

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS EN LA POBLACIÓN PERUANA

Pedro Ypanaqué-Luyo^{1,a}, Mônica Martins^{2,b}

RESUMEN

Objetivos. Describir el perfil de necesidad y los patrones de utilización de los servicios de salud ambulatorios en la población afiliada y no afiliada a los seguros de salud en el Perú. **Materiales y métodos.** Estudio transversal descriptivo usando los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2011. Los datos se distribuyeron en cinco grupos: personas afiliadas al Seguro Social de Salud (EsSalud), Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales (FA-FP), los seguros privados de salud (SPS) y personas no aseguradas. **Resultados.** Personas aseguradas y las afiliadas al EsSalud tuvieron más probabilidades de usar la consulta ambulatoria que las personas no aseguradas y los afiliados al SIS. Los afiliados al SIS acudieron principalmente a los centros y puestos de salud (47,1%), mientras que los afiliados a otros seguros utilizaron mayoritariamente los hospitales y clínicas. Los no asegurados usaron como primera opción las farmacias y boticas (46,7%) con la finalidad de solucionar sus problemas de salud. En todos los seguros se realizó pago de bolsillo por la consulta, los medicamentos y los exámenes auxiliares. La percepción de "no gravedad" fue la principal razón de no búsqueda de atención en los asegurados (40,0%) y no asegurados (41,4%); no obstante la falta de dinero mostró una diferencia importante entre asegurados (10,6%) y no asegurados (16,3%). **Conclusiones.** El perfil de utilización de los servicios de salud ambulatoria en la población peruana expresa diferencias que se relacionan con la tenencia y el tipo de seguro.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud; Seguro de salud; Atención ambulatoria (fuente: DeCS BIREME).

UTILIZATION OF OUTPATIENT HEALTH SERVICES IN THE PERUVIAN POPULATION

ABSTRACT

Objectives. Describe the profile of need and patterns of use of outpatient health services in populations who are enrolled and non-enrolled in a health insurance program in Peru. **Materials and methods.** Descriptive cross-sectional study using data from the 2011 National Household Survey. The data were divided into five groups: persons enrolled in the Social Health Insurance (ESSALUD), Integral Health Insurance (SIS), Health Insurance of the Armed Forces and Police Force (AF-PF), Private Health Insurances (SPS) and the uninsured. **Results.** People insured and enrolled in ESSALUD were more likely to use outpatient services than uninsured people and those enrolled in SIS. SIS members mainly attended health centers and small health posts (47.1%), while other insurance members mainly used hospitals and private hospitals. The uninsured used as their first choice pharmacies and drugstores (46.7%) in order to solve their health problems. In all insurances, out-of-pocket payment was made for the consultation, medications and tests. The perception of "not serious" was the main reason for not seeking care in the insured (40.0%) and uninsured (41.4%); however the lack of money showed an important difference between insured (10.6%) and uninsured (16.3%). **Conclusions.** The outpatient health services utilization profile of the Peruvian population expresses differences that relate to enrollment in and type of insurance.

Key words: Health services accessibility; Insurance, health; Ambulatory care (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el sistema de seguros de salud está constituido por diferentes entidades públicas y privadas, tales como el Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), el Fondo de Salud del Personal de la Policía Nacional (FOSPOLI), el Fondo de Salud del

Personal Militar de las Fuerzas Armadas (FOSPEMFA) y un conjunto de seguros privados de distinta naturaleza y alcance. En la última década, el Estado ha impulsado una importante política de expansión del SIS, logrando que el porcentaje de la población asegurada se incremente entre los años 2000 (32%) y 2011 (66%)⁽¹⁻³⁾. No obstante, el 34% de la población no está asegurada, quedando en

¹ Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

² Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.

^a Magíster en Salud Pública; ^b doctor en Salud Pública

El presente artículo se desarrolló sobre la base de la tesis presentada por PYL a la Maestría de Salud Pública organizada por el Instituto Nacional de Salud y Fiocruz.

Recibido: 14-09-14 Aprobado: 13-05-15

Citar como: Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(3):464-70.

este segmento los trabajadores del sector informal, los autoempleados y los desempleados, con sus familias.

Una forma de estudiar el acceso a los servicios de salud, es a través del análisis del uso de los servicios de salud, lo cual permite medir la “demanda efectiva” que se desencadena cuando las personas buscan atención por una necesidad de salud⁽⁵⁾. Uno de los modelos conceptuales más usados para este análisis es el propuesto por Ronald M. Andersen⁽⁶⁾ que establece tres principales factores determinantes del uso de los servicios de salud a nivel por parte de los individuos: i) los factores predisponentes; ii) los factores mediadores que facilitan o impiden; y iii) las necesidades de salud. Los factores predisponentes se agrupan en tres bloques: i) los factores demográficos (ej. edad, sexo, tamaño familiar); ii) la estructura social (ej. clase social, educación, ocupación), y iii) las creencias en salud. Mientras que los factores mediadores se agrupan en dos bloques: i) los vinculados a la persona y la familia (ej. ingresos familiares, cobertura del seguro), y ii) los vinculados a la comunidad (ej. ruralidad, distancia al establecimiento de salud). El modelo reconoce las necesidades de salud (percepción de enfermedad, riesgo o gravedad) como los determinantes más proximales que desencadenan el uso de los servicios de salud).

Una revisión realizada por Moreno-Serra & Smith⁽⁷⁾ encontró que la cobertura de salud universal ha contribuido a mejorar la salud de la población al reducir las barreras financieras del acceso a los servicios (atención preventiva, consulta y hospitalización) y por favorecer mejores resultados en la población pobre. No obstante, el autor hace la precisión que estos resultados están muy influenciados por el marco institucional y la gobernanza lograda en cada país; así como, la existencia de mecanismos de riesgo compartido (fondos de salud). Al respecto, en el Perú se han realizado estudios sobre el perfil de uso de los servicios de salud que han identificado desigualdades en el acceso y uso de estos servicios entre la población asegurada y no asegurada⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Con la finalidad de aportar información sobre las diferencias en el acceso a los servicios que existe entre los diferentes seguros de salud en el Perú, el objetivo del presente artículo es describir y comparar el perfil de necesidad y los patrones de uso de los servicios de salud ambulatorios en la población afiliada y no afiliada a los seguros de salud en el Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo. Se emplearon datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2011, que fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú y que fueron obtenidos

de una base de datos de uso público. La muestra de la ENAH 2011 estuvo constituida por 26 456 viviendas, seleccionadas a través de muestreo probabilístico, de áreas, estratificado y con tres etapas, con un nivel de confianza del 95% y una tasa de no-respuesta total del 8,3%^(11,12). La metodología de estimación para procesar los datos de la ENAH involucra el uso de un peso o factor de expansión para cada registro que es multiplicado por todos los datos que conforman el registro correspondiente. El factor final para cada registro tiene dos componentes: el factor básico de expansión y los factores de ajuste por la no entrevista

El factor básico de expansión para cada hogar es determinado por el diseño de la muestra, y equivale al inverso de su probabilidad final de selección, el mismo que es el producto de las probabilidades de selección en cada etapa. El diseño de la muestra de la ENAH involucra hasta tres etapas de muestreo donde las unidades son seleccionadas con probabilidades proporcionales al tamaño (*ppt*) excepto la última etapa. En la última etapa son seleccionadas un número de viviendas para cada conglomerado, teniendo en cuenta un intervalo de selección. Los factores de expansión básicos de la ENAH son ajustados teniendo en cuenta las proyecciones de población por grupos de edad y sexo para cada mes de la encuesta y niveles de inferencia propuestos en el diseño de la muestra. Cabe mencionar que se podrán obtener estimaciones para otros niveles de desagregación, y su precisión o confiabilidad estadística dependerá, fundamentalmente, del número de casos u observaciones contenidas en la base de datos^(11,12).

La población de estudio quedó conformada con 30 218 555 personas, luego que se aplicara el factor de expansión calculado sobre el total de personas que respondieron estar afiliadas o no a un seguro de salud ($n=67\ 861$).

El 64% de la población declaró tener un seguro de salud. Al respecto, la población del estudio se distribuyó en cinco grupos: las personas afiliadas al Seguro Social de Salud (EsSalud), Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales (FA-FP), los seguros privados de salud (SPS) y las personas no aseguradas. Para fines del estudio los afiliados a las entidades prestadoras de salud (EPS) fueron incluidos en el grupo de los seguros privados, por tratarse de empresas privadas que ofrecen atención de salud a sus asegurados través de establecimientos de salud privados. El presente estudio no consideró el análisis de las personas que estaban afiliadas al mismo tiempo a diferentes seguros de salud (multiafiados). Al respecto, en la población de estudio se encontró que el 1,7% declaró estar afiliado a dos seguros y el 0,04% declaró estar afiliado a tres seguros de salud.

Los datos se analizaron por cada grupo de estudio y de manera comparativa entre los diferentes grupos. Se

Tabla 1. Perfil demográfico por tenencia y tipo de seguro. Perú, 2011

Características	Seguro Integral		Seguro Social		Seguro Militar-Policial		Seguro Privado		Sin Seguro de Salud	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexo										
Hombre	5 014 925	(45,8)	3 591 101	(49,0)	359 836	(55,7)	548 797	(52,9)	5 624 708	(52,2)
Mujer	5 935 525	(54,2)	3 740 122	(51,0)	2 86 137	(44,3)	489 034	(47,1)	5 154 958	(47,8)
Total	10 950 450	(100)	7 331 223	(100)	645 973	(100)	1 037 831	100)	10 779 666	(100)
Grupo etario										
0 a 4	1 267 150	(11,6)	521 702	(7,1)	23 658	(3,7)	56 997	(5,5)	582 645	(5,4)
5 a 14	2 992 111	(27,3)	1 182 014	(16,1)	111 218	(17,2)	122 561	(11,8)	1 451 165	(13,5)
15 a 24	2 001 598	(18,3)	768 888	(10,5)	123 052	(19,0)	273 276	(26,3)	2 572 537	(23,9)
25 a 49	2 774 624	(25,3)	2 603 612	(35,5)	190 543	(29,5)	3 82 348	36,8)	3 772 595	(35,0)
50 a 64	1 071 813	(9,8)	1 276 325	(17,4)	115 340	(17,9)	132 395	12,8)	1 552 719	(14,4)
65 y más.	8 43 155	(7,7)	978 683	(13,4)	82 162	(12,7)	70 253	6,8)	848 005	(7,8)
Total	10 950 451	(100)	7 331 224	(100)	645 973	(100)	1 037 830	100)	10 779 666	(100)

Nota: N.º valores totales= 30 266 323. N.º valores perdidos=0.

analizaron las variables que están relacionadas con el consumo de los servicios de salud, tales como: las características demográficas, geográficas y educativas; las necesidades de salud medidas a través de la autoevaluación del estado de salud y el uso de la consulta ambulatoria en las últimas 4 semanas. Las variables "lugar de residencia", "ingreso", "tipo de ocupación", "tipo de contrato" y "tipo de empleador de la ocupación principal", no fueron analizadas al no ser posible la fusión de la base de datos del módulo salud con los módulos de vivienda y empleo de la ENAHO 2011, debido a que la base de datos de los otros cuestionarios no incluye a todos los miembros del hogar.

Se empleó la estadística descriptiva y se estimaron *odds ratios* (OR) para algunas variables. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* SPSS Statistics 22.

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité Institucional de Ética del Instituto Nacional de Salud (Registro 9183-2013).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, GEOGRÁFICAS Y EDUCATIVAS

El SIS presentó una importante proporción de personas entre 0 y 14 años (38,9%), procedentes de la sierra (49,8%) y la selva (20,3%); del sexo femenino (54,2%); con educación primaria (44,4%) y sin nivel educativo (12,7%). En los otros seguros predominaron las personas adultas o adultas mayores, procedentes de la costa y con educación secundaria o superior. En el Seguro Social de Salud (51,0%) predominaron las mujeres, mientras que en el Seguro Militar-Policial (55,7%) y el seguro privado (52,9%) predominaron los varones. Al respecto, estos hallazgos se relacionan con el tipo de población objetivo al cual está dirigido cada seguro de salud. En la población no asegurada predominó el grupo de 15 a 49 años, procedentes de la costa (64,5%), con educación secundaria (42,1%) y con predominio del sexo masculino (52,2%) (Tabla 1 y 2).

Tabla 2. Aspectos geográficos y educativos, por tenencia y tipo de seguro. Perú, 2011

Características	Seguro Integral		Seguro Social		Seguro Militar-Policial		Seguro Privado		Sin Seguro de Salud	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Región natural¹										
Resto costa	2 057 363	(18,8)	1 933 598	(26,4)	115 284	(17,8)	98 330	(9,5)	2 874 669	(26,6)
Sierra	5 453 162	(49,8)	1 606 260	(21,9)	82 447	(12,8)	125 365	(12,1)	2 681 896	(24,9)
Selva	2 224 827	(20,3)	549 153	(7,5)	38 951	(6,0)	48 769	(4,7)	1 138 783	(10,6)
Lima Metropolitana	1 215 097	(11,1)	3 242 212	(44,2)	4 09 292	(63,4)	765 368	(73,7)	4 084 318	(37,9)
Total	10 950 449	(100)	7 331 223	(100)	6 45 974	(100)	1 037 832	(100)	10 779 666	(100)
Nivel educativo²										
Sin nivel	1 297 856	(12,7)	265 141	(3,8)	13 747	(2,2)	12 369	(1,2)	652 417	(6,3)
Inicial	570 479	(5,6)	309 318	(4,4)	16 074	(2,5)	32 604	(3,2)	301 478	(2,9)
Primaria	4 531 258	(44,4)	1 528 628	(21,7)	1 10 911	(17,5)	98 963	(9,9)	2 865 046	(27,5)
Secundaria	3 213 812	(31,5)	2 278 331	(32,4)	2 49 636	(39,4)	222 610	(22,2)	4 384 717	(42,1)
Superior no universitaria	394 590	(3,9)	1 222 604	(17,4)	1 06 958	(16,9)	154 664	(15,4)	1 122 151	(10,8)
Superior universitaria	194 803	(1,9)	1 424 584	(20,3)	1 36 494	(21,5)	482 466	(48,1)	1 096 693	(10,5)
Total	10 202 798	(100)	7 028 606	(100)	6 33 820	(100)	1 003 676	(100)	10 422 502	(100)

(1) N.º valores totales = 30 266 323. N.º valores perdidos=0.

(2) N.º valores totales= 30 266 323. N.º valores válidos= 28 799 215. N.º valores perdidos=1 467 108.

Tabla 3. Necesidades de salud y uso de la consulta. Perú, 2011

Tenencia y tipo de seguro	Problemas de salud agudos < 4 semanas ¹		Problemas de salud crónicos ¹		Utilización de la consulta < 4 semanas ²	
	N	(%)	N	%	N	(%)
Con seguro de salud	11 943 976	(61,4)	7 115 140	(36,6)	4 534 541	(34,8)
Seguro Integral de Salud	6 830 841	(62,4)	3 143 141	(28,7)	2 354 700	(31,0)
Seguro Social de Salud	4 498 420	(61,4)	3 481 434	(47,5)	1 968 905	(41,3)
Seguro Militar y Policial	349 907	(54,2)	301 902	(46,7)	140 353	(36,9)
Seguro Privado de Salud	568 366	(54,8)	464 672	(44,8)	233 345	(39,0)
Sin seguro de salud	6 327 248	(58,7)	3 816 217	(35,4)	1 292 030	(19,1)
Total	18 271 224	(60,5)	1 0931 357	(36,2)	5 826 571	(29,5)

1: N.º valores válidos= 30 218 555. N.º valores perdidos=47 768

2: N.º valores válidos= 19 782 411. N.º valores perdidos=10 483 911.

NECESIDADES DE SALUD

Reportaron más problemas de salud agudos los afiliados al SIS (62,4%) frente a los afiliados al seguro social (61,4%), el seguro privado (54,8%) y el seguro militar y policial (54,2%). Asimismo, reportaron más problemas de salud crónicos los afiliados al Seguro Social de Salud (47,5%) frente al seguro militar y policial (46,7%), el seguro privado (44,8%) y el SIS (28,7%). De otro lado, reportaron más problemas de salud agudos la población asegurada (61,4%) que la población no asegurada (58,7%); asimismo, los asegurados reportaron más problemas de salud crónicos (36,6%) que los no asegurados (35,4%) (Tabla 3).

USO DE LA CONSULTA AMBULATORIA

Al analizar el uso de la consulta ambulatoria en las últimas 4 semanas, se encontró mayor uso en los afiliados al Seguro Social de Salud (41,3%), el seguro privado (39,0%) y el Seguro Militar y Policial (36,9%), y un menor uso en los afiliados al SIS (31,0%) y no asegurados (19,1%) (Tabla 3). Al respecto, tuvieron mayor probabilidad de usar la consulta ambulatoria las personas con un seguro de salud (OR=2,26, IC 95%: 2,26-2,27) comparativamente con los no asegurados. También se aprecia que tuvieron más probabilidad de utilizar la consulta ambulatoria los afiliados al Seguro Social de Salud (OR=1,56; IC 95%: 1,55-1,56), las mujeres (OR=1,21; IC 95%: 1,20-1,21), los menores de 4 años (OR=2,99; IC 95%: 2,97-3,00), los mayores de 65 años (OR=2,24; IC 95%: 2,22-2,24), los residentes de Lima Metropolitana (OR=1,37; IC 95%: 1,36-1,37) y las personas con problemas de salud crónicos (OR=1,68; IC 95%: 1,68-1,68) (Tabla 4).

LUGAR DE LA CONSULTA

Los afiliados al SIS (42,6%) usaron principalmente los centros y puestos de salud de la red pública de atención primaria; mientras que los afiliados al Seguro

Tabla 4. Estimación de Odds Ratio en la consulta ambulatoria Perú, 2011

Variables	Uso de la consulta ambulatoria %	OR (IC 95 %)
Tenencia de seguro		
Sí tiene seguro	77,8	2,26 (2,26-2,27)
No tiene seguro	22,2	1,00
Tipo de seguro		
Seguro social	45,5	1,56 (1,55 - 1,56)
Seguro integral	54,5	1,00
Seguro social	89,4	1,10 (1,09-1,10)
Seguro privado	10,6	1,00
Sexo		
Mujer	60,7	1,21 (1,20-1,21)
Hombre	39,3	1,00
Educación		
Superior universitaria	51,5	1,04 (1,03-1,04)
Sin educación	48,5	1,00
Región		
Lima Metropolitana	43,5	1,36 (1,36-1,37)
Sierra y Selva	56,5	1,00
Grupo etario		
0 a 4	53,8	2,99 (2,97-3,00)
15 a 24	46,2	1,00
65 y más.	53,3	2,23 (2,22-2,24)
15 a 24	46,7	1,00
Problema de salud agudo		
Sí	100,0	--
No	0,0	--
Problema de salud crónico		
Sí	51,4	1,68 (1,68-1,68)
No	48,6	1,00

Social (34,2%), el Seguro Militar y Policial (33,5%) y el seguro privado (39,6%) usaron con más frecuencia los hospitales y clínicas de sus redes asistenciales. Las personas no aseguradas usaron mayoritariamente las farmacias y boticas (46,7%) y en segundo lugar los establecimientos de salud de atención primaria (24%) (Tabla 5).

Tabla 5. Lugar de la consulta ambulatoria. Perú, 2011

Lugar de consulta	Seguro integral		Seguro social		Seguro militar-policial		Seguro privado		Sin seguro de salud		Total	
	N	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N	(%)	N	(%)
Hospital MINSA	283 568	(6,9)	95 439	(3,3)	10 953	4,7)	12 730	(3,7)	234 146	(7,0)	629 075	(5,9)
Centro o Puesto de Salud MINSA *	2 349 424	(42,6)	15 3785	(5,3)	17 745	7,7)	5352	(1,5)	438 227	(13,1)	2 349 425	(21,9)
Hospital EsSalud	6770	(0,2)	990 087	(34,2)	4866	2,1)	26 059	(7,5)	3236	(0,1)	997 956	(9,3)
Posta o policlínico EsSalud	3789	(0,1)	286 918	(9,9)	4910	2,1)	3109	(0,9)	6338	(0,2)	297 671	(2,8)
Hospital militar-policial	1014	(0,0)	10 586	(0,4)	77 377	33,5)	6731	(1,9)	0	(0,0)	77 377	(0,7)
Clínica particular	95 838	(2,3)	23 2476	(8,0)	18 038	7,8)	137 806	(39,6)	256 404	(7,6)	667 073	(6,2)
Consultorio médico particular	179 685	(4,4)	280 609	(9,7)	16 195	7,0)	53 899	(15,5)	359 724	(10,7)	861 992	(8,0)
Farmacia o botica	943 065	(23,0)	626 125	(21,6)	56 614	24,5)	66 541	(19,1)	1 565 608	(46,7)	3 235 761	(30,2)
En el hogar	9921	(0,2)	12 034	(0,4)	1304	0,6)	9747	(2,8)	6973	(0,2)	36 702	(0,3)
Sitio de medicina tradicional	41 345	(1,0)	9178	(0,3)	605	0,3)	1482	(0,4)	38 547	(1,1)	91 157	(0,9)

N.º valores totales= 30 266 323. N.º valores válidos= 19 782 411. N.º valores perdidos=10 483 912.
 * Los centros o puestos del MINSA incluyen los administrados por Comités Locales de Administración en Salud (CLAS).

RAZONES DE NO BÚSQUEDA DE ATENCIÓN

La percepción de no gravedad, que es un aspecto de las necesidades de salud, fue la principal razón de no búsqueda en los afiliados al SIS (35,4%), el Seguro Social de Salud (46,0%), el Seguro Militar y Policial (53,0%) y el seguro privado de salud (52,9%), incluyendo la población no asegurada (41,4%). Al agruparse las respuestas, se encontró que en los asegurados y no asegurados las razones más influyentes fueron la percepción de no gravedad, los problemas asociados a la oferta (está lejos, demoran mucho en atender, no confía en médicos, maltrato del personal y falta de tiempo) y el autotratamiento (se autorecetó y prefiere curarse con remedios caseros), mientras que la falta de dinero fue una razón secundaria para la no búsqueda de atención (Figura 1).

FORMA DE PAGO POR LA CONSULTA

En todos los seguros de salud se encontró que un segmento de afiliados realizó un pago de bolsillo total o parcial por la

consulta, por los medicamentos y los exámenes auxiliares. La proporción de afiliados que realizaron estos pagos por toda la consulta fue mayor en el Seguro Privado (36,6%) y el Seguro Militar y Policial (32,9%) y algo menor en el Seguro Social (26,9%) y el SIS (19,9%), mientras que en la población no asegurada esta proporción fue bastante elevada (84,9%). También se encontró que el porcentaje de afiliados al SIS (64,0%) que realizaron pago de bolsillo por todos los exámenes de rayos X fue mucho mayor que en el Seguro Militar y Policial (44,2%), el seguro privado (26,1%), y el Seguro Social (25,4%).

DISCUSIÓN

La literatura reporta que existe un mayor uso de los servicios de salud en los niños, los ancianos, las mujeres (principalmente en la edad fértil debido a motivos obstétricos o ginecológicos) y en las personas que disponen de un seguro de salud (12,13). También se reporta que el empleo y la posición en el mercado de trabajo son factores que influyen en el uso de los servicios (14) y que las personas con empleos informales y las personas sin empleo presentan un peor estado de salud autorreferido, así como una menor búsqueda y uso de los servicios de salud (15).

Las clases sociales más bajas, al tener una mayor morbilidad y mortalidad, pueden presentar una mayor necesidad de consultar, no obstante, esta situación puede cambiar según el país, pues refleja la equidad en el uso del sistema y de los servicios de salud. Por ejemplo, Schoen *et al.* (16) encontraron en Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda que el uso de los servicios era 2 a 3 veces mayor en las personas con mayores ingresos, mientras que en Canadá e Inglaterra el uso fue similar entre los grupos de mayor y menor ingreso.

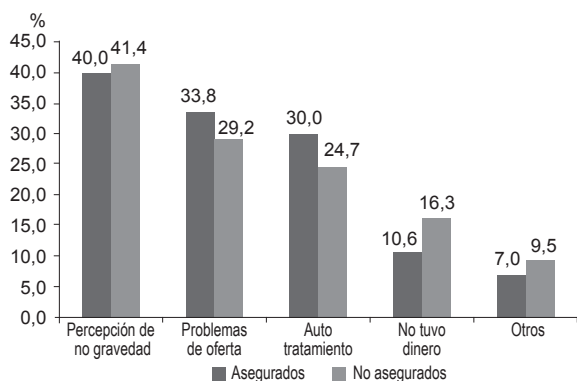


Figura 1. Razones de no búsqueda de atención. Perú, 2011

El presente estudio encontró que existe una mayor probabilidad de usar la consulta en las personas aseguradas, las mujeres, las personas con mayor nivel educativo, las personas en los extremos de la vida y los residentes de Lima Metropolitana y las personas con problemas de salud crónicos. Al respecto, estos hallazgos son muy similares a los reportados por otros estudios realizados en el Perú^(3,8-10,17). De esta manera, el estudio constató que los factores predisponentes (sexo, edad, educación), los factores mediadores (tenencia y tipo de seguro, urbanidad) y las necesidades de salud (percepción de enfermedad) tienen un importante efecto sobre el uso de los servicios de salud, conforme lo establece el modelo de Andersen.

El estudio encuentra que los afiliados al Seguro Social de Salud tuvieron más oportunidad de usar la consulta en comparación a los otros asegurados. De otro lado, los afiliados al SIS usaron principalmente los centros y puestos de salud de la red pública de atención primaria, mientras que los otros asegurados prefirieron los hospitales y las clínicas. Este resultado difiere a lo encontrados por Cabezas⁽¹⁸⁾.

En todos los seguros de salud se usó la farmacia o botica como un servicio sustitutorio de los establecimientos de salud. Mientras que en la población no asegurada se usó con más frecuencia la farmacia o botica, mientras que la búsqueda de un establecimiento quedó como una segunda opción. Esta situación también ha sido reportada por otros autores^(9,19,20).

Se encontró que la falta de dinero no fue la principal razón de no búsqueda de atención entre las personas aseguradas y no aseguradas; lográndose identificar otras razones más influyentes tales como: la percepción de no gravedad, los problemas relacionados con la inadecuada oferta de servicios y el autotratamiento. Que la falta de dinero sea reportada como una razón menor de no búsqueda de atención está relacionada con la expansión del SIS que ha permitido que la población pobre tenga la posibilidad de acudir a los establecimientos de salud⁽²¹⁾. Al respecto, la cobertura del SIS se ha incrementado del 18% (2008) al 38% (2011)^(1,2); lográndose en el 2011 que el 64,3% de "pobres", el 79,7% de "pobres extremos" y el 59,8% de "pobres no extremos" estuvieran afiliados al SIS⁽²²⁾.

Se constató que un alto porcentaje de afiliados en todos los seguros realizaron gasto de bolsillo total o parcial para cubrir los costos de la consulta, los medicamentos y los exámenes auxiliares. Este gasto de bolsillo representa el copago que las aseguradoras exigen a sus afiliados.

El estudio tuvo como limitantes su diseño descriptivo, su circunscripción a la atención ambulatoria y el uso de información secundaria de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG 2011). Asimismo, se tuvieron limitaciones para obtener algunas variables por no encontrarse en la base de datos del cuestionario de salud. De otro lado, el uso de información basada en la autopercepción de los entrevistados podría introducir sesgos inherentes a la encuesta, que no son particulares del estudio. Otra limitación del estudio ha sido el uso de *odds ratio* para explorar las diferencias que existen entre los grupos de estudio frente a ciertas variables; no obstante, debe señalarse que existen otros métodos más específicos y apropiados para medir las desigualdades en salud. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los resultados llaman la atención por la necesidad de plantear estudios que a través de metodologías apropiadas puedan monitorear las desigualdades e inequidades en el uso de los servicios de salud, en especial de las personas pobres afiliadas a un seguro público y de la población no asegurada. El monitoreo, ciertamente, ayudaría a implantar y evaluar políticas de salud dirigidas para minimizar las desigualdades en el uso de servicios de salud.

En conclusión, el estudio encontró que consumen más servicios de salud ambulatorios las personas que tienen un seguro de salud, con un mayor nivel educativo, las mujeres, las personas en los extremos de la vida, los enfermos crónicos y las personas que residen en Lima Metropolitana. El estudio también encontró que los afiliados al Seguro Social de Salud consumen más servicios ambulatorios que los afiliados a otros seguros de salud; que los afiliados al Seguro Integral de Salud consumen principalmente los servicios ambulatorios del primer nivel de atención, mientras que los afiliados a otros seguros de salud consumen principalmente los servicios ambulatorios de hospitales y clínicas, y que la población no asegurada consume principalmente los servicios de farmacias y boticas.

Contribuciones de autoría: PYL ha participado en la concepción y diseño del artículo, la recolección de datos, el análisis e interpretación de datos, la redacción y aprobación de la versión final. MM ha participado en el análisis e interpretación de datos, la redacción y aprobación de la versión final del artículo. Además brindó asesoría técnica en su condición de asesor de tesis.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. *Sistema de salud de Perú*. Salud Publica Mex. 2011;53(supl 2): S243-54.
2. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Condiciones de vida en el Perú. Julio-Agosto-Septiembre 2011*. Lima: INEI; 2011.
3. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Patrones de utilización de los servicios de salud*. Lima: INEI; 2011.
4. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Publica Mex*. 1985;27(5):438-56.
5. Andersen R. 'Behavioral model of families' use of health services. En: *Research Series N° 25*. Chicago: Center for Health Administration Studies. Chicago: University of Chicago; 1968.
6. Moreno-Serra R, Smith PC. *Does progress towards universal health coverage improve population health?*. *Lancet*. 2012;380(9845):917-23. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61039-3.
7. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. *Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000 [citado el 16 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0387/indice.htm>
8. Perú, Ministerio de Salud. *Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud: Perú 1985-2002*. Lima: Ministerio de Salud; 2003.
9. Petrera M, Valdivia M, Jimenez E, Almeida G. *Equity in health and health care in Peru, 2004 - 2008*. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):131-6.
10. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Perú - Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2011.
11. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Nacional de Hogares 2011. Calidad de la Encuesta*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2012.
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU. *Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados*. *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32.
13. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. *Estrategia Salud de la Familia en comparación con otras fuentes de atención: indicadores de uso y calidad de los servicios de salud en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. *Cad Saude Publica*. 2013;29(7):1370-80.
14. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-73.[Artículo en portugués]
15. Miquilin I de OC, Marín-León L, Monteiro MI, Filho HR. *Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil*. *Cad Saude Publica*. 2013;29(7):1392-406.
16. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. *Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey*. *Health Policy*. 2000;51(2):67-85.
17. Perú, Ministerio de Salud. *Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud: Perú 1985-2002*. Lima: MINSA; 2003.
18. Cabezas M. *Equidad en la utilización de servicios de salud en el sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia*. Tesis para obtener el grado de Maestro. Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, Brasil. 2011.
19. Cortez RA. *La equidad en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud*. En: Cortez, RA, ed. *Salud, equidad y pobreza. Teoría y nuevas evidencias*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 2002. p. 203-47.
20. Perú, Ministerio de Salud. *Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud; 2012.
21. Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. *Anuario Estadístico 2012*. Lima: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud; 2013.
22. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Informe Técnico. Evolución de la Pobreza 2007-2011*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2012.

*Correspondencia: Pedro Ypanaqué-Luyo.
Dirección: Av. Del Aire 1025, M1, 301. San Luis, Lima, Perú.
Teléfono: (+511) 990173957
Correo electrónico: pedro.ypanaque@pucp.pe*