

Artículos Originales

Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú.

Dr. Miguel Suárez Bustamante(*); Dr. Luis Segura García(**);
Estadíst. Richard Mendoza (***)

Resumen

Existe una relación directa entre la utilización de los servicios de salud y el nivel socioeconómico. El mejor conocimiento de esta relación es necesario para favorecer la equidad en el acceso al cuidado de salud. En este trabajo estudiamos el uso de servicios, para la población adulta —entre 15 a 65 años— de tres poblaciones rurales del Perú. Para ello se tomó una muestra representativa de la población residente en hogares con niños menores de 3 años, en esas áreas.

Encontramos que entre 28 y 34% de la población adulta, tuvo una enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista. En general menos de 45% de todos ellos consultaron con alguien por estos problemas. En total, alrededor de la tercera parte de los adultos consultaron en algún servicio sobre su problema de salud. Entre quienes no buscaron asistencia médica, los factores desmotivadores más importante fueron el económico, y en menor medida el no considerar su problema como de importancia. Se concluye que en las zonas estudiadas existe una alta morbilidad, y una baja tasa de uso de los servicios de salud. Esta pobre utilización se mostró dependiente de factores posibilitadores (económicos), predisponentes (etno-culturales) y de los propios servicios. Ello se confirma al verificar que alrededor de la quinta parte de dichas consultas se realizaron fuera de la red de servicios de salud, esto es en farmacias, agentes de la medicina tradicional u otro personal no profesional, especialmente en las localidades andinas. Ello configura un patrón altamente inequitativo en la accesibilidad a los servicios de salud, el cual es necesario modificar. Los médicos de familia y generales así como la totalidad de los equipos de Atención Integral de Salud deben tener un rol central en esta búsqueda de servicios más equitativos.

Palabras Clave: Utilización de servicios de salud, sistemas de salud pública, accesibilidad, equidad, Perú

Abstract

There is a direct relationship between the use of health services and socioeconomic level. An excellent knowledge of this relationship is necessary to promote equity in the access to health care. In this work we studied the use of health services, as much for the adult population —aged 15 to 65 years— in three rural districts of Peru. We studied a representative sample of the resident population in homes with children under-three, in those districts. We found that between 28 and 34% of adult population had a disease or accident the month prior to the interview. In general, less than 45% of those that had a morbid episode consulted somebody about their problems. Around one fifth of these consultations were made outside the health services network, that is in pharmacies, with practitioners of traditional medicine and other non-professional agents, particularly in Andean locations. Around one third of the adult population with health problems in the month prior to the interview, consulted health services about their problems. Among those who did not seek medical aid, the most important discouraging factor were economic, and to a lesser extent the consideration of the problem as unimportant.

We conclude that zones studied have a high morbidity and a low rate of health service use. This poor utilization of health services was dependant on enabling factors (economic), predisposing factors (ethno-cultural) and health service-related factors. It indicates a highly inequitable pattern in the accessibility of health services, which must be modified. The primary care practitioners must have a central role in this search for more equitable services.

Keywords: Utilization of health services; public health care systems; accessibility, equity; Peru.

(*) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.

(**) Médico Salubrista. Asociación Benéfica PRISMA. Gerente de Investigación

(**) Estadístico. Asociación Benéfica PRISMA. Miembro del equipo técnico de la Gerencia de Investigación.



Introducción

El estado de salud de una población es consecuencia de la interrelación de múltiples determinantes de carácter individual, familiar y social. Así, al lado de los llamados factores constitucionales o idiosincráticos que determinan la predisposición individual a las enfermedades, algunas familias están expuestas a condiciones particulares que favorecen la aparición de problemas de salud. En general, estas situaciones de riesgo suelen correlacionar con la condición socio-económica de las familias, y se asientan en diferencias en su conocimiento sobre aspectos sanitarios, acceso a servicios básicos, acceso a fuentes de información, entre otros puntos^(1, 2).

Sin embargo esta relación no siempre es lineal, lo que por ejemplo quedó graficado por, la Encuesta Nacional de Niveles de Vida, la cual describió una mayor morbilidad en las familias con mayores ingresos familiares que en aquellas con mayor pobreza⁽³⁾. Una explicación a estos resultados podría estar en el hecho, también documentado por la Encuesta Nacional de Demanda de Salud⁽⁴⁾, de que aunque las enfermedades infecciosas son más frecuentemente reportadas por los pobres extremos, para casi todos los otros tipos de problema de salud, la morbilidad era más frecuente entre los no pobres.

Pero el nivel socioeconómico no sólo afecta la posibilidad de enfermarse sino también la de utilizar los servicios de salud. Al respecto la Encuesta nacional de Hogares encontró que para el área rural el uso de los servicios entre los más pobres era 15% menor que entre los de mayor ingreso⁽⁵⁾.

Esta determinación es posible en la medida que existe una ruta que va de la morbilidad sentida o referida a la utilización de los servicios de salud, la cual es modulada por diferentes elementos ligados al problema de salud — severidad, cronicidad, etc.— pero también por factores económicos, culturales, y ligados a los servicios^(6,7). En consecuencia, una porción variable de problemas de salud es manejada por la población a través del auto-cuidado o recurriendo a una suerte de red de atención paralela conformada por familiares, amigos, practicantes de la “medicina tradicional”, farmacéuticos, entre otros⁽⁸⁾. El estudio de esta fracción de morbilidad que no se traduce en

un mayor uso de los servicios nos puede ayudar a verificar el grado de equidad del sistema de salud^(6,7).

Las variadas realidades dentro de cada país imponen la necesidad de verificar, para diferentes ámbitos, la equidad en el acceso a los servicios de salud. Este conocimiento posibilitará que los servicios de atención primaria se preparen para brindar una mejor atención a la población, adecuándose a cada realidad local con el propósito de favorecer la equidad en el acceso al cuidado de salud de toda la población, sin ninguna clase de distinciones⁽⁹⁾.

En este trabajo estudiamos algunos aspectos relacionados al uso de servicios en respuesta a problemas de salud —enfermedades o accidentes—, tanto para el grupo adulto como para los menores de 3 años, en tres poblaciones rurales del Perú, con el fin de verificar patrones de equidad o inequidad en su acceso al cuidado de salud.

Metodología

Este estudio se realizó en tres localidades rurales del Perú. El recojo de información fue realizado entre abril y julio de 1997 y su ejecución estuvo a cargo de profesionales y técnicos especialmente capacitados para tal fin.

Dos de las poblaciones, Palca y Paucará, eran representativas del área alto-andina. Ellos se encontraban entre los 3700 y 3800 m.s.n.m. y en ambas zonas casi 80% de la población era netamente rural, con un importante porcentaje de familias con nivel socioeconómico bajo, menor nivel de instrucción para las madres y jefes del hogar, y actividad fundamentalmente agrícola, un ramo de empleo que para la zona está ligado a remuneraciones muy bajas. Sin embargo, Palca estaba considerablemente menos aislada y contaba con una mejor infraestructura sanitaria que Paucará, la cual se encontraba más alejada de la capital del departamento, y donde casi las dos terceras partes de las viviendas no contaban con los servicios básicos. Por otro lado, el Valle del Río Apurímac (VRA) es una región representativa del área de selva baja, encontrándose entre los 0 y 300 m.s.n.m. Aunque las características socio-demográficas de la población del VRA son bastante semejantes a los de las otras dos zonas

Resultados

estudiadas, su porcentaje de ruralidad fue ligeramente menor —60%— y existió una proporción de viviendas sin servicios básicos considerablemente menor —20%—.

Se realizó un muestreo por conglomerados que buscó ser representativa de cada localidad. El marco muestral estuvo constituido por los hogares con al menos un niño menor de 3 años (hogares elegibles), pertenecientes a cada una de las comunidades seleccionadas.

Las familias que formarían parte de la muestra, las cuales fueron visitadas en sus domicilios con el propósito de aplicarles una encuesta estructurada y previamente validada.

En la generalidad de los casos, la madre del núcleo familiar estudiado actuaba como la informante de información referente a ella misma o a sus hijos, para este módulo en particular, ellas también brindaron información referente a todos los miembros de la familia.

En consideración al carácter descriptivo de este tipo de estudios, no se realizaron pruebas estadísticas para establecer el nivel de significancia de las comparaciones.

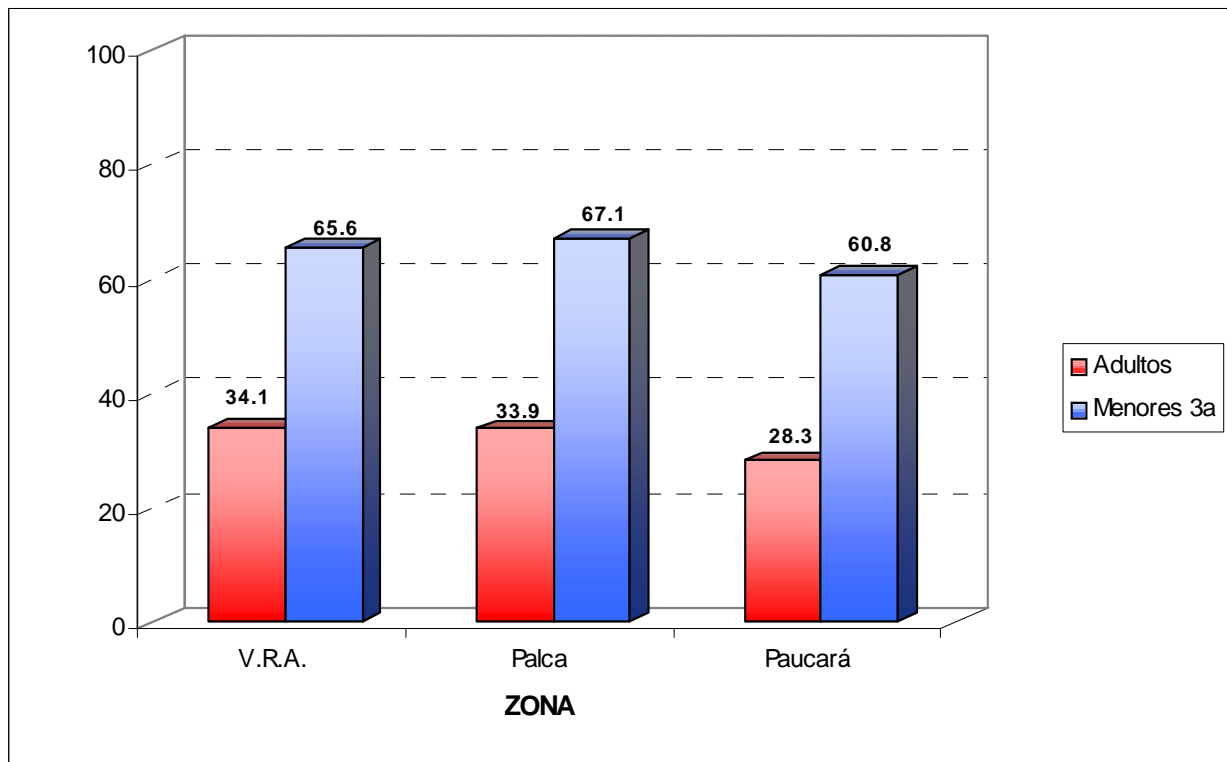
En la **Figura 1** vemos que entre 28 y 34% de la población adulta en las zonas de estudio tuvieron una enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista.

En el **cuadro 1** podemos ver la utilización efectiva de servicios de salud de la red pública o privada, en respuesta a la morbilidad del mes previo, viendo que ésta abarcó alrededor de la tercera parte de los sujetos estudiados en las zonas de estudio, a excepción de la población adulta de Paucará donde esta fracción fue algo menor —21.8%—.

Finalmente, se investigó la actitud de quienes presentaron morbilidad y no buscaron atención. Entre los argumentos para no consultar, sobresalió el factor económico, particularmente para las comunidades más carentes como V.R.A y Paucará, de modo que alrededor del 52% y 36% de ellos que no buscaron atención, respectivamente, citó la falta de dinero o la atención muy cara como el problema principal —**Cuadro 2**—.

Figura Nro 1

Morbilidad referida en el mes previo (enfermedades y accidentes) para adultos de 15 a 65 años de tres poblaciones rurales del Perú. (*).



(*). Se incluye la población menor de 3 años como referencia comparativa.



También destacó como causa de no haber acudido a atenderse, el “No considerar su problema importante”, con alrededor del 35% de la población adulta en las tres zonas de estudio mostrando este argumento,

Otras fundamentaciones ligadas a la accesibilidad o calidad de la atención fueron citadas con menor frecuencia, excepto para Palca, donde dado el menor peso relativo del factor económico, esta característica alcanzó un nivel relevante.

mayor consistencia en sus resultados por referirse a episodios concretos y reducir el efecto memoria, por esta razón, desde hace mucho es ampliamente utilizada en estudios de esta naturaleza⁽¹⁰⁾.

Encontramos valores notablemente altos para el reporte de enfermedades y accidentes para los 30 días previos entre la población adulta. Estos resultados fueron mayores que los promedios nacionales para las áreas rurales reportados por la encuesta referente temporalmente equivalente, los cuales fueron de 32.3% para los menores de 5 años y de 17.5% y 30.5%, para el grupo de 15 a 49 años y de 49 a 65 años, respectivamente⁽⁶⁾.

Discusión

Se presentan los resultados de un estudio sobre aspectos relacionados al uso de servicios de salud en tres poblaciones rurales pobres del Perú. La utilización de los servicios se estudió en función de la morbilidad el mes previo. Esta metodología, puede reducir considerablemente el grupo de estudio, por cuanto la fracción de quienes presentaron problemas de salud durante este período es pequeña. A pesar de estas desventajas, esta metodología tiene

La mayor morbilidad en las poblaciones de estudio es explicada por los bajos recursos y algún grado de aislamiento de las localidades investigadas, los cuales se traducen en una serie de carencias que incluyen un medio hostil con un saneamiento básico deficiente, un acceso limitado a medios de comunicación, problemas con servicios básicos, entre otros. Diversos estudios longitudinales han

Tabla Nro 1 Consulta sobre problema de salud en el mes previo, para adultos y menores de tres años en tres poblaciones rurales.

CONSULTÓ SOBRE PROBLEMA DE SALUD DE LOS ULTIMOS 30 DIAS	V.R.A.		Palca		Paucara	
	N	%	N	%	N	%
Población adulta						
Consultó sobre problema de salud	49	43.8	23	38.3	22	27.5
Total	112	100.0	60	100.0	80	100.0

Tabla Nro 2 Motivo para no haber buscado atención entre quienes tuvieron morbilidad referida en el mes previo y no realizaron consulta, para adultos y menores de tres años en tres poblaciones rurales.

VARIABLES		V.R.A.		Paka		Paucara	
		N	%	N	%	N	%
Población adulta							
Motivo de consulta	No consideró necesario	21	33.9	13	35.1	22	37.9
	No tenía dinero	32	51.6	5	13.5	22	37.9
	Atención muy cara			1	2.7	1	1.7
	Centro de atención lejano	6	9.7	2	5.4	6	10.3
	Mala atención	1	1.6	4	10.8	1	1.7
	Otro	2	3.2	12	32.4	6	10.3
Total		62	100.0	37	100.0	58	100.0

demostrado para estas poblaciones, tal tipo de condiciones pueden influir directamente en índices de morbilidad más altos ⁽¹¹⁾.

Al comparar los niveles de morbilidad referida apreciamos que la mayor morbilidad se encontraba en el VRA —una área colonizada de selva— algo esperado por cuanto otras encuestas también encontraron esta tendencia ^(4,5), llamó la atención que Paucará, la población más pobre y aislada de las tres estudiadas, mostrase los menores reportes de enfermedad. Este fenómeno pudiera estar siendo determinada por características culturales. Así, dado que la morbilidad referida depende tanto de la ocurrencia del problema de salud, como de la capacidad del paciente para manifestarla, ella pueden ser también influida por las características de pobreza y aislamiento de una población⁽¹⁰⁾, siendo posible que no se reporten los eventos más leves de enfermedad para esta población⁽¹²⁾.

Pero el nivel socioeconómico de estas poblaciones debe estar influyendo no sólo en la morbilidad referida, sino también en la utilización de la red institucionalizada de atención de salud. Efectivamente, es alarmante la falta de uso de los servicios de salud en respuesta a la morbilidad, particularmente si la comparamos con la tasa de uso de servicios de salud en poblaciones rurales de 85.3%⁽⁵⁾ que reportó la encuesta referente temporalmente equivalente.

Para intentar explicar las razones de esta baja utilización de los servicios de salud, recurriremos al modelo teórico propuesto por Andersen, clásico para estudiar los determinantes del uso de servicios en general ⁽¹⁴⁾. Según dicho modelo el uso de los servicios dependería básicamente de cuatro tipos de factores: los *factores de necesidad*; que expresan la necesidad que impone una determinada enfermedad, de atenderse en un servicio; los *factores predisponentes*, intrínsecamente ligados a la cultura de los potenciales usuarios y que los llevan a aceptar o rechazar los servicios, independientemente de sus características; los *factores posibilitadores o dependientes* del nivel socioeconómico, los cuales definen los recursos disponibles para acceder a los servicios; y finalmente los *factores de los servicios*, que representan la influencia de su imagen de la estructura y los procesos de atención sobre la voluntad de la población de hacerse atender por ellos.

Este modelo es interesante por cuanto plantea que la equidad en el uso de los servicios opera únicamente cuando el volumen de su utilización está determinado apenas por los factores de necesidad o algunos predisponentes no modificables ^(6,14). En ese sentido, aunque nuestro estudio no evaluó aspectos referentes a la necesidad de atención impuesta por cada dolencia referida — severidad y urgencia atribuida a su problema por el usuario potencial—, al estudiar los otros tipos de factores nos es posible evaluar indirectamente la equidad del sistema.

Refiriéndonos en primer lugar a los factores predisponentes, su papel en la determinación de las bajas tasas de uso de los servicios debe medirse a través de la confrontación entre la genéricamente denominada medicina tradicional, y la que se practica en los servicios de salud. Aun cuando su peso no se haga sobresaliente por la gran integración de las culturas latinoamericanas y occidental existente, particularmente en la región andina, subsiste un importante referente a la cultura Quechua, a partir de un modelo etnofisiológico propio, el cual puede sentirse rechazado en la red institucionalizada donde se practica únicamente medicina occidental^(8,15). Así, en datos de este mismo estudio sobre las fuentes de atención utilizadas, se apreció que las consultas por fuera de la red servicios públicos o privados de salud, representaban alrededor de la quinta parte de las fuentes de atención buscadas para la población adulta.

La importancia de los factores posibilitadores como determinantes de un menor uso de los servicios de salud también se puso de manifiesto, al encontrar que más de la mitad de quienes tenían morbilidad y no buscaron atención, adujeron motivos económicos para ello. Estas apreciaciones guardaron correspondencia con los hallazgos de la encuesta referente temporalmente equivalente, donde 40% de quienes se declararon enfermos y no buscaron ayuda, refirieron la falta de recursos económicos como la causa principal de no haber consultado⁽⁵⁾.

Recordemos que el Seguro Integral de Salud, introducido tiempo después de la realización de este estudio, no cubre a la población adulta en el grupo etareo estudiado, por lo es posible que esta situación se mantenga hasta la actualidad.



Por último, existe la influencia de los servicios de salud en su propia utilización. Así, algunos de los entrevistados que no los utilizaron se refirieron al mal trato, la lejanía de los establecimientos u otros aspectos de ellos como causa de su falta de uso, factores que para diversas realidades han estado asociados a una menor utilización de los servicios^(16, 17).

En conclusión, nuestros hallazgos, además de mostrar una baja utilización de los servicios de salud para las tres zonas estudiadas, aportan evidencia directa e indirecta de que estos niveles están ligadas a factores predisponentes, posibilitadores y de los propios servicios. Esta situación, de acuerdo al modelo planteado para el análisis¹⁴, configura un ambiente de alta inequidad en el uso de los servicios de salud, en el cual su acceso depende de factores fuertemente ligados las condiciones de pobreza y aislamiento de estas poblaciones, y son ajenos a la necesidad de atención. Dado la estrecha relación entre el estado de salud de la población y el uso de los servicios, este patrón inequitativo en la accesibilidad a los servicios de salud debe ser modificado.

Para conseguir este objetivo, se requiere trabajar en diversas áreas incluyendo un dialogo más positivo entre los servicios de salud y los modos culturalmente enraizados de pensar la salud y la enfermedad en cada realidad, favorecer mecanismos que remuevan el efecto de barrera a la utilización que representa el bajo nivel socioeconómico familiar, y abordar algunos aspectos ligados a la calidad de los servicios —mal trato, pobre competencia técnica, costos altos y poca accesibilidad geográfica, entre otros factores—

Los médicos de Atención Primaria de Salud —médicos de familia o generales—, así como los profesionales que trabajan en los equipos de Atención Integral de Salud, en su condición de puerta de entrada al sistema de salud y su contacto más continuo con la población, deben jugar un papel central en la búsqueda de servicios de salud más equitativos⁽¹⁷⁾. Estos profesionales deben mantener una actitud abierta y una formación complementaria que asegure una mayor calidad de los servicios y una mejor adaptabilidad a las culturas locales, brindándole la suficiente flexibilidad para comprender y respetar la diversidad de las

poblaciones y su grado de respuesta ante los eventos mórbidos. Sólo de esta forma será posible obtener servicios de salud más equitativos, y que contribuyan significativamente a mejorar el bienestar y el nivel de salud de la población a la que sirven.

Bibliografía

- (1) World Health Organization. The world health report: Bridging the gaps. WHO, Genova. 1995.
- (2) Feinstein, J.S. The relationship between socioeconomic status and health: A review of literature. *The Milbank Quart*: 1993; 71(2):279-322.
- (3) CUANTO. Encuesta nacional sobre niveles de vida (ENNIV 97). CUANTO, Lima. 1998.
- (4) CENTRO DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD DEL PACIFICO. Análisis de la demanda por servicios de salud: Perú, 1995. U. del Pacífico, Lima. 1996.
- (5) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Perú: Demanda de atención en servicios de salud. Encuesta Nacional de Hogares 1998. INEI, Lima. 1999.
- (6) Hulka B. y Wheat J. Patterns of utilization. The patient perspective. 1985: *Med. Care*. 23(5):438-460.
- (7) Dever G.E. A epidemiologia da utilizaçao dos serviços de saúde. En: *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*: 47-70. Pioneira, Sao Paulo, .. 1988.
- (8) Potter J. Utilización de los servicios de salud materna en el México Rural. *Salud Pub. Mex*. 1988: 30(3):387-402..
- (9) Taylor C. Surveillance for equity in primary health care: Policy implications form international experience. *Int. J. Epid*. 1992: 21(6):1043-1049.
- (10) Khon R y White KL. Eds. *Health Care: International study*. Oxford Un. Press, Oxford. 1976
- (11) Victora, C.G, Barros F.C. y Vaughan J.P. *Epidemiologia da desigualdade. Um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras*. HUCITEC, Sao Paulo. 1989.
- (12) Ong Tsui, DeClerck J y Mangani N. Maternal and sociodemographic correlates of child morbidity in Bas Zaire: The effect of maternal reporting. *Soc. Sci. Med.*, 1988: 26(7): 701-713..
- (13) Suárez, M.A. *Utilizaçao dos serviços de saúde materno-infantis na regioao sudoeste da grande Sao Paulo*. Tesis de maestría en Salud Publica. Universidad de Sao Paulo. 1996.
- (14) Andersen R. y Aday L.A. Access to medical Care in the U.S. Realized and Potential. *Med. Care*. 1978: 16:533-546.
- (15) Pedersen D. y Coloma C. Traditional medicine in Ecuador: The structure of the non-formal health systems. *Soc. Sci. Med*. 1983: 17:1249-1255.
- (16) Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pub. Mex*. 1985: 27(5):438-453..
- (17) Campbell S.M y Roland M. Why do people consult the doctor? *Family. Practice*. 1996:13:75-83.