

Coberturas institucionales y opinión sobre los servicios de salud utilizados por adultos en un área local en Lima-Perú

Institutionality coberties and opinion about the services of health used for adult in local area of Lima-Perú

Pedro Mendoza Arana *, William Garay López, Emilio Almoger y Emma Vargas Saavedra.



Objetivos:

Caracterizar la utilización de servicios de salud por adultos a nivel local en un área pequeña urbana.

Tipo de Estudio: Transversal.

Material y Métodos:

100 encuestas domiciliarias por muestreo aleatorio simple; 34 encuestas a establecimientos; análisis estadístico con las pruebas de Chi Cuadrado, Test Exacto de Fisher, y ANOVA.

Principales Resultados:

1. 50% de los entrevistados acudieron a un establecimiento del MINSA en su último episodio de enfermedad, 18% a un médico privado, y 4% a un Hospital o Policlínico IPSS.
2. 31% de los entrevistados estaba cubierto por algún seguro

de salud. De aquellos asegurados, el IPSS cubría a 26 (84%), seguros privados a 3 (10%), y sistemas de pre-pago a 2 (7%).

3. La opinión acerca del servicio recibido fue buena en un 61% y mala en un 39%. Las principales razones de mala opinión fueron el mal trato del personal en un 43% y las colas en un 29%. Las principales razones para una buena opinión fueron la efectividad del tratamiento (57%), la rapidez de la atención (20%), y el buen trato del personal (23%).
4. El tiempo de llegada fue significativamente menor ($p = 0.04$) para el MINSA (25.6 minutos) frente al IPSS (51.25 minutos) pero no al privado (23.9 min).
5. El tiempo de espera fue mayor para el IPSS (202 min), de 154 minutos para el MINSA, y 45 minutos para el servicio privado ($p = 0.000014$).
6. El Gasto Total por la atención en el MINSA fue de 40 dólares, 25 dólares en servicio privado, y 8 dólares en el IPSS ($P = 0.10$).

INTRODUCCION

La función de los Establecimientos y Servicios de Salud es contribuir a mejorar el nivel de salud de la población de su jurisdicción a través de la prestación de servicios de atención integral de salud.

El Sistema de Salud peruano se caracteriza por una alta heterogeneidad y fragmentación de las respuestas de diversos segmentos poblacionales a sus problemas de salud, y en las estructuraciones institucionales que se han generado en forma consistente con las primeras. Las organizaciones de prestación son bastante diversificadas, generando una gran desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios de salud, donde el determinante esencial es la capacidad de pago del usuario, en una gradiente cuyos principales efectores son el Sector Privado, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y el Ministerio de Salud (MINSA).

Uno de los elementos que va cobrando mayor preponderancia con las actuales cambios en los modelos gerenciales aplicados a los servicios sociales es la aptitud para adaptarse y enfrentar los retos de ambientes competitivos (Porter, 1980) y dentro del entorno, para identificar y satisfacer las expectativas y necesidades del usuario. Esto se hace patente cada vez más no sólo para las empresas privadas, para

las cuales esto era la norma ya desde hace dos décadas, sino también a los servicios públicos, dando origen a conceptos como el de «Estado Emprendedor» (Osborne, 1993).

La capacidad de elección del usuario se va tornando de creciente importancia, y se hace necesario por lo tanto una mejor caracterización del comportamiento buscador de servicios de salud, y de los factores que lo determinan; entre ellos, la percepción y satisfacción del usuario con el servicio que recibe.

En ese sentido, el presente estudio tuvo como objetivo caracterizar la utilización de servicios de salud por adultos a nivel local en un área pequeña urbana en Lima, Perú.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio transversal, en el cual se aplicaron 100 encuestas domiciliarias por muestreo aleatorio simple, en las que se caracteriza la utilización de servicios de salud por adultos en su último episodio de enfermedad. Además, se procedió a identificar la totalidad de oferta formal de servicios de salud en la zona, aplicándose un formato de encuesta estándar a los responsables de los 34 establecimientos identificados.

El Area Pequeña seleccionada fue el ámbito del Cen-

* Profesor de Administración y Planificación de Salud
Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú

tro de Salud Carlos Cueto Fernandini, en el distrito de Los Olivos, Lima. Las encuestas presentadas fueron aplicadas en noviembre de 1995.

Las Hojas de Ingreso de Datos, las Bases de Datos y el análisis estadístico se efectuaron con el Programa Epi Info versión 6.0 (CDC, 1994); se emplearon las pruebas de Ji Cuadrado y el Test Exacto de Fisher para la comparación de variables categóricas, el Análisis de Varianza de Una Vía (ANOVA) para la comparación de variables cuantitativas con varianzas homogéneas, y la prueba de Kruskal-Wallis para la comparación de variables cuantitativas con varianzas significativamente heterogéneas (Clayton y Hills, 1993).

RESULTADOS

La ocupación del Jefe de Familia fue en un 57% como trabajador independiente, 21% de ellos eran empleados, y el 18% obreros.

TABLA 1
ASPECTOS SOCIOECONOMICOS DE LOS ENTREVISTADOS EN EL AREA LOCAL CARLOS CUETO FERNANDINI, LIMA 1994.

| Indicadores | Media | DE |
|-------------------------------|--------------|-------|
| Edad del entrevistado | 33.4 años | 10.38 |
| Tiempo de Residencia | 6.3 años | 5.42 |
| Años de Escolaridad-Jefe Fam. | 9.3 años | 3.49 |
| Años de Escolaridad-Cónyuge | 8.4 años | 3.33 |
| Miembros de la Familia | 5.4 personas | 2.33 |
| Miembros que trabajan | 2.0 personas | 1.04 |

En cuanto a la oferta local, se identificó un Establecimiento del Ministerio de Salud, el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, y un total de 34 establecimientos no públicos (excluyendo farmacias). En la Tabla 2 se muestra la propiedad de los mismos.

TABLA 2
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NO PUBLICOS SEGUN PROPIEDAD. AREA LOCAL CARLOS CUETO FERNANDINI. LIMA, 1994.

| Propietario | Freq | Percent | Cum. |
|--------------|-----------|---------------|--------|
| Privado | 28 | 82.4% | 82.4% |
| Parroquia | 1 | 2.9% | 85.3% |
| ONG | 2 | 5.9% | 91.2% |
| Comunal | 3 | 8.8% | 100.0% |
| Total | 34 | 100.0% | |

Los establecimientos no públicos atendían en prome-

dio 8 horas diarias, un 25% atendía 4 horas diarias o menos, y sólo un establecimiento atendía las 24 horas.

Entre los entrevistados, el 31% manifestó poseer cobertura de algún seguro de salud, y 69% no tener ninguna. De aquellos asegurados, el IPSS cubría a 26 (84%), seguros privados a 3 (10%), y sistemas de pre-pago a 2 (7%).

De los entrevistados, en su último episodio de enfermedad el 11 (11%) recurrió al autocuidado, 36 (36%) a un Centro de Salud MINSA, 14 a un hospital del MINSA (Total MINSA 50%), 4% a un Hospital Policlínico IPSS, ninguno acudió a un médico PAAD, 18% buscaron un médico privado, y 8% fueron directamente a una farmacia.

El uso de los servicios no era exclusivo en relación a la tenencia de seguros. Entre aquellos que contaban con la cobertura de un seguro, el 57% hizo uso de servicios del MINSA en su último episodio de enfermedad, al igual que el 72.5% de los no asegurados. Visto de otra manera, 25% de las personas que en su último episodio de enfermedad acudieron al MINSA, tenían un seguro que los cubría.

TABLA 3
UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD SEGUN TENENCIA DE SEGUROS. AREA LOCAL CARLOS CUETO FERNANDINI. LIMA, 1994

| Servicio Utilizado | Asegurados | No Asegurados |
|--------------------|------------------|------------------|
| MINSA | 12 (57.1) | 37 (72.5%) |
| IPSS | 3 (14.3%) | 0 (0.0%) |
| Serv. Privados | 6 (28.6%) | 13 (27.5%) |
| Total | 21 (100%) | 50 (100%) |

El tiempo de llegada fue significativamente menor ($p = 0.04$) para el MINSA (25.6 minutos) frente al IPSS (51.25 minutos) pero no al privado (23.9 min). Esto se correlaciona con el hecho que, como se desprende de la Tabla 1, el IPSS no tenía infraestructura instalada (ni consultorios PAAD) en la zona.

En el caso del tiempo de espera la situación fue más marcada, con una media de 154 minutos para el MINSA, 202 minutos para el IPSS, y 45 minutos para el servicio privado ($p = 0.000014$). Ello generó tiempos totales de 230 minutos para el MINSA, 295 minutos para el IPSS y 97 minutos para el servicio privado ($p = 0.000087$).

El Gasto Total demandado por la atención en el MINSA fue de 40 dólares, 8 dólares en el IPSS, y 25 dólares en el servicio privado ($p = 0.10$).

En general, la opinión acerca del servicio recibido fue buena en un 61% y mala en un 39%. Esta no varió significativamente de acuerdo con el servicio que se empleó ($p = 0.87$), ni con el tiempo de llegada ($p = 0.83$), pero sí con el tiempo de espera (92 minutos para los de buena opinión, y 134 minutos para los de mala opinión) ($p = 0.048$).

Esto se corroboró pues el tiempo demorado desde la llegada al establecimiento hasta la atención (tiempo de espera) fue tanto una razón importante para la buena opinión sobre la atención recibida (20%) como para la mala opinión (29%).

Sin embargo, en ninguno de los casos fue la principal razón, siendo más importantes las referidas al trato o amabilidad del personal, como a la efectividad del tratamiento (Tablas 4 y 5).

TABLA 4
RAZONES DE BUENA OPINION ACERCA DE LA ATENCION RECIBIDA. AREA LOCAL CARLOS CUETO FERNANDINI, LIMA, 1994.

| Razones | Frecuencia | |
|-----------------------|------------|---------------|
| Mejóro de su mal | 25 | (56.8%) |
| El personal es amable | 10 | (22.7%) |
| La atención es rápida | 9 | (20.4%) |
| Total | 44 | (100%) |

TABLA 5
RAZONES DE MALA OPINION ACERCA DE LA ATENCION RECIBIDA. AREA LOCAL CARLOS CUETO FERNANDINI, LIMA, 1994.

| Razones | Frecuencia | |
|------------------------|------------|---------------|
| Mal trato del personal | 12 | (42.8%) |
| Las colas | 8 | (28.6%) |
| No había medicamentos | 5 | (17.9%) |
| Otros | 3 | (10.7%) |
| Total | 28 | (100%) |

IV. DISCUSION

El modelado del comportamiento buscador de la atención de servicios de salud está, en general, poco desarrollado (Llewellyn-Thomas, 1995), a diferencia del modelado del comportamiento comprador de bienes y servicios de tipo general, bastante mejor definidos por los estudiosos de la mercadotecnia.

Las aproximaciones más difundidas al respecto, más que de la mercadotecnia, provienen de la economía, a través de estudios de demanda, ya sea exploratorios o de modelado de la función de demanda (Heller, 1975).

Sin embargo, y en la medida en que las tendencias actuales a que la elección del usuario se torne cada vez más importante como elemento rector de la gerencia moderna de los servicios de salud (Drucker, 1994) y en particular como un elemento clave en la reforma de los sistemas de salud (Ministerio de Salud, 1995), dicho modelado y análisis se tornará de mayor importancia tanto para la

toma de decisiones de planificación de servicios, como de gerencia local de los mismos.

Un estadio muy inicial en este rumbo implica estudios de opinión, la percepción de los usuarios sobre los servicios que recibe es uno de los aspectos de la calidad (Taylor, 1991), y se ha relacionado habitualmente con atributos dependientes de los llamados factores interpersonales y de las comodidades de la atención, más del proceso técnico de la misma, tales como la oportunidad del servicio, su trato humano, su comprensibilidad (lenguaje) y su costo, entre otros (Cleary & McNeil, 1988).

Sin embargo, un aspecto de sumo interés en nuestros hallazgos es la importancia de la efectividad del tratamiento recibido como un elemento valorado por el usuario. Muchas veces se asume que la calidad definida por el usuario se basa exclusivamente en los aspectos de comodidad del servicio, y no en la calidad técnica del mismo pues la valoración de proceso de esta última escapa al conocimiento del usuario por el fenómeno denominado de «densidad de la información», característica del mercado imperfecto predominante en los servicios de salud (Donaldson, 1993). Sin embargo, la calidad técnica de resultado, es decir, la efectividad del tratamiento, resulta ser un factor importante, según el presente estudio, para satisfacer al usuario.

Un aspecto llamativo es la diferencia de costos a favor del MINSA, es decir, que los pacientes habrían gastado 60% más tras atenderse en el MINSA que en los servicios privados. Esto puede tener algunos intentos explicativos, pero sobre todo varias connotaciones de la mayor importancia. Lamentablemente no se tenía prevista una indagación en profundidad sobre el ítem, pero podría explicarse por un bajo precio en las consultas privadas (un quinto de los establecimientos privados de la zona eran sin fines de lucro) o por un alto gasto en bienes complementarios a la consulta médica en un establecimiento público, tales como medicamentos o análisis de laboratorio, que en varios estudios se han revelado como los principales responsables del costo total de las atenciones médicas (Kadir, 1995).

Pero el elemento de mayor trascendencia es que, si los precios relativos funcionan efectivamente como una señal de mercado entre los servicios de la zona, entonces: (1) los usuarios están haciendo uso del servicio de mayor costo relativo, por lo cual es de suponer que brinda una atención cuya calidad es valorada de manera correspondiente; y (2) la supuesta segmentación «MINSA para pobres y servicios privados para los de mayores recursos» no sería tal, sino hasta opuesta; vale decir, en zonas como la descrita los pobres en realidad podrían estar recurriendo más a los servicios privados no lucrativos que a los servicios públicos.

El alcance de los seguros en el mercado actual en general es bajo. Vemos que la cobertura de asegurados del IPSS entre los entrevistados es cercana a la esperada para

zonas urbanas a nivel nacional (aproximadamente 30%), con una presencia importante de seguros privados (10% del total de asegurados, aproximadamente 3% de la población). Sin embargo, dado el nivel socioeconómico de la zona estudiada, la presencia de seguros privados resulta más importante de lo esperado.

El caso de los pacientes del IPSS acudiendo a establecimientos del Ministerio de Salud da un índice importante de subsidio cruzado, pues se trata de pacientes con derecho a atención en el IPSS, y que reciben atención subsidiada en el MINSA, liberando fondos dentro de su propia institución. Este es similarmente el caso de los pacientes con seguros privados y cuya atención no es reembolsada por no contar los establecimientos del MINSA con mecanismos de reclamo apropiados.

Si asumimos un total de aproximadamente 9 millones de consultas médicas anuales brindadas por el MINSA, que es el promedio histórico de los últimos 10 años, la posibilidad de recuperación de costos a partir de un 25% de éstas (o sólo la mitad, si asumimos que este resultado puede no ser representativo de realidades rurales), resulta de gran importancia, tanto a nivel nacional, donde permitiría una mejor focalización de los fondos públicos, como a nivel local, permitiendo a los establecimientos una mejor generación de fondos propios y gerencia de los mismos.

Un estudio de factibilidad y de flujos financieros sobre estos dos elementos podría dar importantes pistas de incremento de financiamiento privado para los establecimientos públicos, y nuestros resultados sugieren que es posible la diversificación de ingresos en estos últimos, incluyendo mecanismos de reembolso tanto al IPSS como a los seguros privados.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Luis Pro Delgado, Director General de la Sub región de Salud Lima Norte y al personal del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, por su apoyo a la realización del estudio.

Correspondencia:

Dr. Pedro Mendoza Arana
Apartado Postal 31-038
Lima 31 - Perú

BIBLIOGRAFIA

- 1) Clayton D y Hills M (1993) *Statistical Models in Epidemiology*. Oxford: Oxford Science Publications.
- 2) Cleary PD y McNeil BJ (1988) 'Patient satisfaction as an indicator of Quality Care' *Inquiry* 25: 25-36.
- 3) Donaldson C y Gerard K (1993) *Economics of Health Care Financing: The visible hand*. London: MacMillan.
- 4) Drucker PF (1994) *The New Realities*. London: Heinemann Professional Publishing Limited.
- 5) Hansagi H, Calltorp J y Andréason S (1993) 'Quality comparisons between privately and publicly managed health care centres in a suburban area of Stockholm, Sweden' *Quality Assurance in Health Care* 5(1): 33-40.
- 6) Heller PS (1985) 'Un Modelo de la Demanda de Servicios de Atención Médica y de Salud en la Malasia Peninsular' En 'Análisis de Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud: Una Antología Seleccionada' Serie HSD/SILO 11, OPS/OMS.
- 7) Kadir MM, Sadruddin S, Khan A, Luby SP (1995). 'Direct expenses borne by the users of obstetric services at government hospitals in Karachi, Pakistan. In Proceedings of the II Conference of the Public-Private Mix Network, Worthing-UK, 4-8 September 1995.
- 8) Llewellyn HA (1995) 'Patient's health care decision making' *Medical Decision Making* 15(2): 101-105.
- 9) Ministerio de Salud. *Política de Salud 1995-2000: Hacia la equidad, eficiencia y calidad en salud*. Propuesta-Borrador de Trabajo, Lima, Setiembre 1995.
- 10) Osborne D y Gaebler T (1993) *Reinventing Government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Plume Books, USA.
- 11) Porter, Michael E. (1980) *Competitive Strategy: Techniques for analyzing Industries and Competitors*. The Free Press.
- 12) Taylor LR (1992) *Quality: Sustaining Customer Service*. London: The Sunday Times - Business Skills Series.
- 13) World Bank (1993) *World Development Report: Investing in Health*. London, Oxford University Press.