



Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur UNS-CONICET

INFORME DE SALUD EN BAHÍA BLANCA

ENCUESTA DE INCLUSIÓN SOCIAL SOSTENIBLE 2024

Serie de documentos EISS N°5

ISSN 2250-8333



GMAPM

GRUPO DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL
IIESS - UNS - CONICET

DRA. MARÍA FLORENCIA ARNAUDO
LIC. GIMENA RAMOS

Los Documentos de Trabajo del IIESS reflejan avances de
investigaciones realizadas en el Instituto.
Las/los autoras/es son responsables de las opiniones
expresadas en los documentos.

Coordinadora General: Dra. Silvia London

Equipo a cargo de la elaboración del cuestionario y coordinación:

Dra. María Marta Formichella
Dra. María María Ibáñez Martín
Dra. Natalia Krüger
Dra. Lisana Martinez
Dra. Stella Pérez
Dra. María Emma Santos

Coordinación del trabajo de campo:

Dra. María Emma Santos
Dra. Stella Pérez

Colaboradores para la supervisión de encuestadores y edición:

Dra. María Florencia Arnaudo
Dra. Celeste Chaz Sardi Mg. Lucia Diaz
Dra. Ma. Eugenia Elorza
Lic. Gisela Mara
Dra. Sofia Orazi
Lic. Milena Poggiese
Lic. Juan Francisco Pretz Viñao
Lic. Gimena Ramos
Lic. Mauro Romero
Dra. Marina Tortul

Colaboradoras para la Logística Administrativa:

Lic. Delmira Glock
Lic. Patricia Roppel



Informe de Salud en Bahía Blanca - I Semestre 2024

Dra. María Florencia Arnaudo marnaudof@uns.edu.ar

Lic. Gimena Ramos gimena.ramos@uns.edu.ar

Resumen Ejecutivo

Los datos de la Encuesta de Inclusión Social Sostenible (EISS 2024) revelan que en Bahía Blanca el 76.83% de la población cuenta con cobertura de salud a través de un seguro (obra social y/o prepaga), mientras que el 23.17% depende exclusivamente del sistema público.

Pese a esta amplia cobertura, persisten desigualdades significativas en la protección financiera mediante un seguro de salud: la falta de seguro afecta más a hombres (25.68%), personas que viven en hogares de barrios vulnerables (32.47%) y en hogares en pobreza monetaria (47.91%).

Por otro lado, un 26.47% de los habitantes vive en hogares que enfrentarían barreras para acceder a atención médica cuando la necesitan, principalmente por percibir que el problema de salud no era serio (70%), pero también por dificultades administrativas y económicas. Asimismo, el 68.25% de quienes buscaron atención debieron realizar gastos de bolsillo, una práctica común incluso entre quienes tienen cobertura mediante seguro.

El estudio concluye que, si bien hubo una leve mejora en la cobertura a través de financiadores privados (obras sociales o empresas de medicina prepaga) desde el año 2021, el sistema de salud local presenta importantes desafíos en acceso equitativo y protección financiera, afectando especialmente a los grupos socioeconómicos más vulnerables.



1. Introducción

Este documento de trabajo se enmarca en el proyecto “Inclusión Social Sostenible en la ciudad de Bahía Blanca”, coordinado por la Dra. Silvia London y desarrollado por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS). Constituye la continuación de una línea de investigación iniciada con el Proyecto de Unidad Ejecutora de CONICET (2017-2022), que en diciembre de 2021 realizó la Encuesta Socioeconómica EPUE-2021 y cuyo análisis permitió estudiar, entre otros temas, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud (Elorza et al., 2022).

Con el propósito de actualizar y profundizar esa línea de investigación, en junio de 2024 se llevó a cabo la Encuesta de Inclusión Social Sostenible (EISS 2024) en el marco de un Servicio Técnico de Alta Tecnología (STAN 2644) prestado por el IIESS a la Municipalidad de Bahía Blanca. La EISS 2024 alcanzó una muestra representativa de 1 411 hogares (3 851 personas), constituyendo, junto con la EPUE-2021, el relevamiento socioeconómico de mayor alcance realizado en la ciudad y una fuente de datos de gran valor para los hacedores de política pública; particularmente por su adecuada cobertura de los barrios identificados como vulnerables.

El objetivo central del presente documento de trabajo es analizar las condiciones de acceso a los servicios de salud y la protección financiera frente al riesgo de enfermarse de la población de Bahía Blanca, dentro del marco conceptual de la Cobertura Universal de Salud (CUS). La CUS, principio rector consagrado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015), implica que todas las personas, sin distinción, tengan acceso a servicios de salud integrales de calidad, sin que su financiamiento suponga una dificultad económica (OMS, 2024). Este concepto de acceso trasciende la disponibilidad de servicios de salud y debe entenderse como un proceso dinámico y multietápico –que abarca desde la percepción de la necesidad hasta la utilización efectiva y sus consecuencias–, donde la equidad exige que las diferencias en el uso respondan únicamente a variaciones en las necesidades de salud y no a determinantes sociales como el nivel socioeconómico, el género o la ubicación geográfica (Whitehead, 1992; Aday y Andersen, 1974). Asimismo, la noción de protección financiera va más allá de la tenencia de un seguro de salud —que, si bien es un mecanismo relevante, no

es suficiente—, requiriendo que los hogares no enfrenten gastos de bolsillo empobrecedores o catastróficos al acceder a los servicios que necesitan (OMS, 2024).

En el contexto argentino, caracterizado por un sistema de salud segmentado en subsectores público, de seguridad social y privado, resulta particularmente pertinente examinar cómo estas características estructurales inciden en el acceso equitativo a los servicios de salud y en la protección financiera de los ciudadanos en relación a sus necesidades de salud. Para esto, se describe el comportamiento de algunas variables que caracterizan el acceso a los servicios y la protección financiera en salud: tipo de cobertura de salud, búsqueda de atención ante necesidad, barreras de acceso para los que no buscaron atención y pago de bolsillo para los que buscaron atención. La distribución de las mismas en la población total, así como entre grupos de población expuestos a diferentes condiciones socioeconómicas, permitirán aproximarnos a la identificación de la población con vulnerabilidad en la dimensión salud.

El documento se estructura en tres secciones principales: inicialmente se describe la metodología y fuente de datos; posteriormente se presentan los resultados sobre cobertura de salud, utilización de servicios, barreras de acceso y protección financiera; y finalmente se establecen las reflexiones finales.

Cabe destacar que, debido a actualizaciones metodológicas y cambios en el diseño del cuestionario, las estimaciones de la EISS 2024 no son directamente comparables con las reportadas en el informe basado en la EPUE 2021, salvo en lo que respecta a la variable de cobertura de salud, donde se procura ofrecer un análisis de la evolución entre 2021 y 2024.

Los hallazgos aquí presentados buscan aportar evidencia para la toma de decisiones en el ámbito de las políticas públicas locales, contribuyendo al diseño de estrategias que promuevan una mayor equidad en el acceso a la salud y la protección financiera de los grupos más vulnerables de la población.

2. Metodología

2.1. Fuente de los datos: Encuesta de Inclusión Social Sostenible (EISS, 2024)

El trabajo de campo se realizó durante el mes de junio de 2024. La EISS 2024 logró un tamaño muestral de 1 411 hogares, que suman un total de 3 851 personas, triplicando el tamaño muestral trimestral de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC. El total poblacional que representa la EISS 2024 es de 331 061 personas, lo cual excluye la localidad de Cabildo y las áreas rurales del partido de Bahía Blanca.

Se trata de una encuesta con diseño muestral probabilístico. En la EISS 2024 se utilizaron los mismos 70 puntos muestra (PM) definidos para la EPUE 2021, delimitados a partir de los radios censales del Censo 2010 y agrupados de modo de conservar cierta homogeneidad espacial, ya que durante la planificación del trabajo de campo aún no estaba disponible la información de los radios censales del Censo 2022. Sin embargo, al momento de procesar los datos, la información de los radios censales del Censo 2022 ya estaba disponible, permitiendo calcular la población de cada PM de acuerdo con dicho Censo¹.

La muestra fue ponderada considerando el total poblacional de cada PM de acuerdo con la información del Censo 2022, de manera tal que el total de respuestas efectivas sume la cantidad de individuos de cada PM². Esto constituye un cambio metodológico con respecto a la EPUE 2021, en la que los ponderadores se calcularon contemplando que el total de respuestas efectivas sumara la cantidad de individuos de cada sexo y cada grupo etario³.

Para conocer la situación de los habitantes de Bahía Blanca respecto al acceso a los servicios de salud y la protección financiera frente al riesgo de enfermar, la EISS 2024 incorporó, por

¹ Los PM de los radios censales del 2010 pudieron ser adecuados a los radios censales del 2022. El criterio utilizado fue hacer una unión por atributos considerando la intersección con la mayor superficie; es decir se asignó todo el radio censal al punto muestra con el cual había una intersección mayor. Esta adecuación permitió realizar nuevas estimaciones con la EPUE 2021, considerando los valores poblacionales del Censo 2022.

² Para calcular los factores de expansión se utilizó el total poblacional de cada PM de acuerdo con la información del Censo 2022, y se dividió el total poblacional de cada uno de estos PM por la cantidad de personas en hogares efectivamente encuestados en la EISS 2024.

³ Esta revisión metodológica obedece a que se ha considerado más apropiado que los ponderadores contemplen la distribución espacial, la cual a su vez también está asociada a variables socioeconómicas. Por otra parte, esta ponderación está en línea con la composición por sexo y edad poblacional.

un lado, en la grilla aplicada a cada miembro del hogar, dos preguntas relativas a la dimensión salud.

La primera de ellas indaga sobre la cobertura de salud a través de la siguiente pregunta:

¿Tiene actualmente cobertura de salud a través de...?

- a. *Obra social*
- b. *Empresa de medicina prepaga*
- c. *Servicio de emergencia o atención domiciliaria*
- d. *Plan o seguro del Estado*
- e. *No tiene*

La cobertura de salud es una variable cualitativa que indica cuál es el subsistema de salud a través del cual los miembros del hogar obtienen financiamiento de sus necesidades de salud. Por las características del sistema de salud argentino, la población puede tener más de un tipo de seguro de salud, por ejemplo, de una obra social y de una empresa de medicina prepaga. Inclusive pueden tener cobertura a través de dos obras sociales diferentes al interior de la categoría obra social⁴. Por lo cual, debían indicar todas las opciones que correspondan.

En el análisis, la categoría “cobertura pública exclusiva”, es la suma de los que declaran no tener cobertura de salud y los que indican que tienen un plan o seguro de salud del Estado, tales como el plan PROFE o SUMAR. Por otro lado, la categoría con cobertura de seguro, incluye a los que indicaron tener obra social, empresa de medicina prepaga, servicio de emergencia o algún otro seguro de salud, brindados por entidades no incluidas dentro del listado de obras sociales o empresas de medicina prepaga de la Superintendencia de Seguros de Salud.

La segunda pregunta indaga específicamente sobre la condición de discapacidad, preguntándole a cada miembro del hogar si:

¿Tiene alguna discapacidad? y, en caso afirmativo, ¿Tiene certificado único de discapacidad?

⁴ Sin embargo, dada la estructura de la encuesta y la falta de especificación de los encuestados acerca del nombre de la entidad a la cual estaban afiliados no es posible determinar la frecuencia de estas combinaciones. Solo es posible detectar la doble cobertura, en los que tienen más de un tipo de cobertura a partir de la combinación de estos subsistemas.

La inclusión de esta condición de salud en particular, siendo la única sobre la que se consulta de manera explícita en la encuesta, se justifica por el vínculo entre discapacidad y pobreza⁵. Consultar simultáneamente sobre la tenencia del Certificado Único de Discapacidad (CUD) permite, además, evaluar el grado de formalización de esta condición y el acceso a los sistemas de protección social diseñados para mitigar este riesgo, proporcionando así información crucial para el diseño de políticas públicas intersectoriales.

Por otro lado, se incluyó un módulo específico de salud que contiene preguntas relativas al proceso de acceso de los miembros del hogar a los servicios de salud. Para ello se consulta:

¿A qué lugar concurren con mayor frecuencia los miembros de su hogar cuando tienen algún malestar o trastorno en su salud - física o emocional - (incluye gripe, dolores musculares, reacciones alérgicas, sentimientos de tristeza profunda o falta de motivación)?

- a. *Sala médica más cercana*
- b. *Otra sala médica*
- c. *Hospital Público (Municipal, Penna)*
- d. *Hospital Privado (HAM, Español, Italiano, Privado del Sur, Matera)*
- e. *Farmacia*
- f. *Consultorio médico*
- g. *Otro (especificar)*

Analizar el lugar de atención de las personas ante la percepción de una necesidad en salud es fundamental ya que, por un lado, permite delimitar patrones de utilización de los servicios de atención y por otro, identificar barreras al acceso a los servicios de salud necesarios. Además, se puede analizar si estos patrones de uso difieren según nivel socioeconómico, la disponibilidad de un seguro de salud y la condición del barrio de residencia del hogar. Sin embargo, por el diseño del cuestionario, no es posible determinar si la utilización del efector se corresponde con el tipo de necesidad de salud.

Seguidamente se realizó una serie de preguntas que permiten relevar información acerca del inicio del proceso de acceso a los bienes y servicios de salud, es decir la etapa de búsqueda.

⁵ Las personas con discapacidad enfrentan mayores barreras de acceso a educación, empleo y servicios de salud, incrementando su riesgo de exclusión socioeconómica, mientras que la pobreza, a su vez, aumenta la probabilidad de adquirir discapacidades debido a condiciones de vida adversas y limitado acceso a cuidados preventivos.

Cuando los miembros de su hogar tuvieron algún malestar o trastorno en su salud en los últimos 6 meses, ¿buscaron atención médica?

- a. Siempre que los miembros necesitaron buscaron atención médica
- b. A veces, los miembros que necesitaron buscaron atención médica
- c. Nunca los miembros que necesitaron atención médica la buscaron

En el caso de los que contestaron "nunca" se consultó los motivos por los cuales no se buscó atención médica con el fin de identificar el tipo de barrera que enfrentó.

¿Por qué motivo NO buscaron atención médica?

- a. No era un problema tan serio como para justificar la visita al médico
- b. Ya sabe lo que tiene
- c. No le gusta cómo lo atienden
- d. Pensó que iba a ser difícil conseguir turno/dificultad de trámites administrativos
- e. No tenía con quién dejar a sus hijos u otra persona que esté a su cargo
- f. No tenía dinero para la consulta
- g. No tenía dinero para trasladarse
- h. Perdía el día en el trabajo
- i. Le recetan remedios y estudios que no puede pagar
- j. Otras (Especificar)

Los motivos reportados para no buscar atención médica fueron clasificados según las dimensiones conceptuales que permiten analizar el proceso de acceso a la salud. Así, las respuestas correspondientes a las opciones a-c se vinculan con barreras de aceptabilidad, entendida como la dimensión que captura la confianza de los usuarios en los proveedores y el sistema de salud, condicionada por sus creencias, valores y aspectos socioeconómicos. Las opciones d y e se encuadran en barreras de accesibilidad organizacional, relacionadas con la capacidad de cumplir requisitos burocráticos y administrativos impuestos por los proveedores. Por último, las opciones restantes se asociaron a la accesibilidad económica, que refleja la factibilidad de costear la atención sanitaria.

Por otro lado, para aquellos hogares que manifestaron buscar atención médica "siempre" o "algunas veces" ante una necesidad de salud, se indagó específicamente:

¿Alguna de esas veces tuvo que pagar de su bolsillo por la atención que recibió?

Esta pregunta resulta fundamental para evaluar si la cobertura de salud, ya sea a través de un seguro o del subsistema público, se traduce efectivamente en protección financiera frente a problemas de salud, permitiendo identificar posibles brechas entre la cobertura de salud formal y la protección financiera real de los hogares.

Finalmente, el módulo incluye una pregunta destinada a evaluar el acceso a medicamentos, bienes esenciales que representan uno de los rubros de consumo más frecuentes dentro del sector salud. La pregunta formulada fue:

Cuando a algún miembro de la familia le recetaron medicamentos...

- a. *¿Pudieron conseguirlos?*
- b. *¿No pudieron conseguirlos por falta de dinero?*
- c. *¿No pudieron conseguirlos por falta de stock en la sala médica u hospital?*
- d. *¿No pudieron conseguirlos por falta de stock en farmacia o droguería?*

La elección de indagar específicamente sobre el acceso a medicamentos se fundamenta en la naturaleza particular de su financiamiento dentro del sistema de salud. A diferencia de la consulta médica, que suele contar con una cobertura más amplia, la provisión de fármacos presenta desafíos específicos: los seguros de salud, salvo excepciones, no cubren los medicamentos recetados al 100%, mientras que, en el sector público, pese a existir programas de provisión gratuita, suelen registrarse dificultades para el acceso oportuno. Esta situación convierte a los medicamentos en un componente crítico del gasto en salud que, en la práctica, recae en el bolsillo de los hogares, constituyéndose así en un indicador clave para evaluar la protección financiera real.

2.2. Análisis de los datos

Se describieron las variables generadas en base a las preguntas descritas en la sección previa para la población total y, luego, por subgrupos poblacionales considerando el sexo de la persona, la edad, la condición de pobreza monetaria del hogar⁶ y la vulnerabilidad del barrio

⁶ La pobreza monetaria refiere a la situación de los hogares cuyos ingresos totales resultan insuficientes para cubrir el costo de una canasta básica de bienes y servicios. Para las estimaciones de pobreza monetaria se tuvo en cuenta la información de todas las fuentes de ingresos del hogar -laborales y no laborales, incluidas todo tipo de transferencias no-contributivas y la respuesta a la pregunta sobre el intervalo de ingresos totales del hogar

de residencia⁷ cuando las variables de salud eran a nivel individual (cobertura de salud y discapacidad) y considerando la cobertura de salud del sostén económico del hogar cuando las variables de salud se consideran a nivel hogar (búsqueda de atención, lugar de atención, barreras a la atención, gasto de bolsillo y acceso a medicamentos).

Para el análisis de la distribución poblacional por grupos etarios, la variable de edad fue categorizada en cuatro estratos: población infantil temprana (≤ 4 años), población infantil y adolescente (5-17 años), población adulta (18-64 años) y adultos mayores (≥ 65 años). Los lactantes menores de 1 año fueron incorporados en el primer estrato. La distribución poblacional resultante muestra una estructura etaria caracterizada por predominio de la población adulta (60.55%, $n=200\ 622$), seguida por adultos mayores (18.61%, $n=61\ 674$), población infantil y adolescente (17.81%, $n=59\ 004$) y población infantil temprana (3.03%, $n=10\ 048$). Esta estratificación permite identificar patrones diferenciales en el acceso a los servicios de salud según etapas clave del curso de vida.

Se realizaron test de Chi-Cuadrado para evaluar la existencia de diferencias significativas en las proporciones entre grupos poblacionales evaluados. En el caso de la edad, se realizaron comparaciones de a pares con corrección por Bonferroni para identificar las categorías entre las cuales había diferencias. Se utilizó un nivel de significancia del 5%. Los cálculos se realizaron en el software Stata.

Las estadísticas presentadas en este informe no son directamente comparables con las reportadas en el Informe de Desigualdad en el Acceso a los Servicios de Salud de la EPUE-2021 por tres motivos. En primer lugar, en la EPUE-2021 los radios censales e información poblacional correspondían a los del Censo Nacional 2010, mientras que en la EISS 2024 se actualizó la información poblacional con el Censo Nacional 2022. En segundo lugar, porque se introdujo una modificación metodológica en la construcción de los ponderadores muestrales utilizados. Y, finalmente, porque en la primera encuesta el relevamiento relativo a las condiciones de acceso a los servicios de salud se realizó a nivel individual mientras que en

(re-ponderando por no-respuesta). Para más información sobre su estimación ver el Apéndice II del Informe de Pobreza Multidimensional en Bahía Blanca (Santos, 2024).

⁷ Se consideró la identificación realizada por la Secretaría de Estadísticas de la Municipalidad de Bahía Blanca en 2019.

esta ocasión dichas preguntas se registraron para el hogar. Por este último motivo, solo es comparable la variable referida a la situación de cobertura de salud en la población en el año 2024 en relación al año 2021. Para realizar la comparación, ofrecemos en la Sección 3.1.1 estadísticas de la EPUE 2021 que son comparables con las de la EISS 2024 aquí reportadas (utilizando datos de la EPUE 2021 con los ponderadores y valores poblacionales utilizados para la EISS 2024).

Los porcentajes reportados son, en todos los casos, sobre las observaciones sin datos faltantes sobre la variable de análisis.

3. Resultados

En esta sección se presentan las características de la población de Bahía Blanca en relación al tipo de cobertura de salud, la prevalencia de discapacidad, el tipo de efector utilizado, la búsqueda de atención médica y la presencia de barreras al acceso, el gasto de bolsillo y el acceso a medicamentos.

3.1. Tipo de cobertura de salud

Centrándonos en la situación de cobertura financiera formal por parte de un seguro frente al riesgo de necesitar atención de salud se observa que en julio de 2024 el 76.83% de las personas en Bahía Blanca tenían cobertura de algún seguro de salud mientras que el 23.17% tenían cobertura pública exclusiva (ya sea a través de efectores públicos o planes o seguros estatales). Esta estimación incluye dentro de los seguros de salud a las diferentes obras sociales (OS), empresas de medicina prepaga (EMP), los seguros de emergencias y otros seguros mencionados por los individuos⁸ (Tabla 1).

⁸ Las estimaciones excluyen a 44 casos que respondieron la opción “no sabe/no contesta”, que representan a 3.807 personas. Cabe aclarar que, si bien se trata de una variable a nivel individual, las respuestas fueron dadas por una persona del hogar que responde sobre la situación de cobertura de salud del resto de los miembros. Esta limitación en la manera de responder el cuestionario podría estar explicando el número de respuestas faltantes en esta variable.

Tabla 1: Condición de cobertura de salud - Bahía Blanca - 2024
(Estimaciones poblacionales)

Cobertura de Salud	Cantidad de personas	Porcentaje
Cobertura mediante seguro	250 330	76.83%
Cobertura Pública Exclusiva*	75 501	23.17%
Total	325 831	100.0%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS-2024.

Nota: * Incluye los planes o seguros estatales.

Cuando se compara la población con cobertura mediante seguro de salud o pública exclusiva entre grupos poblacionales se evidencian diferencias. La proporción de individuos con seguro de salud es mayor en mujeres que en hombres, en niños menores de 4 años y adultos mayores de 65 años, en personas que viven en barrios no vulnerables y en hogares sin pobreza monetaria (Figura 1). Estas diferencias son estadísticamente significativas para todas las variables consideradas. En particular, se observa que la diferencia es estadísticamente significativa en el grupo de adultos de 64 años o más respecto a los otros tres grupos de edades y, además, hay una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de niños y adolescentes y el grupo de adultos entre 18 y 64 años.

Pese a que los grupos de niños en edades más pequeñas y de adultos mayores están en mejor posición relativa respecto a la cobertura por un seguro de salud, no debe dejar de notarse que entre los 9 987 niños y niñas de 4 años o menos que viven en Bahía Blanca, se estima que 1 969 carecen de seguro de salud, es decir aproximadamente 2 cada 10. En el caso de los adultos mayores, que representan el grupo poblacional con la mayor protección financiera en términos de salud, ya que aproximadamente el 97% tiene cobertura mediante un seguro de salud, también se estima que 1 922 personas mayores en Bahía Blanca no tienen protección mediante un seguro de salud.

Si bien el porcentaje de personas que no tienen protección financiera es mayor en los barrios vulnerables respecto al registrado en los no vulnerables (32.47% vs. 21.33%), en términos absolutos representan un número significativo de personas que, independientemente del barrio, dependen exclusivamente de los servicios provistos en el sector público en caso de no

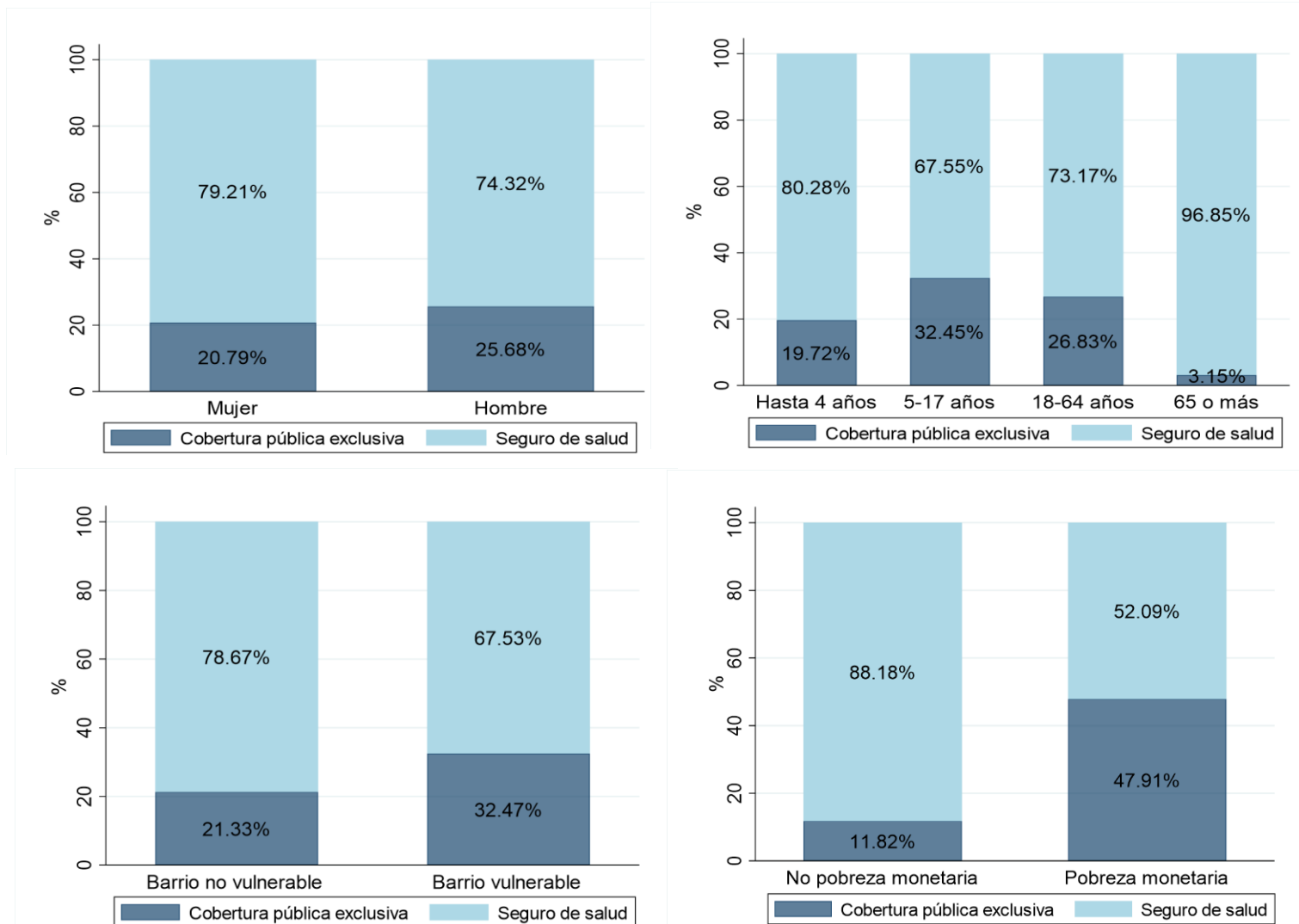


poder financiar con gasto de bolsillo la utilización de servicios de salud en el subsector privado.

En el mismo sentido, cuando se evalúa la proporción de la población que tiene cobertura de un seguro de acuerdo a la condición de pobreza del hogar, los resultados empeoran, ya que un total de 50 670 personas pertenecientes a hogares con pobreza carecen de cobertura de un seguro de salud, lo que implica que cualquier gasto en salud que signifique un gasto de bolsillo puede profundizar su vulnerabilidad socioeconómica.

Figura 1: Condición de cobertura de salud según grupos poblacionales - Bahía Blanca - 2024

(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS-2024.

Nota: Todas las cantidades reportadas deben tomarse como indicativas. Al realizar estimaciones para subgrupos poblacionales, se pierde precisión en las estimaciones.

Del total de personas con cobertura de salud mediante seguros, aproximadamente el 94% (236 107 individuos) manifestó contar con un único tipo de seguro. Cabe destacar que, debido a la estructura de la EISS 2024, no es posible discernir si dentro de esta categoría existían personas con más de un seguro del mismo tipo, excepto en los casos donde los encuestados especificaron nominalmente a su aseguradora. En términos de la distribución por tipo de seguro, los datos permiten afirmar que, entre la población asegurada, el 72% reportó afiliación exclusiva a alguna obra social, mientras que el 22% declaró contar únicamente con

una empresa de medicina prepaga. Por su parte, otros tipos de cobertura alcanzaron en conjunto menos del 1% de esta población (Tabla 2). Esta distribución refleja la predominancia de las obras sociales como principal mecanismo de aseguramiento en la ciudad.

Tabla 2: Tipo de seguro de salud - Bahía Blanca - 2024
(Estimaciones poblacionales)

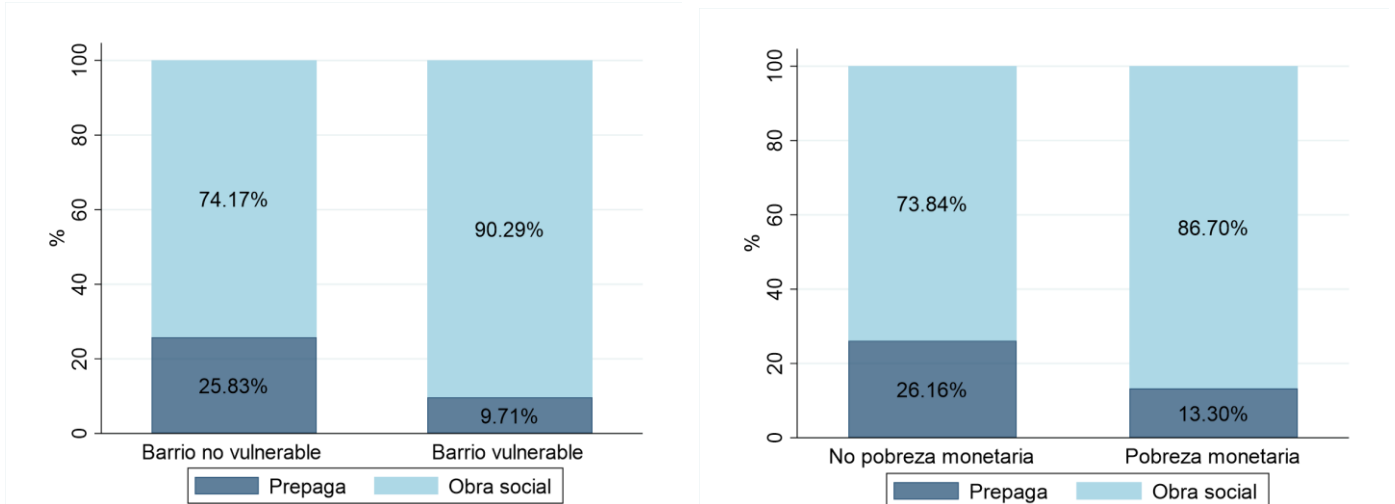
<i>Seguro de Salud</i>	<i>Cantidad de personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Solo obra social	180 721	72.19%
Solo prepaga	55 021	21.97%
Solo otra cobertura	365	0.14%
Más de un tipo de seguro	14 223	5.68%
Total	250 330	100.0%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS-2024.

Nota: Se excluye de la Tabla 2 la categoría "Solo servicio de emergencia" porque no se registra ningún caso.

Comparando la cobertura de obra social y empresa de medicina prepaga entre grupos socioeconómicos, se observa una distribución socioeconómicamente estratificada: la proporción de individuos con cobertura mediante prepaga es significativamente mayor en aquellos que residen en barrios no vulnerables y en hogares que no experimentan pobreza. Así, solo el 9.71% de los individuos que habitan en barrios considerados vulnerables (3 540 personas) y el 13.3% de los que viven en hogares con pobreza (7 095 personas) cuentan con cobertura a través de una empresa de medicina prepaga.

Figura 2: Cobertura de Obra Social y Empresa de Medicina Prepaga según grupos poblacionales - Bahía Blanca - 2024
(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS-2024.

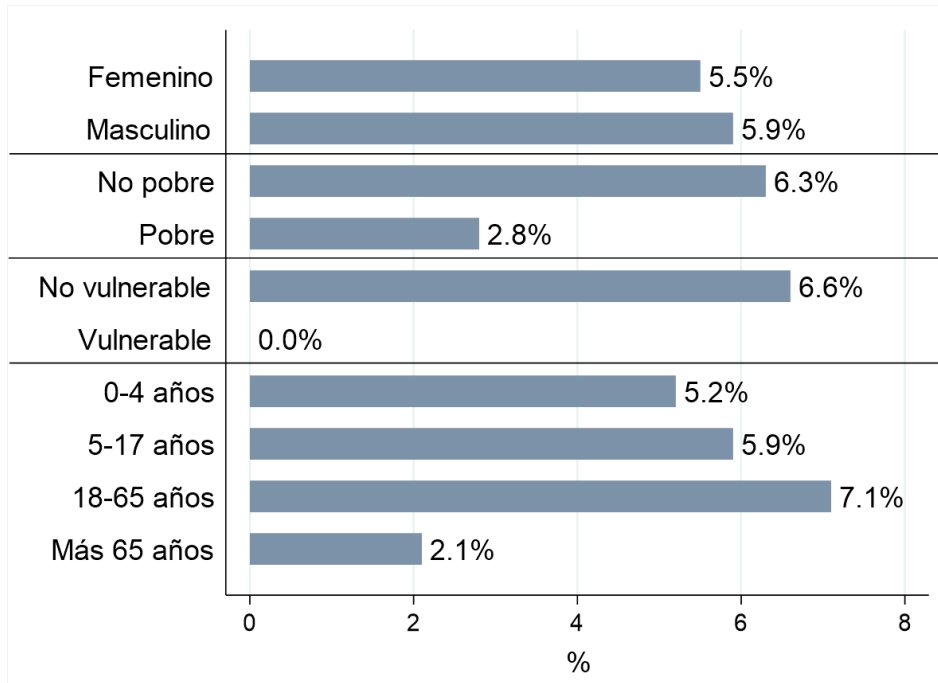
Nota: Todas las cantidades reportadas deben tomarse como indicativas. Al realizar estimaciones para subgrupos poblacionales, se pierde precisión en las estimaciones.

Entre la población con cobertura de salud, un 5.68% reportó poseer más de un tipo de seguro, correspondiendo la combinación más frecuente a la tenencia simultánea de obra social y empresa de medicina prepaga. Esta condición de cobertura múltiple presenta la misma distribución socioeconómicamente estratificada que la observada para el caso de tipo de seguro. Cabe destacar que no se registraron casos de doble cobertura en barrios catalogados como vulnerables. No obstante, se estima que 1 563 personas que viven en hogares pobres cuentan con cobertura simultánea de obra social y empresa de medicina prepaga, lo que sugiere la existencia de heterogeneidad al interior de este grupo poblacional.

El análisis por variables demográficas revela que, si bien no existen diferencias estadísticamente significativas por género, la tenencia de múltiples seguros es notablemente más prevalente en la población adulta (18-64 años) en comparación con otros grupos etarios, especialmente respecto al grupo de adultos mayores (Figura 3).

Figura 3: Condición de doble cobertura de salud según grupos poblacionales - Bahía Blanca - 2024

(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS-2024.

Nota: Todas las cantidades reportadas deben tomarse como indicativas. Al realizar estimaciones para subgrupos poblacionales, se pierde precisión en las estimaciones.

3.1.1 Comparación con EPUE 2021

La Tabla 3 presenta los resultados de cobertura de salud de la EPUE 2021, ajustados metodológicamente para permitir la comparabilidad con las estimaciones de 2024⁹. El análisis comparativo evidencia una expansión en la cobertura de seguros de salud entre ambos períodos, reflejada en la disminución de la población con cobertura pública exclusiva (de 26.02% en 2021 a 23.17% en 2024). Al examinar la composición de los seguros, se observa un incremento en la afiliación a obras sociales (de 73.43% a 77.87%) acompañado de un menor crecimiento en la cobertura mediante empresas de medicina prepaga (de 26.71% a 27.60%).

⁹ Para más detalle, ver Santos (2024).

Tabla 3: Condición de cobertura de salud - Bahía Blanca - 2021 y 2024
(Estimaciones poblacionales)

<i>Cobertura de Salud</i>	<i>2021</i>		<i>2024</i>	
	<i>Cantidad de personas</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Cantidad de personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Cobertura mediante seguro	241 653	73.98%	250 330	76.83%
Cobertura pública exclusiva*	84 994	26.02%	75 501	23.17%
Entre los que tienen seguro:**				
Obra Social	177 434	73.43%	194 944	77.87%
Empresa de Medicina Prepaga	64 538	26.71%	69 101	27.60%
Servicio emergencia	0	0%	249	0.10%
Otro tipo de Seguro de salud	639	0.26%	365	0.15%

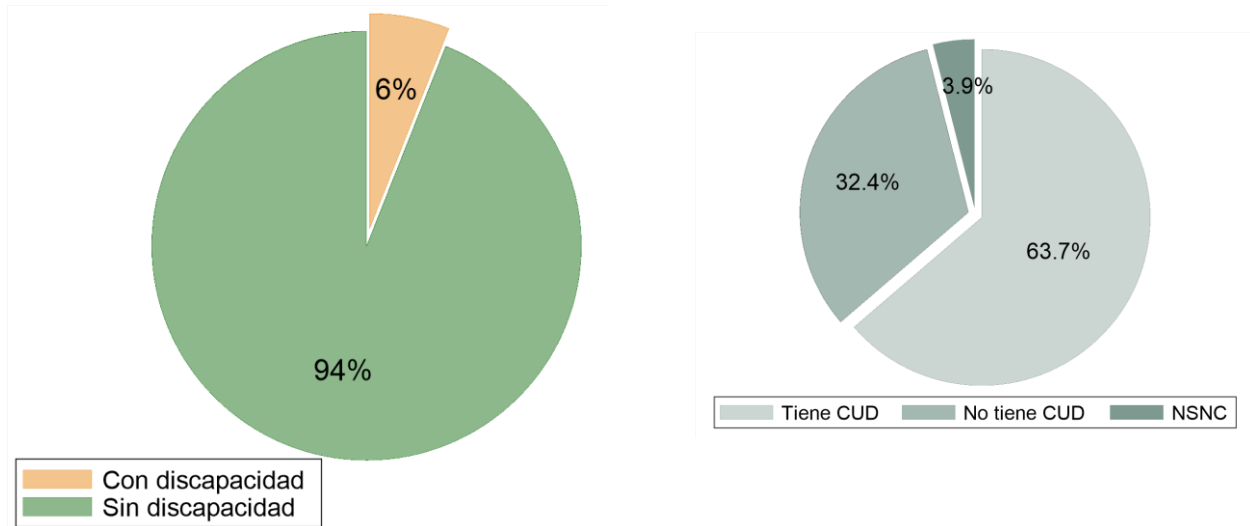
Fuente: Elaboración propia con datos de la EPUE-2021 y EISS 2024.

Nota: * Incluye los planes o seguros estatales. ** Los porcentajes no suman 100% dado que hay individuos con cobertura de más de 1 subsistema.

3.2. Discapacidad

En la población de Bahía Blanca, se estima que el 6% (19 840 personas) presenta alguna condición de discapacidad según reporte propio. De este grupo, el 67,6% cuenta con Certificado Único de Discapacidad (CUD) (Figura 4). Cabe señalar que esta brecha en la certificación debe interpretarse con cautela, ya que la encuesta no indaga sobre el grado de limitación funcional, por lo que no es posible determinar si las discapacidades reportadas cumplen con los criterios de elegibilidad para la obtención del CUD.

Figura 4: Discapacidad y Certificado Único de Discapacidad - Bahía Blanca - 2024
(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: Los valores de la tenencia de CUD fueron calculados sobre las personas que dijeron tener alguna discapacidad.

El análisis de las condiciones de vida revela que las personas con discapacidad se concentran en contextos de vulnerabilidad socioeconómica: el 22.2% reside en barrios catalogados como vulnerables y el 40% pertenece a hogares en situación de pobreza. En particular, en relación a la cobertura de salud entre la población con discapacidad de Bahía Blanca, los datos revelan que las obras sociales constituyen el principal mecanismo de aseguramiento para este grupo poblacional, cubriendo al 72.07% (14 186 personas). Le sigue en importancia la cobertura pública exclusiva, que alcanza al 17.39% (3 424 personas), mientras que las empresas de medicina prepaga representan solo el 7% (1 378 personas) de la cobertura (Tabla 4).

Tabla 4: Condición de cobertura de salud de las personas con discapacidad - Bahía Blanca - 2024

(Estimaciones poblacionales)

Tipo de Cobertura	Cantidad de personas	Porcentaje
Obra Social*	14 186	72.07%
Empresa de Medicina Prepaga*	1 378	7.00%
Plan del estado	910	4.62%
Cobertura pública exclusiva	3 424	17.39%

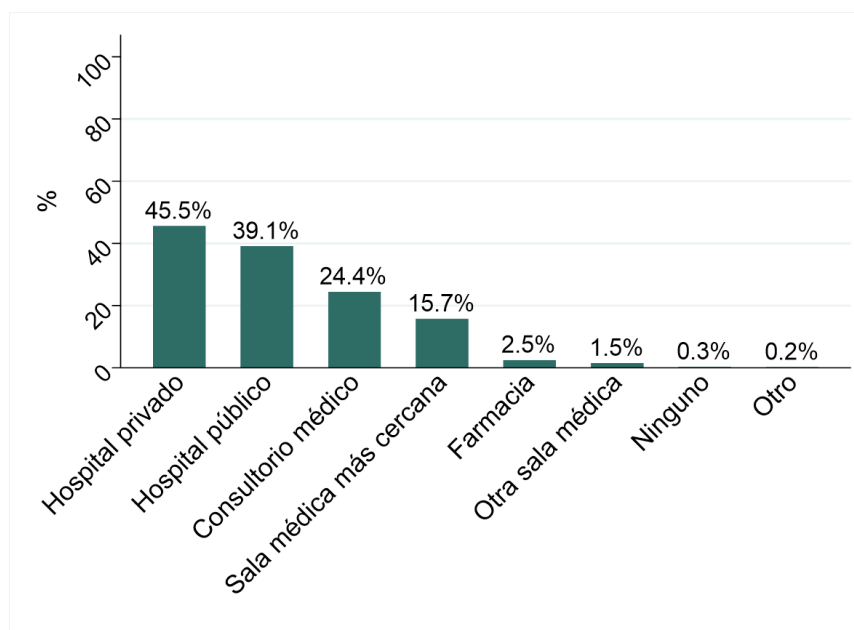
Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: *Las categorías no son excluyentes. Los valores son calculados sobre las personas para las cuales se reportó la condición de discapacidad y que mencionaron qué tipo de cobertura de salud poseen.

3.3. Lugar de atención frecuente

El análisis de los lugares de atención frecuente revela que, ante una necesidad de salud, la población de Bahía Blanca recurre predominantemente al sistema hospitalario, concentrándose el 84.5% de las preferencias entre hospitales privados (45.4%) y públicos (39.1%). Los consultorios médicos representan la tercera opción en importancia (24.4%), seguidos por las unidades sanitarias o centros de atención primaria (15.7%). Cabe destacar que un 2.5% de los individuos mencionó a las farmacias como lugar de atención frecuente (Figura 5).

Figura 5. Lugar de atención frecuente - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024

Nota: la categoría "Otro" incluye las respuestas de la categoría "no sabe no contesta".

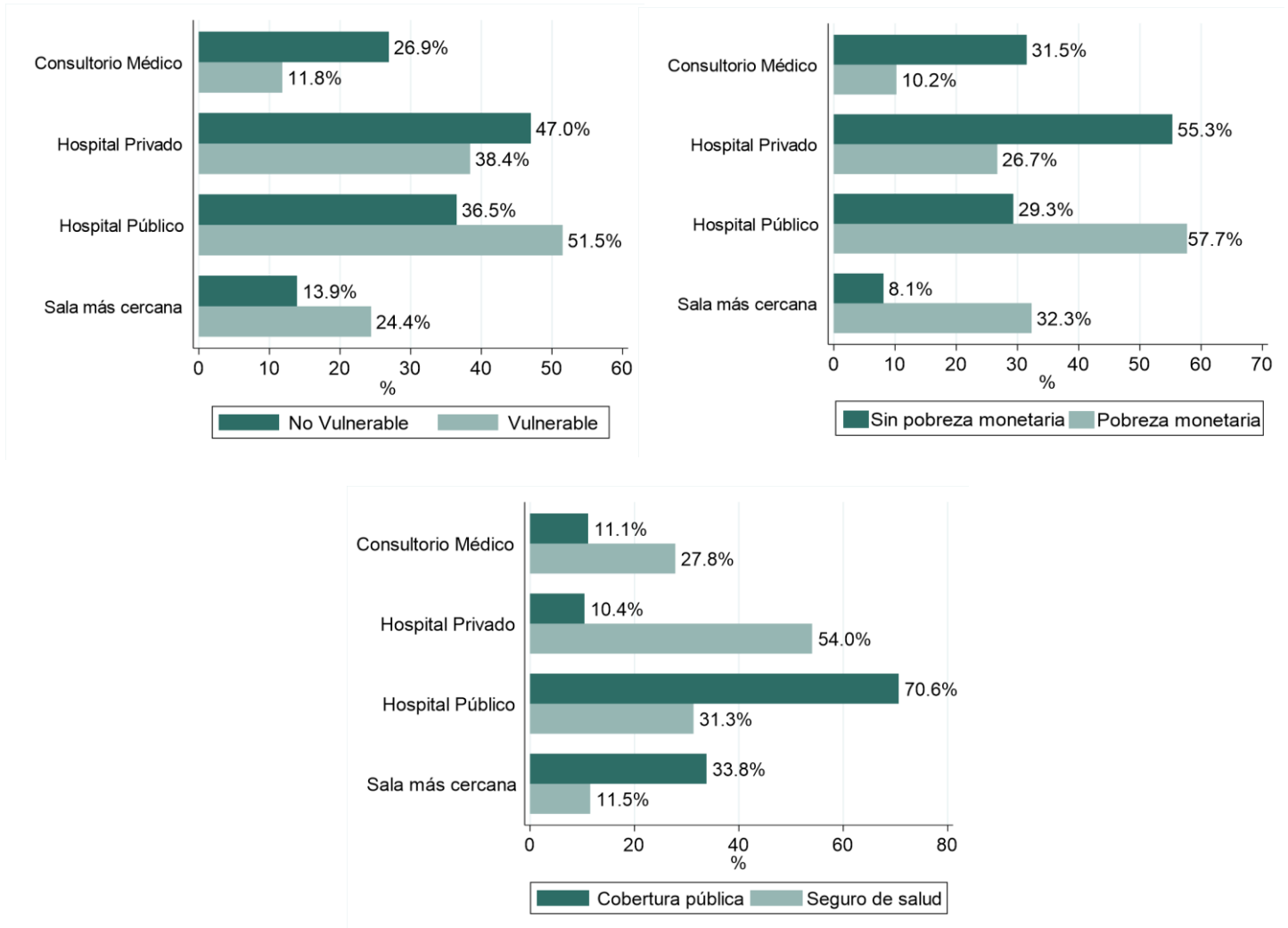
El análisis desagregado por condición socioeconómica revela patrones diferenciados en la utilización de servicios de salud según el nivel de ingresos del hogar y la vulnerabilidad del barrio de residencia. Como se observa en la Figura 6, existen disparidades significativas en la elección de los cuatro principales efectores entre miembros que pertenecen a hogares en situación de pobreza y aquellos residentes en barrios vulnerables. Esta población muestra una marcada dependencia del sector público, particularmente del hospital público y, en menor medida, de las unidades sanitarias o centros de atención primaria más cercanos como fuentes de atención de referencia. Por el contrario, los miembros de hogares cuyo sostén económico cuenta con cobertura de seguro de salud presentan una clara preferencia por efectores privados, ya sea a través de hospitales o consultorios médicos privados.

No se observan diferencias significativas en el uso de hospitales privados respecto a la vulnerabilidad del barrio. Sin embargo, sí existen diferencias significativas en la utilización del hospital público, la sala médica más cercana y los consultorios privados. En contraste, según la condición de pobreza monetaria del hogar y el tipo de cobertura de salud del sostén, se identifican diferencias significativas en los cuatro principales lugares de atención.



Resulta destacable que, entre la población que vive en hogares cuyo sostén cuenta con cobertura de salud, 30 810 personas utilizan el hospital público y 8 941 la unidad sanitaria más cercana. Este último dato, que supera incluso a la población en hogares con sostén económico sin cobertura que utiliza las unidades sanitarias más cercanas (6 029 personas), podría explicarse por programas específicos como los de vacunación o por la demanda de prestaciones básicas que no son cubiertas por las aseguradoras. Por el contrario, entre la población que vive en hogares cuyo sostén no tiene cobertura de salud, solo 2 784 personas utilizan hospitales privados y 2 527 consultorios médicos, lo que refleja las limitaciones en el acceso a los servicios privados de los diferentes niveles de atención para este grupo poblacional.

Figura 6. Lugar de atención frecuente según grupos poblacionales - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: Todas las cantidades reportadas deben tomarse como indicativas. Al realizar estimaciones para subgrupos poblacionales, se pierde precisión en las estimaciones.

3.4. Búsqueda de atención y barreras al acceso

Durante el semestre previo a la encuesta, el 73.53% de los individuos que viven en hogares donde se percibió una necesidad de salud buscó atención médica de manera consistente. Por el contrario, entre el 26.47% restante, el acceso a servicios de salud se vio limitado, ya sea porque solo se buscó atención en algunas ocasiones o porque nunca se realizó dicha búsqueda. Esta brecha permite identificar que aproximadamente uno de cada cuatro

individuos podría haber enfrentado barreras en el proceso de acceso al sistema de salud cuando sintió una necesidad.

Tabla 5: Frecuencia de búsqueda de atención médica ante una necesidad - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)

Búsqueda de atención médica	Cantidad de personas	Porcentaje
Siempre	231 658	73.53%
A veces	68 004	21.58%
Nunca	15 391	4.89%
Total	315 053	100.0%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: Los valores son calculados sobre las personas que tuvieron una necesidad de salud en los seis meses previos a realizar la encuesta.

Los resultados presentados en la Tabla 6 revelan patrones significativos en la falta de búsqueda de atención cuando fue necesaria, mostrando marcadas disparidades según las condiciones socioeconómicas de los hogares. Se observa que la pobreza constituye un factor clave: los individuos que viven en hogares bajo esta situación presentan una prevalencia de no búsqueda de atención del 7.4%, casi el doble que la registrada en hogares sin pobreza (4.2%). Un patrón similar se evidencia según el tipo de cobertura de salud del sostén económico del hogar: cuando este cuenta con cobertura pública exclusiva, la proporción de no búsqueda alcanza el 7.4%, mientras que se reduce al 4.2% cuando posee algún seguro de salud. Por otro lado, no se evidencian diferencias significativas según la vulnerabilidad del barrio de residencia, con porcentajes similares en barrios vulnerables (4.6%) y no vulnerables (4.9%). Este hallazgo sugiere que las barreras económicas individuales del sostén económico y del hogar (pobreza y falta de seguro) podrían tener un peso más determinante que la ubicación geográfica en la decisión de no buscar atención de la salud.

Tabla 6: Características socioeconómicas de los hogares que nunca buscaron atención de la salud según grupos poblacionales - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)

<i>Características del hogar</i>		<i>Porcentaje</i>
Tipo de barrio	Vulnerable	4.6%
	No vulnerable	4.9%
Pobreza	Con pobreza	7.4%
	Sin pobreza	4.2%
Tipo de cobertura del sostén económico del hogar	Con seguro de salud	4.2%
	Con cobertura pública exclusiva	7.4%

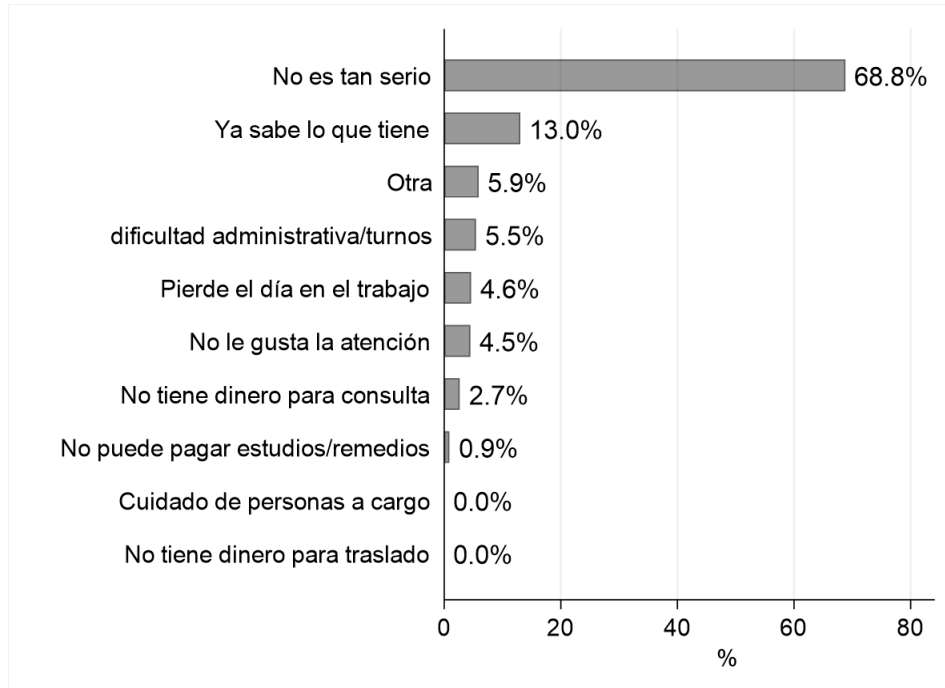
Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

La Figura 7 detalla la distribución de los motivos reportados por los cuales no se buscó atención de salud cuando fue necesaria. Se destaca la percepción de que el problema “no era tan serio”, representando el 68.8% de las respuestas y le siguen en frecuencia, motivos como “ya sabe lo que tiene” (13%) y “otra” (5.9%). Las barreras de tipo administrativo, como la dificultad para obtener turnos, alcanzan un 5.5%, mientras que las relacionadas con la aceptabilidad del servicio (“no le gusta la atención”) representan un 4.5%.

Es notable que las barreras económicas—como la falta de dinero para la consulta (2.7%) o para pagar estudios y medicamentos (0.9%)— aparecen con frecuencias relativamente bajas. Sin embargo, esta distribución debe interpretarse con cautela: la percepción de que un problema “no es serio” puede estar influenciada por una normalización del malestar, una baja alfabetización en salud, o incluso por la anticipación de dificultades económicas o administrativas para resolverlo.

Figura 7: Motivos de la falta de búsqueda de atención médica - Bahía Blanca - I Semestre 2024

(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: La categoría "Otra" incluye por ejemplo "usa medicina alternativa", "tiene desinterés".

3.5. Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo constituye un indicador central para evaluar la protección financiera dentro del sistema de salud, ya que refleja la carga económica que asumen directamente los hogares al momento de acceder a la atención. Un 68.25% de las personas que viven en hogares que buscaron atención para su salud durante el semestre previo a la encuesta (202 689 personas), reportó haber incurrido en algún gasto de bolsillo para financiar dicha atención, mientras que el 31.75% (94 286 personas) no realizó desembolso directo (Tabla 7).

Tabla 7: Gasto de bolsillo por la atención médica recibida - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)

<i>Gasto de bolsillo</i>	<i>Cantidad de personas</i>	<i>Porcentaje</i>
Si	202 689	68.25%
No	94 286	31.75%

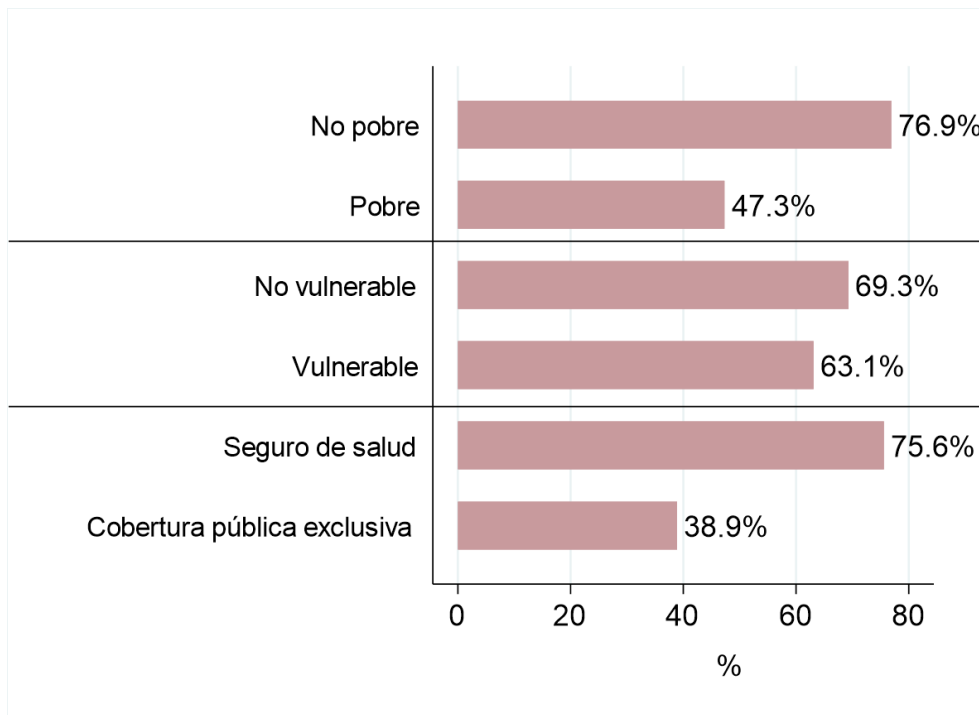
Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: Los valores son calculados sobre las personas que siempre o a veces buscaron atención médica cuando tuvieron una necesidad de salud en los seis meses previos a realizar la encuesta.

Este patrón general, sin embargo, presenta variaciones estadísticamente significativas al desagregar a la población por condiciones socioeconómicas. La incidencia del gasto de bolsillo fue notablemente mayor en los individuos que viven en hogares no pobres, en barrios no vulnerables y cuyo sostén económico tiene seguro de salud (Figura 8). En este último caso se observa, en particular, que el gasto de bolsillo es aún mayor entre individuos cuyo sostén económico del hogar tiene cobertura a través de una empresa de medicina prepaga (73.82%) en comparación con aquellos que cuentan con obra social (64.87%). Esta diferencia sugiere una mayor utilización de servicios privados que requieren copago que podría explicarse por una mayor capacidad de pago.

Resulta particularmente relevante destacar que una proporción elevada de individuos pertenecientes a hogares cuyo sostén económico tiene cobertura pública exclusiva también declaró haber enfrentado gastos de bolsillo, lo que evidencia limitaciones en la gratuidad efectiva del sector público, particularmente para el acceso a medicamentos, estudios complementarios y otros insumos no cubiertos integralmente. Estos hallazgos no solo refuerzan la noción de que la cobertura formal no necesariamente garantiza protección financiera efectiva, sino que además alertan sobre el riesgo de que los individuos en situación de pobreza estén experimentando gastos catastróficos o empobrecedores en salud, profundizando su vulnerabilidad socioeconómica.

Figura 8: Gasto de bolsillo según grupos poblacionales - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: Todas las cantidades reportadas deben tomarse como indicativas. Al realizar estimaciones para subgrupos poblacionales, se pierde precisión en las estimaciones.

Por último, el análisis del acceso a medicamentos recetados revela que, si bien la gran mayoría de la población (93.38%, equivalente a 303 289 personas) logró obtener los fármacos prescritos, persisten barreras significativas para un segmento de la población. Un 2.78% (9 027 personas) no pudo acceder a sus medicamentos por falta de recursos económicos, mientras que problemas de stock en centros de salud (2.26%, 7 347 personas) y farmacias (1.58%, 5 141 personas) afectaron al 3.84% restante de la población. Estos resultados evidencian que, si bien el acceso a medicamentos es mayoritariamente satisfactorio, las barreras económicas y de disponibilidad continúan afectando a aproximadamente 1 de cada 16 personas que requieren tratamiento farmacológico.

Tabla 8: Acceso a medicamentos recetados - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)

Medicamentos	Cantidad de personas	Porcentaje
Pudieron conseguirlos	303 289	93.38%
No pudieron por falta de dinero	9 027	2.78%
No pudieron por falta de stock en centro médico	7 347	2.26%
No pudieron por falta de stock en farmacia/droguería	5 141	1.58%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

Nota: Los valores son calculados sobre las personas a las que les fueron recetados medicamentos.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre individuos que pertenecen a hogares que pudieron conseguir los medicamentos y entre aquellos que no pudieron conseguirlos según condiciones de pobreza del hogar, de cobertura de salud del sostén y de la vulnerabilidad del barrio de residencia. En la Tabla 9 se puede observar que aproximadamente el 12% de los individuos que viven en hogares cuyo sostén cuenta con cobertura pública exclusiva o en situación de pobreza no lograron acceder a los medicamentos.

Tabla 9: Características socioeconómicas de los hogares que no accedieron a los medicamentos según grupos poblacionales - Bahía Blanca - I Semestre 2024
(Estimaciones poblacionales)

Características del hogar		Porcentaje
Tipo de barrio	Vulnerable	9.12%
	No vulnerable	5.37%
Pobreza	Si	11.20%
	No	4.45%
Tipo de cobertura del sostén económico del hogar	Cobertura pública exclusiva	11.97%
	Seguro de salud	4.71%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EISS 2024.

4. Reflexiones Finales

Los hallazgos de la Encuesta de Inclusión Social Sostenible 2024 revelan un escenario complejo respecto al acceso a la salud y la protección financiera en Bahía Blanca.

Si bien se observa una leve mejora en la cobertura de seguros de salud (76.83% en 2024 versus 73.98% en 2021), persisten brechas estructurales que afectan particularmente a los individuos que viven en hogares en situación de pobreza, residentes en barrios vulnerables y

a la población con discapacidad. La segmentación del sistema de salud se manifiesta claramente en los circuitos diferenciados de atención: mientras los estratos socioeconómicos más favorecidos acceden predominantemente a servicios privados, la población vulnerable depende en mayor medida del sector público.

Uno de los hallazgos más críticos se refiere a la protección financiera. El elevado porcentaje de individuos que incurre en gastos de bolsillo (68.25%), incluso entre aquellos que viven en hogares cuyo sostén económico tiene cobertura pública exclusiva, evidencia las limitaciones de la protección financiera formal. Esta situación es particularmente alarmante entre aquellos que viven en hogares pobres, que enfrentan el riesgo de gastos catastróficos que pueden profundizar su vulnerabilidad socioeconómica. Cabe destacar que la mera tenencia de un seguro de salud —ya sea obra social o medicina prepaga— no garantiza el acceso efectivo a los servicios, como lo demuestra el significativo gasto de bolsillo reportado incluso en estos grupos, revelando la persistencia de barreras económicas que pueden limitar la utilización de los servicios necesarios.

Las barreras en el acceso afectan al 26.47% de los individuos que viven en hogares con necesidades de salud, siendo la percepción de "no seriedad" del problema la principal razón declarada (68.8%).

La población con discapacidad emerge como un grupo de especial vulnerabilidad, con mayor prevalencia de pobreza (40%) y menor acceso a seguros privados, configurando una situación de desventaja acumulada que requiere intervenciones específicas.

Estos resultados deben ser evaluados considerando algunas limitaciones. En primer lugar, las preguntas acerca de las condiciones de acceso a servicios de salud fueron realizadas a nivel hogar, lo cual no permitió captar la experiencia personal de cada individuo. En el trabajo se abordaron las diferencias en el acceso según condiciones socioeconómicas del hogar y características del sostén económico del mismo. No obstante, se reconoce que pueden existir diferencias intrahogar. Además, el diseño del instrumento no permitió relevar información acerca de las necesidades de salud de los individuos, lo cual limita la posibilidad de realizar un análisis de relación entre el adecuado acceso a los servicios de salud según la necesidad

específica de las personas. Relacionado con ello, como se mencionó en la introducción, el acceso a servicios de salud es considerado un proceso dinámico y multietápico. No obstante aquí solo se presenta la situación de la población respecto a una etapa inicial del proceso, la de búsqueda de atención. Aún así, se reconoce que pueden existir diferencias de calidad al interior de los circuitos de atención, lo cual no pudo ser abordado por cuestiones de diseño del instrumento.

A pesar de las limitaciones de diseño mencionadas, los resultados aquí obtenidos demandan un abordaje integral que trascienda el sector salud y permita articular políticas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud. En particular, se requiere establecer sistemas de monitoreo continuo de las desigualdades en el acceso a la salud. En este sentido, la EISS 2024 se configura como un instrumento crítico para la generación de evidencia local y el diseño de políticas basadas en datos actualizados.

La evidencia presentada en este informe constituye una base sólida para el diseño de políticas públicas locales basadas en evidencia, orientadas a reducir las brechas identificadas y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo e inclusivo en Bahía Blanca. El camino hacia la Cobertura Universal de Salud requiere no solo de cobertura formal, sino de acceso efectivo y protección financiera real para todos los ciudadanos, particularmente para los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

5. Referencias

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208.

Elorza M. E.; Arnaudo, M. F.; Moscoso, N.; Lago, F.; Geri, M. (2022) Informe de desigualdad en el acceso a los servicios de salud en Bahía Blanca- II Semestre 2021. IIESS CONICET. Bahía Blanca. Documento de trabajo EPUE N°6.

Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución A/RES/70/1. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/70/1>



Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). Cobertura sanitaria universal. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage>

Santos, M.E. (2024) Informe de Pobreza Multidimensional en Bahía Blanca – Encuesta de Inclusión Social Sostenible 2024. IIESS CONICET. Bahía Blanca. Serie de documentos EISS N°1. ISSN 2250-8333

Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.