

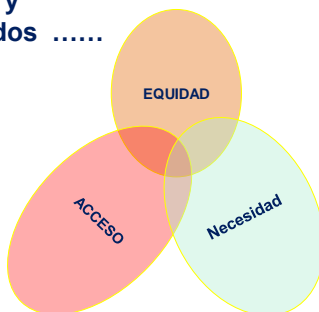
Módulo II: Equidad de acceso a Servicios de Salud

23 de Mayo 2013

Que revisaremos ?

1. Conceptos de :
 - a. equidad,
 - b. necesidad,
 - c. acceso.
2. Modelos de evaluación de equidad de Acceso

Tres conceptos
centrales y
relacionados



Tres conceptos
centrales y
relacionados



Equidad en qué? Cómo es entendida ?

- La misma utilización de servicios de salud por parte de la población ?
- El mismo gasto en dinero y tiempo para acceder a los servicios de salud ? En los diferentes niveles y complejidad ?
- La misma proporción del ingreso utilizada para acceder a servicio de salud?
- Poder elegir alternativas ?
- El mismo paquete básico de cuidado (mínimo decente)?

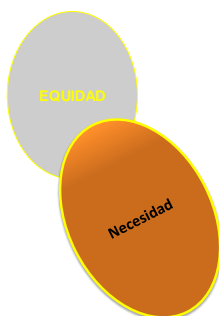
Sources : Modified Jean Paul Moatti , University of the Mediterranean

Equidad horizontal: Se funda en el principio que individuos con necesidades iguales en salud deben ser tratados por igual, independiente de su capacidad de pago , raza, sexo o lugar de residencia

Equidad Vertical: se funda en el principio que los individuos con diferentes necesidades de salud , deben ser tratados de modo diferente.

(E. Van Doorslaer 1993)

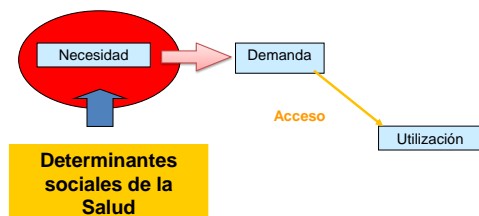
Tres conceptos centrales y relacionados



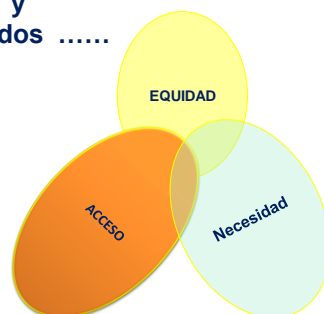
Como se definen las necesidades : Tipología de necesidades de Bradshaw

- **Necesidad normativa:** en que un experto define necesidad mediante la definición de un estándar deseado.
- **Necesidad sentida:** se pregunta a las personas .
- **Necesidad expresada:** cómo las personas usan los servicios o transforman necesidad en acción .
- **Necesidad comparativa:** en que las características de la población que recibe un servicio son tomada en cuenta y las personas de características similares que no reciben el servicio son consideradas en necesidad .

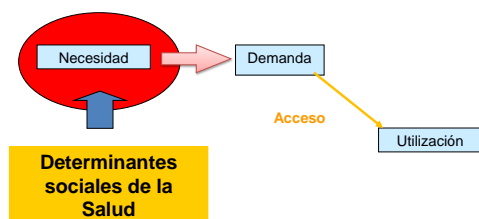
Necesidad



Tres conceptos centrales y relacionados



Necesidad



Concepto de acceso y cobertura

"es un concepto que expresa la interacción entre los Servicios y las personas, para quienes los servicios son entendidos como una amplia gama de acciones , y no limitada solo a la provision de servicios ..."

(Tanahashi 1978)

Nuestro principal propósito es:

- (1) Ayudar a identificar y superar barreras de acceso.
- (2) Vincular el acceso al debate de equidad, intersectorialidad y determinantes sociales.

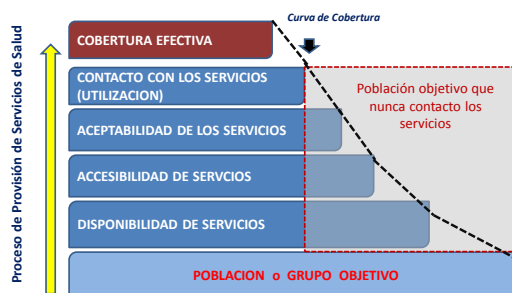
Acceso atención de Salud

- La posibilidad de obtener atención de salud cuando se necesita .
- Qué es “cuando lo necesita”?
 - Opinión directa de los individuos , si ellos pudieron obtener atención cuando ellos percibieron que era necesario.
 - Datos de utilización de servicios (estadísticas de actividades) asociados a las necesidades existentes (datos epidemiológicos, por ejemplo prevalencia o incidencia)

Acceso a Salud

- La posibilidad (oportunidad) de tener acceso a la salud y calidad de vida.

Modelo de evaluación de Equidad de Acceso y Barreras a Servicios de Salud



Modelo de evaluación de Equidad de Acceso y Barreras a Servicios de Salud



Cobertura de DISPONIBILIDAD (oferta)

Expresa **qué** recursos y en **qué cantidad** están disponibles para realizar una determinada prestación.

- La capacidad del sistema de salud para responder a un tamaño de población o mejor dicho para un determinado grupo que requiere dichos servicios.
- Ejemplo de indicadores :
 1. Número de centros de salud, y profesionales y personal asociado a ellos, o las tecnologías asociadas, ya sea equipamiento, fármacos,
 2. La relación entre centros de salud y población,
 3. La relación médicos y enfermeras según población
 4. Determinadas acciones o entrega de fármacos o lentes según población

Cobertura de contacto y cobertura efectiva

Cobertura de contacto: se entiende como utilización de servicios o la proporción de la población que toma contacto con los servicios.

Cobertura efectiva de la población: es la proporción de la población que completan totalmente la recomendación a un tratamiento, programa (o estándar definido para un conjunto de actividades)

- Acciones o intervenciones que solo requieren un contacto único en el tiempo, esto vendría ser equivalente a la "cobertura efectiva", como es el caso de las vacunaciones.
- Otras intervenciones que requieren varios contactos con el servicio - necesidad de la "continuidad" de la atención - es necesario analizar la adherencia y los factores asociados al abandono de tratamiento o ausencia de los controles.

El tomar contacto con el servicio no implica necesariamente "cobertura efectiva".

No son las mismas barreras y facilitadores los que están asociados al primer contacto con el servicio de aquellos que explican el abandono o ausentismo.

Modelo de evaluación de Equidad de Acceso y Barreras a Servicios de Salud



Cobertura de ACCESIBILIDAD

- **Accesibilidad física:** referido a la distancia de los centros de salud y/o postas rurales del usuario/a y la disponibilidad de transporte.
 - Indicador más frecuente utilizado es el tiempo de transporte real asociado a la distancia.
 - El "valor del tiempo" (oportunidad del costo del tiempo)
 - Disponibilidad tipo de transporte,
 - calidad de las rutas y caminos
 - **Por ejemplo,** analizar el porcentaje o magnitud de la población que requiere más de 1 hora de viaje para acceder al centro de salud.
- **Accesibilidad financiera:** disponibilidad de recursos y gastos asociados a ellos, tales como los del transporte, los gastos de bolsillo.
 - **Por ejemplo,** compra exámenes que no estuvieron disponibles en los tiempos requeridos dentro del sector público o compra de medicamentos, entre otros.
- **Accesibilidad administrativa-organizacional:** aspectos administrativos que limitan la oportunidad de la atención y el acceso a la oferta pública, así como los tiempos de espera asociados a ellos.
 - **Por ejemplo:** la inscripción, la acreditación de beneficiario Fonasa, los procedimientos para el otorgamiento de horas, exámenes u otros beneficios sociales requeridos, los tiempos de espera asociados a ellos.

Modelo de evaluación de Equidad de Acceso y Barreras a Servicios de Salud



Cobertura de ACEPTABILIDAD

Se refiere a la proporción de la población para quienes los servicios, las prestaciones ofrecidas y el modelo de atención son aceptables

A pesar que los recursos estén disponibles y accesibles para la población, estos no son usados por ellos.

Las barreras de aceptación están basadas principalmente en aspectos no financieros, tales como: **aspectos culturales, creencias, religión, género y redes sociales.**

En esta dimensión se puede considerar la **satisfacción de los usuarios** con respecto a la organización de los servicios, tanto en lo que refiere a distribución de horarios, privacidad, trato digno y relaciones, entre otros

Para explorar y entender las **barreras y facilitadores** asociados a la aceptabilidad y satisfacción de la población sería mas adecuado la utilización de metodologías cualitativas y participativas.

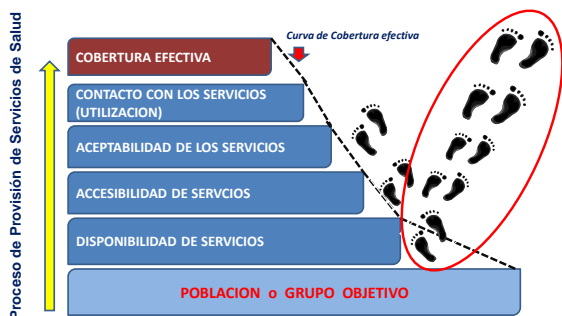
De particular relevancia es el abordaje de aquellos grupos sociales e individuos que **nunca contactan el servicio** y que **se pierden el "proceso de acceso"**.

Desde la perspectiva de equidad la principal tarea es identificar la población que no toma contacto, la **"no visible"**.

- **Saber ¿quiénes son?**,
- **¿donde están?**
- **¿Por qué no acceden?**,
- **¿cuáles son sus barreras y facilitadores de acceso?**.

Esto, solo es posible desde el **ámbito local**, con herramientas metodológicas complementarias (cualitativas-cuantitativas,) y participativas.

Modelo de evaluación de Equidad de Acceso y Barreras a Servicios de Salud



- Relación de la barreras identificadas con los Determinantes sociales intermediarios y estructurales.
- Intervención sobre las barreras de acceso:
 - Rol de los otros sectores: intersectorialidad:.
 - Rol de la participación social en la solución de ellas .

Necesidad

