

Factores asociados a la demanda de salud en cinco provincias de Cajamarca

Factors associated with health needs in five provinces of Cajamarca.

LLANOS ZAVALAGA Luis Fernando*, CONTRERAS RÍOS Carlos Enrique**, VELÁSQUEZ HURTADO José Enrique***, PEINADO RODRÍGUEZ Jesús.

SUMMARY

Objective: To determine factors related to demand of health services in five provinces of rural area of Cajamarca, Perú. **Material and Methods:** An analytical cross-sectional study was performed between December 1999 and January 2000. 369 households were selected and 1,916 people were inquired. A probabilistic and multi-stage sampling, for areas and independent in each study dominian survey was used. Demographic, educational, occupational aspects and those related with the access to the health services, according to the following characteristics: illness perception, medical consultation, and consultation to a establishment from the Ministerio de Salud. Logistic regression and probit were used to perform the statistical analysis. **Results:** 70.4% of the individuals deemed they were in a good health condition, 23.6% declared sickness or health problems or accidents in the last four weeks previous to the survey. From this group, 41.4% went for a medical consultation, 53.8% turned to a center from the Ministerio de Salud. Statistical association of illness perception with more advanced age, with the fact of being able to read and write; also being able to read and write was associated with seeking for healthcare in a center from the Ministerio de Salud; there was also an association with being female, a greater perception of disease and with having low income ($p < 0.05$). **Conclusions:** Epidemiological models are able to explain better illness peception and the likelihood for seeking medical consultation; nevertheless, for the selection of the consultation site, an econometric model is suggested. (*Rev Med Hered 2004; 15: 11-18*).

KEY WORDS: Demand, illness perception, medical consultation

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la demanda de servicios de salud en cinco provincias de la zona rural de Cajamarca. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y enero del 2000. Fueron seleccionadas 369 viviendas, siendo encuestadas 1916 personas. Se utilizó un muestreo probabilístico, polietápico, de áreas e independiente en cada dominio de estudio. Fueron analizados los aspectos demográficos, educacionales, ocupacionales y aquellos relacionados con el acceso a los servicios de salud, según las siguientes características: percepción de enfermedad, realización de consulta y consulta a un establecimiento del Ministerio de Salud. Para el análisis estadístico se utilizó regresión logística y probit. **Resultados:** El 70.4% de los individuos consideró estar en buen estado de salud. 23.6% declaró enfermedad o malestar en salud o accidente en las últimas

* Magister en Políticas, Planificación y Financiamiento en Salud. Profesor Asociado, Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Universidad Peruana Cayetano Heredia.

** Médico candidato a Maestría en Gestión de Proyectos y Programas Sociales. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Universidad Peruana Cayetano Heredia.

*** Médico Cirujano. Unidad de Gestión. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Profesor Auxiliar Facultad de Medicina "Alberto Hurtado". Universidad Peruana Cayetano Heredia.

4 semanas previas a la encuesta. De este grupo, 41.4% realizó una consulta, acudiendo 53.8% a un establecimiento del MINSA. Se encontró asociación estadística de percepción de enfermedad con mayor edad y saber leer y escribir, realización de consulta con saber leer y escribir, y consulta a un establecimiento del Ministerio de Salud con sexo femenino, percepción de enfermedad y tener un ingreso económico bajo ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Los modelos epidemiológicos pueden explicar la percepción de enfermedad y la probabilidad de consulta, sin embargo para la elección del lugar de consulta se sugiere un modelo econométrico. (*Rev Med Hered 2004; 15:11-18*).

PALABRAS CLAVE: Demanda, percepción de enfermedad, consulta médica.

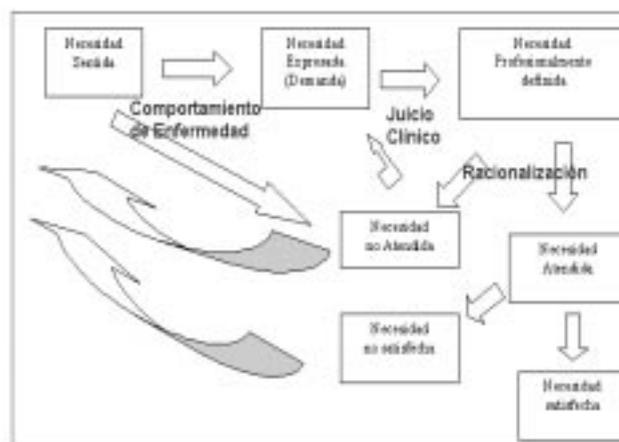
INTRODUCCIÓN

Las últimas décadas han venido acompañadas de una fuerte corriente económica de individualismo, autodeterminación y soberanía del consumidor. El sector salud no ha sido ajeno a este efecto, surgiendo la pregunta: ¿Deben los servicios públicos de salud satisfacer al usuario o comprometerse con la colectividad y el mejoramiento objetivo de los indicadores de salud? (1). El Ministerio de Salud (MINSA) definió su misión en la década de los noventa como: “promover y garantizar la salud individual y colectiva de la población del Perú”, la misma que parte de la premisa que el Estado debe garantizar el suministro básico de salud y que el desarrollo humano, incluida la salud, es una responsabilidad social que abarca los sectores público y privado, estableciendo como desafío la construcción de un sector salud con Equidad, Eficiencia y Calidad (2).

El cumplimiento de estos objetivos debe conceptualizar previamente a la salud como un proceso complejo, resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales, y cuyo desbalance en su interacción en un individuo puede manifestarse en necesidad de salud, y posteriormente en el uso de servicios de salud. Las necesidades de salud son definidas de diversas formas. Sociológicamente, podemos hablar de necesidad normativa cuando ésta es definida por el investigador basándose en un estándar deseable; necesidad sentida, cuando es definida por la percepción individual; necesidad expresada o demanda, cuando la necesidad sentida se hace concreta y se pone en acción; y necesidad comparativa, cuando es fruto de una investigación sobre servicios recibidos en comunidades con características similares. Estas definiciones se superponen e interrelacionan por lo que es importante definir lo que es una necesidad real (3) (Gráfico N° 1).

Una vez que la persona decide acudir a un profesional de salud, se pasa a la atención de salud, donde puede quedar su necesidad satisfecha o no. En caso de tener una necesidad no satisfecha el paciente puede demandar

Gráfico N° 1. Flujo de la necesidad hacia el uso del servicio.



atención en los servicios de medicina occidental o podrá recurrir a la medicina tradicional o a la automedicación, formas alternas para satisfacer su necesidad de salud.

La satisfacción del usuario es percibida cuando las expectativas iniciales son confirmadas con el servicio actual (4). Cuando una persona no percibe satisfacción con el servicio recibido acumula una experiencia negativa que la extiende a su entorno y demanda otro servicio (5,6).

Con la finalidad de investigar y determinar los factores que influyen en la demanda de atención se han planteado diversos modelos (7), los cuales convergen en el concepto de demanda como un proceso dinámico que combina recursos, conocimientos y patrones de comportamiento, tecnología, servicios e información disponible, con la finalidad de poder restaurar, mantener y promover la salud en sus miembros (8). La oferta constituirá el conjunto de servicios y recursos que la institución pone a disposición del usuario con el objeto de atender la causa por la cual se utiliza el servicio (9).

El departamento de Cajamarca, ubicado en la zona nor-oriental del Perú tiene 33,317.54 Km² de extensión, cuenta con 13 provincias y 127 distritos. En 1996, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

estimó una población de 1'343,501 habitantes, correspondiendo 72.1% a zona rural. Reciben atención de salud del MINSA, EsSalud y Sanidad de la Policía del Perú, siendo el MINSA el que tiene mayor cobertura. Existe una ausencia notable de oferta de servicios privados, con excepción de la provincia de Cajamarca en donde se centralizan los establecimientos de salud privados.

El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a la demanda de los servicios de salud en cinco provincias de Cajamarca (Celendín, Contumazá, San Marcos, San Miguel y San Pablo), en conjunto y por dominios: percepción de enfermedad, búsqueda de consulta y consulta a establecimiento del MINSA, de manera que se genere conocimiento sobre la tendencia de la demanda por servicios de salud en una zona rural del Perú, que contribuya a perfeccionar políticas y estrategias de gestión de estos servicios.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio transversal analítico, entre Diciembre de 1999 y Enero del 2000, para el cual se aplicó una encuesta poblacional en las provincias mencionadas. La unidad de observación fueron los hogares y la unidad de análisis fue la persona que forma parte del hogar. Se estimó el tamaño muestral considerando un efecto de diseño muestral de 1.5, un nivel de confianza de 95%, un error absoluto de 7.5%, un porcentaje de pérdida o rechazo no mayor al 10% y la prevalencia de percepción de enfermedades en comunidades de sierra rural estimado por la ENAHO 98 (10). En todas las etapas de muestreo, se utilizó la selección sistemática con probabilidad proporcional al tamaño. Se realizó un muestreo probabilístico, polietápico, de áreas e independiente en cada dominio de estudio.

El instrumento utilizado fue una encuesta con 96 preguntas precodificadas, en donde se incluyeron encontramos secciones de información cualitativa sobre demanda de servicios de salud, validada y usada previamente para reconocer factores asociados a demanda en el Departamento de Ancash (11). Se consideraron preguntas sobre demografía, ingresos, atención preventiva y consulta institucional.

En el análisis se determinaron los factores que condicionan la percepción de la necesidad de atención por parte de la persona y modeló el comportamiento en cada uno de los procesos al que fue expuesto el usuario. En unos casos, estos factores fueron inherentes al sujeto; en otros, propios de la organización social y el espacio geográfico de la población.

Tabla N° 1. Datos generales de la población de estudio.

Datos generales de la población	Indicadores
Relación hombre / mujer	1:1
Edad promedio (en años)	25.5 ± 19.8
Habla idioma castellano	99.5%
Ningún nivel instrucción	18.6%
Población económica activa (PEA, expresado como el porcentaje de personas de la población total)	56.3%
Ingreso mensual (en nuevos soles)	281.7±259
Gasto en cuidados de la salud (en nuevos soles)	54±126
Gasto en la alimentación (en nuevos soles)	198±176

Tabla N° 2. Percepción de enfermedad

Variables	Valores	Percepción de enfermedad		p
		Sí	No	
Sexo	Mujer	370	563	0.007
	Hombre	445	526	
Lee y escribe Castellano	Sí	400	1005	0.000
	No	230	40	
Nivel de instrucción	Educación	679	1068	0.000
	Sin educación	140	29	
Ocupación	Empleado	207	410	0.008
	Desempleado	415	619	
Idioma	Castellano	776	1089	0.000
	No castellano	43	8	
Edad	Media±DS	26±22.9	25±16.9	0.316

Tabla N° 3. Realización de consulta.

Variables	Valores	Consultó?	
		Sí	No
Sexo	Mujer	91	842
	Hombre	153	818
Idioma	Castellano	214	1651
	no castellano	32	19
Estado de salud	Bueno	161	1188
	Malo	85	482
Lee y escribe castellano	Sí	114	1291
	No	36	234
Nivel de instrucción	Educación	230	1517
	Sin educación	16	153
Ocupación estratificada	Empleado	34	583
	Desempleado	110	1507
Edad	Media±DS	15.9±17.6	26.8±19.7
Ingreso mensual	Media±DS	311.8±232.8	276.2±311.8
Gasto en salud	Media±DS	46.6±31.9	55.1±125.8

Tabla N° 4. Realizó su consulta en un establecimiento del MINSA.

Variables	Valores	Consulta al MINSA		p
		Sí	No	
Sexo	Mujer	74	859	0.000
	Hombre	127	844	
Idioma	Castellano	177	1688	0.832
	no castellano	26	25	
Lee y escribe castellano	Sí	88	1317	0.063
	No	33	237	
Nivel de instrucción	Educación	188	1559	0.135
	Sin educación	15	154	
Ocupación estratificada	Empleado	22	595	0.755
	Desempleado	94	940	
Edad	Media±DS	14.7±15.6	26.8±19.8	0.000
Ingreso mensual	Media±DS	299.4±186	277.9±259.9	0.020
Gasto en salud	Media±DS	34.6±19.5	55.2±123.9	0.896
Tiempo de llegar al EESS	Media±DS	355.5±19.5	201.1±309.6	0.951
Tiempo de espera consulta	Media±DS	34.6±19.5	55.2±123.9	0.401

Así, se modelaron tres grupos: en el *primer grupo* están los aspectos demográficos, educacionales y culturales; en un *segundo grupo*, los aspectos ocupacionales y en un *tercer grupo* los relacionados con el acceso a los servicios básicos. Estos tres grupos tuvieron como objetivo identificar la probabilidad de ocurrencia de la percepción de la enfermedad, la búsqueda de la atención y la selección del prestador de la atención, en este caso un establecimiento del MINSA.

Se realizó el análisis para identificar los posibles factores que modelan el comportamiento de la población en cada uno de los eventos analizados, se utilizaron técnicas estadísticas basadas en regresión dicotómica: regresión logística y probit, con el propósito de elaborar un modelo matemático con capacidad predictiva a partir de las variables antes identificadas. Para el análisis de la información, se elaboró una base de datos en el programa Excel v.97 y el procesamiento de los datos fue realizado con el paquete estadístico SPSS for Windows v. 9.0 (12).

Tabla N° 5. Tabla de resumen de análisis de regresión logística, para los tres dominios, según las variables que modelan como factores de riesgo.

Variable dominios	Valores	OR	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Overall
Percepción de enfermedad	Edad	1.0209	1.0119	1.0299	74.26%
	Leer escribir	13.532	8.2691	22.1463	
Consulta	Leer escribir	3.55	1.85	6.84	70.53%
Consulta al MINSA	Sexo	3.1106	1.7688	5.4705	83.07%
	Estado de salud	3.1747	1.8157	5.551	
	Ingreso	0.9985	0.9973	0.99998	

Tabla N° 6. Efectos sobre la percepción de enfermedad ante variaciones del modelo probit.

Dominio	Variable	Coefficiente	Standard Error
Percepción de	Sexo	-0.00772	0.01002
	Idioma	0.9234	0.04081
	Lee y escribe castellano	0.02361	0.01621
Enfermedad	Ocupación	0.02373	0.01035
	Nivel de instrucción	-0.02603	0.021
	X ²		5418.7
	Significación		0
	Tamaño de muestra		1637
Realización de	Estado de salud	0.00164	0.03033
	Ocupación	-0.00141	0.02316
Consulta	Educación	-0.01985	0.04087
	Percepción de enfermedad	0.03301	0.03072
	X ²		1973.53
	Significación		0
	Tamaño de muestra		1651
Consulta al	Sexo	0.04212	0.08739
	Ingreso mensual	-0.00006	0.07163
MINSA	Edad	0.00044	0.00231
	Percepción de enfermedad	-0.01537	0.08954
	Consulta	0.11518	0.08739
	X ²		522.767
	Significación		0
Tamaño de muestra		378	

RESULTADOS

Se visitaron 369 viviendas, seleccionadas de las 5 provincias en mención; 35.4% fueron de Celendín, 12.4% de Contumazá, 30.7% de San Marcos, 11.1% de San Miguel y 10.0% de San Pablo. En total, se encuestaron 1,916 personas, correspondientes a 384 familias. Los aspectos demográficos y socio-económicos se encuentran resumidos en la Tabla N° 1.

El primer dominio estudiado fue **percepción de enfermedad** (necesidad sentida). Se evaluaron dos circunstancias: percepción de enfermedad al momento de la entrevista y percepción de enfermedad en las últimas cuatro semanas. Al momento de la entrevista, 70.4% de los individuos consideró que su estado de salud era bueno, 25.7% regular, 3.7% malo y 0.2% discapacitado. A la pregunta si tuvo en las últimas 4 semanas algún malestar, dolencia, enfermedad o accidente, 23.6% respondió afirmativamente, de ellos, el 43.5% refirió el dolor como síntoma principal, molestia que estuvo asociada a la población económicamente activa (PEA). El tiempo de enfermedad señalado fue 15.3±9.5 días y los obligó a estar en cama

en promedio 4.3 ± 4.0 días.

Se encontró asociación de la variable percepción de la enfermedad con sexo, leer y escribir castellano, ocupación, nivel de instrucción, idioma y pertenecer a la PEA. No se encontró asociación con la edad (Tabla N°2).

El segundo dominio fue realización de consulta (demanda). De las personas que refirieron enfermedad en las últimas cuatro semanas, 41.4% de ellas manifestó haber realizado por lo menos una consulta para *atención recuperativa*.

Sin embargo, debido a que la demanda no es exclusivamente de atención recuperativa también se evaluó la demanda de atención preventiva. En *consulta de atención preventiva*, 22.9% de los entrevistados solicitaron algún servicio o programa de salud en los seis meses anteriores: 2.4% acudió a control de niño sano, 1.7% control prenatal, 3.7% vacunación, 2.4% planificación y 2.1% a otro programa. Sólo 1.5% mencionaron haber pagado por estos servicios, siendo el promedio de pago por consulta de 2.76 ± 0.64 nuevos soles.

La realización de la consulta estuvo asociada a la edad, nivel de instrucción y la presencia de empleo, mas no se encontró asociación con el sexo, idioma, leer y escribir, ingresos y gastos (Tabla N° 3).

El tercer dominio evaluado fue la consulta en un establecimiento del MINSA. De aquellos que acudieron para *atención recuperativa*, 53.8% acudió a un centro o posta del MINSA. Sin embargo, de éstos, 86.1% refirió haber acudido previamente a otros proveedores de servicios de salud. 47.5% refirieron haber sido atendidos por el médico, 19.9% por la enfermera, 8.8% por el técnico sanitario, 8.3% por el farmacéutico y 2.2% por la obstetriz.

Al evaluar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida, sólo 47.6% refirieron satisfacción con el proceso de atención del malestar o dolencia, 12.4% que no fue satisfactorio y no volverá a consultar, y 13.0% refirió no estar satisfecho y que volverá a consultar. El 69.0% de los pacientes refirió haber seguido el tratamiento en forma completa, 10.3% de forma incompleta, 1.6% no lo siguió y 1.7% se encontraba aún en tratamiento.

Dentro de las razones manifestadas, 61.3% consultó principalmente por la cercanía al establecimiento de salud, 5.0% porque encontraba una mejor atención,

4.2% debido a que tenía más confianza, 8.4% por la atención gratuita y 13.9% por otra condición. El lugar de consulta más frecuente para la *atención preventiva* fue el centro o posta del MINSA en 79.3% de los casos.

La atención en un establecimiento de salud del MINSA estuvo asociada al sexo, a la edad, y débilmente al ingreso mensual y no asociado al idioma, a leer y escribir, al nivel de instrucción, al empleo y al gasto en salud (Tabla N°4).

El modelo de análisis de regresión logística mostró como variables responsables de la percepción de la enfermedad, mayor edad y saber leer y escribir, la realización de consulta con saber leer y escribir, y para la consulta a un establecimiento del MINSA las variables fueron: ser mujer, percibir un mal estado de salud y tener un ingreso bajo (Tabla N°5).

Para el caso probit se estimaron los coeficientes, las funciones de probabilidad de los dominios mencionados desde el modelo " $p = \text{intercepto} + \text{coeficiente} * \text{media}$ " (Tabla N°6).

DISCUSION

La demanda constituye la cantidad de atención médica de un cierto tipo que una determinada persona está dispuesta a obtener, durante un cierto período de tiempo, con el fin de satisfacer su necesidad de salud. Se encuentra influenciada por diferentes factores en función de la necesidad sentida, el comportamiento de la enfermedad y la oferta de servicios en donde una necesidad no expresada puede convertirse en demanda. Para documentar un modelo de comportamiento, se realizó análisis de regresión múltiple sobre la base de los tres dominios como variables independientes y las variables asociadas como variables dependientes. Como los dominios que se intenta explicar son variables dicotómicas (probabilidad de percibir enfermedad, probabilidad de consultar y probabilidad de consultar a un establecimiento del MINSA) se usaron modelos logísticos y probit.

Se han determinado diversos modelos para explicar el proceso de demanda: el modelo epidemiológico establece que son las necesidades de salud las que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas, el modelo psicosocial establece la demanda como la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad, el modelo sociológico establece que debe haber en el sujeto: sensopercepción del problema, un registro racional de la existencia del

problema, el planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema, selección de los medios de solución y la ejecución de las actividades para la solución (demanda efectiva), aspectos que serían determinados socialmente, finalmente el modelo económico que tiene dos grandes campos: el primero en que la demanda de servicios depende de su precio, de otros precios, del ingreso y de los gustos de las personas, mientras que el segundo introduce el concepto del tiempo y del costo de este dentro de la demanda.

En nuestro estudio el porcentaje de la población que percibió enfermedad, fue similar al descrito en otros estudios realizados en el país, entre 23% (11) y 32.7% (13) de la población. La Encuesta Nacional de Demanda de Salud (ENDESA) realizada en 1995 a nivel nacional, señala 28% de percepción de enfermedad, 26% regular estado de salud, 2.26% en mal estado y 0.28% discapacitado, cifras que coinciden con las encontradas en nuestro estudio.

La existencia de algún malestar o enfermedad en las dos semanas anteriores al momento de la encuesta en nuestro estudio fue de 23.6%, la similitud de esta cifra con la mencionada anteriormente (percepción de enfermedad), indica consistencia entre la percepción del estado de salud y la realidad de cada entrevistado.

El varón parecería más propenso a percibir enfermedad que la mujer, tendencia diferente a la encontrada en otros estudios. Sin embargo, este hallazgo constituiría un dato asociado, pues no se ha demostrado que sea un modelo epidemiológico para percibir enfermedad. Esto puede ser explicado por el hecho que en la zona rural quienes tienen mayor acceso a educación son los varones, representando la educación el verdadero factor de asociación.

Los resultados encontrados reflejarían que la posibilidad de ingreso económico mas no la cantidad, la mayor educación e información disponible y el uso de medidas de precaución ayudan a reducir los eventos de enfermedad. Esta relación entre la percepción de la enfermedad y factores de diversa índole relacionada a educación y ocupación, ha sido encontrado también por otros autores (14).

La relación entre percepción de enfermedad y el hecho de estar empleado, ha sido encontrada en estudios similares, pudiendo indicar que en las familias con menor posibilidad de ingreso económico la salud es vista como una necesidad, que se manifestará en casos más extremos que en aquellas familias cuyos miembros cuentan con un empleo (15). Nuestro estudio encuentra

que entre los diferentes grupos de ingreso existen muy pocas diferencias en la percepción de enfermedad, sin embargo es manifiesto que los grupos de menores ingresos se enferman con mayor frecuencia, debido a factores como un inadecuado sistema de recolección de basura, deficiente provisión de agua potable y desagüe, entre otros (16).

En el modelo multivariado se observa que la variable "saber leer y escribir", es una condición casi necesaria para percibir enfermedad, expresando la importancia de la educación en la percepción de enfermedad. La alfabetización mejoraría la percepción de la enfermedad de tal manera que la implementación de un programa de salud debería asociarse a programas de alfabetización y educación de la población. Esto podría controlar algunas circunstancias presentes en población rural, como creencias y costumbres que, asociadas a otros aspectos, limitan la percepción de la enfermedad (3,10,17,18). Estos aspectos, han sido asociados también a procesos de modernidad, con mayor acceso a educación, señalándose que una de las características de la modernización es que las interpretaciones científicas y profesionales de la experiencia adquieren preeminencia sobre las interpretaciones populares.

En la etapa de consulta, menos de la mitad de los pacientes (41.4%) que manifestaron enfermedad en las últimas cuatro semanas acudieron para atención institucional, la cual concuerda con la señalada por Cortez en su estudio nacional, mas no con el hallazgo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) quienes encuentran un porcentaje de 84.2% a nivel nacional, con 78.0% en área rural (14,19), aunque debemos de mencionar que este último no contempla la atención institucional por sí sola, sino la atención en forma global.

La persona con mayor nivel de instrucción y con empleo tiene mayor probabilidad de consultar, hecho similar a lo observado en otros estudios (19-21). Sin embargo, la variable edad presenta resultados diferentes a los reportes de otros estudios en donde las personas que presentan más consultas son los niños (menores de 14 años) (19). El empleo, visto como posibilidad de mayores ingresos, es el que más modela la consulta y a pesar que el sistema de salud solo atiende por necesidad del usuario, este tiene gastos no tangibles que hacen imprescindible cierta capacidad económica aunque no financiera que motive la consulta. Este último aspecto es confirmado por Cordero (11) quien encontró que luego de percibir enfermedad, buscar consulta tiene criterios más complejos que hacen participar mayormente a modelos económicos que riesgos

epidemiológicos; y por Cortez (14), que ratifica con modelos de Heckman los diversos escenarios posibles modificando el costo de consulta, ingreso mensual básico, encontrando que la elección es fácil a medida que se cuenta con un bajo costo de consulta y un adecuado ingreso.

La relación entre la probabilidad calculada y la demanda por servicios de salud es directa, así el patrón de selección está condicionado por el ingreso mensual, edad y sexo; un menor ingreso define una probabilidad mayor de consulta a postas, centros de salud u hospitales del MINSA, esto es reconocido por los estudios de ENAHO, Cortez y Cordero, en donde las personas de los quintiles inferiores de ingreso per cápita, y que viven en las zonas rurales, consultan con mayor frecuencia a establecimientos del MINSA. Sin embargo, debemos tener en cuenta que las personas enfermas que no reciben ningún tipo de atención se estiman en 30% del total a nivel nacional, índice que significativamente es más alto en el caso de estratos más pobres de la población (16,22). Por lo tanto si bien es cierto que conforme disminuye el ingreso mensual, es mayor la atención por establecimientos del MINSA, asociado probablemente a una atención de menor costo o gratuita, cuando este es muy bajo genera una falta de atención. En un sistema de salud como el nuestro en que las principales fuentes de financiamiento son los hogares, y el gobierno a través del tesoro público este aspecto se torna crítico.

Es conveniente analizar las razones por las cuales los pacientes realizan la elección de un determinado tipo de proveedor. En este caso encontramos que la mayor parte de los pacientes lo hizo por la cercanía a su domicilio, resultado similar al encontrado por estudios nacionales (16), sin embargo debemos tener en cuenta que el nuestro es un escenario particular, pues en la zona la presencia de establecimientos del MINSA, es mucho mayor en comparación con otros establecimientos públicos o privados, y la comparación con los niveles de utilización realizados para los años 1994 y 1997 a nivel nacional (23) indicó un incremento de la cobertura institucional fuertemente propiciada por el MINSA, cuya participación aumentó de 16.3% (1994) a 25% (1997) y 29.5% (2000) del total de personas con síntomas de enfermedad/accidente, gracias al incremento del primer nivel de atención en centros y puestos de salud, concordante con el mayor gasto focalizado en el Programa de Salud Básica para Todos.

Otro factor a analizar es la equidad en el acceso a los servicios de salud, que ha sido poco evaluado en otros

estudios, pero que constituye uno de los pilares en la demanda. La Ley General de Salud del Perú indica: que “es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables, de seguridad, oportunidad y calidad”. Si bien es cierto, el concepto de equidad es posible referirlo como diferencias en el estado, utilización o acceso a la salud para diferentes grupos socioeconómicos, demográficos, étnicos y/o género, la mayoría de las iniciativas en la reforma del sector salud orientadas hacia el desempeño del sistema en países de ingresos medianos y bajos, como el nuestro, se concentran en definiciones de equidad relacionadas con el acceso y la utilización, orientada a los distintos grupos de ingresos, esto es, centrada en la equidad para los “pobres” o de protección de los pobres. Las inequidades en el acceso a los servicios de salud, medidas por la brecha entre las necesidades percibidas u observadas y la utilización de los servicios de salud observada, está inversamente relacionada con los niveles de ingreso, lo que ha sido confirmado por otros estudios (24); sin embargo, también debemos tener en cuenta que la literatura internacional establece cada vez con mayor contundencia que el crecimiento económico no es suficiente (25), para lo cual es necesario la elaboración de indicadores de equidad, que nos orienten al seguimiento del objetivo.

Con la finalidad de abordar el proceso mórbido desde otra arista y teniendo en consideración que la mejora en las condiciones de vida en el Perú ha generado una transición epidemiológica (26), con aumento de las enfermedades no transmisibles, los servicios de salud están reorientando su prestación con criterios de promoción de la salud, incorporando aspectos preventivo-promocionales, adecuación socio-cultural y participación de la comunidad, lo que podría repercutir en cierta mejora en la atención de salud de zonas deprimidas de nuestro país.

Los problemas principales políticos y sociales en zonas rurales de nuestro país, como la estudiada, que influyen en la situación de salud o en el desempeño de los servicios de salud son: la pobreza, asociada fuertemente a la falta de oportunidades de empleo y bajas remuneraciones, la heterogeneidad étnica y cultural y el centralismo. Un plan nacional que busque la mejora del acceso a los servicios de salud en zonas rurales debe contemplar estos factores, de manera que pueda lograr una mayor equidad, y genere servicios efectivos, eficientes y de calidad, asegurando su sostenibilidad en el tiempo.

Agradecimientos:

Los autores extienden su reconocimiento y aprecio a los profesionales de salud de la DISA Cajamarca que hicieron posible la colección de datos de las provincias mencionadas, lo mismo que al personal que labora en la Oficina de Investigación en Gestión de la Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca", en especial a los Dres. Leonid Lecca García, Julio Mayca Perez, Ernesto Huayta Zacarías, Daniel Mendoza Requena, Angel Rosas Aguirre y Roberto Reyes Lecca, quienes dispusieron de su tiempo y experiencia en la realización del trabajo.

Correspondencia :

Luis Fernando Llanos Zavalaga
Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres, Lima-Perú Apto. 4314.
Teléfono: 511- 4818283
Correo electrónico: fllanos@upch.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barillas E. Servicios públicos de salud: ¿Una respuesta a la demanda o a la necesidad? *Rev Panam Salud Pública* 1998; 3(2): 133-5.
2. Ministerio de Salud. En: El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Lima, MINSA; 1995.
3. Bradshaw JS. A Taxonomy of Social Need. En: *Problems and Progress in Medical Care*, 7th Series, NPHT/OUP.1992.
4. Fitzpatrick R. Survey of patient satisfaction. *BMJ* 1991; 302: 887-9.
5. Cerezo PL. La calidad del servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente. En: *Telework*. Spain. 1997.
6. Blanchard K, Bowles S, Raving F. A revolutionary approach to customer service. New York. William Morrow and Company Inc. 1993.
7. Arredondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Mex* 1992; 34: 36-49.
8. Berman P, Kendall C, Bhattacharyya K. The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 205-15.
9. OPS. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington: OPS; 1998.
10. INEI . Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima, INEI 2000.
11. Cordero L. Informe final de la encuesta de demanda de servicios en salud Región Chavín-UTES Caraz, Lima, Perú. 1995:15-18.
12. SPSS. Base Systems User's Guide. Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall, 1994.
13. Encuesta Nacional de los Niveles de Vida (ENNIV) Cuánto SA, Perú 1994.
14. Cortez R. Análisis de la demanda por servicios de salud. En *seminario: Modernización del sistema de financiamiento de salud*, Lima, Perú, 1997:67-70.
15. CEPAL. Estructura del gasto de consumo de los hogares según finalidad del gasto, por grupos de ingreso, En: *Cuadernos Estadísticos*, Santiago, CEPAL, 1984.
16. IPSS. Oficina Central de Desarrollo e Informática, Subgerencia de planeamiento. Necesidades y demanda de salud en el IPSS. Documento de trabajo. 1997.
17. Culyer AJ, Lavers RJ, Williams A. Social indicators: health, social trends: N°2. HMSO:London, 1971.
18. Cortez R. Equidad y calidad de los servicios de salud. En: *El caso de los CLAS*, Lima, Ed. CIUP, 1998:68-76.
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. 1998.
20. Selwyn J. An epidemiological approach to the study of users and nonusers of child health services. *Am J Public Health* 1978; 68 (3): 231-6.
21. Alun J, Phillips D. Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery. First published, London, Tavistock publications; 1984: 3-77.
22. OPS. Programa de Organización y gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. En: *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Perú*. Lima: OPS 2001.
23. Ministerio de Salud del Perú. Informe del Programa ampliado de inmunizaciones. Lima, MINSA 2000.
24. Knowles JC, Leighton C, Stinson W. Indicadores de Medición del Sistema de Salud. En: *Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe* 1997.
25. GRADE. ¿Qué sabemos acerca de la relación entre la NSE y la Salud?. En: *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Documento de trabajo 37. Lima 2002.
26. Oficina General de Epidemiología. Bases para el análisis de la Situación de Salud en el Perú 2002.

Fecha de Recepción : 03-Marzo-2003
Fecha de Aceptación: 24-October-2003