

## Investigación Original

# Necesidades Básicas Insatisfechas y Uso de los servicios de Atención Primaria en Arequipa, Perú

## *Basic Unmet Needs and Primary Health Care Services Utilization in Arequipa, Peru*

### RESUMEN

María Sofía Cuba-Fuentes. Méd. Dr., MF.

**Objetivos:** Determinar la asociación entre el uso de los servicios de salud y pobreza.

**Diseño:** Estudio de corte transversal, basado en servicios de salud, complementado con una encuesta domiciliaria.

**Ámbito:** Distrito de Hunter, Arequipa, Perú. Área urbana.

**Participantes:** 1.061 familias del censo comunal del año 2002. Encuesta domiciliaria en submuestra de 71 familias en estado de pobreza.

**Principales mediciones:** Las familias se clasificaron según el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), en pobres (dos o más NBI) y no pobres (sin NBI). El uso de los servicios de salud en el año previo fue medido usando las historias clínicas acumuladas anualmente. Los motivos del menor uso se evaluaron en la encuesta domiciliaria.

**Resultados:** Se apreció un uso de los establecimientos de salud por las familias pobres —62%— significativamente menor que en las no pobres —71%— ( $p=0.031$ ). Los niños no tuvieron esta tendencia, con un uso mayor entre los pobres —64.7%— que en lo no pobres —53.7%— ( $p=0.001$ ). Los hallazgos fueron atribuidos mayoritariamente a factores dependientes de la demanda.

**Conclusiones:** Los adultos pobres usaban menos los servicios que sus contrapartes no pobres. Se recomiendan medidas para incrementar la equidad del sistema en este grupo etario.

**Descriptor:** Atención Primaria de Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Pobreza, Necesidades Básicas.

Investigación original sujeta a arbitraje.  
Fecha de presentación: 01 octubre 2007  
Fecha de aceptación: 29 de enero 2008  
Fecha de publicación (on line): 11 de noviembre 2008

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.  
Int. 2008, 2 (2): 85-90

Este artículo está disponible en [www.idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

### Filiación de los Autores:

Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. Residencia de Medicina Familiar. Seguridad Social en Salud (ESSALUD) Policlínico JJ Rodríguez.

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar.

Correspondencia para el autor: Dra. M. Sofía Cuba: [sofiacuba@hotmail.com](mailto:sofiacuba@hotmail.com)



## ABSTRACT

**Objectives:** To study the association between Primary Health Care Services Utilization and Poverty.

**Design:** Cross transversal, health services-based study, complemented with a domiciliary survey.

**Settings:** Hunter district, Arequipa, Peru. Urban area.

**Participants:** 1.061 families of 2002 community census. In a sub-sample of 71 families in poverty, was applied a domiciliary survey.

**Main outcome measures:** Poverty was measured using Non-satisfied Basic Needs (NBI) index. Poor families had two or more NBI and not-poor families have not NBI. Health care services utilization in the previous year was measured using health records. Causes of lesser health care services use were evaluated in the domiciliary survey.

**Results:** It was founded that poor families use lesser health care services —62%— than non-poor families —71%— ( $p=0.031$ ). This tendency was not reported in children, that had a higher use of health care services for poor families —64.7%— than in not poor people —53.7%— ( $p=0.001$ ). Findings were principally caused for demand variables.

**Conclusions:** Adult poor people used lesser health care services than not pors. It is recommended to take actions to increase system equity in this age group.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Services Accessibility, Poverty, Needs Assessment.

## INTRODUCCIÓN

Los principales métodos para medir la pobreza son: el método indirecto, o del ingreso o consumo, y el método directo, o de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) [1, 2]. Este último método define a un hogar como pobre cuando tiene menor acceso a educación, salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo, consideradas necesidades básicas [3].

Clásicamente, la pobreza se ha encontrado relacionada a un menor uso de los servicios públicos [4]. Entre los pobres, la atención en salud se obstaculiza debido a barreras en la demanda —como el menor reconocimiento de estar enfermo, conflictos interculturales o un limitado acceso geográfico— o en la oferta, —como una menor disponibilidad o una baja calidad de los servicios.

Aunque la asociación entre pobreza y uso de servicios ha sido bastante explorada en países en desarrollo [5], dicho estudio ha sido menor en realidades latinoamericanas [6-8]. Nuestro trabajo aborda esta temática para una población peruana, tomando como medida de pobreza el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño de estudio

Estudio de corte transversal con base en servicios de salud, complementado por una encuesta domiciliaria, realizada en una submuestra de familias.

La hipótesis de partida fue que las familias pobres, por su mayor exposición a problemas de salud, debían usar más los servicios de salud públicos que las familias no pobres, cuya situación de menor riesgo les conferiría menores probabilidades de enfermar.

### Área y población de estudio

El estudio se realizó en las familias adscritas al Puesto de Salud de Ampliación Pampas del Cusco, en el sector 2 de la Microrred de salud Hunter, del distrito del mismo nombre.

Este distrito, localizado al suroeste

del núcleo urbano de la provincia de Arequipa, fue fundado como un asentamiento humano hace cerca de 50 años, estando en la actualidad urbanizado en su mayor parte.

La población total del área de estudio fue de 4.822 habitantes (total de habitantes de la jurisdicción del puesto de salud de la microrred Hunter), siendo predominantemente joven con alrededor de 45% de menores de 20 años.

#### Muestra

Las 1.061 familias estudiadas constituyeron una muestra no aleatoria, pero próxima a la totalidad de la población del distrito. Sus registros provenían de un censo comunal realizado en el año 2002.

Además, se encuestó a una muestra aleatoria 71 familias pobres cuyos miembros no acudían a atenderse en el puesto de salud, buscando estudiar los motivos del no uso.

#### Variables

Las variables principales de este estudio fueron:

-La utilización de los servicios de salud entre las familias estudiadas, definida como la atención a por lo menos un miembro de la familia durante el año previo en el puesto de salud local.

y la

-Calificación de pobreza según NBI. Los indicadores empleados para medir las NBI en los hogares —Ver Anexo— fueron:

- Déficit de servicio eléctrico,
- Déficit de agua potable,
- Déficit de alcantarillado,
- Hacinamiento,
- Analfabetismo,
- Insuficiente escolaridad,

- Insuficiente matrícula escolar,
- Deficiente atención de salud y
- Baja participación laboral.

El instructivo para determinar las Necesidades Básicas Insatisfechas se muestra en el Anexo

Según los resultados obtenidos las familias fueron clasificadas en:

- Familias no pobres: Familias sin NBI.
- Familias pobres: Familias con dos o más NBI.
- Familias con clasificación incierta: Familias con una NBI.

#### Recolección de los datos

Se revisó todos los registros disponibles en el puesto de salud consistentes en: historias clínicas, partes de atención y fichas familiares para categorización por NBI. Los datos de estos registros fueron vaciados a fichas, para luego ser transcritos en una base de datos.

La obtención de datos se realizó en los domicilios de las unidades familiares seleccionadas, en diciembre del 2002.

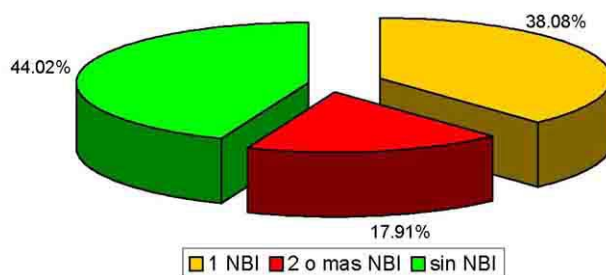
#### Análisis

El análisis se desarrolló comparando familias no pobres y familias pobres, según la clasificación NBI. Para la comparación entre grupos se aplicó una prueba de Chi cuadrado de doble cola y 95% de confianza.

#### RESULTADOS

Un total de 190 familias (Ver figura 1), esto es 17,9% de la población estudiada, eran familias no pobres (no tuvieron ninguna NBI), mientras que 467 familias, o 44,0% de la población,

Figura 1. Pobreza medida según Necesidades Básicas Insatisfechas en las unidades familiares estudiadas. Arequipa, Perú, 2002.





eran familias pobres (con dos o más NBI). Un 38,1% de la población, es decir 404 familias, tenían una clasificación incierta (tuvieron una NBI).

En el Cuadro 1 puede verse que 70,6% de las familias estudiadas (749 unidades familiares) tuvieron por lo menos un miembro de la familia atendido en el puesto de salud durante el año previo. La enfermedad como motivo de la consulta estuvo presente en 64% de las familias pobres y 52% de las no pobres.

Se encontró que 71% de las familias no pobres utilizaban el servicio de salud, mientras que sólo 62% de las familias pobres lo hacían (Cuadro 1). Esta asociación entre pobreza y uso del servicio de salud fue estadísticamente significativa con un valor  $p=0.031$ .

Al hacer el análisis según miembro de familia (Ver figura 2) se aprecia que casi una cuarta parte de las madres de las familias pobres usaban los servicios, algo que ocurría en 32,3% de las no pobres, alcanzando una diferencia marginal entre grupos, con un valor  $p$  de 0.052. Entre los padres no hubo diferencia significativa, notándose que el uso de servicios llegó a 11% en las familias pobres y casi 14% en las no pobres. Ocurre lo contrario para los hijos de las familias estudiadas, con un uso significativamente mayor ( $p=0.001$ ) entre los pobres (64,7%) que entre los no pobres (53,7%).

Las explicaciones más comunes, ofrecidas por las familias pobres para su menor uso del servicio de salud (Ver figura 3), fueron problemas de la de-

Cuadro 1. Uso de los servicios de salud, según necesidades básicas insatisfechas. Arequipa, Perú, 2002..

FAMILIAS	POBLACIÓN TOTAL		USO DE SERVICIOS			
	Nº	%	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>1061</b>	<b>(100.0)</b>	<b>749</b>	<b>(100.0)</b>	<b>312</b>	<b>(100.0)</b>
Sin NBI	190	(100.0)	118	(62.1)	72	(37.9)
1 NBI	404	(100.0)	299	(74.0)	105	(26.0)
2 o mas NBI	467	(100.0)	332	(71.1)	135	(28.9)

manda como la falta de percepción de la enfermedad, en el 51% de los casos, y el preferir acudir a otro tipo de establecimientos (como centros de salud, hospitales y/o particular), en el 19% de las respuestas. Las encuestas domiciliarias también mostraron que casi un quinto de las inasistencias reflejan problemas de la oferta como horario, demora en la atención, maltrato, etc. A pesar de ser familias pobres, sólo el 3% apuntó a la falta de recursos económicos como una barrera para llegar a los servicios (Ver figura 3).

Figura 2. Intensidad del uso de los servicios por tipo de miembro de las unidades familiares según pobreza medida por NBI. Arequipa, Perú, 2002.

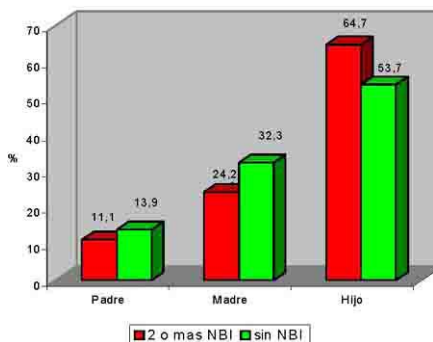


Figura 3. Motivo principal de la falta de uso de los servicios por las familias pobres que no acudieron al servicio, medidas por NBI. Arequipa, Perú, 2002.





## DISCUSION

Nuestros resultados generales encuentran que la fracción de la población pobre (con dos o más NBI) tenía un menor uso de establecimientos de salud que las familias no pobres (sin NBI). El estudio, además, identificó patrones diferenciales para niños y adultos. Así, mientras los adultos guardaban correspondencia con el resultado general, en la población infantil el resultado fue inverso, y los niños de familias pobres tuvieron mayor uso de los servicios de salud que las no pobres. Este hallazgo puede deberse a la percepción de mayor urgencia en las necesidades de salud de los niños, o en las facilidades provistas por el Seguro Integral de Salud que cubre las prestaciones de este grupo etario.

Si bien esta investigación es importante porque constituye uno de los primeros intentos de medir la problemática en el contexto estudiado, debemos considerar las restricciones en su alcance, producto de diversos factores como su limitada validez externa, debido al ámbito reducido en el que fue desarrollado; su dependencia de registros que pueden presentar problemas de confiabilidad, debido a que es un estudio basado en servicios de salud; su muestra no aleatoria (dificultad que puede haber sido reducida por la gran extensión cubierta); y por último los indicadores empleados para medir pobreza y uso de servicios, los cuales pueden ser menos sensibles y específicos que otros medios[1]. Por todo ello, aunque los hallazgos reportados parecen consistentes con el conocimiento acumulado para realidades semejantes, es importante considerarlos con dicha perspectiva.

Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en otros países en desa-

rollo con sistemas de salud inequitativos, donde la pobreza se relaciona a un menor uso de los establecimientos de salud [9-11]. Así, a pesar de ser una población más vulnerable y probablemente con mayor morbilidad, los más pobres suelen tener menor acceso a la salud por diferentes barreras relacionadas a la oferta y demanda. Esto difiere de países desarrollados con sistemas más equitativos en los cuales esta brecha en la accesibilidad se ha reducido o eliminado [12, 13].

En nuestra investigación se constató el menor uso de los servicios por las familias pobres. Esto puede ser explicado por la falta de percepción de enfermedad, el preferir un establecimiento de mayor nivel, la falta de confianza en el servicio, el horario inadecuado, el maltrato del personal, la demora en la consulta y la falta de recursos económicos. Ello concuerda con lo reportado en la literatura del área, tanto en países desarrollados como en desarrollo [9-11, 14].

Se concluye que, para la población estudiada, la utilización de servicios de salud estuvo asociada a la pobreza medida por NBI. Este comportamiento se aplica básicamente a los adultos, dado que en los niños el sistema parece más equitativo.

Para compensar esta situación, los servicios de salud que atienden a poblaciones pobres deben orientar esfuerzos y destinar recursos a la población con mayor cantidad de necesidades básicas insatisfechas. Debe mantenerse el trabajo presente en los niños, que parece estar bastante adelantado en su nivel de equidad, e incrementando las actividades preventivo-promocionales y las orientadas a reducir las barreras económicas que afectan la atención de salud de los adultos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). "Metodologías para la medición de la pobreza" [monografía en Internet]. Lima: INEI; 1998. (Consultado en: 24 de febrero de 2008). Disponible en: [En http://www.inei.gob.pe/web/Metodologías](http://www.inei.gob.pe/web/Metodologías).
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). "Pobreza y distribución del ingreso en el Perú" [monografía en Internet]. Lima: INEI; 1998. (Consultado en: 24 de febrero de 2008). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0069/CONCLU.htm>
3. Feres C, Mancero X. Notas sobre la medición de la pobreza según el método del ingreso [monografía en Internet]. ; Montevideo: CEPAL; 1997. (Consultado en: 18 de



enero de 2008). Disponible en:

[http://www.flacso.or.cr/fileadmin/user\\_upload/biblioteca\\_digital/](http://www.flacso.or.cr/fileadmin/user_upload/biblioteca_digital/)

CURSO\_POBREZA/notas\_medicion\_pobreza\_por\_lp.pdf. 4. Bé-

jar H, edit. "Teoría de la Política Social". Lima: Diafonía; 2001.

5. Starfield B. State of the Art in Research on Equity in Health. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2006; 31 (1): 11-32.

6. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, de Souza WV. Desigualdades socioeconómicas no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde. Rev.Bras.Saúde Mat.Infant. 2005; 5 (Supl 1): S11-S22.

7. Kinman EL. Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chilimarca.Bolivia. Soc Sci Med. 1999; 49 (5): 663-78.

8. Barcala A, Stolkiner A. Accesibilidad a servicios de salud de familias con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. Memorias en: VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA; Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2001.

9. Pillai RK, Williams SV, Glick HA, Polsky D, Berlin JA, Lowe RA.

Factors affecting decisions to seek treatment for sick children in Kerala, India. Soc.Sci Med. 2003; 57 (5): 783-90.

10. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de uma análise estratificada. Rev. Saúde Pública. 2000; 34: 44-9.

11. Pinheiro R, Travassos C,. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 1999; 15 (3): 487-96.

12. Doorslaer EV, Wagstaaf A, Der Burg HV, Christiansen T, et. al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. J. Health Economics. 2000; 19 (5): 553-83.

13. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socioeconomic status and the utilization of physician services: results from the Canadian National Population Health Survey. Soc Sci Med. 2000; 51: 123-33.

14. Fernandez-Olano C, López-Torres JDH, Cerdá-Díaz R, Requena-Gallego M, et.al. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. Health Policy. 2006; 75 (2): 131-39.

## ANEXO

### Instructivo para Determinar las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

INDICADORES	CONCEPTOS	MEDIDORES
1. Hogares en viviendas con características físicas inadecuadas.	Hogares en viviendas con características inadecuadas respecto al material predominante de las paredes y pisos, así como al tipo de viviendas	-Paredes exteriores de esteras. -Viviendas con piso de tierra y paredes exteriores de piedra con barro, madera u otros materiales. -Vivienda improvisada de cartón, lata, ladrillos y adobes.
2. Hogares en viviendas con hacinamiento.	Densidad de ocupación de los espacios de la vivienda. Resultado de relacionar el número de personas con el número de habitantes, sin contar con el baño, cocina ni pasadizo	-Hay hacinamiento si residen más de tres personas por cuarto.
3. Hogares en viviendas sin desagüe	Hogares que no disponen de servicio higiénico por red de tubería o pozo ciego	-Ausencia de servicio higiénico por red de tubería o pozo ciego.
4. Hogares con niños que no asisten a la escuela.		-Hogares con presencia de al menos un niño de 6 a 12 años que no asiste a un centro educativo.
5. Hogares con alta dependencia económica	Indicador indirecto de la capacidad económica de los hogares, valiéndose de los determinantes: nivel educativo del Jefe del hogar y nivel de dependencia.	-Jefe del hogar con primaria incompleta. -Presencia de más de tres personas por adulto que tiene un empleo