

PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO PARA VALORAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ENTRE AFILIADOS Y AFILIADAS DE UNA OBRA SOCIAL UNIVERSITARIA ARGENTINA

Participation in a study to assess primary health care among members of university health insurance in Argentina

Participação em uma pesquisa para avaliar os cidadãos primários da saúde entre filiados e filiaidas de um plano médico universitário na Argentina

Villalba A^{1,2}, Falá Giroldi C^{1,2}, Nicora V¹, Mántaras J¹, Berra S.^{2,3}

¹ Escuela de Trabajo Social, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba; Argentina. ² Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNC; Argentina. ³ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); Argentina.

Financiamiento: Subsidio de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT), UNC. Resol. 214/2010; proyecto de categoría A. Subsidio CONICET, Res D719/2011, PIP 2011-2013 N°114-201001-00279.

Resumen

Objetivo: Describir la proporción de localización, participación y respuesta en una encuesta para valorar la atención primaria de la salud de afiliados de una obra social universitaria.

Métodos: Estudio piloto descriptivo transversal. Muestreo aleatorio simple de 500 personas adultas de la base de datos de afiliaciones. Se calcularon proporciones de localización, participación, respuesta y respuesta total, luego se analizaron por sexo, edad, tipo de afiliación y modo de administración.

Resultados: El 61,8% de afiliados fue localizado, el 84,5% de las personas localizadas aceptó participar y el 64,4% de ellas respondió el cuestionario, alcanzando una proporción de respuesta total del 54,4%. Las personas jóvenes fueron relativamente menos localizadas (52,2%; $p < 0,01$) y la mayor proporción de respuesta total se consiguió en las mayores de 65 años (68,2%; $p < 0,05$).

Conclusiones: La localización fue dificultosa pero hubo una buena aceptación del estudio. Los medios informatizados de administración fueron preferidos pero tuvieron una baja respuesta.

Palabras clave: encuestas de salud, participación, respuesta, atención primaria

Trabajo recibido: 02 de diciembre 2013. Aceptado: 12 de marzo 2014

Abstract

Aim: To describe the location, participation and response to a survey to assess primary health care in members of a University Health Insurance.

Materials and methods: Pilot cross-sectional descriptive study. Simple random sample of 500 adults from members' database. Proportions of location, participation, response and total response were calculated and analyzed according to sex, age, and type of membership and administration.

Results: 61.8% of members were found, 84.5% agreed to participate and 64.4% answered the questionnaire, reaching a total response rate of 54.4%. Young people were less likely to be localized (52.2%, $P < 0.01$) and higher total response rate was achieved in people over 65 (68.2%, $P < 0.05$).

Conclusions: Finding the members was difficult but there was a good level of study acceptance. The computerized questionnaire showed strong preference but low response.

Keywords: health surveys, participation, response, primary care.

Resumo

Objetivo: Descrever a proporção de localização, participação e resposta em uma enquete para avaliar os cuidados de saúde primários dos filiados de um plano médico universitário

Métodos: Estudo piloto descritivo transversal. Amostragem aleatória simples de 500 adultos do banco de dados das filiações. Proporções de localização, a participação, a resposta e a resposta global foram apurados; a seguir foram analisados por sexo, idade, tipo de filiação e modo de administração. Resultados: 61,8 % dos filiados foi localizado, 84,5 % daqueles localizados aceitaram participar e 64,4% deles responderam o questionário, atingindo uma taxa de resposta total de 54,4%. Os jovens foram relativamente menos localizados (52,2%; $p < 0,01$) e a maior proporção de resposta completa foi atingida em pessoas com mais de 65 anos (68,2%, $p < 0,05$). Conclusões: A localização foi difícil, mas houve uma boa aceitação da pesquisa. Os meios de administração informatizados foram os preferidos, mas tiveram uma resposta fraca.

Palavras-chave: enquetes de saúde, participação, resposta, cuidados primários.

Introducción

Las encuestas de salud y los estudios de servicios sanitarios desde la perspectiva de la población ofrecen información de gran utilidad para conocer y monitorizar la salud, cobertura y acceso a la atención, así como su visión acerca de los servicios que utiliza.¹ Mientras que en muchos países las encuestas poblacionales son ya tradicionales,² todavía son escasas en América Latina. Entre los desafíos de este tipo de estudios pueden encontrarse los de definir y delimitar la población, acceder a las personas seleccionadas y diseñar una adecuada estrategia de contacto para finalmente conseguir una participación suficiente de las personas que deben conformar la muestra.^{1,2} La falta de respuesta por una parte de las personas seleccionadas presenta inconvenientes en el logro de los tamaños muestrales necesarios, puede afectar su representatividad y también introducir sesgos en los resultados.^{3,4} Por lo tanto, para la planificación de encuestas sobre servicios de salud, es útil prever qué proporción de la población puede estar dispuesta a responder y si esa predisposición es mayor en algún segmento de la población. Un 40 a 70% de los estudios epidemiológicos no informan tasas de participación⁵ y existen pocos análisis de este problema. Además, es interesante conocer la utilidad de las nuevas tecnologías en el desarrollo de la investigación, como la digitalización de cuestionarios para ser respondidos en línea.

En Argentina, al igual que en otros países de América Latina, las reformas en el sistema sanitario, acordes con las transformaciones globales que se operaron en la economía, el Estado y la sociedad, llevaron a una reconversión del mismo, hacia un sistema de salud mixto y con tendencia a la fragmentación.⁶ Históricamente se conformaron tres subsectores: el estatal, el privado y el de obras sociales. El subsistema de las obras sociales se basa en el modelo bismarkiano de seguridad social,⁶ es financiado con los aportes de trabajadores y empleadores.⁷ Fue creado a mediados de la década de 1940 con la integración de la sociedad de socorros mutuos al sistema nacional de salud pasando a funcionar en relación con los sindicatos, como organizaciones encargadas de gestionar las prestaciones médicas de manera solidaria para los trabajadores. La mayor parte de la población argentina dispone de cobertura en el subsistema de obras sociales (56,9%),⁸ a pesar de que los servicios públicos son de acceso universal. En el caso de las obras sociales universitarias, sus beneficiarios obligatorios son las autoridades superiores, el personal docente y el personal no docente de las universidades nacionales;⁹ mientras que sus grupos familiares primarios, los jubilados o pensionados de la universidad, las personas vinculadas por sus funciones o actividades a la universidad, los graduados de instituciones de educación superior, pueden ser beneficiarios “adherentes”.

La Obra Social Universitaria DASPU, de la Universidad Nacional de Córdoba, contaba en julio de 2010 con 56.068 afiliados, cuando dispuso la realización de un estudio sobre las experiencias de sus afiliados con la atención primaria de salud. Antes de abordar un estudio de mayor magnitud, se implementó uno piloto que explorara el nivel de participación de los afiliados y permitiera poner a prueba los instrumentos, medios de implementación y formas de comunicación. Este trabajo tuvo como objetivo describir la proporción de localización, participación y respuesta a la encuesta de salud y experiencias con la atención primaria de la salud, según edad, sexo y tipo de afiliación.

Material y métodos

Se realizó un estudio piloto de tipo descriptivo transversal. La población bajo estudio fue el total de afiliados y afiliadas mayores de 18 años de edad, de la obra social en el año 2010. Se ejecutó un muestreo aleatorio simple de 500 casos a partir de la base de datos de afiliaciones. El trabajo de campo tuvo lugar entre diciembre de 2010 y abril de 2011.

El contacto inicial con los afiliados incluidos en la muestra se estableció telefónicamente. Se organizaron los llamados en dos tramos horarios, turno matutino y vespertino, efectuando hasta cuatro intentos de contacto, dos por turno. En el diálogo telefónico se informaron los objetivos del estudio, beneficios, riesgos y formas de participación para solicitar su consentimiento, ofreciendo números de teléfono y página de Internet como fuentes complementarias de información. Aquellas personas que aceptaron participar pudieron elegir entre las siguientes modalidades de respuesta: 1) autoadministrada en línea: se envió el enlace al correo electrónico de la persona; 2) autoadministrada en papel, la cual abarcó las posibilidades de envío y retiro del cuestionario por correo postal, o la entrega y devolución en la sede de la obra social; y 3) entrevista: se acordó con la persona un horario y fecha que le fuese conveniente para participar y una entrevistadora administró el cuestionario telefónica o personalmente. Para incentivar la respuesta se hicieron dos recordatorios por correo electrónico o por teléfono.

El instrumento de recogida de datos consistió en un cuestionario que incluyó preguntas para la identificación y caracterización de la fuente de APS, valoración de las experiencias con la APS, salud percibida, salud mental, enfermedades crónicas declaradas, uso de servicios sanitarios y características socioeconómicas de la persona y de su familia. Responder el cuestionario insumiría entre 30 y 45 minutos en la modalidad por entrevista, según las pruebas realizadas previamente. El trabajo de campo estuvo a cargo de cuatro trabajadoras de campo entrenadas y dos coordinadoras.

Se definieron los siguientes indicadores de localización, participación y respuesta: 1) porcentaje de localización: número de afiliados encontrados sobre la cantidad inicial de casos seleccionados, definidas las personas no localizadas como aquellas que no se logró encontrar tras la realización de cuatro intentos de llamado o cuyos números telefónicos fueron erróneos; 2) porcentaje de participación: número de afiliados que aceptaron participar sobre aquellos que fueron localizados; 3) porcentaje de respuesta: número de afiliados que respondieron sobre el total de los que habían aceptado participar; 4) porcentaje de respuesta total: número de afiliados que respondieron sobre el total de los que fueron localizados. La frecuencia de estos indicadores fue analizada por edad, sexo, tipo de afiliación y modalidad de respuesta, con la aplicación de la prueba de hipótesis de chi cuadrado para las diferencias en la distribución de frecuencias entre grupos.

Se garantizó el consentimiento informado, la confidencialidad y protección de los datos mediante un código de identificación anonimizado para asegurar el anonimato de la persona al responder y en el manejo de sus respuestas. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en la Investigación en Salud Mental de la Provincia de Córdoba.

Resultados

Localización

Durante el contacto inicial se pudo encontrar a 309 personas (61,8%) de la muestra inicial de 500. La mayoría de los casos no localizados se debieron a números telefónicos desactualizados. La localización fue algo mayor en afiliados de 65 o más años (72,1%; $p < 0,01$), mientras que no hubo variaciones por edad ni tipo de afiliación (tabla 1).

Participación

El 84,5% ($n = 261$) de las personas localizadas aceptaron participar. El porcentaje de participación fue algo mayor entre los menores de 45 años y entre afiliados adherentes, sin alcanzar significación estadística (tabla 1). De los afiliados que no aceptaron participar en el estudio ($n = 48$), la mayoría no dio un motivo particular, aludió falta de tiempo o desinterés.

Respuesta

El 64,4% ($n = 168$) de las personas que habían aceptado participar respondieron el cuestionario. Este porcentaje fue más alto entre las mujeres 67,8% ($p = 0,124$) y las personas mayores de 65 años 90,9% ($p < 0,01$) o jubiladas 80% ($p = 0,064$). Contabilizando en el denominador a todas las personas localizadas, el porcentaje de respuesta total fue del 54,4%, manteniéndose la proporción más alta entre mayores de 65 años 68,2%; ($p = 0,028$) (tabla 1). La respuesta lograda fue algo menor en hombres y en afiliados adherentes, sin ser estas diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1. Porcentajes de localización, participación y respuesta por sexo, edad y tipo de afiliación.

	Sexo		Edad (en años)						Tipo de afiliado															
	Femenino		Masculino		18 a 29		30 a 44		45 a 64		65 a 90		Adherente		Jubilado		Obligatorio							
	n ^a	% ^b	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p					
Localización de personas seleccionadas																								
Localizados	309	61,8	169	60,8	140	63,1	0,644	68	52,3	89	58,6	108	68,8	44	72,1	<0,01	90	59,6	34	60,7	185	63,1	0,756	
No localizados	191	38,2	109	39,2	82	36,9	62	47,7	63	41,4	49	31,2	17	27,9	61	40,4	61	40,4	22	39,3	108	36,9		
Total	500	100,0	278	100,0	222	100,0	130	100,0	152	100,0	157	100,0	61	100,0	151	100,0	56	100,0	293	100,0				
Participación entre quienes fueron localizados																								
Aceptaron participar	261	84,5	143	84,6	118	84,3	0,530	60	88,2	80	89,9	88	81,5	33	75,0	0,091	79	87,8	25	73,5	157	84,9	0,144	
No aceptaron participar	48	15,5	26	15,4	22	15,7	8	11,8	9	10,1	20	18,5	11	25,0	11	12,2	9	26,5	28	15,1				
Total	309	100,0	169	100,0	140	100,0	68	100,0	89	100,0	108	100,0	44	100,0	90	100,0	34	100,0	185	100,0				
Respuesta entre quienes aceptaron																								
Respondieron	168	64,4	97	67,8	71	60,2	0,124	29	48,3	54	67,5	55	62,5	30	90,9	<0,01	44	55,7	20	80,0	104	66,2	0,064	
No respondieron	93	35,6	46	32,2	47	39,8	31	51,7	26	32,5	33	37,5	3	9,1	35	44,3	5	20,0	53	33,8				
Total	261	100,0	143	100,0	118	100,0	60	100,0	80	100,0	88	100,0	33	100,0	79	100,0	25	100,0	157	100,0				
Respuesta total entre quienes fueron localizados																								
Respondieron	168	54,4	97	57,4	71	50,7	0,145	29	42,6	54	60,7	55	50,9	30	68,2	0,028	44	48,9	20	58,8	104	56,2	0,446	
No respondieron	141	45,6	72	42,6	69	49,3	39	57,4	35	39,3	53	49,1	14	31,8	46	51,1	14	41,2	81	43,8				
Total	309	100,0	169	100,0	140	100,0	68	100,0	89	108	100,0	44	100,0	44	100,0	90	100,0	34	100,0	185	100,0			

Modalidad de respuesta

Del total de personas que aceptaron participar, la modalidad que inicialmente eligieron para responder fue mayoritariamente la autoadministración en línea (n=192); (73,5%), seguida por la modalidad autoadministrada en papel (18%), mientras que sólo el 8,4% prefirió la modalidad por entrevista. Los datos finales mostraron que esta relación de preferencias se mantuvo al momento de responder, pero el número de personas que utilizó la modalidad en línea fue mucho menor de lo previamente acordado (figura 1), reduciéndose su frecuencia relativa al 64,9% (n=109). No se observaron diferencias significativas por sexo en la elección de la modalidad de respuesta, pero sí por grupos etarios, ya que la elección de la modalidad en línea fue mayor entre los jóvenes, la entrevista telefónica, en adultos de mediana edad y la autoadministrada en papel, en las personas de 65 años o más (tabla 2).

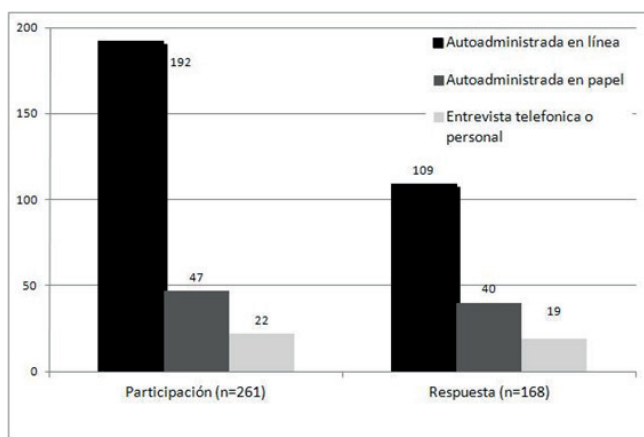


Figura 1. Modalidad de administración inicialmente elegida para participar y modalidad utilizada en la respuesta. Argentina, diciembre 2010 - abril 2011.

Tabla 2. Modalidad de respuesta elegida inicialmente según sexo y edad. Argentina, diciembre 2010 - abril 2011

Modalidad de respuesta elegida	Total		Sexo		Edad (años)							
	n ^a	% ^b	Femenino	Masculino	18 a 29	30 a 44	45 a 64	65 a 90	18 a 29	30 a 44	45 a 64	65 a 90
Autoadministrada en línea	109	64,9	62	47	27	43	30	9	93,1	79,6	54,5	30,0
Autoadministrada en papel ^c	40	25,0	23	17	1	5	16	18	3,4	9,3	29,1	60,0
Entrevista telefónica o personal	19	10,1	12	7	1	6	9	3	3,4	11,1	16,4	10,0
Total	168	100,0	97	71	29	54	55	30	100,0	100,0	100,0	100,0

^a n: frecuencia absoluta; ^b %: porcentaje; ^c La modalidad autoadministrada incluye a la modalidad por correo postal o de la entrega y devolución en la sede de la obra social.

Discusión

Este estudio analizó indicadores de participación en una encuesta sobre servicios de salud intentando aportar información útil para el diseño de este tipo de estudios en el futuro. El trabajo reveló dificultades para la localización de las personas, una buena aceptación inicial de la encuesta y finalmente una baja respuesta. Además, se observó la preferencia por los medios informatizados de administración, aunque también una mayor falta de respuesta a través de los mismos.

Fue demasiado alta -una cuarta parte- la cantidad de afiliados a los cuales no se logró localizar tras varios intentos. La imposibilidad de encontrar a las personas seleccionadas es habitual en este tipo de estudios y se sabe que afecta más a la población activa, dado que los llamados telefónicos se realizan necesariamente en horarios de jornada laboral. Pero aquí también fue importante la desactualización de la base de afiliaciones de la obra social.

Observamos que si bien los porcentajes de participación logrados fueron altos, indicando un buen nivel de interés de esta población por este tipo de convocatorias, la respuesta conseguida fue baja, aunque similar a la reportada en otros estudios en este que usaron estrategias de contacto similares.¹⁰⁻¹¹¹² La modalidad alternativa de incluir usuarios durante una visita al centro de salud logran mejores indicadores de participación,¹³ aunque pueden resultar en una menor representatividad de la población bajo cobertura.

La edad fue la característica que mostró más diferencias en los indicadores analizados. La población joven pareció tener buena predisposición para este tipo de encuestas y prefirió la modalidad de autoadministración en línea, pero fue más difícil localizarla y, después de que aceptaron, fueron los que menos enviaron sus respuestas. Por el contrario, la población de adultos mayores fue localizada con mayor facilidad y eligió modalidades por entrevista, con la que se consiguieron mejores tasas de respuesta.

La versión en línea fue la más elegida para completar el cuestionario, aunque también la que más falló luego en conseguir respuestas. En cambio, la entrevista telefónica consiguió mejores resultados en términos de respuesta, quizás porque se realiza inmediatamente tras el contacto. Un estudio en usuarios diabéticos de un centro de salud de Telde (Islas Canarias) encontró mejor proporción de respuesta mediante entrevista telefónica en comparación con el envío por correo y autoadministración.¹¹ El presente estudio no siguió un modelo experimental para comparar grupos conformados aleatoriamente, sino que las personas eligieron la modalidad, por lo que no se puede concluir acerca del nivel de respuesta que se podría conseguir ofreciendo una única vía de administración.

Una recomendación derivada de este estudio piloto es considerar las posibilidades de realizar encuestas por vía digital y autoadministradas, que parecen estar adquiriendo factibilidad y aceptación, siendo una modalidad muy económica de recolección de datos. La preferencia por el cuestionario digital puede ser una particularidad de esta población, con alta proporción de personal universitario. En comparación, otras poblaciones latinoamericanas serían diferentes en la distribución del nivel de escolaridad, mientras que otras europeas podrían tener similar escolaridad y mejor predisposición a participar por la mayor tradición de encuestas de salud en esa región.

El estudio aporta información para el diseño de evaluaciones de servicios de salud mediante contactos telefónicos y diversos modos de administración de encuestas, poniendo de manifiesto situaciones que deben tenerse en cuenta para prevenir sesgos de selección.

Declaración sobre conflicto de intereses

Los autores manifiestan ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

El equipo de investigación agradece a las personas afiliadas a la Obra Social Universitaria

DASPU que accedieron a participar en este estudio; al Programa de Estadísticas Universitarias de la Secretaría de Asuntos Académicos de la Universidad Nacional de Córdoba por la asistencia técnica en el diseño de la versión digital del cuestionario, particularmente a la Sra. Cristina Somazzi por su dedicación; al exdirector, Dr. Ernesto Gagliano, y al personal de las Áreas de Informática, Afiliaciones y Comunicaciones de la Obra Social por prestar su apoyo en la selección de la muestra, en la gestión de la comunicación e información hacia la población de afiliados; al personal de la Secretaría de Salud y al Equipo de los Programas Preventivos; a la Lic. Yanina Audisio por su colaboración en la fase de entrenamiento, pruebas y revisión del protocolo; a Carolina Bernadó, pasante de la Facultad de Ciencias Económicas, por la asistencia en el trabajo de campo; a la Secretaría de Extensión de la Escuela de Trabajo Social por las pasantías educativas que gozaron dos de las autoras (AV y CFG), como así también a la docente guía Lic. Alicia Miranda.

Bibliografía

1. Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(supl 1): 46-57.
2. Casas Anguita J, Repullo Labradora JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Rev Aten Primaria* 2003;31(8):527-38.
3. Davern M, McAlpine D, Beebe TJ, Ziegenfuss J, Rockwood T, Call KT. Are lower response rates hazardous to your health survey? An analysis of three state telephone health surveys. *Health Serv Res.* 2010;45:1324-44.
4. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; Iniciativa STROBE. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit.* 2008 Mar-Apr;22(2):144-50.
5. Morton LM, Cahill J, Hartge P. Reporting participation in epidemiologic studies: a survey of practice. *Am J Epidemiol.* 2006;163:197-203.
6. Stolkner A. Neoliberalismo y servicios de salud en la Argentina: estudio de caso. *Quadern CAPS Barcelona España* 2001; 30:8-16.
7. Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, Stolkner A, Serman-Heimann L, Riveros MI, et al. Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados, *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2010;12 (Supl 1):77-88.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Gacetilla de prensa del 29 de diciembre de 2011. Disponible en:

http://www.censo2010.indec.gov.ar/archivos/novedades/gacetilla_29_12_11.pdf

9. Poder Legislativo de Argentina. Ley de Obras Sociales Universitarias n° 24.741. Boletín Oficial el día 23 de diciembre de 1996.

10. Martínez Ibáñez MT, Hernández González E, Méndez García CD, Gómez Juárez, JL, Salas Hospital JC, Vázquez Veloso C et al. Comparación de dos métodos de encuesta: teléfono frente a correo en la población diabética de un centro de salud. *Rev Aten Primaria*. 1999; 23(4):198-203.

11. Stevens GD, Shi L. Effect of managed care on children's relationships with their primary care physicians: differences by race. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(4):369-77.

12. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, Leduc Y, St-Pierre M, Houle N, Giguère A, Benounissa Z, Carmichael PH. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician*. 2010;56(7):e273-82.

13. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Rev Aten Primaria*. 2012;44:5-10.