

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

Antecedentes:

Existe una relación directa entre la utilización de los servicios de salud y el nivel socioeconómico. Es necesario conocer mejor esta relación para favorecer la equidad en el acceso al cuidado de la salud.

Métodos:

Este estudio de corte transversal fue realizado durante 1997 para evaluar el uso de servicios de salud en una muestra representativa de tres comunidades rurales del Perú.

Resultados:

Nuestra muestra incluyó a 788 adultos no migrantes entre 15 - 65 años y 405 niños menores de 3 años. El 31.9% (252/788) de adultos y 63.9% (259/405) de niños, tuvieron una enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista. De ellos, el 37.3% (94/252) de adultos y 38.9% (101/259) de niños acudieron a algún servicio de salud.

El 38.8%, (61/157) de adultos no buscaron asistencia médica debido a algún problema económico, y el 35.6% (56/157) por no considerar su enfermedad o accidente un problema importante. Las razones por las que no llevaron a sus niños a los servicios de salud fueron similares.

Conclusiones:

Las comunidades estudiadas tienen una alta morbilidad, sobretodo en los niños. Además tienen una baja tasa de uso de los servicios de salud principalmente debido a factores económicos y etno-culturales.

Los proveedores primarios de salud deben tener un rol más activo en la implementación de servicios más equitativos en zonas rurales.

Palabras Clave: Servicios de salud, Utilización, Accesibilidad, Equidad, Perú

Abstract

Background:

There is a direct relationship between the use of health services and socioeconomic level. A better knowledge of this relationship is necessary to improve equity in the access to health care.

Methods:

To evaluate the use of health services among a representative sample of three Peruvian rural communities we conducted a cross-sectional study during 1997.

Results:

We selected as our sample 788 non-migrant adults aged 15 - 65 years old and 405 children under 3 years old. 31.9% (252/789) of the adult population and 63.9% (259/405) of children had a disease or accident the month prior to the interview. Of them, 37.3% (94/252) adults and 38.9% (101/259) children attended a health service. 38.8%, (61/157) of the adults did not seek medical attention due to economical reasons, and 35.6% (56/157) due to the lack of recognition of their disease or accident as an important problem. The reasons why they did not bring their children to health services were similar.

Conclusions:

The communities we studied have a high morbidity, especially in children. Additionally they have a low rate of health services use principally due to economic and ethno-cultural factors.

The primary health care providers should have a more active role in the implementation of more equitable services in rural areas.

Keywords: Health services, Utilization, 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. Esto quedó graficado, por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida que describió una mayor morbilidad en las familias con mayores ingresos familiares que en aquellas con mayor pobreza(3). Una posible explicación a estos resultados ha sido documentada en la Encuesta Nacional de Demanda de Salud(4). Ahí podemos notar que aunque las enfermedades infecciosas fueron reportadas con mayor frecuencia entre los pobres extremos, la morbilidad en otros tipos de problemas de salud fue 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).

Eso se explica debido a la existencia de un nexo entre la morbilidad sentida o referida y la utilización de los servicios de salud que está modulada por elementos propios del problema de salud —severidad, cronicidad, etc.— y también por factores económicos, culturales, y ligados a los servicios(6,7). En consecuencia, algunos problemas de salud son manejados 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).

Metodología

Este estudio se realizó en localidades rurales del Perú: Palca, Paucará y Valle del Río Apurímac (VRA). El objetivo fue la evaluación de 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 estas poblaciones, con el fin de verificar patrones de equidad o inequidad en su acceso al cuidado de salud.

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.

Palca y Paucará, están ubicadas en el área alto-andina entre los 3700 y 3800 m.s.n.m. y en ambas zonas el porcentaje de ruralidad fue alrededor de 80%, con familias con nivel socioeconómico bajo, bajo nivel de instrucción y dedicados fundamentalmente a la actividad agrícola.

El proporción de viviendas sin servicios básicos en Paucará fue alrededor del 60 % y se encontraba más aislada que Palca donde este porcentaje fue menor.

El VRA está ubicado en el área de selva baja entre los 0 y 300 m.s.n.m. Aunque las

Resultados

características socio-demográficas de la población del VRA fueron comparables a los de las otras dos zonas estudiadas, el porcentaje de ruralidad fue 60% y existió una proporción de viviendas sin servicios básicos de 20%.

Se realizó un muestreo por conglomerados para seleccionar una muestra representativa de hogares con al menos un niño menor de 3 años de cada localidad.

Las familias seleccionadas fueron visitadas en sus domicilios con el propósito de aplicarles una encuesta estructurada y previamente validada

En la generalidad de los casos, las madres del núcleo familiar estudiado fueron las informantes respecto a ellas mismas o a sus hijos y también brindaron información referente a todos los miembros de la familia.

La población estudiada, para fines de este estudio, fue dividida en dos grupos etáreos: niños menores de 3 años y adultos entre 15 y 65 años.

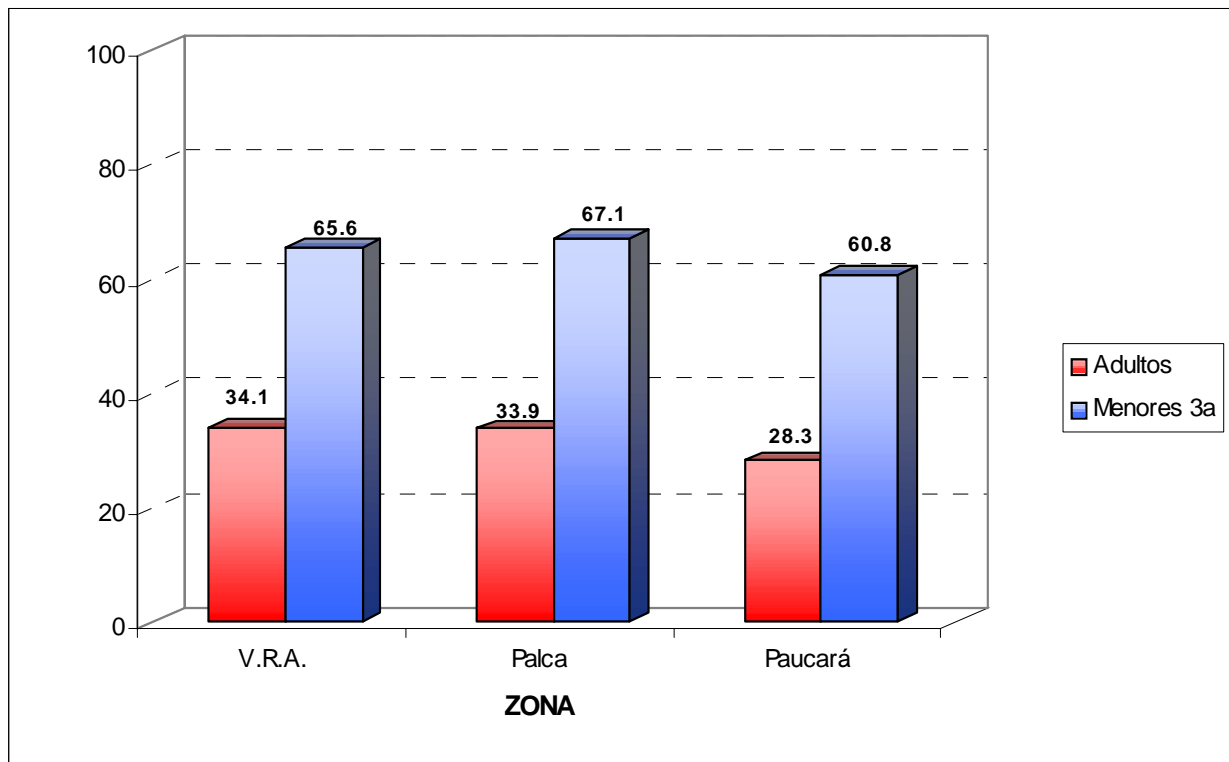
La morbilidad referida (enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista) entre las personas adultas fue 31.9% (VRA 34.1%, Palca 33.9% y Paucará 28.3%) y entre los niños fue 63.9% (VRA 65.6%, Palca 67.1% y Paucará 60.8%). (Figura 1)

La utilización efectiva de servicios de salud en respuesta a la morbilidad del mes previo fue de 37.3% (VRA 43.8%, Palca 38.3% y Paucará 27.5%) entre adultos y 38.9% (VRA 41.5%, Palca 40.0% y Paucará 34.9%) entre niños. (Cuadro 1)

En un subanálisis entre los adultos que presentaron morbilidad y no buscaron atención encontramos que el 38.8% (VRA 51.6%, Palca 16.2% y Paucará 39.6%) reportaron que fue debido a un factor económico y 35.6% (VRA 33.9%, Palca 35.1% y Paucará 37.9%) que fue debido a no considerar su problema como

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.



importante. Entre los niños que tuvieron morbilidad y no fueron llevados a un centro de salud el 36.7% (VRA 53.6%, Palca 3.0% y Paucará 35.7%) de madres reportaron que no lo hicieron por un factor económico y 37.9% (VRA 27.5%, Palca 39.4% y Paucará 50.0%) por no considerarlo necesario. (Cuadro 2)

Otras fundamentaciones ligadas a la accesibilidad o calidad de la atención fueron citadas con menor frecuencia.

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 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).

Es importante destacar que a pesar de que la morbilidad entre los niños ha sido reportada casi dos veces más que entre los adultos, el porcentaje de búsqueda de atención y los motivos para no buscar son comparables entre lo reportado para adultos y niños.

La mayor morbilidad en las poblaciones de estudio es explicada por los bajos recursos y algún grado de aislamiento de las localidades investigadas que se traducen en una serie de carencias que incluyen un medio hostil con un saneamiento básico deficiente, un acceso

Discusión

El reporte de enfermedades y accidentes para los 30 días previos, tanto entre los niños como entre la población adulta es notablemente alto. Estos resultados fueron mayores que los promedios nacionales para las áreas rurales reportados por la ENAHO 98, 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(5).

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

limitado a medios de comunicación, problemas con servicios básicos, entre otros. Diversos estudios longitudinales han demostrado para estas poblaciones, tal tipo de condiciones pueden influir directamente en índices de morbilidad más altos (11).

La mayor morbilidad en el VRA —un área colonizada de selva— era esperada por cuanto la ENAHO 98 y otras encuestas también encontraron esta tendencia (4,5). Paucará siendo la población más pobre y aislada de las tres estudiadas, mostró los menores reportes de enfermedad. Este fenómeno pudo estar vinculado a características culturales. 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) que pudiese hacer que no se reporten los eventos más leves(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 ENAHO.

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. Aún 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 15% de las fuentes de atención buscadas para los menores de 3 años y cerca de la quinta parte 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 ENAHO 1998, 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 etáreo estudiado, por lo es posible que esta situación se mantenga hasta la actualidad.



Por último, existe 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 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 sus equipos, 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.

AGRADECIMIENTO: Al Dr. Isaac Alva que, demostrando su calidad editorial y entusiasmo, revisó integralmente este artículo y lo perfeccionó notablemente.

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 from 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.