfil en donde las diferencias son aún mayores. La población que se definió sin carencias en dimensiones de derechos casi no utilizaba en 2010 los servicios médicos públicos, situación que se percibe con mayor frecuencia en el año 2016 (8,6%). En tanto que uno de cada dos de los carentes en una dimensión de derechos manifestó haber concurrido al hospital o centro de salud en su última consulta, los que tienen vulneradas tres o más aspectos de derechos ascienden considerablemente, especialmente en el período final (59,5% en 2010 y 68,9% en 2016).

Figura 4**ATENCIÓN DE LA SALUD SEGÚN POBREZA POR INGRESOS**

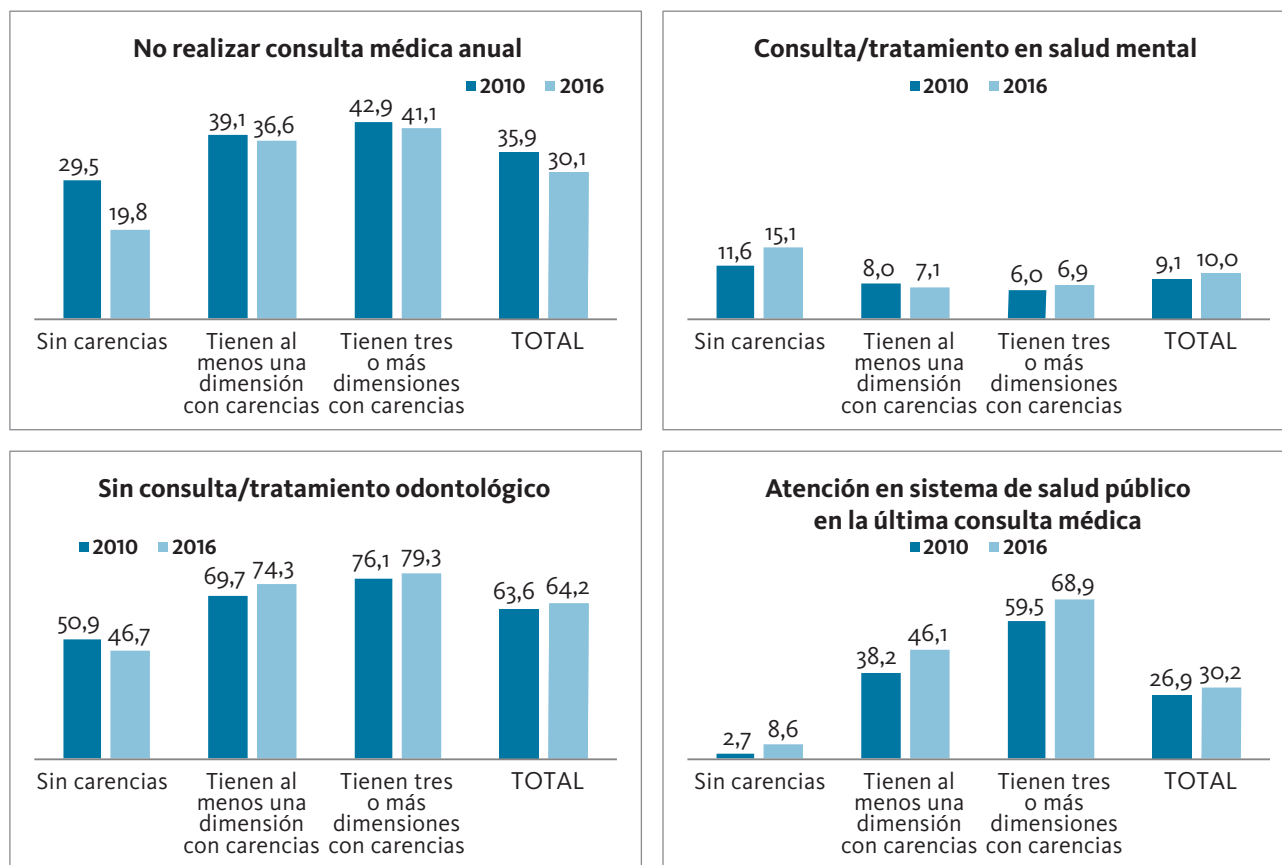
Años 2010-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

Figura 5**ATENCIÓN DE LA SALUD SEGÚN POBREZA POR CARENCIAS**

Años 2010-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La importancia del estudio de la calidad de la atención médica radica en que se ponen en evidencia las desigualdades y diferencias en el estado y atención de la salud de distintos grupos sociales y por otro lado brinda elementos de análisis que orientan la toma de decisiones en la planificación sanitaria, los programas de salud y el gerenciamiento de servicios sanitarios. El concepto de seguridad aplicado al derecho a la salud, refiere a que no sólo es suficiente la disponibilidad de servicios de salud. La seguridad en salud se podría definir como la situación en la que, en todo momento y circunstancia todas las personas tienen acceso físico, social y económico a servicios adecuados de prevención, atención y rehabilitación. Es así

como el problema de una atención médica deficitaria por la demora en respuesta a la demanda, contribuye una falta al postulado derecho a la salud. Ahora bien, en los servicios brindados por la medicina privada existen notorios controles para cumplir con las exigencias y parámetros más elevados de atención, no sucediendo lo mismo en sistemas públicos de atención médica.

Se fundamenta, entonces, que el tiempo de espera se verá condicionado por la estructura de la demanda, alternando según el prestador, la especialidad médica y el tipo de consulta. Estos factores explican los motivos que pueden estar subyacentes a tener que esperar más de una hora en ser atendido por un facultativo, sin embargo es el paciente quien debe adecuarse a las posibilidades y tiempos de los médicos

o las disposiciones de las instituciones que gerencian, siendo difícil que el individuo pueda invertir tal situación. La utilización de estos servicios, entendida como cobertura efectiva, expresa la proporción de personas que necesitan y demandan un servicio y los reciben efectivamente.

La demanda de servicios, en estos casos, estará influida por una serie de características del individuo y de la prestación del servicio. Los tiempos de espera en la atención médica ambulatoria constituyen una causa frecuente de queja y desalientan el uso de los servicios públicos, generando aún una diferencia mayor entre los distintos usuarios según las condiciones socioeconómicas.

La accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos, psico-socio-culturales y también por la presencia de la oferta de servicios. Las barreras al acceso, definidas como los obstáculos que impiden que las personas transiten adecuadamente por este proceso, se identifican en dos grupos: las de oferta (impuestas por el prestador médico o por el sistema) o las de demanda (atribuidas al individuo). Uno de los factores vinculados a los efectores del sistema es la demora en obtener turnos con especialistas, lo que genera una barrera para la accesibilidad y hace que la demanda no sea satisfecha. Bajo esta perspectiva, se pretende analizar el segundo conjunto de factores, a través de medidas que evalúan la calidad del servicio de salud, teniendo en cuenta que junto a la utilización, son elementos esenciales para gozar de buena salud (OMS, 2009).

Siguiendo estos argumentos, se puede decir, que el acceso no solo denota la entrada del individuo al sistema sino que en un sentido más amplio comprende desde la causa o la necesidad hasta el resultado o finalización de la atención médica. En ese orden, aunque el aseguramiento es un instrumento que busca que todos los individuos tengan entrada al servicio de salud, no garantiza la utilización final del mismo. En el apartado se pretende distinguir las diferencias en cuanto a la calidad de la atención médica, sabiendo que el gerenciamiento y el pago por servicios médicos es un denominador importante a la hora de analizar la atención en servicios públicos y privados. Si bien los pobres y carentes de derechos informaron una atención mayoritariamente en un sistema de salud público, nos parece interesante describir como la ca-

lidad de la atención puede ser comparada en distintas mediciones de la pobreza.

A continuación se analizan tres aspectos fundamentados en lo antes expuesto, el primero evalúa la percepción de mala calidad de atención médica recibida, el segundo releva el tiempo de espera de más de una hora en la atención médica en tanto que el último indaga la espera de más de dos meses para la consulta con un especialista. Se pretende establecer un perfil de calidad de la atención médica según las perspectivas de definiciones de pobreza y contexto de evolución temporal.

Desigualdades en la calidad de la atención médica

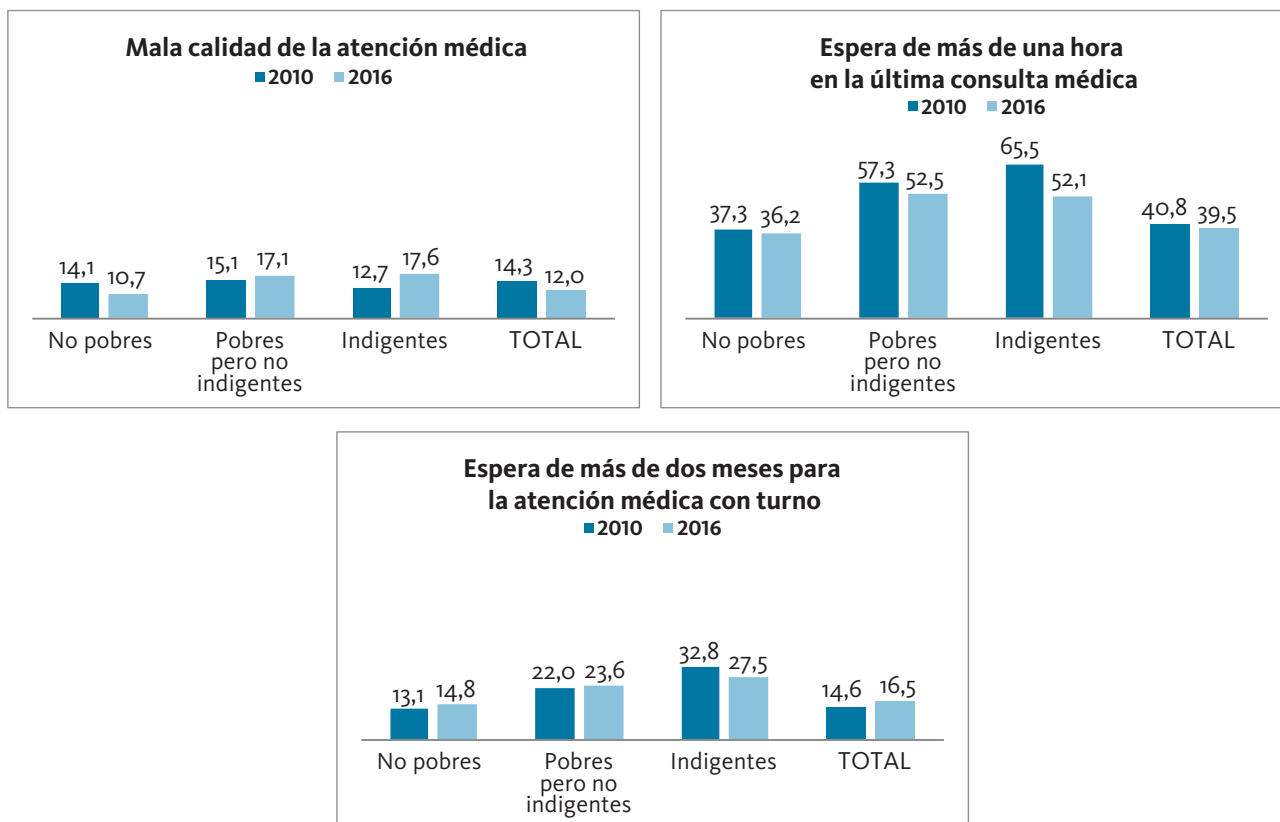
La satisfacción con la prestación del servicio médico reconoce una mirada positiva ascendente ya que sólo uno de cada diez de los encuestados manifiesta que la atención brindada fue muy mala, e incluso disminuye en 2016 (14,3%) respecto al 2010 (12%). Ver Figura 6.

La desigualdad no es diferencial al comparar a los grupos según la pobreza tradicional por ingresos, si bien los no pobres ostentan guarismos inferiores, la comparación interesante se observa en un contexto temporal ya que los que no son pobres disminuyen la percepción negativa de la atención en tanto que los pobres e indigentes elevan esta apreciación. La exploración desde una multidimensionalidad de medición de la pobreza introduce información que discrimina mejor la percepción de insatisfacción en la atención del facultativo. Los individuos que no refieren carencias en derechos mantienen un mínimo de percepción de mala calidad de la prestación (7,5%) en tanto que se eleva ante la condición de una dimensión de carencias vulneradas alcanzando el triple de insatisfacción entre aquellos que más vulnerabilidad por carencia de derechos tienen (23,7% en 2010), si bien en el último período estudiado decrece.

Así mismo, entre las personas que efectivamente utilizaron el servicio, el 40% de ellos percibe que el tiempo transcurrido en la sala de espera hasta concretar la atención fue de más de una hora, los pobres e indigentes -que en la mayoría de los casos se atendieron en un sistema público de salud- consideran en un 60% que debieron esperar una hora o más para la consulta médica con una tendencia decreciente en su evolución, en tanto que menos del 40% de los no pobres sostuvieron la misma postura.

Figura 6**CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN POBREZA POR INGRESOS**

Años 2010-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



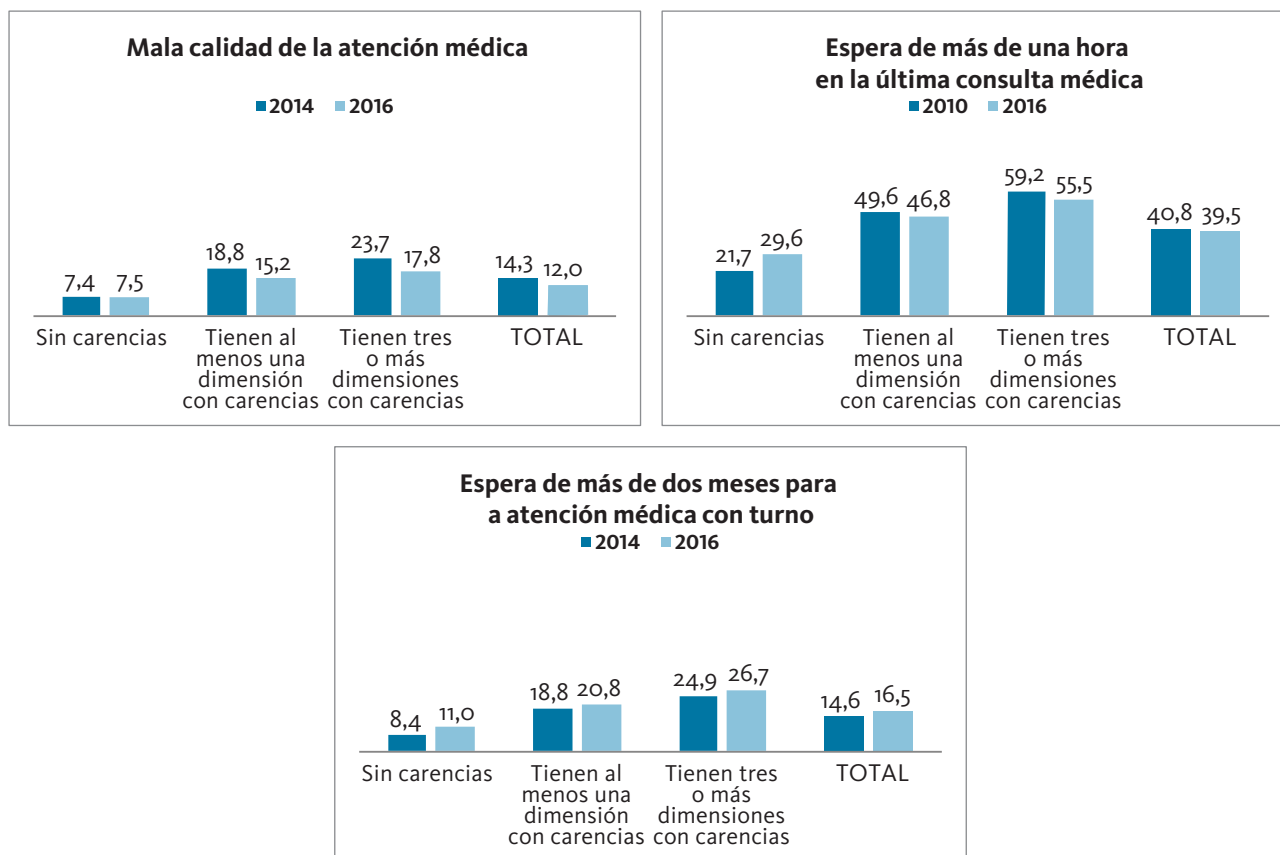
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

Al comparar las desigualdades desde la pobreza que considera gran parte de los derechos, se puede marginar a los encuestados que no denotan carencias con una menor percepción de tiempo demandado en sala de espera para la atención, asociado claramente a un sistema de salud no público. La mitad de los que sufren al menos una privación en dimensiones de derechos ostentan haber esperado una hora para la consulta con el médico, en tanto que lo mismo sucede con el 60% de los que infieren mayores carencias en derechos. La percepción de tiempo de espera de más de una hora entre 2010 y 2016 decrece entre los que tienen carencias en derechos en tanto que aumenta en los que no declaran carencias en dimensiones de derechos.

Como puede observarse en la Figura 7, la espera de más de dos meses en la atención con un médico especialista mediante la asignación de turnos, es una característica observada en el 15% de la población adulta de 18 años y más, sin demostrar casi diferencias en su evolución. Pero este aspecto que constituye la calidad de la atención, presenta grandes desigualdades al analizar a los individuos según distintas mediciones de pobreza e incorporando la inferencia al sistema de atención en el que habitualmente utilizan. Según el análisis, la pobreza en su conceptualización tradicional por ingresos conlleva a que tres de cada diez indigentes digan que han esperado más de dos meses para que los atienda un especialista, dicha situación disminuye entre los pobres (23%), y aún es menos frecuente entre los no pobres (14%). La varia-

Figura 7**CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN POBREZA POR CARENCIAS**

Años 2010-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

ción interanual en la espera de más de dos meses para la consulta del facultativo con turno es sólo significativa y decreciente entre los que viven en hogares con menores ingresos.

La multidimensionalidad de la medición de la pobreza clasifica la información de una espera mayor de dos meses para la atención con un médico especialista de manera desigual según cumplimientos en derechos. Así, esperaron más de dos meses: uno de cada diez de los que no ostentan vulnerabilidad en sus derechos, dos de cada diez que tienen al menos una dimensión con carencias y tres de cada diez de los adultos que han sufrido mayor vulnerabilidad en sus derechos. Las diferencias, en la evolución del indicador no demuestran diferencias significativas entre los grupos comparados.

HÁBITOS SALUDABLES

La clave de la salud integral se centra fundamentalmente en la prevención por lo que es necesario que las políticas públicas y conductas de los individuos tengan un correlato con el concepto de salud así como con el derecho a la misma. En este sentido, mejorar la calidad de vida, mediante hábitos saludables y la reducción de las brechas de desigualdad remite a una cuestión de prioridades.

En los últimos años, y ante la certeza de que aproximadamente el 50% de las enfermedades podrían evitarse cuidando nuestros hábitos y estilos de vida, se ha ido tomando conciencia de la importancia de la prevención, de que contener las causas de las patologías o minimizar sus efectos, es más conveniente, en

términos de ahorro económico para el sistema de salud, además de ser un amortiguador de sufrimiento y de aumento del bienestar para los individuos.

En tanto, existe una sólida evidencia científica acerca de los efectos beneficiosos para la salud de la práctica regular de actividad física en las personas. En este informe se considera ejercicio físico al conjunto de acciones motoras musculares y esqueléticas –es decir, cualquier actividad física– que mejoran y mantienen la mejor aptitud física, la salud y el bienestar de la persona.

Así, el ejercicio físico practicado de forma regular y frecuente mejora y fortalece el sistema inmune y osteo-muscular, contribuyendo al aumento de la calidad de vida a la vez que prolonga el tiempo socialmente útil de la persona. Además, al mejorar su capacidad física, cardiovascular, ósea y muscular, eleva sus niveles productivos, por lo que retarda los cambios propios de la vejez, mejora el aspecto físico y brinda mayor calidad del sueño. En el área anímica y afectiva, el ejercicio físico promueve el bienestar psicológico, mejorando el estado de ánimo, el concepto de uno mismo, la autoestima y las habilidades sociales, además de potenciar el funcionamiento cognitivo, aumentar la libido y optimizar la imagen corporal.

Actualmente la idea de que la actividad física es saludable está ampliada y reconocida por buena parte de la población, sin embargo, todavía son muchas las personas que por diversos motivos -ambiental, psicológico, laboral- no asumen la necesidad de implicarse en el hábito de ejercitarse físicamente o bien les resulta difícil iniciarse o mantenerse en él. Además en las poblaciones urbanas, predominan los estilos de vida con un alto sedentarismo, promoviendo el uso de la utilización de ascensores, escaleras mecánicas y vehículos de transporte coincidiendo con espacimientos quietos promovidos por aparatos tecnológicos).

En la Argentina las continuas transformaciones contextuales originadas principalmente en los permanentes cambios socioeconómicos, determinaron modificaciones tanto en el ámbito social como en la organización familiar, incidiendo en poco tiempo en una mayor tolerancia al consumo de sustancias tóxicas, además que oscilaciones y posturas confusas en distintos ámbitos -jurídico, médico y policial- se enunciaron con poca rigurosidad o fueron laxos a través de los medios de comunicación.

Según reportes de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA, 2014) como de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD), hay un aumento de la población consumidora, una mayor variedad de sustancias disponibles en el mercado y, más preocupante aún, una disminución en la percepción de riesgo en la población frente al uso de drogas (Rodríguez Espínola, Bonfiglio y Salvia, 2015; Salvia, Bonfiglio, y Rodríguez Espínola, 2016).

En este contexto el presente informe, infiere que al mencionar a las adicciones severas o consumo problemático de sustancias psicoactivas se lo entiende como un sinónimo de toxicomanías o drogadicción, considerándolo como un estado de intoxicación periódica o crónica provocado por el consumo repetido de una sustancia. Si bien, es sabido que las adicciones adquieren una instancia de severidad porque la pérdida de control y los episodios de consumo son más frecuentes e intensos. En este marco, entendemos que la adicción severa a sustancias psicoactivas es un determinante de comportamientos nocivos tanto para el individuo como para su entorno familiar y social, intentando abordar la problemática del consumo de drogas o de alcohol como un síntoma social sistémico, teniendo en cuenta las implicancias psicosociales, socioeconómicas y socioculturales.

En esta línea de consumos se evidencia que, fumar tabaco ha sido uno de los hábitos no saludables con mayor política pública implementada para su erradicación. En la actualidad, el consumo de cigarrillos es un problema de salud pública y la Organización Mundial de la Salud lo ha definido como “enfermedad”, considerando que ha perjudicado a millones de personas en el mundo, pues el hábito de fumar se ha extendido y afecta a propios y extraños, dejando de ser un problema de salud particular. El tabaquismo resulta de la acción crónica del consumo de tabaco, incluyendo dependencia física y psicológica, asociado a múltiples consecuencias perjudiciales para la salud e involucra un efecto nocivo incluso al contexto de personas que comparten cercanía física con el fumador. Bajo esta línea de hábitos que promueven a la salud, se observó que la población reportaba algún problema de sueño y hasta manifestaba verse moderada o severamente afectada por dichos problemas. El diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño deben

ser considerados como una cuestión de preocupación pública. Por un lado, la somnolencia diurna asociada a los trastornos de sueño se vincula con el deterioro de la capacidad de trabajo y un aumento del riesgo de accidentes de tráfico. Por otro lado, varios trastornos de salud tienen como comorbilidades o factores de riesgo asociados una alteración del sueño. Este es el caso de las enfermedades psiquiátricas como la ansiedad o la depresión; enfermedades neurológicas como Alzheimer o Parkinson; trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial y las afecciones coronarias; enfermedades metabólicas como la diabetes y la obesidad; y ciertas enfermedades oncológicas. Además de los determinantes biológicos y psicológicos, la calidad de sueño se encuentra fuertemente influenciada por múltiples e importantes factores sociales, entre los cuales podemos mencionar el lugar y tipo de residencia, el estrato socioeconómico y las condiciones laborales (Patel, 2007). Existen menos datos acerca de qué factores sociales predicen o influyen en la duración y calidad de sueño. Se ha estudiado que un mayor nivel de instrucción se relaciona con una mejor calidad de sueño debido a que posibilita un mejor nivel de ingresos. Por otro lado, las condiciones de vivienda precaria se asocian a factores ambientales, como ruido y luz, que alteran el sueño (Simonelli et al., 2013). Finalmente, las grandes ciudades presentan características diferenciales en cuanto a las condiciones laborales y posibilidades de esparcimiento (por ejemplo sociedades que trabajan 24 horas al día, los 7 días de la semana) que pueden actuar alterando patrones de sueño. Además, se ha reportado que el estrato socioeconómico, el tipo de vivienda, el lugar de residencia y el nivel de instrucción son determinantes de la salud. La mala calidad de sueño puede tener un papel importante a la hora de explicar en patologías específicas o bien en la consecución de una óptima salud integral. En la EDSA-Bicentenario se indagaron una serie de rutinas que inciden en la salud de las personas. Bajo esta consigna, se inquirió sobre la frecuencia en la realización de ejercicio físico y se consideró déficit en el indicador a aquellas respuestas que negaron realizar por lo menos ejercicio semanalmente, a fin de distinguir a los entrevistados que adhieren a actividades que previenen, promueven y aportan a una mejor salud, de aquellos que no lo hacen. Otro indicador considera una pregunta en la que el encuestado se

describe como fumador y en función de las respuestas brindadas, se pudo discriminar a aquellos que respondieron afirmativamente al consumo de tabaco, ya sea en la forma de cigarrillos manufacturados o armados. En tanto que se averiguó también si en el hogar había algún integrante que tuviera problemas severos por consumo de sustancias. Finalmente, la percepción de mala calidad de sueño fue otro aspecto que se tuvo en cuenta a la hora de determinar hábitos que generan una mejor calidad de la salud en los individuos.

A continuación se analizan un conjunto de rutinas y conductas saludables según las perspectivas de definiciones de pobreza multidimensional y tradicional en un contexto de evolución temporal.

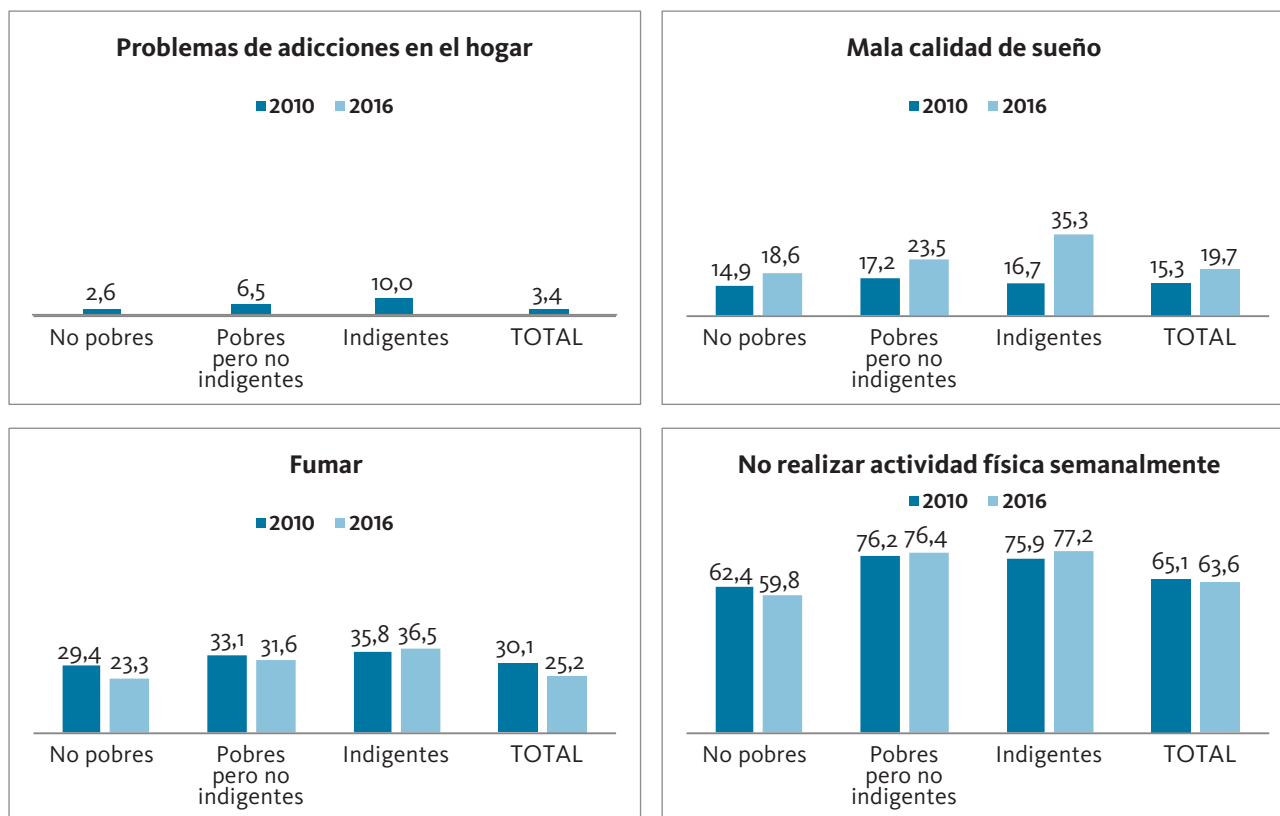
Desigualdades en los hábitos saludables

En la Figura 8 puede observarse de manera gráfica que entre el 2012 y el 2016 el 3,4% de las personas entrevistadas informó que en su hogar hay por lo menos un integrante con problemas severos por consumo de sustancias. Desde una mirada tradicional de la pobreza, se puede decir que la adicción está presente en el 2,6% de los hogares no pobres, elevándose a 6,5% en un contexto de pobreza y ascendiendo a 10% en aquellos hogares cuyos ingresos los identifican como indigentes. Una propuesta multidimensional de observación de la pobreza sugiere que en los hogares sin carencias, se manifiesta una frecuencia muy baja de adicción al alcohol o a las drogas en tanto que se triplica en los que advierten por lo menos una carencia en dimensiones de derechos y llega a quintuplicarse en los hogares que más vulnerabilidad por carencia de derechos presentan.

El hábito de fumar cigarrillos con tabaco es una práctica que se da en tres de cada diez adultos de 18 años y más, si bien ha demostrado ser una costumbre que ha disminuido en casi 5.5 p.p. del 2010 al 2016. Los perfiles según pobreza por ingresos exponen que no hay una relación directa entre condiciones económicas y consumo de cigarrillos si bien los indigentes alcanzan valores levemente superiores a los pobres y no pobres, sosteniendo el hábito en los años comparados. La disminución de fumadores se observa principalmente en los no pobres. La Figura 7 da cuenta de una tendencia de más cantidad de fumadores a mayor carencia de derechos, si bien en 2016 el mayor contraste es entre los que ostentan tres o más caren-

Figura 8**HÁBITOS SALUDABLES SEGÚN POBREZA POR INGRESOS**

Años 2012-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

cias en dimensiones de derechos (32,9%) y los que no mencionaron derechos vulnerados (21,1%).

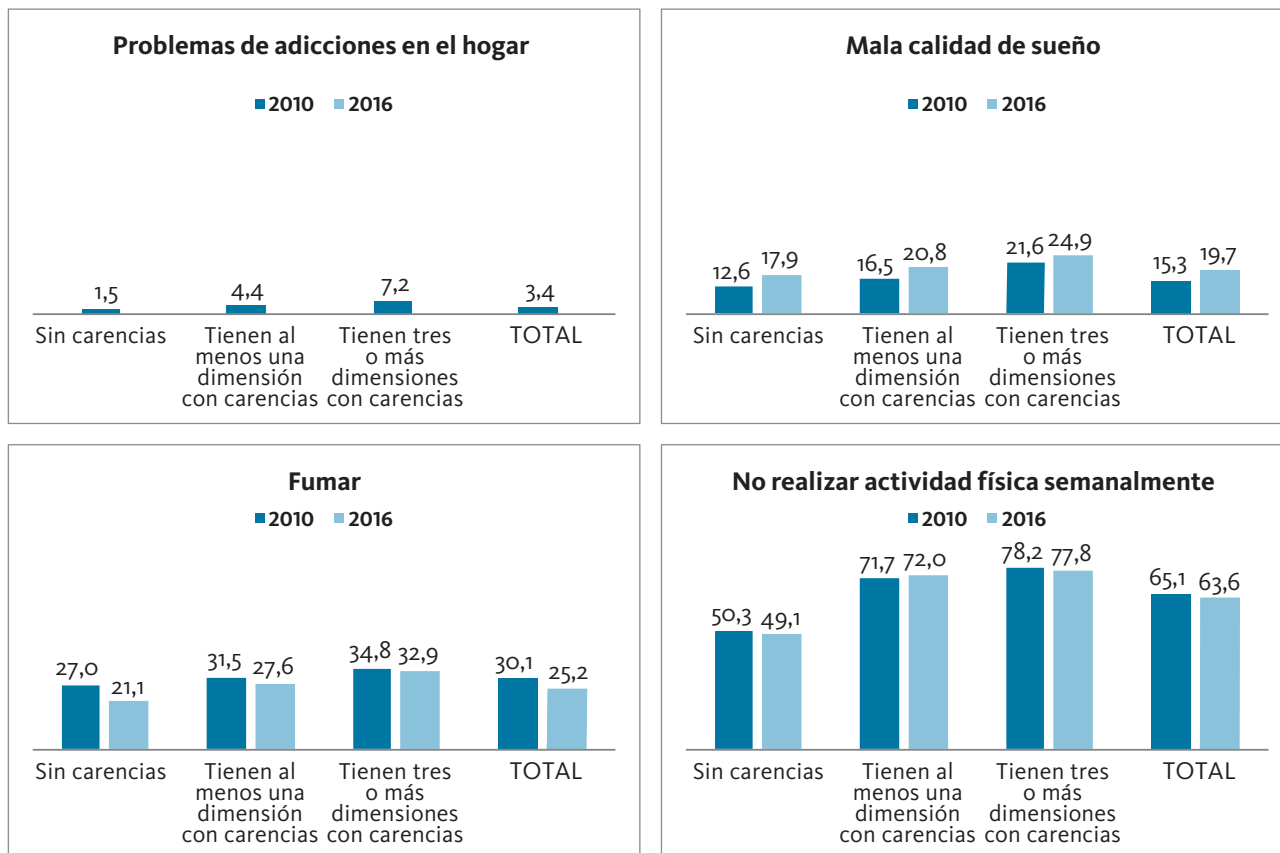
La falta de ejercicio físico por lo menos una vez por semana es una característica que se observa en más de seis de cada diez adultos urbanos argentinos con una variación favorable pero mínima entre 2010 y 2016. Los no pobres por ingresos sostienen esta tendencia, sin bien ocho de cada diez pobres e indigentes no incluyen la práctica de ejercitarse como una rutina saludable. Los grupos diferenciados por pobreza multidimensional, evidencian que el 50% de los que no tienen carencias no se ejercitan semanalmente, el 70% de los que sugieren una dimensión de derechos vulnerada y el 80% de los que tienen tres o más dimensiones de derechos incumplidas. La costumbre de realizar actividad física no demostró una diferencia en la comparación temporal según la medición de pobreza sustentada en derechos.

Finalizando con los análisis de hábitos preventivos de salud, se puede decir que los argentinos urbanos consideraron sentirse peor en su calidad de sueño en el 2016 (18,6%) respecto al 2012 (15,3%). Al observar los datos por ingresos económicos del hogar en la Figura 8, se deduce que el incremento está dado principalmente entre los indigentes (asciende casi 20 p.p. de 2012 al 2016), si bien los pobres estuvieron más insatisfechos en su calidad de sueño que los no pobres. Los perfiles del buen dormir difieren entre los encuestados según la pobreza desde una perspectiva de derechos: los incrementos interanuales mantienen las proporciones justificando que los que no tienen derechos vulnerados se auto-informan con mejor calidad de sueño en tanto la insatisfacción se eleva en los que promulgan mayores carencias en dimensiones de derechos. (Ver Figura 9).

Figura 9

HÁBITOS SALUDABLES SEGÚN POBREZA POR CARENCIAS

Años 2012-2016. En porcentaje de población de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA).

CONCLUSIONES

El informe pone en evidencia un perfil diferencial y detallado de pobreza desde una perspectiva multidimensional que amplía la información acotada desde una pobreza exclusivamente observada por los ingresos del hogar.

Los umbrales diferenciales entre los pobres y no pobres siguen siendo una deuda pendiente desde una perspectiva de desarrollo humano y de derechos. La asociación entre pobreza por ingresos o por carencia en dimensiones de derechos y la percepción negativa del estado de salud, vienen a demostrar nuevamente la importancia de los determinantes no biológicos sobre la salud de la población y la necesidad de implementar políticas públicas integradas.

En este sentido, es pertinente destacar que en nuestro país el acceso a la salud está diferenciado por tener cada sistema de atención un conglomerado social diferente que contribuye, en cierta medida, a reproducir institucionalmente la desigualdad social existente. Así, sucede que el acceso y la utilización de los servicios de asistencia médica tiene un impacto relevante en aquellos individuos en los que se puede intervenir o prevenir. De esta manera, se trata no sólo de velar por el cumplimiento del derecho a la salud sino también de garantizar que el mismo se traduzca en un efectivo cuidado y desarrollo de las capacidades humanas en condiciones de equidad.

La demanda y utilización de prestaciones médicas se deberían integrar con una óptima calidad de los servicios de atención de la salud, entendida como cobertura efectiva sin diferencias sistemas de atención sanitaria. Los datos sugieren la heterogeneidad fundamentada en aspectos que aluden mayor vulnerabi-

lidad en derechos y peor calidad de prestación de servicios.

Es necesaria la focalización en la población vulnerable con enfoques en políticas que traten de mejorar la salud de esta población, incorporando abordajes complementarios y necesarios para intervenir en las desigualdades en la salud. Entendiendo el concepto de población vulnerable como un subgrupo que, debido a unas características sociales compartidas, tiene un mayor riesgo de estar expuesto a diferentes riesgos y que la acumulación de factores de riesgo es la expresión de las causas fundamentales ligadas a la posición en la estructura social. Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud deben también centrarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales. Además, es imprescindible que haya políticas dirigidas a mejorar los factores conductuales, es decir intervenciones destinadas a mejorar las conductas o los estilos de vida considerando que se deben tener en cuenta que dichas maneras de vivir no son elecciones individuales sino que están condicionadas socialmente. Algunos ejemplos serían el aumento de los precios del tabaco y de las bebidas alcohólicas –intervenciones efectivas para disminuir las desigualdades en el consumo– o la construcción de equipamientos públicos donde poder realizar ejercicio físico.

Así la inequidad en salud se sostiene en la ausencia de diferencias injustas en el estado de la salud, en el acceso a los servicios y en los hábitos saludables. En tanto que lograr una vida saludable será una condición efectiva si se garantiza el igual e irrestricto acceso a derechos humanos básicos, entre los que se encuentra el derecho a la salud.

Bibliografía

Adaszko, D. (2011), Las condiciones habitacionales y el acceso a bienes y servicios urbanos en la Argentina 2010. En Barómetro de la Deuda Social Argentina, Estado de situación del desarrollo humano y social. Barreras estructurales y dualidades de la sociedad Argentina en el primer año del Bicentenario. Serie del Bicentenario (2010-2016)/Año I. Buenos Aires: UCA.

Alkire, S. y Foster, J. (2007). Counting and Multidimensional Poverty Measurement, OPHI Working Paper Series (Oxford: Oxford Poverty & Human Development Initiative), OPHI, Working Paper, 7.
Arostegui Madariaga, I., y Núñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud. Estadística española, Vol. 50, 167, 147-192.

Battiston, D., Cruces, G., López-Calva, L., Lugo, M. A. y Santos, M. E. (2009). Income and Beyond: Multidimensional Poverty in six Latin American countries. Documento de Trabajo N° 90. CEDLAS, Universidad Nacional de La Plata.

Beccaria, L. y A. Minujín (1985). Métodos alternativos para medir la evolución del tamaño de la pobreza, Documento de Trabajo N° 6, INDEC, Buenos Aires.

Beccaria, L. y A. Minujín (1991). Sobre la Medición de la Pobreza: Enseñanzas a partir de la Experiencia Argentina, Documento de Trabajo UNICEF, Buenos Aires.

Boltvinik, J. (1990). Pobreza y necesidades básicas: conceptos y métodos de medición. PNUD, Caracas (Venezuela).

Bonfiglio, J. I., Donza, E., Rodríguez Espínola, S., Vera, J. y Salvia, A. (2015). Progresos sociales, pobreza estructurales y desigualdades persistentes. Ilusiones y desilusiones en el desarrollo humano y la integración social al quinto año del Bicentenario (2010-2014). Barómetro de la Deuda Social Argen-

tina. Serie Bicentenario 2010-2016. Año V. Año 2015.
Bonfiglio, J. I., Vera, J. y Salvia, A. (2017). La pobreza multidimensional en la Argentina urbana 2010-2016. Un ejercicio de aplicación de los métodos OPHI y CONEVAL al caso argentino. Documento de investigación. UCA, Buenos Aires.

CEPAL (2013a). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile.

CEPAL (2013b), La medición multidimensional de la pobreza. Documento preparado por la División de Estadísticas de la CEPAL, para su discusión en la XII reunión del Comité Ejecutivo de la Conferencia Estadística de las Américas (abril 2013).

CEPAL (2014). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile. .

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2001) Resolutions approved in the area of Combating the Drug Problem at the XXXI OAS General Assembly San José, Costa Rica, June 3-5 del 2001.

Conconi, A. (2011). Pobreza multidimensional en Argentina: ampliando las medidas tradicionales por ingresos y NBI. Serie Documentos de Trabajo, Documento de Trabajo N° 90. Tesis de Maestría. Departamento de Economía, Universidad Nacional de La Plata.

CONEVAL (2009). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Cortés, F. (2014). La medición multidimensional de la pobreza en México, en Boltvinik, J...[et al] Multidimensionalidad de la pobreza: propuestas para su definición y evaluación América Latina y el Caribe. CLACSO.

Feres, J., & Villatoro, P. (2012). La viabilidad de erradicar la pobreza: un examen conceptual y meto-

dológico (No. 78). Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Foster, J. E. (2010). A report on Mexican multidimensional poverty measurement (No. ophi wp 040). Queen Elizabeth House, University of Oxford.

Giron Daviña, P. (2010). Los determinantes de la salud percibida en España. Tesis Doctoral. <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>

Gontero, S. I. (2004). ¿Cuáles Son Las Limitaciones de las Estadísticas de Pobreza en Argentina?, Documento de Trabajo, núm. 3, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba-Instituto de Economía y Finanzas.

López, C. y Safoján, R. (2013). Un análisis multidimensional de la pobreza: evidencia reciente de las regiones en argentina. Revista de economía y política, 12 (07), 9-44.

Macció, J. (2013). Una aplicación de las medidas de Alkire-Foster al estudio de la pobreza y desigualdad multidimensional de los hogares urbanos argentinos entre 2004 y 2008. [en línea], Ensayos de Política Económica, 1(7).

Mendoza Sassi, R. y Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Revista Medicina y Sociedad, 20-29 www.itaes.org.ar/biblioteca. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación “El acceso a la salud en Argentina III Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud”, 2010.

Observatorio Argentino de Drogas (2017). Sexto Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años. SEDRONAR.

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito UNODC (2009). Informe mundial sobre las drogas, Resumen Ejecutivo.

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) (2002), Estrategias de reducción de la pobreza basadas en los Derechos Humanos. Ginebra: OACDH.

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) (2004), Los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Un marco conceptual. Ginebra: OACDH.

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) (2009), Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la relación entre el cambio climático y los derechos humanos. Ginebra: Consejo de Derechos Humanos, décimo período de sesiones. OMS (2007). El derecho a la salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

OMS (2010). La planificación urbana es esencial para la salud pública. Comunicado de prensa. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban_health_20100407/es/index.html.

ONU (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

ONUCDD (2003). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Austria: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

OPS-OMS (2014). Estrategia para la cobertura universal de salud. 154 Sesión del Comité Ejecutivo Washington, DC.

Organización de los Estados Americanos (2011), Secretaría de Seguridad Multidimensional, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Observatorio Interamericano de Drogas. Informe del Uso de Drogas en Las Américas.

Patel, N. P., Grandner, M.A., Xie, D., Branas, C.C. & Gooneratne, N. (2010). Sleep disparity in the po-

pulation: poor sleep quality is strongly associated with poverty and ethnicity. BMC Public Health. 2010; 10, 475-480.

PNUD (2017), Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030 / dirigido por Gabriela Catterberg y Ruben Mercado; edición literaria a cargo de Sociopúblico; con prólogo de René Mauricio Valdés. – 1.a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Rodríguez Espínola, S, Bonfiglio, J. I. y Salvia, A. (2015). Aumento del tráfico de drogas en los barrios, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones en riesgo. Barómetro del Narcotráfico y las adicciones en la Argentina. Serie Bicentenario 2010-2016. Informe n°1.

Salvia, A. (2011). De marginalidades sociales en transición a marginalidades económicas asistidas. En Perspectivas críticas sobre la cohesión social: desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina. Buenos Aires (Argentina): CLACSO. Salvia, A. y Lépoire, E. (2008). Desafíos del enfoque de los Derechos Humanos y del desarrollo en la lucha contra la pobreza. Biblioteca virtual TOP; www.top.org.ar.

Salvia, A. y Tami, F. (2005). Introducción: desarrollo humano y deuda social. En Salvia, A. y Tami, F. (coord.), Barómetro de la Deuda Social Argentina, año 1: las grandes desigualdades. Buenos Aires: Universidad Católica Argentina.

Salvia, A., Bonfiglio, J. I., Donza, E., Hermida, J. C., Rodríguez Espínola, S. y Vera, J. (2016). Tiempos de Balance: deudas sociales pendientes al final del Bicentenario. Necesidad de atender las demandas del desarrollo con mayor equidad e inclusión social. Barómetro de la Deuda Social Argentina. Serie Bicentenario 2010-2016. Año VI. Año 2016.

Salvia, A., Bonfiglio, J.I. y Rodríguez Espínola, S. (2016). Aumento del tráfico de drogas, problemas de adicciones severas en las familias y poblaciones en riesgo en la Argentina urbana (2010-2014). Barómetro del Narcotráfico y de las adicciones en la Argen-

tina. Serie bicentenario 2010-2016, Informes N°1/N°2 – Año 2015. Fundación Konrad Adenauer Stiftung.

Schiavone M. A. (2010). Hablemos en serio de Equidad, el caso del Subsector Público. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina de la Academia Nacional de Medicina, Año 10, 11 -19.

Schiavone, M. A. (2013). El sistema de Salud Argentino. Necesidad-oferta y demanda, en Economía y Financiamiento de la Salud. Editorial Dunken, Buenos Aires.

Schiavone, M. A., Rodríguez Espínola, S., Seoane, H. & Ríos, J. (2015). Salud percibida. Cobertura, utilización y acceso al sistema de atención de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires, EDUCA.

Sen, A. (1981). Poverty and Famines. An Essay on Entitlement and Deprivation, Oxford, Clarendon Press.

Simonelli, G., Leanza, Y., Boilard, A. Hyland, M., Augustinavicius, J.L., Cardinali, D.P., Vallières, A., Pérez-Chada, D. & Vigo, D.E. (2013). Sleep and quality of life in urban poverty: the effect of a slum housing upgrading program. Sleep, 36 (11), 1669-1676.

Tuñón, I., Poy, S. y Coll, A. (2015). Pobreza infantil en las ciudades de la Argentina 2010-2014: Diferentes mediciones de la pobreza infantil y una propuesta multidimensional desde un enfoque de derecho. UCA, Observatorio de la Deuda Social Argentina, Serie del bicentenario, Boletín 3.

Yuri, C. R. (2014). Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades Colombianas (2008-2012). Documentos de trabajo sobre economía regional, Num. 200.

ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina



Pontificia Universidad Católica Argentina
Observatorio de la Deuda Social Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1500, cuarto piso, oficina 462
(C1107AFD) Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel/fax: (+54 11) 4338 0615
E-Mail: observatorio_deudasocial@uca.edu.ar
www.uca.edu.ar/observatorio

