

UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA
FACULTAD DE INGENIERÍA ECONOMICA
Y CIENCIAS SOCIALES
Sección de Post Grado



***“ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
EN EL PERU”***

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO EN
CIENCIAS CON MENCIÓN EN PLANIFICACIÓN NACIONAL DEL
DESARROLLO

Manuel Antonio Lama More

Lima -Perú,
2001

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	1
I. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Caracterización del problema investigado	3
1.2 Objetivos del estudio	4
1.3 Marco referencial	5
1.4 Hipótesis	16
1.5 Metodología del estudio	17
1.6 Análisis de resultados y presentación del estudio	18
II. CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN RESPECTO AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	21
2.1 Características económicas	22
2.2 Características socioeconómicas	28
2.3 Características educativas	30
2.4 Características demográficas	32
III. DEMANDA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	36
3.1 Características básicas de la población que accede y no accede a los Servicios de Salud	37
3.1.1 Características Económicas	37
3.1.2 Características Sociales, Educativas y demográficas	46
3.1.3 Características de accesibilidad	65
3.1.4 Razones del no acceso a los servicios de salud	82
3.1.5 Características de la población que no accedió a los servicios de salud	88
3.1.6 Características de la población que accedió a los servicios de salud	90
3.1.7 Características de la población atendida por tipo de personal que los atendió	100

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO	102
4.1 Equidad en el acceso a los Servicios de Salud en el Perú	102
4.2 Factores determinantes del acceso a los Servicios de Salud	107
V. CONCLUSIONES	122
VI. RECOMENDACIONES	123
VII. BIBLIOGRAFÍA	125
VIII. ANEXOS	127

PRESENTACIÓN

Una de las principales restricciones en la elaboración de tesis para la obtención del Grado Académico de Maestro es indudablemente la disponibilidad de tiempo y el costo que significa el desarrollo de un estudio, por lo que sería muy conveniente que las Universidades, en particular las Nacionales, propicien la formulación de convenios con Instituciones Públicas y/o Privadas, con el objeto de desarrollar estudios y a su vez permitan obtener el grado académico, de tal manera que se establezcan las bases par ir superando progresivamente los dos principales condicionantes a que nos hemos referido anteriormente.

El presente estudio se inscribe en ese contexto y por ello se ha concentrado en el interés de conocer los condicionantes del acceso a los servicios de Salud, por cuanto uno de los elementos que mas llamó la atención en el proceso de la reforma de la Salud, ha sido la ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD, por lo que el tema resultó sumamente atractivo el de identificar sus principales condicionantes, a partir de una información de alcance nacional y se determinó como una fuente básica la Encuesta de propósitos múltiples como es la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO. Por razones de disponibilidad de la información y facilidades para su acceso, se optó por utilizar la información de ENAHO correpondiente a un solo trimestre y además constituía una buena fecha para el registro de información, más aún cuando los factores condicionantes que constituyen las principales variables del estudio, tienen cierta permanencia en el tiempo.

En ese sentido, el presente trabajo se hace esencialmente a partir de la información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) correspondiente al segundo trimestre de 1998, realizada por el INEI, y tiene como propósito esencial el de identificar los determinantes del acceso y no acceso a los servicios de salud y por consiguiente disponer de una base para el diseno de alternativas de política de salud para mejorar las condiciones de acceso a estos servicios. El tema se inscribe también en la oportunidad de indagar sobre información real de los estudios sobre equidad y de las acciones de poítica económica y de salud en el Perú.

El presente trabajo considera una introducción donde se expone el problema investigado, los estudios realizados y que tienen relación con el estudio materia de la tesis, el método, así como el marco conceptual, donde se indaga por el concepto de acceso y equidad en salud, tratando de engarzar con los factores determinantes, todo ello visto desde el lado de la población a partir de sus condiciones económico, sociales, culturales y demográficas. Evaluando las variables determinantes y también la política de salud por el lado del consumo y uso de los servicios y programas.

El trabajo en su primera parte expone los resultados hallados, se ha considerado una parte inicial de la estadística descriptiva, donde se hace un estudio exhaustivo de la información y finalmente se llega a un análisis de estos resultados, que constituye la última parte del estudio.

Se presenta un anexo metodológico del estudio donde se incluye las fases realizadas, la revisión bibliográfica, el análisis de la información y base de datos; el procesamiento de la información de la encuesta, y el modelo examinado.

Lima, octubre del 2001.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del Problema investigado.

En el marco del estudio y análisis económico y social en el campo de la salud, se inscriben los procesos de Reforma del Estado y particularmente, como es nuestro caso, la reforma del sector salud, que tiene entre otros, como uno de sus principales objetivos y principios de acción el logro de la equidad en particular del acceso a la salud.

El concepto de “equidad” en nuestros tiempos es un término muy discutido y genera diferentes percepciones en el proceso de desarrollo de las personas en una comunidad, es evidente que tiene que ver esencialmente con la “igualación de oportunidades”, y se inscribe en un marco normativo como la justicia y en un marco de acción, como son las políticas sociales, que indudablemente en salud se hace más evidente y por ello se busca reducir con las políticas de salud “las disparidades en las condiciones de salud de los diferentes grupos sociales y (que estas políticas) garanticen el acceso de toda la población a la atención de sus necesidades básicas de salud.”¹

Por lo que resulta, que la equidad en salud constituye el problema a investigar y sobre todo medir, pero circunscrito a dos de sus aspectos principales: *el acceso a los servicios o acceso a la atención de salud y el uso o la permanencia en los servicios*; estudiándose el problema de porqué determinada población accede y otra no accede a los servicios de salud, explicándolo desde los factores más importantes que constituyen los determinantes del acceso y las barreras del no acceso.

Indiscutiblemente las políticas de salud juegan un rol importante en el acceso, y por ello se debe tener presente que los programas de salud implementados en el proceso de reforma están siendo utilizados por la población a la que están dirigidos los principales esfuerzos (gastos y gestión) del gobierno y por consiguiente debemos conocer que tipo de población está haciendo uso de estos servicios y programas brindados, allí entra en juego el segundo aspecto del análisis, que es el uso de los

¹ OPS – CEPAL: Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Cuaderno Técnico Nº 46.1997. Página 45.

servicios, de este modo se estudiará el segundo aspecto de la equidad y esto viene dado por las características socioeconómicas y demográficas del usuario, así como las características y comportamiento de la oferta.

Resulta evidente por ello, que al estudiarse la complejidad del acceso a los servicios de salud, en la que sus principales determinantes no se encuentran en el campo sanitario y por tanto no sólo competen a las políticas de salud, sino que viene determinada por otros aspectos, hacen mayor y más complejo el proceso de análisis, y que no se trata de un estudio de la demanda de servicios de salud, referida a decisiones del individuo y elección, con incertidumbre acerca de la incidencia de la enfermedad, percepción de la misma y características de la oferta y finalmente satisfacción del usuario; sino que en el presente estudio nos interesa conocer cuán equitativa está siendo la acción del Estado en general respecto de las oportunidades de los peruanos medidos a través del acceso a los servicios de salud y qué características de estos determinan el acceso y no acceso a los servicios de salud.

Por ello el estudio responderá a la interrogante ¿cuáles son los determinantes del acceso a los servicios de salud? y ¿cuales son las barreras que impiden el acceso de la población a los servicios de salud? ¿Estos determinantes son solo variables como el ingreso y la educación?. O ¿es que participan en conjunto una serie de aspectos que condicionan el acceso a los servicios de salud de los peruanos?

Consecuentemente, el problema a estudiar en el presente trabajo es conocer si existe equidad en el acceso y en el uso o la permanencia en los servicios. De modo que se puedan establecer incentivos para mejorar el acceso de una mayor población a estos servicios y se convierta el estudio en un instrumento para la acción en política social y particularmente en política de salud.

1.2 Objetivos del Estudio

Objetivo General

Determinar los principales condicionamientos que establece la accesibilidad a los servicios de salud de la población por estratos y cómo influyen en ellas sus condiciones de vida: ingreso, empleo y educación.

Objetivos específicos

- a. Identificar estratos de población con acceso y no-acceso a los servicios de salud en el Perú.

- b. Identificar las causas por las que ciertos estratos poblacionales no acceden a los servicios de salud que brinda el Estado.
- c. Determinar la capacidad de llegada de las acciones de salud a la población, identificando a estas según niveles de pobreza y grupos vulnerables.
- d. Analizar cómo influyen las condiciones de vida: de ingreso, empleo y educación en el acceso a los servicios de Salud en el Perú.

1.3 Marco de Referencia del Acceso a los Servicios de Salud

A) Marco Teórico : EQUIDAD, ACCESO Y POLÍTICAS DE SALUD

Acceso y equidad son conceptos que en el marco de análisis y acción de las políticas sociales van de la mano, dos conceptos que configuran un proceso de interacción y conformación de los actores y roles en la sociedad, así el acceso a los servicios públicos, a la educación, a la salud, a la información , a la libertad de expresión, al empleo, a las decisiones políticas, etc. configuran una forma de desarrollo de la sociedad, y por tanto una forma de medir cuan justa es la sociedad respecto de sus miembros que la constituyen. De tal forma que esto implicará la medición del acceso a estas oportunidades, evidentemente no se trata de un tipo de acceso lineal sino que dadas las características de la sociedad van configurando grupos sociales con distintas formas de expresión y actuación, ahí es cuando ingresa el otro concepto que es la equidad, pues puede existir una sociedad más desarrollada o menos desarrollada en función a la equidad que existe no sólo en el acceso a goce y disfrute de lo alcanzado por los individuos en términos sociales, culturales, económicos, políticos, etc., sino también en otros aspectos relativos a la asignación de recursos y oportunidades de desarrollo.

La equidad se ha convertido en un término que desde distintos ángulos se ha planteado como principio y objetivo de las políticas económicas y políticas sociales, y que es mucha veces confundida con el término de igualdad; tiene más bien que ver con lo justo, en el sentido de justicia como referida a una creación humana, una norma, una estructura social, por tanto constituye un "valor social".

Es así que R. Caviedes plantea lo siguiente: "En este aspecto, es decir la justicia en cuanto valor social, ha estado siempre vinculada por el principio básico, cual es dar a cada uno lo suyo. Pero este principio, que parece tan simple de enunciar, supone el cumplimiento de al menos tres requisitos, cuales son : la proporcionalidad, la igualdad y la alterabilidad. Conjuntamente con lo anterior se presenta el problema de dilucidar la relación entre justicia y equidad. Para Aristóteles lo equitativo no es

por esencia algo distinto de lo justo sino una misma cosa con ella. La equidad es, en palabras simples, la justicia del caso concreto”².

La equidad adquiere entonces una concepción más amplia, “la equidad es un concepto multidimensional que abarca igualdad de oportunidades y de acceso, así como la distribución del consumo, la riqueza y el capital humano. (...) Las formas en que se manifiesta la falta de equidad y las reacciones que esta suscita varían enormemente de un país a otro, y las diferencias dependen no sólo de la etapa de desarrollo del país sino también del entorno político, la distribución inicial de la riqueza y del ingreso, las normas sociales y una serie de otros factores”³.

Resulta evidente por lo mencionado hasta ahora, que el acceso a la educación, servicios de salud, nutrición, al crédito, al empleo, a la justicia, entre otros, implica un tema ligado a la equidad.

En salud la equidad es uno de los criterios rectores de actuación de las políticas de salud y procesos de reforma en el mundo, lo cual implica distintos niveles de acercamiento a este problema según el país y según la especificidad de los objetivos que se tracen. Para la Organización Panamericana de la Salud, la equidad es uno de los principios rectores de su actuación, ello implica dos pautas básicas del entendimiento, respecto a las condiciones de salud y respecto de los servicios de salud; en cuanto al primero, lo que se busca es disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible en las condiciones de salud de la población, y en cuanto a los servicios de salud, la población debe recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).⁴

El Acceso : Una Forma de Evaluar la Equidad

Así entonces, se puede manifestar que en salud existen distintas formas de evaluar la equidad, equidad en cobertura, equidad en distribución de los recursos, equidad en el estado de salud, equidad financiera, equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en el uso de recursos; el presente trabajo estudiará los dos últimos términos porque ambos llegan a explicar la demanda de servicios de salud y también cómo la política de salud en nuestro país ha logrado dar una respuesta organizada (sistema de salud vista desde la oferta disponible: programas de salud y oferta de servicios) a los problemas de salud de la población. Todo ello planteado desde los determinantes del acceso a los servicios de salud.

² Rafael Caviedes: Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable. En el libro La salud en Chile. Octubre 1994.

³ Vito Tanzi: Conferencia sobre la política económica y equidad. Revista Finanzas y Desarrollo. Publicación del FMI. Setiembre de 1998. Volumen 35. Número 3.

⁴ Ver <http://www.americas.health-sector-reform.org/tesauro/spanish/00000056.htm>

El acceso debe ser entendido como entrada o ingreso o utilización de un servicio de salud, y debe ser entendido en el sentido más amplio analizando las características de la población (factores determinantes) y de los recursos disponibles (oferta de servicios: uso de servicios), "...el acceso mismo se mide mejor mediante observaciones del comportamiento de las personas, es decir del uso que realmente hacen de los servicios de salud"⁵, (agregaríamos) a partir de sus condiciones socioeconómicas y demográficas, término que se ajusta a lo que pretendemos estudiar; y que difiere del término accesibilidad que está más vinculado al concepto de demanda por servicios de salud ligado a una función del precio, tiempo de transporte y tiempo de espera, así la accesibilidad "es el grado de ajuste entre características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención".⁶

Es evidente por lo mencionado que el acceso a los servicios de salud vienen determinados por varios factores. "En primer lugar, influye en la distribución espacial de la población, las comunicaciones y el grado de heterogeneidad u homogeneidad cultural y étnica. También inciden factores asociados al desarrollo social y a la dinámica económica, tales como el nivel de analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de asalariados. Finalmente, las reivindicaciones de organizaciones con poder político tiene importantes efectos, en la medida en que la asignación de recursos responde a la capacidad de presión de distintos actores sociales"⁷.

Así muchos factores determinantes para unos se constituyen en barreras que limitan este acceso y para otros no, ello por la existencia de disparidades en la dotación de activos en la población y por la distribución de recursos entre ellos como por ejemplo el ingreso, así en poblaciones como la del Perú, donde coexisten grandes sectores poblacionales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, el acceso a los servicios de salud se ve muy limitado y entonces grandes sectores poblacionales no acceden a estos servicios, encontrando por tanto barreras que impiden el acceso, configurando así un sentido de inequidad en salud.

La equidad en lo que respecta al acceso no implica que necesariamente toda la población reciba los mismos servicios, dicho de otra manera, el hecho que exista acceso a los servicios de salud no necesariamente significa que exista equidad, pues en la provisión de la oferta se definen características que definen la calidad,

⁵ Ver Aday L.A., Andersen R.A.: Framework for study of access to medical care. Health Serv Research 1974. Pág. 9.

⁶ Frenk Julio: El concepto y la medición de accesibilidad. En Salud Pública de México. Setiembre octubre de 1985. Página 443.

⁷ OPS – CEPAL: Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. En Cuaderno Técnico Nº 46.1997. Página 21.

oportunidad y eficiencia del servicio recibido, y que ello es a su vez dependiente de otras variables como la asignación presupuestal, los recursos humanos con los que cuenta, el desarrollo tecnológico alcanzado y en general las características y el comportamiento de esta oferta sanitaria.

Resulta por tanto necesario entender que un solo aspecto de la equidad como es el acceso no explicará el conjunto de problemas que se tiene para resolverla, es evidente la necesidad de acciones más amplias en el ámbito económico social y de las acciones de salud. Resultando por ello indispensable y como un requisito básico para el logro de la equidad, un diagnóstico apropiado de las necesidades de la población y un planteamiento de políticas que resuelvan dichas necesidades y acciones que enfrenten los problemas distintos de poblaciones concretas. Por ello se indica que en el marco de una política integral de salud, debe haber una respuesta organizada con políticas distintas para poblaciones distintas.

Factores Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud

Por lo mencionado el marco que puede expresar la interacción que significa el acceso a los servicios de salud y los actores en un entorno de capacidades y características se puede mostrar en la figura N° 1⁸, el no acceso se da cuando se rompe el flujo circular desde los consumidores o desde los productores de servicios de salud (ausencia de prestación de servicios).

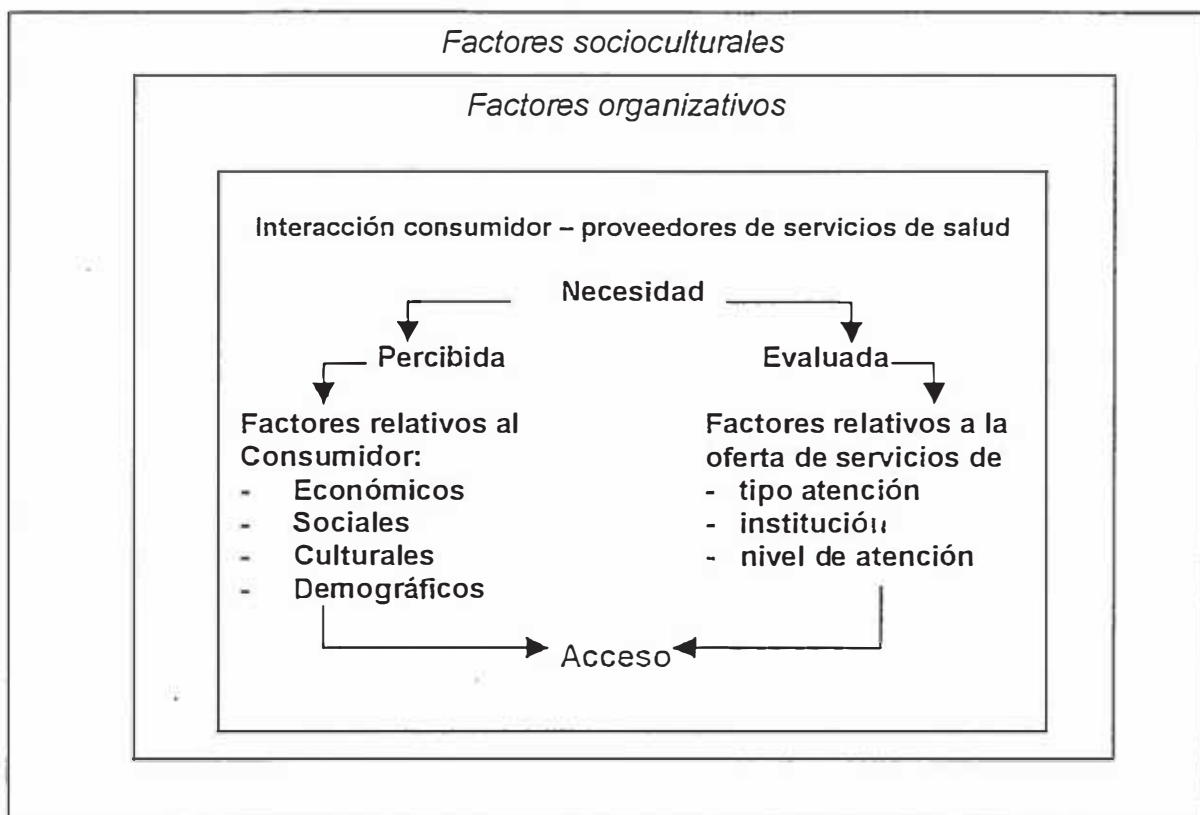
Los factores que llamamos *socioculturales* que determinan el acceso a los servicios de salud incluyen tecnología y valores. La tecnología como factor socio cultural ejerce influencia sobre el uso de los servicios, tomado en el sentido económico se configura como una externalidad que afecta tanto a quienes demanda como a quienes ofertan servicios de salud. Los valores sociales implican que el acceso y no acceso está también influido por aspectos culturales, étnico o grupo de referencia.

Los factores de *organización* comprenden aquellas estructuras y procesos, de cómo está organizada la respuesta que ha dado la sociedad al bien salud, estos comprenden la disponibilidad de recursos (volumen y tipo de recursos existentes), la accesibilidad geográfica, accesibilidad temporal, la accesibilidad social (aceptabilidad y capacidad de pagar el servicio), las características de la estructura del sistema de salud y el proceso de prestación de servicios.

⁸

Adaptado a las características del estudio de G.E. Alan Dever: Epidemiología de la utilización de los servicios de salud. En Epidemiología y administración de servicios de salud. Capítulo 8. OPS/OMS, Ginebra. 1991

Figura N° 1 Factores determinantes del acceso a los servicios de salud



Asimismo hemos configurado factores propios de los individuos como de los prestadores que al final significan una interacción que permite destacar que el acceso viene influenciado por una serie de factores de varios ordenes y que la rotura de dicha relación significa que uno o varios factores están influenciando negativamente el acceso, pero también debemos entender que están en correspondencia a factores que son superiores como son organizativos y los socioculturales.

Por ello, y desde ya entendemos que el presente estudio sobre el acceso de la población a los servicios de salud expresado en términos de utilización de los servicios, significará un aporte al conocimiento sobre los estudios que se realizan en el campo de la salud en el Perú, aporte que permitirá entender la interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios), interacción que viene determinada por una serie de factores ligados con las características del consumidor como con las del proveedor, llegando a un concepto de demanda por servicios de salud, que implica una función dinámica en

la que el consumo viene determinado por el proveedor, debido a la asimetría de la información existente.

La Política de Salud en el Perú y el Acceso a los Servicios de Salud.

La mayoría de países del mundo tienen en la actualidad procesos denominados de reforma en salud, y es que en muchos de ellos se ha introducido conceptos nuevos para desarrollar capacidades en los agentes, consumidores, proveedores y gobiernos, para hacer un mejor uso de recursos y que se logren mayores beneficios en la salud de las personas. De acuerdo a OPS/OMS "En la Región de las Américas, la reforma sectorial en salud (RS) se ha planteado como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan⁹.

Los criterios rectores que son comunes a los procesos de reforma en salud son los siguientes: *equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social*. Lo cual nos permite observar la dirección que deberían ir teniendo estos procesos.

En el marco de la reforma del sector salud en nuestro país, se ha venido desarrollando una serie de acciones que tienen por objetivo el establecimiento de una nueva organización en la prestación de servicios de salud. Así, se han creado dos formas de organizar los sistemas de salud, uno llamado salud colectiva, vista la salud como bien público y por tanto prioritaria en la atención del Estado en provisión y financiamiento, esta salud colectiva es la salud preventivo promocional y otra es la salud individual, donde existe corresponsabilidad entre el Estado y el individuo sobre la salud de las personas, ello ligado sobretudo a cubrir el financiamiento de los gastos que involucra las enfermedades en las personas, y que en términos del presente estudio significará para ciertos sectores poblacionales una barrera al acceso de los servicios de salud.

Asimismo, en el marco de la reforma, se han cambiado las normas y el marco regulador - la Ley General de Salud (1997), la Ley de modernización social en salud (1997) y la Ley de creación del Seguro Social de Salud (1998) - generando incentivos para promover los sistemas de previsión públicos y privados, con la

9 OPS/OMS: "La Cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector Salud", Washington DC, (esp. e eng.), Marzo 1997, p.13

intención de aprovechar los recursos en un marco de competencia que mejore la eficiencia en el uso de los recursos.

Producto de ello, ha sido la creación de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), que competirán en la prestación de servicios de la capa simple con Es salud, y en la captación de nuevos afiliados para el seguro independiente. Asimismo, son productos de esta concepción, el seguro escolar y la próxima puesta en marcha del seguro materno, ambos con financiamiento estatal; el seguro universitario (brindado ahora por Es salud) con financiamiento compartido entre los universitarios y el Estado, el seguro del pescador artesanal y el seguro independiente, ambos desarrollados con Essalud y que implican un autoseguro, es decir con financiamiento privado (de los hogares).

Esto estaría llevando a establecer que la población objetivo de estos seguros son los micro y medianos, trabajadores informales y formales (que emiten recibo por honorarios profesionales) y que tengan medianos y altos ingresos.

La reforma en salud en nuestro país, también despliega otras acciones que plantean cubrir el enunciado y objetivo de acción de la equidad, así asigna recursos para hacer frente a la enfermedad en poblaciones de mayor riesgo y con menores ingresos o condiciones de vida precarias, para ello considera dentro de la estrategia de salud colectiva el desarrollo de actividades de prevención, promoción, vigilancia y control de enfermedades más comunes que generalmente ocurren en las poblaciones de mayor riesgo, así por ejemplo se da el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, donde se busca identificar a los afectados y suministrarle ayuda para su alimentación y tratamiento en forma gratuita; la malaria y la Bartonelosis también son tratadas principalmente con una parte del diagnóstico y tratamiento gratuito. Todo ello con un concepto que implica subsidios a la demanda, es decir destino de fondos hacia establecimientos de salud que atienden estos caso y en general destinan financiamiento focalizándolos hacia los sectores mas desprotegidos para romper la barrera por ingresos y de modo que se logre un mayor acceso a los servicios de salud.

En nuestro concepto, tres son los motivos más importantes que impiden que la población se convierta en demanda: los ingresos, el nivel de educación y la cultura. La gran mayoría de peruanos que no acceden o que acceden y no pueden continuar con el tratamiento es debido a que no cuentan con el ingreso suficiente, otro grupo no accede porque sencillamente no percibe su salud como un bien y ello tiene relación con el nivel de educación y finalmente otro grupo no accede a los servicios por cuestiones culturales (tradiciones, costumbres, hábitos, vergüenza, etc.). Estos aspectos son los que se tratan de estudiar en el presente trabajo.

A priori podemos manifestar también otra característica importante, la dispersión poblacional, pues existen 77,000 Centros Poblados con menos de 500 habitantes cada uno.

Así debemos manifestar que en términos de acceso y equidad se pueden encontrar barreras también producto de la reforma, pues los incentivos a las reformas organizacionales, como la corresponsabilidad en el financiamiento, Programas de recuperación de costos, medidas de autoaseguramiento, vienen enfocadas hacia la población con mayores recursos, descuidando a grandes sectores poblacionales, dificultando aun más el proceso de lograr la equidad.

B) ESTUDIOS SOBRE EL TEMA.

Alrededor de los conceptos de equidad y demanda por servicios de salud, existen en los últimos tiempos diversos estudios que nos permiten brindar un marco conceptual del problema materia del estudio, muchos de ellos encargados por el Ministerio de Salud. Entre ellos destacan:

1. Balance de oferta y demanda de servicios de salud y prioridades de inversión pública en salud. Informe de demanda. Estudio realizado por Ricardo Bitrán, Lorena Prieto y Rodrigo Contreras, de fecha Junio de 1999 (no publicado en la actualidad) Este estudio tiene como objetivo proveer al MINSA y entidades financiadoras, de información que ayuda a comprender el comportamiento del individuo y del hogar con respecto a demanda por atenciones curativas y preventivas. Sus objetivos específicos son definir indicadores de demanda, realizar un análisis comparativo de la información recolectada y describir análisis econométricos realizados en el Perú.

En este trabajo se incluye un capítulo sobre equidad en el acceso a los servicios de salud, en el que se analiza la relación que existe entre el hecho de estar asegurado y el acceso, indicando que el aseguramiento (seguridad social y seguros privados) cubren el 26% de la población. Cobertura concentrada principalmente en personas de más altos ingresos, con mejor nivel socioeconómico y acceso a mejor calidad y mayores tasas de utilización que los no asegurados. La gran mayoría de la población no cuenta con seguro explícito.

En relación al uso y coberturas, se tiene como resultado que las personas que consultan por su problema de salud han aumentado de 42% en 1994 a 56% en 1997 (ENNIV). Muestra también las diferencias que existen entre regiones y grupos poblacionales, así en la Sierra rural recibieron atención el 45% de la

población que tenía problemas de salud y en Lima Metropolitana recibió atención un 60%.

2. El Estudio sobre análisis de la demanda por servicios de salud. Perú 1995. Cuyos autores son Rafael Cortez, Arlette Betrán, Mariella Bautista y Carlos Carrillo, trabajo de fecha octubre de 1996 (parte del estudio publicado en abril de 1997), realizado en base a una Encuesta Nacional de Demanda de salud (ENDESA 95) realizada entre los meses de noviembre 1995 y enero de 1996. Dicho estudio tiene entre sus objetivos explicar el comportamiento de los usuarios en el mercado de la salud en el Perú, es decir por qué la gente desea determinados servicios y por qué prefiere mantenerse al margen de otros y de este modo evaluar como esta información podría alterar las estrategias de promoción e inversión del MINSA. Así este estudio de demanda permitió analizar cuales son las necesidades de salud y los determinantes de elección bajo la perspectiva de una persona que presenta una enfermedad o dolencia. Así, se otorga pautas de decisión en el diseño de políticas de precio y cambios requeridos en la gestión de establecimientos de salud con el objetivo de mejorar la calidad y con ello la demanda de los mismos. Los resultados del estudio indican que el comportamiento de los usuarios, que se mide sobre la base de la cantidad demandada de los servicios de salud, fluctúa debido a variaciones de los precios de consulta, la calidad de la atención y los cambios en otros factores socioeconómicos que influyen en la demanda por servicios de salud.
3. Existe un estudio más particular sobre Demanda por servicios de salud en la provincia de Huaraz, a cargo de Rafael Cortez, César Calvo, Mariella Bautista e Ilka Gerlach, de fecha 4 de enero de 1999 (no publicado a la actualidad). Al tratarse de un estudio más focalizado y microeconómico, sólo se indicará que se trata de una réplica del trabajo mencionado anteriormente y más ligado al comportamiento del usuario y su satisfacción.
4. Estudio Equidad en la atención de Salud. Perú 1997, realizado por Margarita Petrerá; Luis Cordero, Augusto Portocarrero y Cristina Urbina (en prensa), dicho estudio explora el grado de inequidad en la atención de salud a través de dos objetivos específicos, establecer el grado de inequidad horizontal en el acceso a los servicios de salud (definida esta como la situación en la que cada individuo es atendido de acuerdo a sus necesidades, independiente del lugar que ocupa en la distribución de ingreso) y definir el grado de progresividad del subsidio público en salud para cada decil de la distribución del ingreso.

En lo que concierne al primer objetivo, utilizan la metodología de Eddy van Doorslaer y Adam Wagstaff para medir la inequidad horizontal en la provisión de la atención de salud, dicha metodología busca medir la diferencia entre necesidad en salud y la atención médica a través de la distribución del ingreso. En el segundo objetivo visto desde la distribución de recursos, es decir por el lado de la oferta, utilizaron la metodología aplicada por Marcelo Selowsky que distribuye el subsidio público en salud respecto a la distribución del ingreso.

La base de datos utilizada en este trabajo es la de la Encuesta Nacional sobre Medición de Niveles de Vida (ENNV) de 1997.

Los estudios realizados en el Perú, evidentemente no tienen el mismo objeto de los planteados expresados en el presente estudio, además tienen características y métodos distintos de análisis, así el primero está más ligado a comparar en el tiempo la demanda de servicios de salud y en lo que respecta a acceso, compara poblaciones con seguro y sin seguro, el segundo y tercer trabajo estudian la demanda vista como el comportamiento de la gente en atención a factores como el precio y elección, que en nuestro país dadas las características del mercado entendemos que son otros factores que determinan la demanda y además el modelo aplicado incluye particularidades del comportamiento de las personas a partir de un concepto de maximizar el bienestar dentro de las restricciones como si hay o no el servicio y la posibilidad de elección. El último estudio a pesar que habla de la equidad y acceso a los servicios de salud, es distinto al que presentamos, pues tiene objetivos y metodología distintas, además de tener base de datos distintos, en este último trabajo se trata de hallar brechas entre necesidad, percepción, utilización y uso del subsidio público. Mientras que en el presente estudio tiene otro objetivo y por tanto otro enfoque, pues lo que se busca es explorar en las condiciones socioeconómicas, características demográficas y socioculturales de las personas, los determinantes del acceso o no a los servicios de salud en el Perú.

Asimismo existen otros estudios como los de Pedro Francke¹⁰ relativos a la equidad, pero enfocados desde la vertiente de la distribución y uso de recursos financieros.

A nivel internacional existen diversos estudios sobre demanda y otros tantos sobre equidad, respecto al acceso de los servicios de salud y sus determinantes casi no

¹⁰ Focalización del gasto Público en Salud en el Perú: Situación y Alternativas, Serie Documentos de Trabajo N° 155 CISEPA-PUCP, octubre 1998, y El cobro de tarifas y equidad en la distribución del subsidio público en Salud en el Perú, Serie Documentos de Trabajo N°163 CISEPA-PUCP, marzo 1998.

existen éstos estudios para casos concretos de países. Existe sí bibliografía referida al marco conceptual sobre determinantes del acceso y a los servicios de salud. Destacan algunos estudios:

1. *Acces to health Care in America*, cuyo autor es Michael Millman (editor), setiembre de 1993, este estudio define objetivos de política nacional en salud para Estados Unidos e identifica indicadores de medición sobre la utilización y satisfacción cuando ocurren accesos específicos de servicios de salud, indicando periodos, lugares y nivel de atención. Usa para ello, indicadores que un Comité del Instituto de Medicina ha examinado y como ello se observa en la actualidad. El trabajo analiza las relaciones que existen entre el acceso a los servicios de salud y factores como el ingreso, la raza, el origen étnico y lugar de residencia.
2. *America's Children: Health Insurance and Access to Care*, publicado en Octubre de 1998, cuyos editores son Margaret Edmunds y Molly Joel Coye, analiza las relaciones entre el seguro de salud y el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos, visto desde el financiamiento destinado a servicios de salud de los niños, de modo que el seguro iguale el acceso de la población más vulnerable. Asimismo explora algunos aspectos del cambio de rol del Medicina bajo el nuevo concepto del managed care (sistema que involucra nuevos conceptos en la política de salud y en ella la administración de los mercados de salud), así se analiza el seguro de los niños ante la iniciativa estatal y su relación con el sector privado, especificando efectos y estado del seguro, así como el impacto en las condiciones medicas crónicas y necesidades especiales de salud.
3. Existen distintos trabajos sobre acceso a los servicios de salud, todos ellos situados para Estados Unidos, enfocados a política y costos, adultos y estadísticas, así tenemos entre otros *Balancing Access, Costs, and Politics: The American Context for Health System Reform* (Urban Institute Report 96-1) de John Holahan, publicado en 1991; *The U.S. Health Care Crisis: The Fight over Access, Quality, and Cost*, de Victoria Sherrow, publicada en 1994; *Access to Health Care* (Vital and Health Statistics. Serie 10. Data from the National Health Survey, N° 197 y 198 Part 2: Working Age Adults, por Barbara Bloom, National Center for Health Statistics, publicado en 1997. *Achieving Equitable Access: Studies of Health Care Issues Afecting Hispanics and African Americans*, por Marsha Lillie-Blanton (editora). Publicada en 1996; *Improving Access to Health Care: What can the States do?*, John H. Goddeeris, Andrew J. Hogan (Editores), 1992. *Limited Access Health Care for the Rural Poor*, de Laura Summer, publicado en 1991.

Los estudios aquí nombrados serán de ayuda para elaborar el presente trabajo, el primero de los nombrados será analizado y se estudiará el modelo aplicado.

Por otra parte en lo que respecta a estudios realizados por y para la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial, el BID y la CEPAL, existen diversos estudios que enfocan la equidad y el acceso, y que serán tomados como referencia sobretodo en el parte conceptual y en lo que respecta a estudios concretos sobre determinantes de acceso a los servicios de salud, en la bibliografía revisada no se encuentran estudios de caso.

1.4 Hipótesis

Hipótesis Principal

El acceso a los servicios de salud en el Perú es inequitativo, debido a las distintas características de condiciones de vida y de desarrollo que tiene la población peruana, convirtiéndose así éstas en determinantes o barreras de acceso, así las diferencias económicas, sociales, culturales y demográficas, de la población peruana determinan que ciertos sectores puedan o no acceder a los servicios de salud.

Hipótesis Específicas

1. El ingreso de la población es una variable determinante del acceso a los servicios de salud en el Perú, porque las personas con menores ingresos tendrán menor probabilidad de acceso a los servicios de salud y las personas con mayores ingresos tendrán mayor probabilidad de tener acceso a los servicios de salud.
2. La población que cuenta con un empleo y por consiguiente con un seguro de salud tendrá mayor probabilidad de tener acceso a los servicios de salud y la población que no cuenta con un empleo y su respectivo seguro de salud tendrá menor probabilidad de acceder a los servicios de salud.
3. También la educación o condiciones socioculturales de preferencias relacionadas con la creencia, la automedicación, la tendencia de uso de los métodos caseros, juntamente con la levedad del daño y/o dolencia, determinarán que las personas no accedan a los servicios de salud.

1.5 Metodología del Estudio

El presente estudio es de carácter evaluativo en base a los resultados que ofrece la Encuesta Nacional de Hogares realizado por el INEI, con el objeto de que a partir de los determinantes (factores económico sociales y demográficos) se buscará evaluar los logros de la política de salud implementados en el Perú desde 1996.

En este sentido el desarrollo del estudio se basará esencialmente en el método deductivo y su análisis será de carácter descriptivo y analítico, teniendo en consideración las siguientes etapas:

- a) Revisión bibliográfica y análisis de la información disponible.
- b) Procesamiento de la Información de ENAHO 98
- c) Determinación del modelo

a) Revisión de Bibliografía y Análisis de la Información Disponible.

Con el propósito de disponer de un marco conceptual y metodológico, se desarrolló un trabajo previo respecto a la identificación de estudios similares y relativos al tema, indagando esencialmente por los términos, acceso, accesibilidad, servicios de salud, utilización, determinantes y equidad.

En relación a la información, el presente estudio se hizo teniendo como fuente principal la Base de Datos de la Encuesta Nacional de Hogares 1998 trimestre II, desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática y se complementó con otros módulos referentes a temas demográficos, económicos y sociales.

b) Procesamiento de la Información de la Encuesta

En mérito a la naturaleza y características del estudio, se realizó una aproximación metodológica vía el formato de encuesta, pues a partir del cuestionario se inició el proceso de selección de preguntas que permitiera identificar relaciones de causalidad y características de la población que accede y no accede a los servicios de salud. Así como variables relevantes que permitieran entender el proceso y desarrollo de cualidades y factores determinantes para que la población acceda a los servicios de salud.

Identificación de otras variables a partir de la encuesta y generación de variables que se debieron relacionar con el acceso y no acceso a los servicios de salud y luego el diseño de cuadros estadísticos de salida.

La relación inicial por tanto debió indagar primero por el objetivo, luego por la pregunta relacionada y con ella la información disponible en la ENAHO.

c) El modelo estadístico que explique cuales son los determinantes de acceso por servicios de salud

Para efectos de determinación del modelo estadístico se evaluó diversas alternativas teniendo en consideración el tipo de variables cualitativas y cuantitativas que intente explicar los condicionantes que definen el acceso a los servicios de salud en el Perú. De dicho análisis se determinó como modelo del estudio el *modelo de logit*, es decir un modelo que explique los determinantes de acceso y no acceso a los servicios de salud para todo el Perú.

La particularidad del modelo aplicada a cada Región Natural y/o Area de Residencia, nos permite aseverar que una política general puede ser explicada para todo el país pero que para cada Región Natural o Area de Residencia implicará distintas acciones que tomen en cuenta las características de cada una.

El modelo tiene la variable dependiente que es el acceso, que para el estudio ha comprendido el uso o utilización de los servicios de salud disponibles, no se ha considerado en este rubro a la automedicación y la asistencia a la farmacia o botica, porque no está dentro de la política de salud su impulso e interés. No se ha considerado como variable acceso a los servicios de salud la atención recibida por el curandero o la comadrona, por no estar dentro de la respuesta organizada del Estado al problema enfermedad (sistema de salud).

En el caso de las variables que expliquen el acceso como variables determinantes, hemos llevado a la condición logística del modelo, para ello se han trabajado dichas variables estructurándolas a partir de deciles de ingreso, niveles de pobreza, dominio, etc.

1.6 Análisis de resultados y presentación del estudio.

Para el análisis de los resultados del estudio, primero se ha realizado una investigación por el lado de las estadísticas descriptivas para determinar las principales características y relaciones de causalidad, logrando vía cuadros de salida analizar los resultados obtenidos.

Los cuadros de salida, primero han relacionado características principales de la población, la que se enferma o accidenta, convirtiéndose así los que respondieron afirmativamente esta pregunta en población de estudio.

Luego se establecieron cuadros de salida sobre acceso y no acceso, y sus relaciones que tenían respecto de las variables económicas, educacionales, sociales, demográficas.

Finalmente, con el modelo logit que explica los determinantes del acceso a los servicios de salud, tanto a nivel nacional como a nivel de dominio, se pudo establecer y lograr el objetivo buscado, cual era identificar los factores determinantes del acceso a los servicios de salud.

Calidad de los Datos

El desarrollo del estudio ha permitido precisar algunas ideas acerca de la calidad de la información que condiciona la Base de Datos y el Cuestionario del modulo de salud.

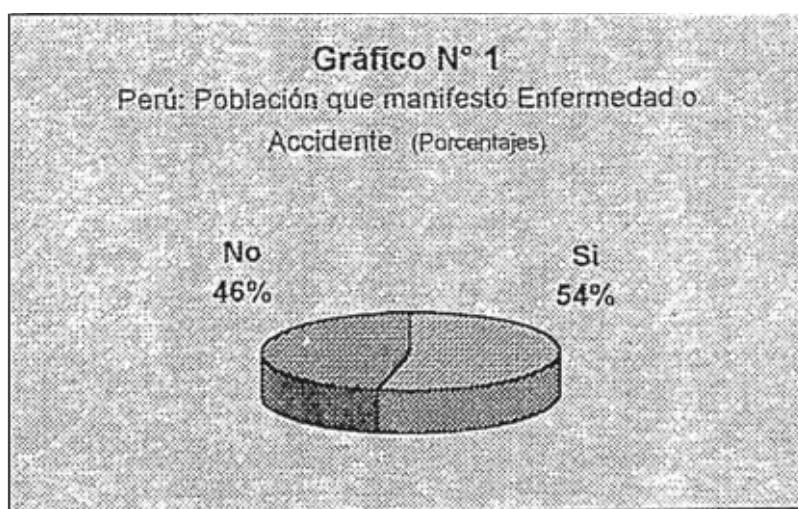
1. Las características de una Encuesta como las de ENAHO, al tratar de indagar por información diversa, desarrolla muchas potencialidades para establecer un seguimiento del desarrollo económico social de la población, y por tanto plantear indicadores básicos de seguimiento y monitoreo de las acciones que realizan los distintos sectores del gobierno, lo cual implica una ligazón con las políticas económicas y políticas sociales, cuestión que es una verdad irrefutable.
2. El problema está en cubrir diferentes temas de distinta índole y medición, lo cual también implica el soslayar preguntas y respuestas que para un determinado sector público o social puede ser de importancia, por ello en esta apreciación que hacemos queremos potenciar la información que se tiene y lograr afianzar un cuestionario que permita hacer seguimiento de las políticas de salud visto desde el lado de los consumidores.
3. A lo largo de la investigación se ha notado que para poder mejorar las acciones del Estado, es importante preguntarse acerca de lo que la población percibe como salud, es decir si es que la gente percibe la necesidad de estar o no sano.
4. Otro tema en el cuestionario es el daño o la enfermedad, que al convertirse en respuesta múltiple, pierde fuerza para establecer el dano en las personas, por lo que se recomienda considerar una pregunta más cerrada y de una sólo variable, por otra parte esta respuesta debe estar en grandes grupos de enfermedad.

5. El acceso a los servicios de salud, implica también el análisis del uso del servicio y su continuidad, por lo que se debe tener en cuenta el nivel de atención, diferenciando por tanto el primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención, de modo que se pueda establecer acciones y políticas a desarrollar según niveles de atención.
6. Respecto de la continuidad en el proceso de atención, hay ausencia de una pregunta respecto de ella, ¿porque muchos de los que acceden a los servicios de salud pasan a la consulta, pero no siguen el tratamiento por diversos motivos?

II. CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN RESPECTO AL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El propósito del presente capítulo es esencialmente definir a partir de los resultados de la información de ENAHO la población que registró problemas de salud, en ese contexto, el análisis es esencialmente de carácter descriptivo en concordancia con los resultados de la data proveniente de la encuesta nacional.

De dichos resultados, se constata que de la población total del Perú, en el período de la encuesta 1998, segundo trimestre, el 53,66% declaró haber tenido algún problema de salud (enfermedad o accidente), constituyéndose así en una demanda potencial por servicios de salud, que en términos absolutos significaron 13'278,471 personas, en tanto que el 46,34 % del total de la población, declararon no haber tenido enfermedad o accidente, es decir 11,467,095 peruanos, a manera de ilustración, el gráfico muestra la proporcionalidad de lo señalado.



Cuadro N° 1

<i>Presentó enfermedad</i>	<i>Cantidad</i>
Si	13'278,471
No	11'467,095
Total	24'745,566

2.1 Características Económicas

Con el objeto de identificar los principales rasgos económicos de la población materia del estudio, se ha tomado como referencia en primer término los ingresos, reconociendo en ella una relativa importancia en el proceso de acceso a los servicios de salud, estableciendo un rango de ingresos mensuales promedio de 130.40 nuevos soles de 1998.

De esa población que expresó tener algún problema de salud (enfermedad o accidente) se ha registrado como característica de presentar los menores ingresos, existiendo por lo tanto una relación inversa entre número de personas con problemas de salud e ingresos.

Cuadro N° 2

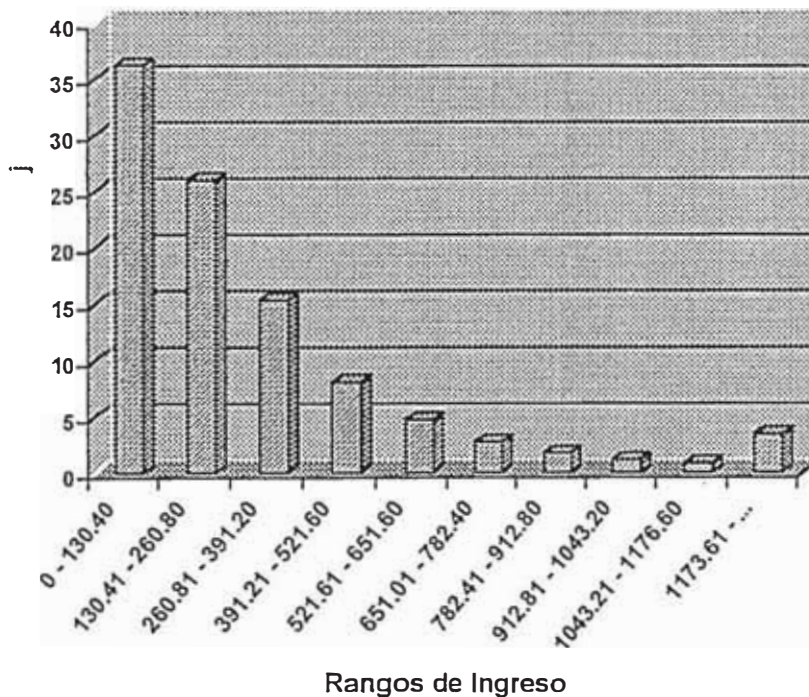
Perú: Población que manifiesto problema de salud según ingreso (en porcentaje)

Rango de ingreso mensual per cápita	Porcentaje de Población con problemas de salud
Hasta - 130.40	36.2
130.41 - 260.80	26.0
260.81 - 391.20	15.3
391.21 - 521.60	8.1
521.61 - 651.00	4.7
651.01 - 782.40	2.7
782.41 - 912.80	1.7
912.81 - 1043.20	1.1
1043.21 - 1173.60	0.8
1173.61 - a +	3.4
TOTAL	100.0

Así se tiene que la población que tuvo ingresos comprendidos entre 0 y 130,40 nuevos soles mensuales, contribuyó en un 36,2% del total de la población que reportó enfermedad, seguido de la población con ingresos comprendidos entre 130,40 y 260,79 nuevos soles, que significó acumulativamente un 62,2% del total, evidenciando de manera clara la hipótesis que las personas con menores ingresos son los que están en mayor riesgo de enfermedad o accidente, o dicho de otra forma, la población con menor ingreso (en condición de extrema pobreza o pobreza) tiene una mayor incidencia de enfermarse o sufrir accidentes en nuestro país.

Gráfico N°2

Perú: Población que manifestó tener problemas de salud según su rango de ingresos



Para una mayor ilustración en el gráfico N° 2 se observa de manera ilustrativa el comportamiento de la población que registró tener algún problema de salud según los niveles de ingreso.

Con el objeto de disponer de información más detallada de la población que reportó enfermedad o accidente, se organizó la misma por quintiles de ingreso, teniendo en consideración su cobertura geográfica. Los resultados se observan en el Cuadro N° 3, en el que se visualiza los niveles de ingreso per-cápita mensual (IPCM) por Región Natural y por área de residencia, precisando en este caso la condición de pobreza según Niveles Básicos de Vida. De acuerdo a ello, se observa en la Región Natural, en lo que respecta al primer quintil de ingreso, la población de la Sierra es la que más reportó enfermedad o accidente, alcanzando el 64,3% del total del quintil, lo mismo sucede con los quintiles de menor ingreso (II) y de ingreso intermedio (III), en los que la población de la Sierra reportó mayor porcentaje de enfermedad o accidente, 42,50% y 30,8% respectivamente, comprobándose también una tendencia decreciente de reporte de enfermedad en la población de la Sierra conforme el quintil de ingreso es superior, lo mismo ocurrió en la Selva. Caso contrario se observa en Lima Metropolitana, que ante un quintil superior de ingreso, el porcentaje de participación de la población que reportó enfermedad o accidente también aumenta. Debe tenerse presente que por la naturaleza del estilo de vida y cultura en cada región, los tipos de enfermedades son completamente disímiles.

Es importante destacar a nivel global, que la población de menor ingreso que reportó más accidente o enfermedad pertenece a la Sierra en un 35,7% del total de la población enferma o accidentada, siguiéndole en importancia Lima Metropolitana.

Respecto del ingreso, según el Área de Residencia, se observa que en el primer quintil (población de menor ingreso) el 79,4% de la población que reportó enfermedad o accidente vivía en el área rural, el restante 20,6% vivía en el área urbana. Una característica importante a precisar, es que conforme el ingreso crece, (quintil superior) la participación de la población rural en el reporte de la enfermedad fue cada vez menor, decreciendo de manera progresiva, y por tanto la participación de la población urbana aumento según era superior el quintil de ingreso, así por ejemplo tenemos que en el quintil de mayor ingreso (V) la población urbana reportó enfermedad o accidente en un 91,8% del total de la población, y en general la población urbana en el Perú es la que más reportó enfermedad o accidente, alcanzando a significar el 64,5% del total de la población.

CUADRO N° 3

Perú: Población que reportó enfermedad o accidente por quintiles de ingresos, según Región Natural, Área de Residencia y condición de pobreza según NBI. 1998 II TRIM (en porcentajes)

Detalle	QUINTIL DEL IPCM					Total
	De menor Ingreso (I)	De menor Ingreso (II)	Intermedio (III)	De mayor (IV)	De mayor Ingreso (V)	
Región Natural						
Resto Costa	12.9	25.80	27.3	25.2	23.0	23.2
Sierra	64.3	42.50	30.8	27.7	17.2	35.7
Selva	18.3	17.80	13.2	9.8	8.8	13.5
Lima Metropolitana	4.5	13.80	28.7	37.3	51.0	27.7
Total	100	100	100	100	100	100
Área de Residencia						
Rural	79.4	52.4	28.1	15.7	8.2	35.5
Urbano	20.6	47.6	71.9	84.3	91.8	64.5
Total	100	100	100	100	100	100
Área de Residencia Rural						
Pobreza según NBI						
1. 2 ó más NBI's	44.1	23.0	16.7	8.2	11.5	28.3
2. 1 NBI	39.5	48.9	49.2	37.7	41.5	43.9
3. Ningún NBI	16.5	28.1	34.1	54.1	47.0	27.7
Total	100	100	100	100	100	100
Área de Residencia Urbana						
Pobreza según NBI						
1. 2 ó más NBI's	30.0	17.5	12.3	3.3	2.6	8.9
2. 1 NBI	39.7	36.3	25.9	16.6	9	20.9
3. Ningún NBI	30.4	46.2	61.9	80.1	88.3	70.3
Total	100	100	100	100	100	100

Una característica relevante se observa en la distribución por quintiles de ingreso según área de residencia y condición de pobreza desde el punto de vista de Necesidades Básicas Insatisfechas, es que el área que reporta poblaciones con mayores problemas de salud, lo constituye el área rural en particular la población de menor ingreso (quintil I) (es decir, la que se encuentra en pobreza extrema), por cuanto registran en un mayor porcentaje (44.1% del total de la población que pertenece a este quintil de ingreso) 2 ó más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), ello ratifica la evidencia que el pobre extremo y en condición de miseria es el que está por lo general más expuesto a enfermarse o accidentarse, seguido muy de cerca por la población identificada con una NBI que representó el 39,5% del total de la población de este quintil. La tendencia en términos proporcionales respecto de su participación en cada quintil de la población con dos o más NBI fue decreciente, en tanto que la población que registró una NBI tuvo un comportamiento relativamente homogéneo en los distintos niveles de ingreso.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la población que reportó enfermedad o accidente, según quintil de ingreso, que vivió en el área rural y que además no tenía ninguna NBI, expresa una proporción mayor conforme se encuentra en un

quintil superior, así en el primer quintil alcanzó el 16,5% del total de esta población, en el segundo quintil 28,1%, en el tercer quintil, 34,1%, en el cuarto quintil 54,1% y en el quinto quintil 47,0%. Conducta conherente con los resultados globales obtenidos.

Desde el punto vista de la cobertura geográfica rural, la población que más reporta enfermedad en dicha área, es la población que registró por lo menos una NBI, con un nivel de 43,9% del total de la población rural.

En el área urbana, desde una perspectiva de análisis horizontal del cuadro presentado, la población ubicada en el primer quintil y que además tenía una NBI, es la población que reportó mayor enfermedad o accidente representando el 39,4% del total de la población de este quintil de ingreso, la tendencia en términos de participación proporcional de la población con un NBI varía inversamente según el quintil de ingreso, a mayor quintil de ingreso, menor participación de esta población en el reporte de enfermedad o accidente. La población con 2 o más NBIs, tiene el mismo comportamiento, pues en términos proporcionales conforme aumenta el quintil de ingreso, su participación disminuye, pasó de participar con un 30,0% en el primer quintil a 2,6% en el quinto quintil de ingreso.

La población urbana sin necesidades básicas insatisfechas fue el 30,4% del total de la población en el primer quintil de ingreso que reportó enfermedad o accidente, su participación aumentando según era el quintil de ingreso superior, así participó con un 46,2%, 61,9%, 80,1% y 88,3% del total de la población de cada quintil en el segundo, tercer, cuarto y quinto quintil de ingreso respectivamente, esto estaría significando cuando es mayor el nivel de ingreso, es mayor el reporte de enfermedad o accidente.

Resultaría muy interesante conocer el tipo de enfermedad que se reportó por niveles de ingreso, con el objeto de ir descubriendo el perfil epidemiológico de la población peruana por regiones y niveles de ingreso.

Igualmente, debe anotarse que la población que habitó en el área rural con alguna NBI y con ingresos bajos (pertenecientes a los quintiles I y II) reportaron mayor enfermedad o accidente respecto de la población total de cada quintil, lo mismo ocurre en el área urbana; aunque la participación de la población sin NBI y con bajos ingresos es alta e incluso es el que más participa (46,2%) en el segundo quintil, supera en participación a la población con alguna NBI, lo que significa también la precariedad de la población en pobreza por el lado del ingreso en el reporte de la enfermedad o accidente.

La población rural y urbana con características estructurales de no tener necesidades básicas insatisfechas, pero que pertenecen a los quintiles de ingreso I y II, e incluso III, reportan enfermedad o accidente en altas proporciones de su quintil al que pertenecen, ello estaría señalando la importancia que también tiene el ingreso para definir la población con mayor riesgo para enfermarse o accidentarse.

Caso contrario ocurre con la población sin NBI con altos ingresos (que pertenecen a los quintiles IV y V), que se destacan porque conforme es mayor su ingreso, se reporta más enfermedad o accidente, ello estaría definido por otras condiciones, aquí se debe tener en cuenta la accesibilidad de la información y el nivel educativo o cultural, que denotan una mayor percepción de la enfermedad o accidente.

En el Cuadro N° 4, se muestra la población que reportó enfermedad o accidente por condición de actividad, destacando, que la población ocupada que reportó enfermedad y que vive en el área urbana representó el 60,8% del total de la población, correspondiendo el 39,2% restante al área rural; visto por Región Natural, la población ocupada de la Sierra es la que más reportó enfermedad o accidente, 37,9% del total de la población ocupada y seguida por la población de Lima Metropolitana con 25,8%, y luego del Resto Costa y Selva con 21,9% y 25,8% respectivamente.

CUADRO N° 4

Perú: Población que reportó enfermedad o Accidente según Condición de Actividad, según Área de Residencia y Región Natural. II TRIMESTRE 1998
(en porcentajes)

Detalle	Condición de Actividad			Total
	Ocupado	Desocupado	Inactivo	
Área de Residencia				
Rural	39.2	3.7	18.7	35.6
Urbano	60.8	96.3	81.3	64.4
Total	100	100	100	100
Región Natural				
Resto Costa	21.9	39.90	28.3	23.2
Sierra	37.9	15.20	25.7	35.8
Selva	14.4	4.20	9.6	13.5
Lima Metropolitana	25.8	40.70	36.5	27.7
Total	100	100	100	100

La población urbana es la que más refiere enfermedad o accidente, y ello se repite en ambas condiciones de actividad; en general se puede señalar que las poblaciones ubicadas en la sierra y en Lima Metropolitana son las que más reportan enfermedad o accidente.

2.2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS

Para delinear las características socioeconómicas, se hará uso de los resultados obtenidos respecto a las Necesidades Básicas Insatisfechas. La población en condición de miseria (población con 2 ó mas NBI) en el área rural reportó mayor enfermedad o accidente, llegando a ser el 63,8% del total (cuadro N°5); y respecto a las regiones naturales, específicamente la población en condición de miseria que más reporta enfermedad o accidente es la población de la Sierra, que representó el 46,2% del total reportado por este tipo de población.

De la población tipificada como pobre (con 1 NBI), la del área rural es la que reportó en mayor proporción enfermedad o accidente, alcanzando a ser el 53,7%, ligeramente superior a la población pobre del área urbana que alcanzó a 46,3% del total de la población pobre que reportó enfermedad. La población pobre de la Sierra, también es la que más reporta enfermedad o accidente respecto del total de la población que reportó enfermedad o accidente por Región Natural, su participación llegó a significar el 46,3% del total.

CUADRO N° 5

Perú: Población que reportó enfermedad o Accidente según Condición de Pobreza y por Área de Residencia y Región Natural. 1998 II TRIM (en porcentajes)

Detalle	Pobreza según NBI			Total
	2 ó más NBI	1 NBI	Ningún NBI	
Área de Residencia				
Rural	63.8	53.7	17.9	35.5
Urbano	36.2	46.3	82.1	64.5
Total	100	100	100	100
Región Natural				
Resto Costa	11.4	20.00	28.2	23.2
Sierra	46.2	46.30	27.1	35.7
Selva	29.6	15.30	7.9	13.5
Lima Metropolitana	12.8	18.40	36.8	27.7
Total	100	100	100	100

Lo señalado anteriormente, estaría indicando a su vez que es la población pobre y en condición de miseria ubicada en la Sierra, la que reporta más enfermedad o accidente, siendo por lo general la que tiene mayores problemas de salud y que al tener pobreza estructural, sus condiciones de vida lo pondrían en condición de mayor riesgo a la enfermedad o accidente.

Es también evidente que conforme pasa el estadio de miseria, pobre o no pobre (este último por no tener ninguna NBI) la población rural va disminuyendo su participación dentro de la población que reportó enfermedad o accidente, y es la población urbana la que más reporta enfermedad según pasa de estadio, llegando incluso a ser la población no pobre del área urbana el 82,1% del total de esta población no pobre que reportó enfermedad o accidente.

En lo que concierne a la población según regiones naturales, se observa que existe casi una constante en el porcentaje de participación de la población de la Sierra, en miseria, pobre o no pobre, que reporta enfermedad o accidente, existe por otra parte un marcado descenso en la participación de la población de la Selva según condición de pobreza.

La población urbana conforme es menos pobre reporta más la enfermedad o accidentes, lo mismo ocurre con la población del Resto Costa y Lima Metropolitana. Finalmente, se puede concluir que la población más reporta la enfermedad o el accidente es aquella que tiene un mayor acceso a la información y reportan un mayor nivel cultural, así lo confirman las cifras de la población que habita en áreas urbanas, en Resto Costa o en Lima Metropolitana.

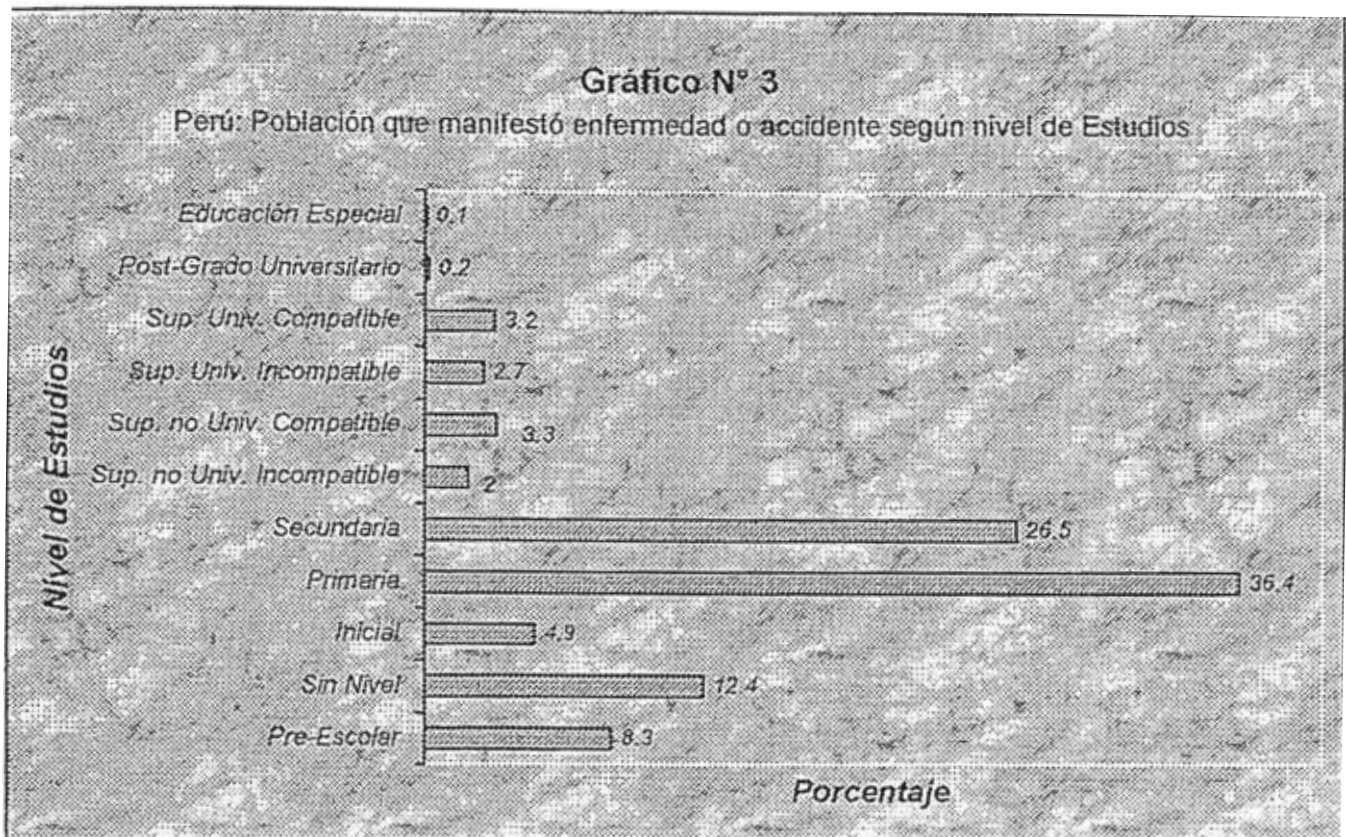
2.3 CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

En términos educativos, del total de la población que manifestó tener algún problema de salud (enfermedad o accidente), fue la población con educación primaria participando con un 36,4% del total, seguido por los que tienen educación secundaria con un 26,5%.

CUADRO N° 6

PERÚ: POBLACIÓN QUE MANIFESTÓ TENER
ALGUN PROBLEMA DE SALUD
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO
(en porcentajes)

Nivel de Educación	Porcentaje
Con edad Pre-Escolar	8,3
Sin Nivel	12,4
Educación inicial	4,9
Primaria	36,4
Secundaria	26,5
Superior no Universitario Incompatible	2,0
Superior no Universitario Compatible	3,3
Superior Universitario Incompatible	2,7
Superior Universitario Compatible	3,2
Post-Grado Universitario	0,2
Educación Especial	0,1
Total	100,0



En el Cuadro N° 7, que reúne a la población por Área de Residencia y estrato geográfico según nivel educativo, se evidencia igualmente que la población que reporta enfermedad es la población urbana, siendo mayor el porcentaje conforme sea el nivel de educación, contrariamente ocurre con la población rural, que manifestó enfermedad o accidente en un 50,9% de la población que no tenía nivel de educación, y que conforme aumenta el nivel educativo la proporción disminuye. Demuestra ello lo que se identificó anteriormente, la población más informada es la que percibe más la enfermedad, y que la población que más riesgo tiene de enfermarse es la población con menor nivel de educación que se encuentra en el área rural.

CUADRO N° 7

Perú: Población que reportó Enfermedad o Accidente por nivel de educación, según Área de Residencia y Estrato Geográfico. II TRIMESTRE 1998 (en porcentajes)

Detalle	Nivel de Educación						Total
	Sin nivel	Primaria	Secundaria	Superior no Univ.	Superior Univ.	Especial	
Área de Residencia							
Rural	50.90	46.20	22.30	12.00	6.80	14.2	34.2
Urbano	49.1	53.80	77.70	88.00	93.20	85.8	65.8
Total	100	100	100	100	100	100	100
Nivel de Urbanización							
Ciudades Capitales	35.9	37.90	61.00	68.30	82.30	80.7	50.2
Grandes Ciudades	5.40	5.90	6.90	6.60	5.20	3.8	6.1
CC.PP con más de 2,000 ha (Urbano)	7.80	10.00	9.70	13.10	5.70	1.3	9.4
CC.PP con más de 2,000 ha (Rural)	11.80	13.60	9.90	7.00	4.00	6.9	11.0
con menos de 500 ha (Rural)	39.10	32.60	12.40	5.00	2.80	7.3	23.2
Total	100	100	100	100	100	100	100

En cuanto al estrato geográfico, la población cuanto más educada es y pertenece a las Ciudades Capitales, reporta mayor enfermedad o accidente, confirmando lo mencionado en párrafos anteriores, mientras que la población rural y que habita en Centros Poblados con más de 2,000 habitantes y con menos de 500 habitantes es la población que ante un menor nivel educativo reporta mayor enfermedad o accidente.

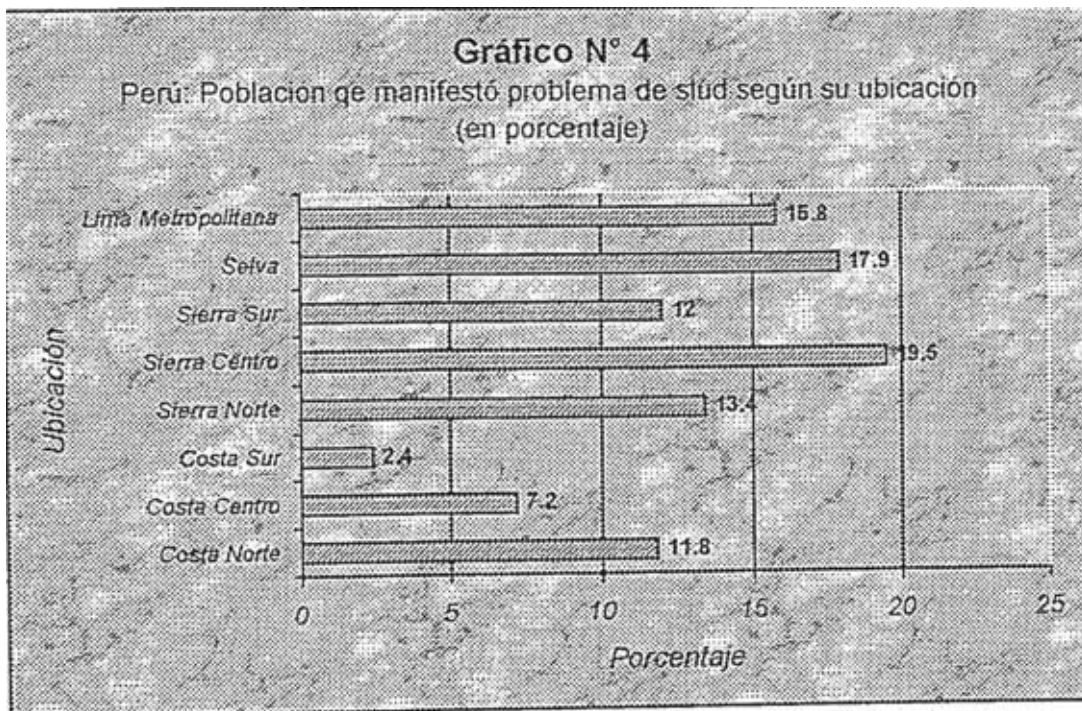
2.4 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Otra característica importante es donde se enfermó o accidentó más la población. La población que manifestó haber tenido enfermedad o accidente en los últimos tres meses, la ENAHO refiere que la población de la Sierra Centro es la que más tuvo problemas de salud, participando con un 19,3 % del total de esta población, seguido por la población de la Selva que participa con un 17,9 % del total y luego Lima Metropolitana que alcanza a ser el 15,8 del total de esta población. Siguen los otros dominios de estudio y resaltan por su menor participación la población de la Costa Centro que participa con un 7,2% y la Costa Sur con un 2,4% del total, tal como se evidencia en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 8

PERÚ: POBLACION QUE REPORTO ENFERMEDAD O ACCIDENTE
SEGÚN DOMINIO
(en porcentaje)

Dominio	Porcentaje
Costa Norte	11,8
Costa Centro	7,2
Costa Sur	2,4
Sierra Norte	13,4
Sierra Centro	19,5
Sierra Sur	12,0
Selva	17,9
Lima Metropolitana	15,8
Total	100,0



Por otra parte el 65,1% de la población que reportó enfermedad o accidente vivía en el área urbana y el 34,9% en el área rural (Ver Cuadro N° 9), siendo el reporte de las enfermedades en proporciones casi semejantes respecto del área urbana y rural, notándose un mayor reporte de accidentes en el área urbana respecto del área rural, 70,6% área urbana y 29,4% área rural, es decir superan las proporciones que existe en el total de población urbana y rural en el país, significaría que la población urbana tiene una mayor probabilidad de accidentarse.

CUADRO N° 9

Perú: Población que reportó enfermedad o accidente
 según características Demográficas por Área de Residencia, Región Natural
 y Nivel de Urbanización y Grupos de Edad
 (en porcentajes)

Detalle	Reporte de enfermedad o accidente			Total
	Enfermedad	Accidente	Sin reporte	
Área de Residencia				
Rural	35.7	29.4	34.1	34.9
Urbano	64.3	70.6	65.9	65.1
Total	100	100	100	100
Región Natural				
Costa	23.0	23.8	22.1	22.8
Sierra	35.8	31.6	35.2	35.4
Selva	13.5	12.7	12.4	13.0
Lima Metropolitana	27.6	31.9	30.3	28.9
Total	100	100	100	100
Nivel de Urbanización				
Ciudades Capitales	48.20		51.3	49.6
Grandes Ciudades	6.70		5.3	6.1
CC.PP con más de 2,000 ha (Urbano)	9.50		9.3	9.4
CC.PP con más de 2,000 ha (Rural)	11.30		10.6	11
con menos de 500 ha (Rural)	24.20		23.5	23.9
Total	100		100	100
Grupos de Edad				
1. menor de 5	15.6	8.0	10.1	13
2. de 5 a 14	23	19.3	23.1	23
3. de 15 a 49	45.1	52.4	55.1	49.7
4. de 50 a 64	9.3	11.1	8.0	8.7
5. de 65 a más	7.0	9.3	3.7	5.5
Total	100	100	100	100

Respecto del Nivel de Urbanización, la población que más reporta enfermedad es la población que habita en las Ciudades Capitales ello estaría en relación a la cantidad de población que habita en estas ciudades, pues reportaron enfermedad el 48,2% del total de reportes y el 49,6% de la población habita en estas Ciudades Capitales. Lo mismo ocurre con la población rural que habita en Centros Poblados con menos de 500 habitantes y con más de 2000 habitantes, el reporte de enfermedades es proporcional al tamaño de la población que habita en estas Centros Poblados.

En términos etáreos, la población que más se enferma, es la población que se ubica entre los 15 y 49 años, representando el 45,1% de la población que reportó enfermedad. Debe anotarse que ese segmento representa aquella población económicamente activa y por lo tanto con mayor riesgo.

El Cuadro N° 10 muestra la población que reportó enfermedad o accidente por sexo y según área de residencia, región natural y nivel de urbanización, notándose que en general las proporciones tanto hombres como de mujeres son similares en su participación en el reporte de enfermedad o accidente respecto del total de la población, ello estaría indicando que existe la misma probabilidad de enfermarse o accidentarse indiferentemente sea el género de la persona según donde viva, estas proporciones también indican que la población rural representó el 35,5% del total de la población que reportó enfermedad o accidente, mientras que la población urbana alcanzó a ser el 64,5% del total de esta población que reportó algún problema de salud. También se indica que la población que más reporta enfermedad o accidente vivía en la Sierra (35,7% del total reportada) y que además visto por Nivel de Urbanización el 48,2% de la población que reportó enfermedad o accidente habitaba en las Ciudades Capitales.

CUADRO N° 10

Perú: Población que reportó enfermedad o accidente por sexo, según Área de Residencia, Región Natural y Nivel de Urbanización. 1998 II TRIM (en porcentajes)

Detalle	Sexo		Total
	hombre	mujer	
Área de Residencia			
Rural	64.1	64.8	64.5
Urbano	35.9	35.2	35.5
Total	100	100	100
Región Natural			
Resto Costa	23.1	23.3	23.2
Sierra	35.7	35.7	35.7
Selva	13.4	13.5	13.5
Lima Metropolitana	27.8	27.5	27.7
Total	100	100	100
Nivel de Urbanización			
Ciudades Capitales	47.7	48.7	48.2
Grandes Ciudades	6.9	6.6	6.7
CCPP de más de 2000 ha.	9.5	9.6	9.5
CCPP de 500 a 2000	11.3	11.3	11.3
Área Rural	24.7	23.9	24.2
Total	100	100	100

III DEMANDA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ.

Del total de la población con algún problema de salud (enferma o accidentada) se observó que accedieron a los servicios de salud un 51,5% y no accedieron a los servicios de salud en un 48,5%. Se está considerando en el acceso a la utilización de los servicios de salud a nivel institucional que hace la población, no se considera como acceso a la automedicación, el acudir a la farmacia, asistir al curandero, brujo o comadrona. Estas cifras demuestran la gran limitación que tiene la población para acceder a los servicios de salud y la necesidad de examinar los determinantes del no acceso a los servicios de salud, como una forma de identificar las decisiones que se deben adoptar para mejorar la accesibilidad de nuestra población a los servicios de salud.

CUADRO N° 11

PERU: POBLACION CON ACCESO Y NO ACCESO A LOS
SERVICIOS DE SALUD. II TRIMESTRE 1998.
(en porcentaje)

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	% POBLACION
CON ACCESO	51,50
SIN ACCESO	48,50
TOTAL	100,00

Gráfico N° 5

Perú: Población con acceso y no acceso a los servicios de salud (en porcentaje)



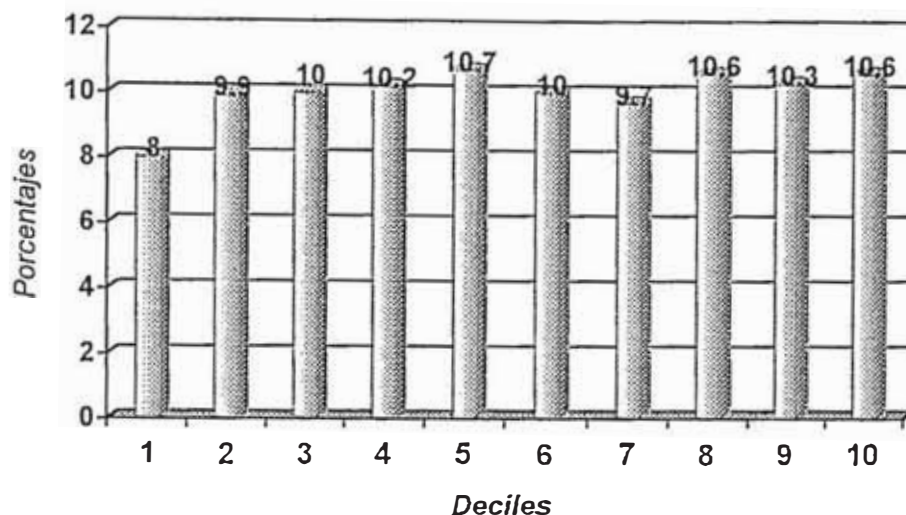
3.1 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA POBLACIÓN QUE ACCEDE Y NO ACCEDE A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ.

3.1.1 CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

De acuerdo a la información disponible se agrupó a la población según deciles de ingreso, de tal manera que la población que menos accedió a los servicios de salud institucionales en relación al ingreso, fue la población con menores ingresos (que pertenece al primer decil y segundo decil de ingresos); en el tercer decil y séptimo decil de ingreso, los porcentajes fueron de 10,0% en cada uno, en los deciles quinto, octavo y décimo, el acceso a los servicios de salud fue mayor, alcanzando cifras porcentuales de acceso de 10,7, 10,6% y 10,6% del total de la población.

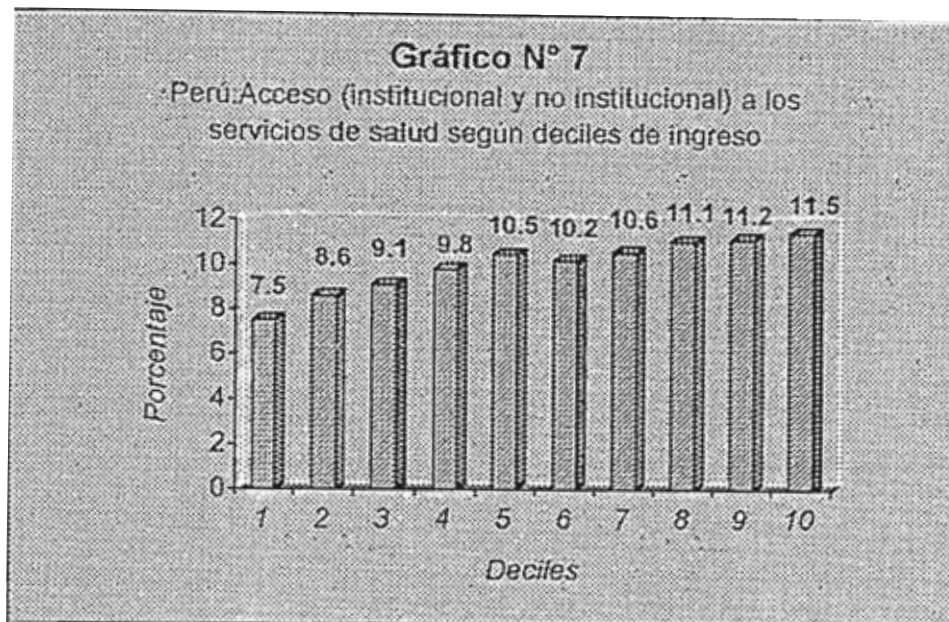
Gráfico N° 6

Perú: Población que accedió a los servicios de salud según deciles de ingreso

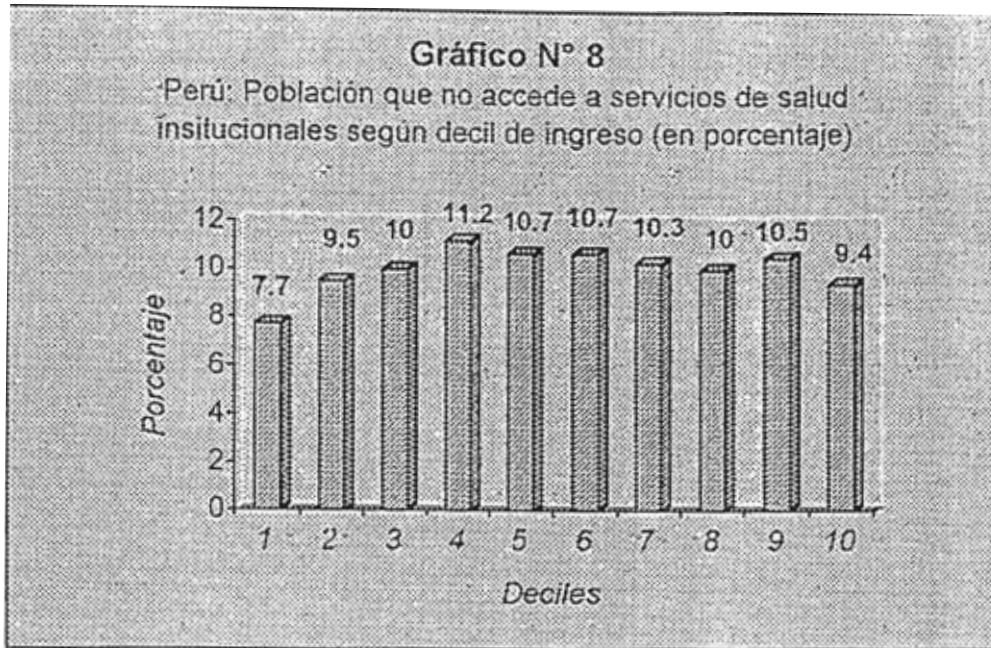


Cuando al acceso institucional a los servicios de salud le sumamos la población que se autoreceta o que acudió a la farmacia, el acceso a los servicios de salud* se hace de manera primaria más visible en relación al ingreso, es decir el acceso a los servicios de salud en el Perú están en relación directa con el ingreso, así, a menor ingreso menor acceso y a mayor ingreso mayor acceso, así se tiene que, la población del primer decil de ingreso accedió a los servicios de salud en un 7,5% del total de la población, la población del segundo, tercer y cuarto decil de ingreso, accedieron en términos porcentuales en 8,6%, 9,1% y 9,8% respectivamente del total de la población que accedió a los servicios de salud.

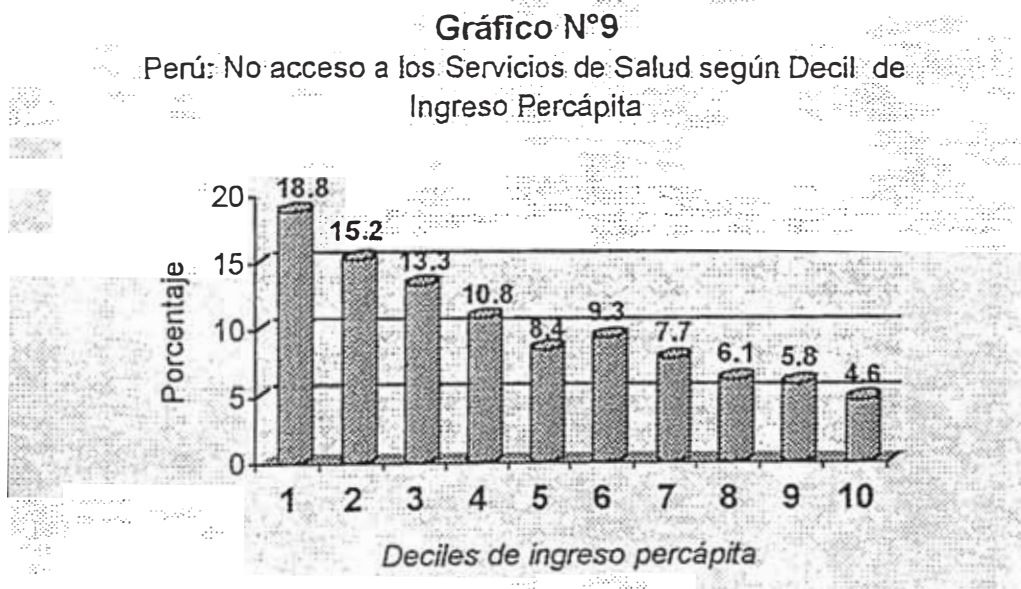
* servicios de salud que incluye la atención no institucional: automedicación, atención en farmacia o botica, o repitió la receta anterior.



Si se observa el Gráfico N° 7, que muestra el resultado de no acceso institucional a los servicios de salud, encontramos que la población con menos ingresos (primer y segundo decil), así como la población ubicada en el último decil de ingreso tienen un comportamiento similar, no acceden a los servicios de salud en menor proporción que los otros deciles, así tenemos que el primer y segundo decil de ingreso participan con 7,7% y 9,5% del total de la población que no accede a los servicios de salud, lo mismo el décimo decil, que participa con 9,4% del total de población que no accede a los servicios de salud en el Perú; el no acceso en los otros deciles de ingreso es mayor, siendo la población perteneciente al cuarto, quinto y sexto decil los que en mayor proporción no acceden a los servicios de salud en el Perú.



Si como en el caso anterior, se suma al acceso institucional los casos de utilización de los servicios de farmacia (automedicación o atención en la farmacia y botica), se encuentra que la población que menos accede a los servicios de salud son los que menor ingreso tienen y en una relación inversa, así a menor ingreso mayor no acceso a los servicios de salud, y a mayor ingreso menor no acceso a los servicios de salud. (Ver Gráfico N° 8).



Desde el punto de vista del Área de Residencia y Región Natural, se encuentra que la población rural con menores ingresos es la que en mayor proporción no accede a los servicios de salud, el 38,0% del total de la población rural que no accedió a los servicios de salud pertenece al primer quintil de menor ingreso, seguido por el segundo quintil con 29,4%, y así sucesivamente el tercero, cuarto y quinto quintil que participan con 17,6%, 9,6%, 5,3% del total de la población que no accede a los servicios de salud.

En el área urbana, en general se muestra una relación positiva entre no acceso e ingresos, visto desde la participación porcentual de la población urbana que no accedió a los servicios de salud, configurando un proceso distinto que en el área rural, esta característica de la población urbana indica que del primer quintil no accede a los servicios de salud el 5,3% del total de la población que no accede, mientras que del último quintil no accedieron a los servicios de salud un 78,2% del total de esta población no accesitaria.

CUADRO N° 12

Perú: Acceso y no acceso a los servicios de salud como porcentaje de quintil de ingreso según Área de Residencia, Región Natural e Ingreso. II TRIMESTRE 98

	Accede a los S.S. (no Inc. Huesero, Farm., Auto-Rec).		Total
	No Accede	Accede	
Área de Residencia			
Rural			
De menor a ingreso (I)	38.0%	40.3%	39.2%
De menor a ingreso (II)	29.4%	31.6%	30.5%
Intermedio (III)	17.6%	15.7%	16.7%
De mayor ingreso (IV)	9.6%	8.3%	9.0%
De mayor ingreso (V)	5.3%	4.1%	4.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Urbano			
De menor a ingreso (I)	5.3%	5.9%	5.6%
De menor a ingreso (II)	16.6%	14.1%	15.3%
Intermedio (III)	23.6%	23.4%	23.5%
De mayor ingreso (IV)	26.4%	26.8%	26.6%
De mayor ingreso (V)	28.2%	29.9%	29.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Región Natural			
Resto Costa			
De menor a ingreso (I)	10.2%	9.2%	9.8%
De menor a ingreso (II)	22.7%	23.5%	23.1%
De menor a ingreso (III)	24.7%	24.9%	24.8%
De menor a ingreso (IV)	21.4%	23.1%	22.1%
De mayor ingreso (V)	21.0%	19.4%	20.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Sierra			
De menor a ingreso (I)	29.8%	33.2%	31.6%
De menor a ingreso (II)	25.5%	23.8%	24.6%
Intermedio (III)	19.1%	17.3%	18.2%
De mayor ingreso (IV)	16.1%	15.5%	15.8%
De mayor ingreso (V)	9.5%	10.2%	9.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Selva			
De menor a ingreso (I)	24.8%	22.9%	23.8%
De menor a ingreso (II)	24.7%	29.9%	27.4%
Intermedio (III)	19.6%	21.7%	20.7%
De mayor ingreso (IV)	15.9%	13.7%	14.8%
De mayor ingreso (V)	15.0%	11.8%	13.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Lima Metropolitana			
De menor a ingreso (I)	1.7%	3.7%	2.9%
De menor a ingreso (II)	11.0%	9.8%	10.3%
Intermedio (III)	22.2%	21.6%	21.8%
De mayor ingreso (IV)	27.9%	26.9%	27.3%
De mayor ingreso (V)	37.2%	37.9%	37.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Ingreso			
De menor a ingreso (I)	17.2%	17.9%	17.5%
De menor a ingreso (II)	21.2%	20.2%	20.7%
Intermedio (III)	21.4%	20.7%	21.1%
De mayor ingreso (IV)	20.3%	20.3%	20.3%
De mayor ingreso (V)	19.9%	20.9%	20.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

El mayor acceso a los servicios de salud en el ámbito rural fue la que perteneció al primer quintil de ingreso que representó el 40,3% del total de población, el 31,6% perteneció al segundo quintil, 15,7% al tercer quintil, 8,3% y 4,1% al cuarto y quinto quintil de ingresos respectivamente. Es decir un comportamiento en el que se tiene a la población de menores ingresos es la que accede en mayor proporción que los de mayores ingresos, ello estaría dado por la composición de la población rural en términos de ingresos, que es inversamente proporcional al ingreso, es decir la población con menor ingreso significó el 39,2% del total de la población rural que manifestó enfermedad o accidente, esta va bajando, pues en el segundo quintil de ingreso se agrupa el 30,5% de la población, 16,7%, 9,0% y 4,7% corresponden al tercer cuarto y quinto quintil de ingreso.

En el área urbana, sucede casi lo mismo que en el no acceso, pues la población que más accede es la población con mayores ingresos, el primer quintil de la población representa el 5,9% del total de la población que accede a los servicios de salud, luego el segundo quintil contribuye con 14,1%, y así sucesivamente el tercero, cuarto y quinto representan el 23,5%, 26,8% y 29,9% del total de la población que accedió a los servicios de salud en el país.

Esta similar relación entre acceso y no acceso respecto del ingreso en la población urbana, viene dada también por la composición de la población urbana que presentó enfermedad o accidente.

En términos de las regiones naturales se encuentra que las relaciones son similares al Area de Residencia, en los que se verifica que el acceso y no acceso tienen la misma relación respecto del ingreso y su participación depende del tamaño de la población que reportó enfermedad en cada Región Natural.

El Cuadro N° 13, muestra los totales de participación porcentual en el acceso y no acceso a los servicios de salud por cada Area de Residencia, cada Región Natural y cada ingreso, así, encontramos que del total de la población rural el 49,5% no accedió a los servicios de salud y el 50,5% si accedió a los servicios de salud; la participación de los más pobres respecto del total de la población rural que reportó enfermedad o accidente es mayor entre los que no acceden, así la población que pertenecen al quintil primero participan con el 18,8% del total de la población rural que tuvo problemas de salud, el segundo quintil participa con 14,5%, seguido de lejos por la población del tercer quintil con 8,7%, 4,8% del cuarto quintil y 2,6% del mayor quintil, es decir se configura una relación de no acceso en función inversa del ingreso.

El acceso a los servicios de salud tiene la misma relación inversa, ¿será que los ricos se enferman menos?. El 20,4% de la población rural enferma o accidentada y que pertenece al primer quintil accedió a los servicios de salud, el 15,9% perteneció al segundo quintil y así sucesivamente va disminuyendo el porcentaje de acceso conforme aumentaba el quintil de ingreso.

CUADRO N° 13

Perú: Acceso y no acceso a los servicios de salud expresados en quintil como porcentajes del total de la población según Área de Residencia y Región Natural e Ingreso. II TRIMESTRE 98

	Accede a los S.S (no Inc. Huesero, Farm., Auto-Rec).		Total
	No Accede	Accede	
Área de Residencia			
Rural			
De menor a ingreso (I)	18.8%	20.4%	39.2%
De menor a ingreso (II)	14.5%	15.9%	30.5%
Intermedio (III)	8.7%	7.9%	16.7%
De mayor ingreso (IV)	4.8%	4.2%	9.0%
De mayor ingreso (V)	2.6%	2.1%	4.7%
Total	49.5%	50.5%	100.0%
Urbano			
De menor a ingreso (I)	2.5%	3.0%	5.6%
De menor a ingreso (II)	7.9%	7.3%	15.3%
Intermedio (III)	11.3%	12.2%	23.5%
De mayor ingreso (IV)	12.6%	13.9%	26.6%
De mayor ingreso (V)	13.5%	15.6%	29.1%
Total	47.9%	52.1%	100.0%
Región Natural			
Resto Costa			
De menor a ingreso (I)	5.8%	4.0%	9.8%
De menor a ingreso (II)	12.9%	10.2%	23.1%
Intermedio (III)	14.0%	10.8%	24.8%
De mayor ingreso (IV)	12.1%	10.0%	22.1%
De mayor ingreso (V)	11.9%	8.4%	20.3%
Total	56.6%	43.4%	100.0%
Sierra			
De menor a ingreso (I)	14.5%	17.0%	31.6%
De menor a ingreso (II)	12.4%	12.2%	24.6%
Intermedio (III)	9.3%	8.9%	18.2%
De mayor ingreso (IV)	7.8%	8.0%	15.8%
De mayor ingreso (V)	4.6%	5.2%	9.8%
Total	48.7%	51.3%	100.0%
Selva			
De menor a ingreso (I)	11.9%	11.9%	23.8%
De menor a ingreso (II)	11.9%	15.6%	27.4%
Intermedio (III)	9.4%	11.3%	20.7%
De mayor ingreso (IV)	7.6%	7.1%	14.8%
De mayor ingreso (V)	7.2%	6.1%	13.3%
Total	48.0%	52.0%	100.0%
Lima Metropolitana			
De menor a ingreso (I)	0.7%	2.2%	2.9%
De menor a ingreso (II)	4.6%	5.7%	10.3%
Intermedio (III)	9.2%	12.6%	21.8%
De mayor ingreso (IV)	11.6%	15.7%	27.3%
De mayor ingreso (V)	15.5%	22.2%	37.6%
Total	41.6%	58.4%	100.0%
Población Total			
De menor a ingreso (I)	8.3%	9.2%	17.5%
De menor a ingreso (II)	10.3%	10.4%	20.7%
Intermedio (III)	10.4%	10.7%	21.1%
De mayor ingreso (IV)	9.8%	10.5%	20.3%
De mayor ingreso (V)	9.6%	10.8%	20.4%
Total	48.5%	51.5%	100.0%

Si se analiza estos resultados en porcentaje del total de la población, encontraremos que la población del primer quintil accede más, el 20,4% del total de la población rural enferma o accidentada accede y el 18,8% no accede. Lo mismo ocurre en el segundo quintil el 15,9% accede y el 14,5% no accede, la población que accedió, aquí también es superior, pero a partir de la población del tercer quintil hacia adelante, el porcentaje de población que no accede es superior a la población que accede, esto estaría indicando que la población con más altos ingresos no realiza en mayor proporción consulta institucional y que podría ser que se este automedicando, repitiendo las recetas anteriores o acuda a la farmacia, lo cual también supondría la presencia de enfermedades no muy complicadas en esta población.

En el área urbana, del total de la población con enfermedad o accidente, el 52,1% de la población accedió a los servicios de salud institucionales, y el 47,9% no accedió, muestra ello que la población urbana tiene un mayor porcentaje de acceso que la población total del país que reportó accidente o enfermedad; el no acceso y el acceso a los servicios de salud mostró en relación a los quintiles de ingreso que existió una relación directa, es decir a mayor ingreso mayor acceso.

En la Sierra el porcentaje de acceso fue superior al de no acceso, así accedió a los servicios de salud 51,3% del total de la población de esta Región Natural, mientras que no accedieron el 48,7%; las poblaciones más numerosas son las de menores ingresos, por tanto el acceso y no acceso están en relación inversa al ingreso.

En la Selva, el porcentaje de acceso fue superior al de no acceso, así accedieron a los servicios de salud el 52,0% del total de la población de esta región, mientras el 48,0% no accedió, ocurre lo mismo que en la Sierra, las proporciones de población con menores ingresos son mayores, entonces acceden y no acceden esa misma relación.

En Lima Metropolitana, se obtiene una mayor participación de acceso a los servicios de salud, así el 58,4% de la población de Lima Metropolitana, accedieron a los servicios de salud, y el 41,6% no accedió. En todos los quintiles el porcentaje de participación en el acceso a los servicios de salud de la población es superior a los que no acceden, aquí estaría influyendo grandemente la mayor información y la accesibilidad temporal o geográfica.

A nivel de la población total que reportó enfermedad o accidente, en la población del quintil I, de menor ingreso, es mayor la participación de la población que accede respecto a la que no accede, así se observa que el acceso a los servicios de salud reflejó el 9,2% del total poblacional, mientras que no accedieron el 8,3%. En general el acceso es superior al no acceso en todos los quintiles de ingreso, pero se nota que existe una

tendencia creciente en el acceso mientras mayor sea el nivel de ingreso, así la población que accedió del primer quintil sólo aporta el 9,2% del total de la población enferma o accidentada, mientras que los de mayor ingreso que accedieron alcanzaron a ser el 10,8 % del total de la población enferma o accidentada.

3.1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES, EDUCATIVAS Y DEMOGRAFICAS

De acuerdo a los resultados de la información se tiene que las proporciones de acceso y no acceso siguen siendo similares, el alto porcentaje de no acceso institucional a los servicios de salud se da en el área rural.

En términos educativos, la población que no accedió a los servicios de salud en el área rural es menor a los que accedieron en los niveles educativos considerados sin nivel educativo, primaria y superior universitaria, mas no así en la población con niveles educativos de secundaria, superior no universitaria y educación especial, los porcentajes de no acceso a los servicios de salud son mayores, así se observó que el 50,5% de la población con educación secundaria no accedió a los servicios de salud, mientras que el 49,5% de esta población accedió, el 55,0% de la población con educación superior no universitaria no accedió y el 45,0% sí accedió a los servicios de salud, el 55,9% de la población con estudios de educación especial no accedió mientras que el 44,1% sí accedió a los servicios de salud.

En la población urbana el porcentaje de acceso es superior en todos los niveles educativos, destacan una mayor diferencia los niveles educativos superior universitario y educación especial, así en la población con nivel universitario 57,1% accedió a los servicios de salud frente al 42,9% que no accedió, en la población con educación especial el 74,2% accedió y el 25,8% no accedió a los servicios de salud.

Si se observa los resultados por regiones naturales, se encuentra que en la Región Natural Resto Costa, el 56,6% de la población que reportó enfermedad o accidente no accedió a los servicios de salud, mientras que el 43,4% de la población si accedió a estos servicios. En esta región es donde existe mayor inequidad en el acceso a los servicios de salud.

En todos los niveles educativos el no acceso es superior al acceso, disminuyendo según se incrementa el nivel educativo, así tenemos que en la población sin nivel educativo que no accedió alcanzó el 59,2% mientras que la proporción que accedió alcanzó el 40,8%, la población con estudios de primaria que no accedió alcanzó el 58,4% mientras que la que no accedió el 41,6%, la población con nivel educativo secundario no accedió en un 54,3% frente al 45,7% que sí accedió a los servicios de salud.

CUADRO N° 14

Población con acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú, expresados como porcentajes por nivel educativo y según Área de Residencia y Región Natural

	Sim. Niv. Ed. Inicial	Primar	Nivel de Educación			Sup. No Univ.	Sup. Univ.	Edu. Especial	Total
			Secundaria	Sup. No Univ.	Sup. Univ.				
Área de Residencia									
Rural									
No Accede	48.2%	49.6%	50.5%	55.0%	45.4%	55.9%	49.5%	49.5%	
Accede	51.8%	50.4%	49.5%	45.0%	54.6%	44.1%	50.5%	50.5%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Urbano									
No Accede	48.5%	48.8%	47.8%	48.6%	42.9%	25.8%	47.8%	47.8%	
Accede	51.5%	51.2%	52.2%	51.4%	57.1%	74.2%	52.2%	52.2%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Región Natural									
Resto Costa									
No Accede	59.2%	58.4%	54.3%	56.8%	51.7%	53.9%	56.6%	56.6%	
Accede	40.8%	41.6%	45.7%	43.2%	48.3%	46.1%	43.4%	43.4%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Sierra									
No Accede	46.5%	48.6%	50.4%	54.1%	42.6%	70.0%	48.5%	48.5%	
Accede	53.5%	51.4%	49.6%	45.9%	57.4%	30.0%	51.5%	51.5%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Selva									
No Accede	48.6%	45.9%	50.5%	64.4%	52.7%	48.2%	48.2%	48.2%	
Accede	51.4%	54.1%	49.5%	35.6%	47.3%	51.8%	51.8%	51.8%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Lima Metropolitana									
No Accede	42.3%	42.9%	41.8%	36.9%	38.6%	28.0%	41.4%	41.4%	
Accede	57.7%	57.1%	58.2%	63.1%	61.4%	72.0%	58.6%	58.6%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Total Población									
No Accede	48.4%	49.2%	48.4%	49.3%	43.1%	33.0%	48.4%	48.4%	
Accede	51.6%	50.8%	51.6%	50.7%	56.9%	67.0%	51.6%	51.6%	
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

En las otras regiones naturales distintas de la Resto Costa, el acceso en términos porcentuales, es mayor al no acceso a los servicios de salud, es decir en las otras regiones naturales la población que reporta enfermedad o accidente tiene un mayor acceso a los servicios de salud respecto de la población que no accede, siendo Lima Metropolitana el que tiene mayor proporción que accede respecto a los que no acceden, el 58,6% de la población que se accidenta o enferma en Lima Metropolitana accedió a los servicios de salud, mientras que el 41,4% del total de la población enferma o accidentada no accedió a los servicios de salud.

En la Sierra, la población que accede es superior a la que no accede, el 51,5% de la población que reportó enfermedad o accidente accede a los servicios de salud mientras que el 48,5% no accede, en términos educativos, las proporciones entre acceso y no acceso fueron cambiando, es mayor la proporción de la población que accede sin nivel educativo, con primaria y superior universitaria, 53,5%, 51,4% y 57,4% respectivamente. Mientras que la población que no accede es mayor en los niveles educativos de secundaria, superior no universitaria y educación especial, con 50,4%, 54,1% y 70% respectivamente. Indicaría que el nivel de educación en la Sierra no influencia de modo directo en el comportamiento de las personas.

En la Selva la población que accede fue mayor en la población sin nivel educativo, con estudios de primaria y educación especial, 51,4%, 54,1% y 100.0% respectivamente, mientras que en la población con secundaria, superior no universitaria y superior universitaria el no acceso fue mayor, 50,5%, 64,4% y 52,7% respectivamente.

En Lima Metropolitana, el porcentaje de acceso (58,6%) de la población es superior al de no acceso (41,4%), así mismo hay una relación directa entre el porcentaje de acceso con el nivel educativo, así cuando es mayor el nivel educativo es mayor el porcentaje de acceso de la población, el 57,4% de la población sin nivel educativo accede a los servicios de salud, este alto porcentaje se explicaría por la cercanía del establecimiento de salud o por la educación de los padres. En los otros niveles educativos la participación de la población que accedió fue de 57,1% (primaria), 58,2% (secundaria), 63,1% (superior no universitaria), 61,4% (universitaria) y 72,0% (educación especial).

A pesar de la cercanía de los establecimientos de salud, en Lima Metropolitana, existen grandes sectores poblacionales que no acceden a los servicios de salud (41,4%), siendo los que menos acceden los de menor nivel de educación, no accedieron a los servicios de salud el 42,3% de la población sin nivel de educación, el 42,9% de los tuvieron primaria y el 41,8% de los que tuvieron secundaria.

En la Sierra, Selva, parece no influir la educación en el acceso a los servicios de salud, pues indiferentemente del nivel de educación, la población accede y no accede a los servicios de salud, ello estaría indicando que existen muchas limitaciones respecto de la salud en el proceso educativo peruano o que existen otros factores distintos de la educación y que no permiten el acceso a los servicios de salud a la población. Mientras que en Lima Metropolitana si hay una clara diferencia que va marcando el porcentaje de acceso de la población, esta diferencia es el nivel educativo.

En términos generales, visto los resultados en forma global de la población según nivel educativo y acceso, se encuentra que en todos los niveles educativos, la población que accede es mayor a la población que no accede, que en los niveles educativos superior universitario y educación especial, hay una marcada diferencia de la población que accede respecto de la que no accede, así el 56,9% de la población universitaria que reportó enfermedad o accidente accedió a los servicios de salud y en la población con educación especial el 67,0% accedió a los servicios de salud.

El Cuadro N° 15, muestra los resultados de la población que reportó enfermedad o accidente y que participan porcentualmente según nivel educativo en el acceso y porcentualmente según nivel educativo en el no acceso a los servicios de salud por Area de Residencia y Región Natural.

En el área rural, la participación de la población con estudios de primaria es la más importante en el acceso (50,2%) y en el no acceso a los servicios de salud (50,6%); en el área urbana la población con nivel de estudios de secundaria es la más importante en el acceso (36,1%) y no acceso a los servicios de salud (36,0%); en general la población por Area de Residencia que accede y no accede a los servicios de salud tienen una estructura porcentual ligada al total por cada nivel educativo.

En los resultados por Región Natural, también se tiene que la participación de cada nivel educativo tanto en el acceso y en no acceso están en función al tamaño de la población por cada nivel educativo, existe una tendencia marcada de ubicar a la población del Resto Costa, Sierra, Selva y Lima Metropolitana en los niveles de primaria y secundaria Destacan las cifras mayores en el acceso y no acceso por Región Natural, el 38,9% de la población que no accedió a los servicios de salud en el Resto Costa tenía estudios de primaria, el 43,7 % de la población que no accedió en la Sierra tenía estudios de primaria, el 52,8% de la población que accedió en la Selva tenía estudios de primaria y el 38,9% de la población de Lima Metropolitana que accedió contaba con estudios secundarios.

El Cuadro N° 16, que toma los totales de la población por Area de Residencia y Región Natural, encontramos que en el área rural el 25,4% del total de esta población, accede a los servicios de salud y tiene estudios primarios, asimismo el 25,0% de la población rural que no accedió a los servicios de salud tenía estudios primarios, entre ambos porcentajes suman 50,4%, es decir un poco más de la mitad de la población que se enferma o accidenta tiene un nivel de estudios primarios en el área rural, seguido de la población sin estudios o sin nivel de estudios, que alcanza el 27,1% de la población rural, que desagregado en términos de acceso alcanzó el 14,0% del total de esta población y la que no accedió el 13,1%.

CUADRO N° 15

Porcentaje de población con acceso y no acceso a los servicios de salud por nivel educativo y según Área Residencia y Región Natural

	Sin Nivel Educativo		Nivel de Educación		Educativo		Total
	Ed. Inicial	Primaria	Secundaria	Sup. No Univ.	Sup. Univ.	Post-sec.	
Área de Residencia	No Accede	26.4%	50.6%	19.6%	2.0%	1.3%	100.0%
	Accede	27.8%	50.2%	18.8%	1.6%	1.5%	100.0%
	Total	27.1%	50.4%	19.2%	1.8%	1.4%	100.0%
Urbano	No Accede	14.5%	33.6%	36.0%	7.7%	8.0%	100.0%
	Accede	14.1%	32.3%	36.1%	7.5%	9.8%	100.0%
	Total	14.3%	33.0%	36.0%	7.6%	8.9%	100.0%
Región Natural							
Resto Costa	No Accede	16.0%	38.9%	33.2%	6.3%	5.6%	100.0%
	Accede	14.4%	36.1%	36.4%	6.3%	6.8%	100.0%
	Total	15.3%	37.7%	34.6%	6.3%	6.1%	100.0%
Sierra	No Accede	22.6%	43.7%	24.4%	5.2%	4.0%	100.0%
	Accede	24.5%	43.5%	22.6%	4.2%	5.1%	100.0%
	Total	23.6%	43.6%	23.5%	4.7%	4.6%	100.0%
Selva	No Accede	22.1%	48.2%	23.5%	4.2%	2.0%	100.0%
	Accede	21.6%	52.8%	21.4%	2.2%	1.7%	100.0%
	Total	21.8%	50.6%	22.4%	3.2%	1.9%	100.0%
Lima Metropolitana	No Accede	14.5%	30.0%	38.9%	6.5%	10.0%	100.0%
	Accede	13.9%	28.2%	38.4%	7.8%	11.3%	100.0%
	Total	14.2%	28.9%	38.6%	7.3%	10.8%	100.0%
Total Población	No Accede	18.8%	39.7%	30.1%	5.7%	5.6%	100.0%
	Accede	18.8%	38.5%	30.2%	5.5%	6.9%	100.0%
	Total	18.8%	39.1%	30.2%	5.6%	6.3%	100.0%

CUADRO N° 16

Acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú, por nivel de educación expresados como porcentaje del total de población, según Área de Residencia y Región Natural

	Sin Niv./ Ed. Inicial		Primar		Secundaria		Sup. No Univ.		Edn Especial		Total
Área de Residencia											
Rural	No Accede	13.1%	25.0%	9.7%	1.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	49.5%	
	Accede	14.0%	25.4%	9.5%	0.8%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	50.5%	
	Total	27.1%	50.4%	19.2%	1.8%	1.4%	0.1%	0.1%	0.1%	100.0%	
Urbano	No Accede	6.9%	16.1%	17.2%	3.7%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	47.8%	
	Accede	7.4%	16.9%	18.8%	3.9%	5.1%	0.1%	0.1%	0.1%	52.2%	
	Total	14.3%	33.0%	36.0%	7.6%	8.9%	0.1%	0.1%	0.1%	100.0%	
Región Natural											
Resto Costa	No Accede	9.1%	22.0%	18.8%	3.6%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	56.6%	
	Accede	6.3%	15.7%	15.8%	2.7%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	43.4%	
	Total	15.3%	37.7%	34.6%	6.3%	6.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
Sierra	No Accede	11.0%	21.2%	11.8%	2.5%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	48.5%	
	Accede	12.6%	22.4%	11.6%	2.1%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	51.5%	
	Total	23.6%	43.6%	23.5%	4.7%	4.6%	0.1%	0.1%	0.1%	100.0%	
Selva	No Accede	10.6%	23.2%	11.3%	2.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	48.2%	
	Accede	11.2%	27.4%	11.1%	1.1%	0.9%	0.1%	0.1%	0.1%	51.8%	
	Total	21.8%	50.6%	22.4%	3.2%	1.9%	0.1%	0.1%	0.1%	100.0%	
Lima Metropolitana	No Accede	6.0%	12.4%	16.1%	2.7%	4.1%	0.1%	0.1%	0.1%	41.4%	
	Accede	8.2%	16.5%	22.5%	4.6%	6.6%	0.2%	0.2%	0.2%	58.6%	
	Total	14.2%	28.9%	38.6%	7.3%	10.8%	0.2%	0.2%	0.2%	100.0%	
Total Población	No Accede	9.1%	19.2%	14.6%	2.7%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	48.4%	
	Accede	9.7%	19.9%	15.6%	2.8%	3.6%	0.1%	0.1%	0.1%	51.6%	
	Total	18.8%	39.1%	30.2%	5.6%	6.3%	0.1%	0.1%	0.1%	100.0%	

En el área urbana, existe una mayor participación de la población en el acceso, que se distribuye principalmente entre la población con estudios de secundaria, primaria y sin nivel, el 18,8%, 16,9% y 7,4% respectivamente del total de la población. No accedieron del total poblacional urbano, el 6,9% que no tenía nivel educativo, el 16,1% que tenía estudios primarios y el 17,2% que tenía estudio secundarios. Porcentajes similares a los del acceso, que muestran la proporción del nivel de estudios de la población en el área urbana, y que comparada con el área rural, tiene muchas diferencias, sobre todo indicaría que la población con nivel educativo secundario es mayor en la parte urbana, y que la población sin nivel educativo es mayor en el área rural.

En cuanto a la Región Natural, sigue destacando la región Resto Costa como la más inequitativa, la mayor parte de la población no accede a los servicios de salud (el 56,6%), la población con estudios de primaria es la que más se enferma o accidenta y que tiene una población mayor de no acceso, el 22,0% del total poblacional de esta región, distante del 15,7% del total poblacional que accede y que tiene estudios primarios, la población con estudios de secundaria que no accedió a los servicios de salud significó el 18,8% del total poblacional del Resto Costa, mientras que la población con estudios de secundaria que accedió a los servicios de salud representó el 15,8%. En todos los niveles educativos el no acceso es superior proporcionalmente al acceso.

En la Sierra, el 22,4% de la población que accede a los servicios de salud tiene estudios primarios, mientras que el 21,2% del total poblacional que no accede tiene estudios primarios, el 12,6% del total de la población, accedió a los servicios de salud y no tiene nivel educativo y el 11,0% del total de la población, no accedió y tampoco tiene nivel educativo.

En la Selva, entre la población sin estudios, con primaria y secundaria, hacen en total el 94,8% de la población que reportó enfermedad o accidente, algo similar ocurre en el Resto Costa y en la Sierra; en la Selva el mayor porcentaje de población se encuentra entre los que más acceden, el 27,4% del total de la población accedió a los servicios de salud y tuvo estudios primarios, el 23,2% del total de la población no accedió a los servicios de salud y también tiene estudios primarios, entre ambos suman el 50,6% de la población, le sigue la población con estudios de secundaria y posteriormente los de sin nivel, con 22,4% y 21,8% del total de la población de esta región.

En Lima Metropolitana la población con estudios de secundaria es la que más reportó enfermedad o accidente, un 38,6% del total poblacional, accedió más la población con estudios de secundaria, 22,5% del total poblacional, un 16,1% que no accedió también tuvo estudios de secundaria. Dentro de la población por región natural, Lima Metropolitana es la región que muestra menores porcentajes del total de la población

que no accede a los servicios de salud y que no tiene nivel de estudios (6,0%), lo mismo ocurre con la población con estudios de primaria que apenas alcanza el 12,4% del total poblacional. Lima Metropolitana es la región que muestra menores niveles de inequidad en el acceso por nivel de educación y en términos generales, a pesar de tener al 41,4% de la población que no accede a los servicios de salud.

En términos totales de la población, el 19,9% del total de la población que reportó enfermedad o accidente, accedió a los servicios de salud y tuvo estudios de primaria, el 15,6% contó estudios de secundaria, el 9,7% no tenía estudios, el 3,6% tuvo estudios superiores universitarios. El 19,2 % del total de la población que reportó enfermedad o accidente, no accedió a los servicios de salud y tenía estudios de primaria, el 14,6% tenía estudios secundarios, el 9,1% no tenía estudios y el 2,7% tuvo estudios superiores no universitarios. Existe una marcada diferencia entre el acceso y no acceso de la población con estudios superiores universitarios, el 3,6% del total de la población y que tenía estudios superiores accedió a los servicios de salud, mientras que el 2,7% no accedió, es decir el comportamiento de la población con estudios universitarios tiene un 25% de diferencia entre la población que accedió y no accedió a los servicios de salud.

El Cuadro N° 17, muestra que según Area de Residencia, la población rural y urbana muestran altos porcentajes de no acceso a los servicios de salud.

Visto por Región Natural, en el Resto Costa es donde la proporción de no acceso es superior, 56,6% frente al 43,4% de la población que sí accedió a los servicios de salud, en las otras regiones naturales, el acceso es mayor al no acceso, en la Sierra alcanzó al 51,3%, en la Selva al 52,0% y en Lima Metropolitana al 58,4% de la población.

En cuanto al acceso y no acceso por Nivel de Urbanización, encontramos que en las Ciudades Capitales el 53,4% de la población accede, mientras que el 46,6% que no accede a los servicios de salud, en las Grandes Ciudades el 51,5% accede y el 48,5% no accede, en Centros Poblados de más de 2000 habitantes, el no acceso es superior, el 54,1% de ésta población no accedió y el 45,9% accedió a los servicios de salud, en los Centros Poblados de 500 a 2000 habitantes, el no acceso alcanza cifras mayores, el 58,3% de la población no accedió y el 41,7% si accedió a los servicios de salud, en el área rural, el acceso (54,6%) fue superior al no acceso (45,4%). Así entonces, encontramos que la población de los Centros Poblados es la que tiene más dificultades para acceder a los servicios de salud.

CUADRO N° 17

Proporción de acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú
según Área de Residencia, Región Natural y Nivel de Urbanización
II TRIMESTRE 98 (en porcentajes)

	Accede a los S.S.		
	No Accede	Accede	Total
Área de Residencia			
Rural	49.5%	50.5%	100.0%
Urbano	47.9%	52.1%	100.0%
Total	48.5%	51.5%	100.0%
Región Natural			
Resto Costa	56.6%	43.4%	100.0%
Sierra	48.7%	51.3%	100.0%
Selva	48.0%	52.0%	100.0%
Lima Metropolitana	41.6%	58.4%	100.0%
Total	48.5%	51.5%	100.0%
Nivel de Urbanización			
Ciudades Capitales	46.6%	53.4%	100.0%
Grandes Ciudades	48.5%	51.5%	100.0%
CCPP de mas de 2000 ha.	54.1%	45.9%	100.0%
CCPP de 500 a 2000	58.3%	41.7%	100.0%
Area Rural	45.4%	54.6%	100.0%
Total	48.5%	51.5%	100.0%

El Cuadro N° 18, muestra la estructura poblacional de acceso y no acceso a los servicios de salud según Área de Residencia, Región Natural y Nivel de Urbanización; en términos de acceso por Área de Residencia el 34,8% de la población correspondió al área rural y el 65,2% perteneció al área urbana.

CUADRO N° 18

Estructura poblacional del acceso y no acceso a los servicios de salud según Área de Residencia, Región Natural y Nivel de Urbanización (en porcentajes)

	Accede a los S.S.		
	No Accede	Accede	Total
Área de Residencia			
Rural	36.3%	34.8%	35.5%
Urbano	63.7%	65.2%	64.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Región Natural			
Resto Costa	27.1%	19.5%	23.2%
Sierra	35.9%	35.5%	35.7%
Selva	13.3%	13.6%	13.5%
Lima Metropolitana	23.7%	31.4%	27.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
Nivel de Urbanización			
Ciudades Capitales	46.3%	49.9%	48.2%
Grandes Ciudades	6.7%	6.7%	6.7%
CCPP de mas de 2000 ha.	10.6%	8.5%	9.5%
CCPP de 500 a 2000	13.6%	9.1%	11.3%
Área Rural	22.7%	25.7%	24.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

En términos de Región Natural, en lo que corresponde al acceso, la Sierra y Lima Metropolitana, participaron con una mayor proporción de población que accede a los servicios de salud, la Sierra con 35,5% y Lima Metropolitana con 31,4% del total de la población que accedió a los servicios de salud. Las regiones cambian cuando se trata de mencionar a las regiones que aportan mayor población en cuanto al no acceso a los servicios de salud, el 35,0% perteneció a la Sierra y el 27,1 perteneció al Resto Costa.

Visto por Nivel de Urbanización, encontramos cómo la población encuentra muchas limitaciones para el acceso a los servicios de salud, pues a pesar de vivir en Ciudades Capitales o en otro tipo de ciudades o Centros Poblados, la proporción de población que

no accede es alta respecto de la proporción del acceso. Así la población que no accede dentro de las Ciudades Capitales alcanza al 46,6% del total de población no accesitaria, los Centros Poblados con más de 500 hasta 2000 habitantes y la población rural alcanzan al 13,6% y 22,7% del total de la población que no accedió a los servicios de salud.

La población que más accede a los servicios de salud es la que se encuentra en las Ciudades Capitales que alcanza a cerca de la mitad de la población con acceso, así el 49,9% del total de la población que accedió a los servicios de salud pertenecieron a esta Ciudades Capitales, luego la población que habita en el área rural en términos de Nivel de Urbanización es la que le continúa en acceso, el 25,7% del total de la población que accedió a los servicios de salud perteneció a este Nivel de Urbanización.

El Cuadro N° 19, muestra los porcentajes de acceso y no acceso a los servicios de salud visto desde una perspectiva de la participación de la población como porcentaje del total de la población por área de residencia, región natural y nivel de urbanización; así según área de residencia, la población rural tuvo un acceso que representa el 17,9% del total de la población que reportó enfermedad o accidente, mientras que la población urbana representó el 33,6%.

Por región natural, la población de la Sierra es la que menos accedió dentro del total poblacional, participó con un 17,4% del total poblacional que reportó enfermedad o accidente, la población de la Sierra también es la que en su mayoría accede a los servicios de salud, representó el 18,3% del total de la población enferma o accidentada, las cifras confirman también que en el Resto Costa la población que no accedió es mayor el 13,1% del total poblacional, mientras que la que accedió es el 10,1% del total de población enferma o accidentada, por otra parte, Lima Metropolitana, confirma que el acceso es mayor al no acceso, accedieron a los servicios de salud el 16,2% del total de la población frente al 11,5% que no accedió.

Por Nivel de Urbanización, la mayor participación porcentual corresponde al acceso a los servicios de salud en las Ciudades Capitales, que alcanzó el 25,7% del total de al población enferma o accidentada. Asimismo en estas Ciudades Capitales se confirma un alto porcentaje de no acceso, el 22,5% del total de la población que no accedió pertenece a estas Ciudades Capitales, el área rural confirma también tener un alto porcentaje de no acceso, el 11,0% del total poblacional, no accedió a los servicios de salud y además vive en el área rural.

CUADRO N° 19

Acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú, expresados como porcentaje del total de la población, según Área de Residencia, Región Natural y Nivel de Urbanización

	Accede a los S.S.		
	No Accede	Accede	Total
Area de Residencia			
Rural	17.6%	17.9%	35.5%
Urbano	30.9%	33.6%	64.5%
Total	48.5%	51.5%	100.0%
Región Natural			
Resto Costa	13.1%	10.1%	23.2%
Sierra	17.4%	18.3%	35.7%
Selva	13.3%	13.6%	13.5%
Lima Metropolitana	11.5%	16.2%	27.7%
Total	48.5%	51.5%	100.0%
Nivel de Urbanización			
Ciudades Capitales	22.5%	25.7%	48.2%
Grandes Ciudades	3.3%	3.5%	6.7%
CCPP de mas de 2000 ha.	5.2%	4.4%	9.5%
CCPP de 500 a 2000	6.6%	4.7%	11.3%
Area Rural	11.0%	13.2%	24.2%
Total	48.5%	51.5%	100.0%

El Cuadro N° 20, muestra según el sexo de la población, el acceso y no acceso a los servicios de salud por área de residencia, región natural y nivel de urbanización. Así, encontramos que el hombre del área rural no accedió en un 49,7% y accedió en un 50,3%, en el área urbana, no accedió el 47,9% y accedió en 52,1%, las mujeres del área rural y urbana tienen similar participación.

En cuanto a la región natural es destacable el no acceso de las mujeres en la región Resto Costa, el 58,1% de las mujeres de esta región no accedió a los servicios de salud, frente a un 41,9% de mujeres que sí accedieron, los hombres también no accedieron en un porcentaje de 54,9% frente a los que sí accedieron que representó un 45,1%. En las demás regiones naturales, Sierra, Selva y Lima Metropolitana encontramos la participación de hombres y mujeres en porcentajes similares para el acceso y no acceso, donde destaca en Lima Metropolitana el mayor acceso de las mujeres 58,6% frente al 41,4% de no acceso, y de hombres, accedieron el 58,2% y no accedieron el 41,8%.

CUADRO N° 20

Participación porcentual del Acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú según sexo y Area de Residencia, Región Natural, y Nivel de Urbanización

		Accede a los S.S (no Inc. Huesero, Farm., Auto-Rec).		Total
		No Accede	Accede	
Sexo				
hombre	Area de Residencia			
	Rural	49.7%	50.3%	100.0%
	Urbano	47.9%	52.1%	100.0%
	Total	48.6%	51.4%	100.0%
mujer	Area de Residencia			
	Rural	49.3%	50.7%	100.0%
	Urbano	47.9%	52.1%	100.0%
	Total	48.4%	51.6%	100.0%
hombre	Región Natural			
	Resto Costa	54.9%	45.1%	100.0%
	Sierra	49.6%	50.4%	100.0%
	Selva	48.9%	51.1%	100.0%
	Lima Metropolitana	41.8%	58.2%	100.0%
	Total	48.6%	51.4%	100.0%
mujer	Región Natural			
	Resto Costa	58.1%	41.9%	100.0%
	Sierra	48.0%	52.0%	100.0%
	Selva	47.2%	52.8%	100.0%
	Lima Metropolitana	41.4%	58.6%	100.0%
	Total	48.4%	51.6%	100.0%
hombre	Nivel de Urbanización			
	Ciudades Capitales	46.7%	53.3%	100.0%
	Grandes Ciudades	48.6%	51.4%	100.0%
	CCPP de mas de 2000 ha.	53.3%	46.7%	100.0%
	CCPP de 500 a 2000	58.6%	41.4%	100.0%
	Area Rural	45.6%	54.4%	100.0%
	Total	48.6%	51.4%	100.0%
mujer	Nivel de Urbanización			
	Ciudades Capitales	46.5%	53.5%	100.0%
	Grandes Ciudades	48.5%	51.5%	100.0%
	CCPP de mas de 2000 ha.	54.8%	45.2%	100.0%
	CCPP de 500 a 2000	58.0%	42.0%	100.0%
	Area Rural	45.1%	54.9%	100.0%
	Total	48.4%	51.6%	100.0%

Por nivel de urbanización la participación de hombres y mujeres en el acceso y no acceso son similares, en las Ciudades Capitales accedieron 53,3% del total de hombres de estas ciudades frente a 46,7% que no accedieron., las mujeres accedieron 53,5% y no accedieron 46,5%.

El Cuadro Nº 21 presenta la estructura poblacional según sexo del acceso y no acceso a los servicios de salud, por área de residencia, región natural y nivel de urbanización; el hombre del área rural no accede en un 36,8% frente a los 63,2% del hombre del área urbana, el acceso también registró porcentajes similares, 35,1% de hombres del área rural accedió y 64,9% de hombres del área urbana accedieron, en las mujeres también se registró similares porcentajes que dan cuenta de las proporciones que existen entre el área rural y el área urbana.

En las regiones naturales, los hombres que en mayor proporción no acceden pertenecen a la Sierra, participan con un 36,4% del total de hombres que no accedieron, le siguen el Resto Costa con 26,1%, Lima Metropolitana con 24,0% y los hombres de la Selva con 13,5%. Los hombres que accedieron a los servicios de salud participan con un 35,0% los de la Sierra, 31,5% los de Lima Metropolitana, 20,2% los del Resto Costa y 13,3% los de la Selva.

Las mujeres que más accedieron a los servicios de salud fueron las de la Sierra con 36,0% del total de mujeres que accedieron, Lima Metropolitana aporta el 31,3%, Resto Costa el 18,9% y la Selva el 13,8%. En términos estructurales, diremos que tanto en el Resto Costa y la Sierra, los hombres y las mujeres tienen una participación porcentual mayor en el no acceso respecto a su participación porcentual en el acceso, mientras que en Lima Metropolitana ocurre lo inverso, los hombres y mujeres participan porcentualmente más en el acceso que en el no acceso.

Asimismo el hombre de las Ciudades Capitales participa en primer lugar en el acceso, 49,4% del total de la población que accedió a los servicios de salud, seguido por los del área rural con 26,1%, luego muy lejos los hombres de los Centros Poblados de 500 a 2000 habitantes con 9,1%, los de los Centros Poblados con más de 2000 habitantes con 8.6%, de las Grandes Ciudades con 6,9%.

Similares porcentajes de participación en la estructura poblacional de acceso por nivel de urbanización se observa en la mujeres, destaca que en las Ciudades Capitales, el no acceso y el acceso es mayor en las mujeres y en el Área Rural el acceso y no acceso es menor en las mujeres.

CUADRO N° 21

Estructura poblacional de Acceso y no acceso a los servicios de salud según sexo por Área de Residencia, Región Natural y Nivel de Urbanización (en porcentajes)

		Accede a los S.S (no Inc. Huesero, Farm., Auto-Rec).		Total
		No Accede	Accede	
Sexo				
hombre	Area de Residencia			
	Rural	36.8%	35.1%	35.9%
	Urbano	63.2%	64.9%	64.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
mujer	Area de Residencia			
	Rural	35.8%	34.6%	35.2%
	Urbano	64.2%	65.4%	64.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
hombre	Región Natural			
	Resto Costa	26.1%	20.2%	23.1%
	Sierra	36.4%	35.0%	35.7%
	Selva	13.5%	13.3%	13.4%
	Lima Metropolitana	24.0%	31.5%	27.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
mujer	Región Natural			
	Resto Costa	27.9%	18.9%	23.3%
	Sierra	35.4%	36.0%	35.7%
	Selva	13.2%	13.8%	13.5%
	Lima Metropolitana	23.6%	31.3%	27.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
hombre	Nivel de Urbanización			
	Ciudades Capitales	45.9%	49.4%	47.7%
	Grandes Ciudades	6.9%	6.9%	6.9%
	CCPP de mas de 2000 ha.	10.4%	8.6%	9.5%
	CCPP de 500 a 2000	13.6%	9.1%	11.3%
	Area Rural	23.2%	26.1%	24.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
mujer	Nivel de Urbanización			
	Ciudades Capitales	46.7%	50.5%	48.7%
	Grandes Ciudades	6.6%	6.6%	6.6%
	CCPP de mas de 2000 ha.	10.9%	8.4%	9.6%
	CCPP de 500 a 2000	13.5%	9.2%	11.3%
	Area Rural	22.3%	25.4%	23.9%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Si observamos ahora la participación de hombres y mujeres como porcentaje del total de la población por área de residencia, región natural y nivel de urbanización (Ver Cuadro N° 22) encontraremos que de la población enferma o accidentada de sexo masculino, el 18,1% accedió a los servicios de salud y es del área rural, el 33,4% accedió y pertenece al área urbana, el 17,9% no accedió y es del área rural, y, el 30,7% no accedió y es del área urbana.

Las mujeres que reportaron enfermedad o accidente en un 17,8% del total de ellas accedieron a los servicios de salud y eran del área rural, 33,8% accedieron y eran del área urbana, el 17,9% no accedieron y eran del área rural, y, el 31,1% no accedió y era del área urbana.

Por región natural, del total de hombres que reportaron enfermedad o accidente, el 18,0% accedió a los servicios de salud y pertenecía a la Sierra, el 16,2% accedió y era de Lima Metropolitana, seguido por el 10,4% que accedió y era del Resto Costa. Las cifras de las mujeres que reportaron enfermedad o accidente son similares a las de los hombres, sólo cabe resaltar que en la región Resto Costa el no acceso es porcentualmente superior al acceso de mujeres, así tenemos que no accedieron a los servicios de salud el 13,5% del total de la población enferma o accidentada y accedió el 9,8%.

Respecto del nivel de urbanización, los hombres de las Ciudades Capitales accedieron en un 25,4% del total de la población hombre que reportó enfermedad o accidente, el 22,6% no accedió y también perteneció a las Ciudades Capitales, le siguen los del Area Rural, que accedieron en un 13,4% del total y no accedieron en un 11,3% del total de la población hombre que reportó enfermedad o accidente. Las mujeres de las Ciudades Capitales accedieron en un 26,0% del total de mujeres enfermas o accidentadas, no accedieron el 22,6%, le siguen en participación las mujeres del Area Rural, accedieron el 13,1% y no accedieron el 10,8% del total de mujeres enfermas o accidentadas.

En cuanto a la edad y su relación con el acceso y no acceso a los servicios de salud, según área de residencia presentamos el Cuadro N° 23, que la población que más accede es la población que tiene una edad entre 15 y 49 años, representando el 19,8% del total de la población rural que reportó enfermedad o accidente, asimismo el 18,7% no accede a los servicios de salud y pertenece a este rango de edad. Le sigue la población que va entre 5 y 14 años de edad, que participan con el 13,1% los que accedieron y 13,0% los que no accedieron como porcentajes del total de la población que reportó enfermedad en el área rural.

CUADRO N° 22

Acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú, expresados como porcentaje porcentaje del total de la población, según Área de Residencia, Región Natural y Nivel de Urbanización

		Accede a los S.S (no Inc. Huesero, Farm., Auto-Rec).		Total
		No Accede	Accede	
Sexo				
hombre	Area de Residencia			
	Rural	17.9%	18.1%	35.9%
	Urbano	30.7%	33.4%	64.1%
	Total	48.6%	51.4%	100.0%
mujer	Area de Residencia			
	Rural	17.3%	17.8%	35.2%
	Urbano	31.1%	33.8%	64.8%
	Total	48.4%	51.6%	100.0%
hombre	Región Natural			
	Resto Costa	12.7%	10.4%	23.1%
	Sierra	17.7%	18.0%	35.7%
	Selva	6.6%	6.9%	13.4%
	Lima Metropolitana	11.6%	16.2%	27.8%
	Total	48.6%	51.4%	100.0%
mujer	Región Natural			
	Resto Costa	13.5%	9.8%	23.3%
	Sierra	17.1%	18.6%	35.7%
	Selva	6.4%	7.1%	13.5%
	Lima Metropolitana	11.4%	16.1%	27.5%
	Total	48.4%	51.6%	100.0%
hombre	Nivel de Urbanización			
	Ciudades Capitales	22.3%	25.4%	47.7%
	Grandes Ciudades	3.4%	3.6%	6.9%
	CCPP de mas de 2000 ha.	5.0%	4.4%	9.5%
	CCPP de 500 a 2000	6.6%	4.7%	11.3%
	Area Rural	11.3%	13.4%	24.7%
	Total	48.6%	51.4%	100.0%
mujer	Nivel de Urbanización			
	Ciudades Capitales	22.6%	26.0%	48.7%
	Grandes Ciudades	3.2%	3.4%	6.6%
	CCPP de mas de 2000 ha.	5.3%	4.3%	9.6%
	CCPP de 500 a 2000	6.6%	4.7%	11.3%
	Area Rural	10.8%	13.1%	23.9%
	Total	48.4%	51.6%	100.0%

En el área urbana, también se presenta la misma característica de agrupar mayor población en el acceso y no acceso a los servicios de salud en la población de 15 a 49 años y entre la población de 5 a 14 años respectivamente, así en el primer rango accedieron el 25,4% y no accedieron el 23,5% del total de la población urbana que reportó enfermedad, y en el segundo rango, accedieron 11,0% y no accedieron el 10,1% del total de la población urbana que reportó enfermedad o accidente.

El Cuadro N° 24, es resultado de examinar las regiones naturales y acceso y no acceso a partir de la edad de la población, ello expresado como estructura de participación en el acceso y no acceso; En el Resto Costa el 49,7% de la población que accedió estuvo en un rango de edad entre 15 y 49 años, en este mismo rango se ubica el mayor porcentaje de la población que no accedió, representa el 46,5% del total de la población que no accede. En la Sierra, Selva y Lima Metropolitana, la estructura porcentual en el acceso y no acceso está también liderada por este rango de población, que va entre los 15 y 49 años, alcanzando porcentajes que van entre 40% y 50% del total del acceso y del total del no acceso por cada región natural.

CUADRO N° 23

Acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú según edad y expresados como porcentaje del total de la población por Área de Residencia

	Accede a los S.S (no Inc. Huesero, Farm., Auto-Rec).		Total
	No Accede	Accede	
Área de Residencia			
Rural			
Menor de 5	9.1%	8.8%	17.8%
De 5 a 14	13.0%	13.1%	26.1%
De 15 a 49	18.7%	19.8%	38.5%
De 50 a 64	4.6%	4.5%	9.1%
De 65 a más	4.1%	4.2%	8.3%
Total	49.5%	50.5%	100.0%
Urbano			
Menor de 5	6.9%	7.2%	14.1%
De 5 a 14	10.1%	11.0%	21.1%
De 15 a 49	23.5%	25.4%	48.9%
De 50 a 64	4.5%	4.9%	9.5%
De 65 a más	2.9%	3.5%	6.4%
Total	47.9%	52.1%	100.0%

CUADRO N° 24

Perú: Estructura porcentual de la Población que accede y no accede a los servicios de salud por edad y según Región Natural. II TRIMESTRE 98
(en porcentajes)

Detalle	Accede a los Servicios de Salud		Total
	No accede	Accede	
Región Natural			
1. Resto Costa			
Menor de 5	13.7	14.4	14
De 5 a 14	21.5	21.3	21.4
De 15 a 49	46.5	49.7	47.9
De 50 a 64	11.3	8.6	10.2
De 65 a más	6.9	5.90	6.4
Total	100	100	100
2. Sierra			
Menor de 5	16.6	15.4	16
De 5 a 14	25.6	25.1	25.3
De 15 a 49	41.1	40.7	40.9
De 50 a 64	9.1	10.5	9.8
De 65 a más	7.7	8.30	8.00
Total	100	100	100
3. Selva			
Menor de 5	19.5	18.8	19.1
De 5 a 14	27	27.2	27.1
De 15 a 49	42.5	42.4	42.4
De 50 a 64	6.8	7.3	7.1
De 65 a más	4.2	4.30	4.20
Total	100	100	100
4. Lima Metropolitana			
Menor de 5	15.3	13.4	14.2
De 5 a 14	18.2	19.4	18.9
De 15 a 49	50.5	49.5	49.9
De 50 a 64	9.0	9.3	9.2
De 65 a más	7.0	8.40	7.80
Total	100	100	100

3.1.3 CARACTERÍSTICAS DE ACCESIBILIDAD.

1. DE ACCESIBILIDAD TEMPORAL

El Cuadro N° 25 examina la accesibilidad temporal, en términos de porcentaje de población que accedió a los servicios de salud y el tiempo que demoró en llegar a la utilización de dichos servicios, para ello hemos asumido tiempos de llegada por intervalos y se encuentra primero por área de residencia, que la población rural que accedió a los servicios de salud llegó en un 68,5% en menos de 30 minutos a los servicios

de salud, el 10,0% se demoró entre 30 minutos a menos de 1 hora, el 10,9% se demoró en llegar de 1 a 2 horas.

En el área urbana, la accesibilidad temporal explica que el 91,4% de la población que accedió a los servicios de salud llegó en menos de 30 minutos, lo cual estaría explicando que los establecimientos de salud en el área urbana están más al alcance de la población, por ello los porcentajes de la población con otros tiempos de llegada disminuye, así la población urbana que llegó entre 30 minutos a una hora, que fue 6,3%, entre 1 a 2 horas fue 1,7% de la población urbana.

Por región natural la accesibilidad temporal es mayoritaria en el rango que comprende un acceso en menos de 30 minutos en todas las regiones, hay mayor accesibilidad en el Resto Costa pues la población que accede a los servicios de salud en un 89,6% lo hace en menos de treinta minutos, en Lima Metropolitana el porcentaje es de 88,1%, en la Sierra 79,3% y en la Selva 79,2%. Asimismo la población que demoró en llegar al establecimiento de salud entre 30 minutos y 1 hora representa para Lima Metropolitana el 9,4% del total de la población que accedió a los servicios de salud, mientras que en el Resto Costa, Sierra y Selva fueron porcentajes de 6,1%, 6,6% y 6,7%. Esta mayor proporción para Lima Metropolitana se puede deber a que el acceso no es necesariamente a un establecimiento de primer nivel, sino que a un establecimiento de mayor nivel de resolución y que implica un traslado largo en el tiempo para acceder.

En la Sierra y en la Selva hubieron mayores tiempos de llegada a los establecimientos de salud, así de 1 a 2 horas y de 2 a 4 horas se demoraron porcentajes altos de población de estas regiones naturales, 6,8% y 4,9% del total de la población de la Sierra llegaron respectivamente en estos rangos de tiempo, mientras que en la Selva los porcentajes fueron de 6,4% y 6,2%.

Por nivel de urbanización, la accesibilidad temporal indica que la población en su mayoría llegó en menos de 30 minutos a los establecimientos de salud, en las Ciudades Capitales la población llegó en este período en un porcentaje de 91% del total de la población de este nivel de urbanización, en las Grandes Ciudades el 94,0%, en los Centros Poblados con más de 2000 habitantes el 92,2%, en los Centros Poblados con más de 500 a 2000 habitantes un 83,7% y en el Area Rural en un 59,8%, en este ultimo nivel de urbanización se registra los mayores tiempos de accesibilidad, así el 12,5% de la población que accedió a los servicios de salud demoró en llegar entre 30 minutos y 1 hora, el 14,2% demoró entre 1 a 2 horas, , el 10,3% de 2 a 4 horas, el 2,0% de 4 a 6 horas y el 1,1% en más de 6 horas.

En términos de ingresos, la población de menor ingreso (que pertenece al primer quintil de ingresos) tiene menor accesibilidad temporal que la población de mayores ingresos, así el 72,1% de la población del primer quintil accedió en menos de 30 minutos a un establecimiento de salud, el 8,4% accedió en un tiempo que iba entre 30 minutos y 1 hora, el 10,2% se demoró entre 1 a 2 horas, el 6,7% llegó entre 2 y 4 horas, el 1,6% se demoró entre 4 y 6 horas y el 0,9% se demoró más de 6 horas en llegar al establecimiento

La población del segundo, tercero, cuarto y quinto quintil de ingreso, accedieron a un establecimiento de salud en un tiempo menor a 30 minutos en porcentajes poblacionales de cada quintil superiores al 83,0%, los del segundo quintil de ingreso tiene también dificultades en llegar a los servicios de salud, sus porcentajes de participación son mayores en los distintos rangos de tiempo que los quintiles tercero, cuarto y quinto.

Las mismas características se observaron en el tiempo de llegada de la población vista por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), así la población en condición de extrema pobreza con dos o más NBI, el 75,3% , llegó en menos de 30 minutos, el 9,1% llegó entre 30 minutos y 1 hora, el 7,0% se demoró en llegar entre 1 a 2 horas, el 5,6% se demoró en llegar 2 a 4 horas, el 2,0% se demoró de 4 a 6 horas y el 0,9% se demoró más de 6 horas en llegar al establecimiento de salud.

El 81,1% de la población con una NBI llegó en menos de treinta minutos, mientras que el 88,2% de la población sin NBI llegó en ese mismo tiempo, siendo la accesibilidad temporal más dura para la población con 1 NBI frente a la que no tiene NBI.

En términos de sexo, tanto hombres como mujeres tiene las mismas facilidades y dificultades en lo que es accesibilidad, ver Cuadro N° 25.

Vista la accesibilidad por los grandes grupos de edad, la población hasta los 64 años llega con facilidad al establecimiento de salud, en un tiempo menor de 30 minutos llega más del 80% de cada grupo poblacional, pero la población de 64 a más edad, el 76,4 llega tan sólo en ese período, se observa también que esta población mayor tarda más en llegar en términos porcentuales y respecto a los otros grandes grupos de edad.

El Cuadro N° 26 muestra la accesibilidad temporal expresada como porcentaje por cada intervalo de tiempo de llegada a los servicios de salud. Por Area de Residencia se constata que la población del área rural participa minoritariamente en la población que accede a los servicios de salud en menos de 30 minutos, el 24,1% del total de la población que accede a los servicios de salud son del área rural, mientras el 75,9% son del área urbana, conforme es mayor el tiempo de llegada la participación porcentual por intervalo de tiempo del área rural va aumentando y la participación de la población va disminuyendo. Así, para el intervalo de tiempo de llegada a los establecimientos de salud de 30 minutos a 1 hora, la participación porcentual de la población rural es de

40,6% frente a un 59,4%, entre 1 hora y 2 horas la población rural fue de 73,1% frente a 26,9% del área urbana, entre 2 y 4 horas, la población del área rural fue de 89,4% frente a 10,6% de la población urbana, y en el intervalo de 4 a 6 horas de tiempo de llegada la población rural representa el 93,1% frente al 6,9% de la población del área urbana.

Desde el punto de vista regional quienes más participaron en acceder en un tiempo menor de treinta minutos a los establecimientos de salud han sido los pobladores de Lima Metropolitana, seguidos por la población de la Sierra, Resto Costa y los de la Selva, participando cada población con porcentajes de 32,4%, 29,5%, 26,5% y 11,6% respectivamente. En el intervalo de 30 minutos a una hora de llegada a los establecimientos de salud, las proporciones y el orden fueron similares, aunque aumentó el porcentaje de Lima Metropolitana a 39,7% y disminuye la población del Resto Costa a 20,8%. Pero cuando el intervalo de tiempo es mayor a una hora, ocurre que los porcentajes de la población de la Sierra y de la Selva se incrementan, así cuando el intervalo es de 1 a 2 horas la participación porcentual de la población de la Sierra fue de 48,5% y de la población de la Selva de 17,8%, cuando es el intervalo de 2 a 4 horas la participación de la población de la Sierra fue de 59,5% y el de la Selva fue de 29,5%. De 4 a 6 horas la participación porcentual de la población de la Sierra fue de 74,6% y de la población de la Selva de 20,4%, cuando el intervalo fue de más de 6 horas la participación porcentual de la población de la Sierra fue de 71,7% y de la población de la Selva de 16,7%.

Los problemas de accesibilidad , temporal que tienen poblaciones en la Sierra y Selva no le son ajenos a la población del Resto Costa en todos los intervalos de tiempo mayores a 1 hora presenta participaciones menores pero importantes cuando se trata del bien salud. Lima Metropolitana misma tiene problemas de accesibilidad cuando el intervalo de tiempo de llegada es de 1 a 2 horas y de 2 a 4 horas, pues participa en cada uno de estos intervalos con 16,2% y 2,5% respectivamente. Cuando el tiempo es mayor de 4 horas Lima Metropolitana ya no tiene problemas de accesibilidad temporal.

Vista la accesibilidad temporal por el Nivel de urbanización los porcentajes de participación por intervalo de tiempo son distintos, así mientras el tiempo de llegada es mayor el grado de participación de la población de las Ciudades Capitales es menor, cosa contraria ocurre con el área rural y los Centros Poblados de 500 a 2000 habitantes, que cuando mayor es el tiempo de llegada su participación porcentual para cada intervalo se incrementa.

En el intervalo de tiempo menor de 30 minutos, participan las Ciudades Capitales con 57,3% del total de la población que acudieron a los establecimientos de salud en este período, muy lejos luego en participación porcentual le sigue el área rural con 13,4% del total, luego la población de los Centros Poblados con más de 2000 habitantes con 11,1%, seguido de los Centros Poblados con 500 a 2000 habitantes con 10,8%, y de las Grandes Ciudades con 7,4%. Conforme pasa el tiempo la participación porcentual por cada intervalo de tiempo de la población las Ciudades Capitales va disminuyendo, 50,8% cuando es de 30 minutos a 1 hora, 20,1% de 1 a 2 horas, 4,2% de 2 a 4 horas, 0,6% de 4 a

6 horas y 12,6% cuando es de más de 6 horas, esta información última requiere de cuidado puesto que en las Ciudades Capitales existen establecimientos de salud de distinto nivel de atención, y la llegada a estos en períodos largos estaría contemplando desde el tiempo en que la persona está enferma o accidentada y no sólo el traslado o el tiempo de llegada.

Lo que si es cierto es que cuando el intervalo de tiempo es mayor, el porcentaje de participación de la población del área rural aumenta fuertemente, cuando el intervalo es de 30 minutos a 1 hora el porcentaje es de participación es de 32,1%, 60,8% cuando es de 1 a 2 horas, 75,4% cuando es de 2 a 4 horas, 65,3% cuando es de 4 a 6 horas y 52,3% cuando es de más de 6 horas el intervalo de llegada a un establecimiento de salud.

Los de mayor ingreso de la población llegan a un establecimiento de salud en menos de 30 minutos en un 24,7% del total de la población de este intervalo, entre 30 minutos y 1 hora el 26,4%, entre 1 y 2 horas 16,5% y así conforme va siendo mayor el intervalo de tiempo de llegada el porcentaje de participación de esta población va disminuyendo. Cosa contraria sucede con la población de menores ingresos, cuando el tiempo de llegada es menor de 30, minutos, participa con 12,1%, si el tiempo de llegada es de 30 minutos a 1 hora, participan con el 16,2%, cuando el tiempo de llegada es de 1 a 2 horas participan con el 32,8%, es decir va aumentando su participación conforme el tiempo de llegada es mayor.

La accesibilidad temporal vista desde la población con NBI, confirma también las tendencias que observamos con la población vista por ingresos, así la población con más de 2 NBIs a mayor intervalo de tiempo de llegada, su participación por cada intervalo es mayor y caso contrario ocurre con la población sin NBI, sólo esta relación no se cumple por el intervalo de llegada mayor a 6 horas, que tendría las limitaciones antes mencionadas.

Por sexo la accesibilidad temporal nos indica que en general las mujeres llegan con más prontitud a los establecimientos de salud, aunque las diferencias son muy pequeñas. En términos de grandes grupos de edad, , la población de 15 a 49 es la que participa mayoritariamente en todos los intervalos de tiempo de llegada, , le siguen la población de 5 a 14 años y los niños respectivamente.

El Cuadro Nº 27 muestra en términos porcentuales la participación de la población respecto de los totales por Area de Residencia, Región Natural, Nivel de Urbanización, Ingresos, Pobreza según NBI, Sexo y Grandes Grupos de edad. Por área de residencia la población urbana accedió a un establecimiento de salud en menos de 30 minutos un 64,2% del total de la población, le sigue la población urbana con el mismo tiempo de llegada con un 20,4%, luego los promedios respecto del total de la población para el área

rural van disminuyendo pero lentamente, y se va haciendo superior a la población del área urbana a partir del intervalo de tiempo de llegada de 1 a 2 horas. Reflejando en sí, los problemas de accesibilidad se presenta en mayor proporción en el área rural.

Por región natural, la participación de Lima Metropolitana es evidente como la que más aporta en los menores tiempo de llegada, incluso en los tiempos de 2 a 4 horas y los posteriores, indicarían que no tienen problemas de accesibilidad temporal, los problemas principales se observan en la Sierra y en la Selva, sobre todo en la Sierra que los establecimientos de salud en términos de tiempo están para esta población con dificultades de accesibilidad.

Vistos los porcentajes de participación de la población por nivel de urbanización respecto del total de población que accedió a los servicios de salud en el Perú, el 48,5% de la población accedió a los servicios de salud en menos de 30 minutos y pertenece a las Ciudades Capitales; le sigue en participación respecto del total de la población que acudió a los establecimientos de salud la población del Area Rural (11,3%) que llega antes de 30 minutos, en este mismo tiempo llega la población de los Centros Poblados de más de 2000 habitantes con 9,4%, luego también en ese mismo tiempo llega la población de los Centros Poblados con 500 a 2000 habitantes.

Respecto de los ingresos y accesibilidad temporal, el tiempo de llegada menor de 30 minutos acoge a la mayor cantidad de la población que distribuida por quintil de ingreso participa en relación directa con sus ingresos, la del menor quintil participa con el 10,2% del total de la población que accedió a los servicios de salud, de menor ingreso II (segundo quintil) 15,4%, tercer quintil 18,5%, el cuarto quintil 19,5% y el último quintil 20,9%. En el segundo intervalo de tiempo de llegada, de 30 minutos a 1 hora, los porcentajes de participación sobre el total de la población siguen la misma tendencia, los de menor ingreso participan menos (1,2%) y los de mayor ingreso participan más (1,9%), en el tercer, cuarto y quinto intervalo de tiempo de llegada el orden es inverso, participan más los de menores ingresos y participan menos los de mayores ingresos; todo ello estaría indicando que son los de menores ingresos que tienen más limitaciones de accesibilidad temporal, estando la accesibilidad temporal por tanto en relación directa del ingreso.

Cuando analizamos la accesibilidad temporal por el lado de la pobreza según NBI, esta tiene características similares a lo sucedido con la población visto por el lado del ingreso, en el intervalo de llegada menor de 30 minutos, la población sin NBI es el 52,8% del total de la población que acudieron a los establecimientos de salud, le sigue la población con 1 NBI, 21,7%, y finalmente la población con 2 ó más NBI con 10,1%, en el segundo y tercer intervalo están distribuidos en el mismo orden de participación, aunque los porcentajes son mucho menores, en el cuarto y quinto intervalo, la relación

es inversa, participan más los que tienen 2 ó más NBI, seguido por los que tienen 1 NBI y finalmente los que no tienen NBIs. Es decir la distribución porcentual de la población que acudieron a los establecimientos de salud tienen más participación los no pobres y tienen más dificultades los de pobreza extrema.

En términos de sexo, la participación de las mujeres en el tiempo de llegada a los establecimientos de salud, en todos los intervalos es mayor que los hombres, ello estaría significando solamente que las mujeres se enferman o tienen mayores accidentes que los hombres, por otra parte en lo que se refiere a los grandes grupos de edad, la población que más accede y en menor tiempo es la población que tiene una edad que fluctúa entre 15 y 49 años.

Finalmente, la población en un 84,6% del total de población que accedió a los servicios de salud llega al establecimiento de salud en menos de 30 minutos, 7,4% lo hace en 30 minutos a 1 hora, 4,4% en 1 a 2 horas, 2,6% entre 2 y 4 horas, 0,6% entre 4 y 6 horas, y 0,4% de la población se demora en llegar al establecimiento de salud más de 6 horas. Ello estaría indicando que hay sectores poblacionales que tienen fácil accesibilidad temporal y otros tienen muchas dificultades para llegar a los establecimientos de salud.

2. DE ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA

El Cuadro N° 28, muestra los resultados de accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud medido vía el medio de transporte empleado, estos resultados nos indican que en el área rural como en el área urbana la población acudieron a los establecimientos de salud lo hace a pie, el 60,5% de la población rural y 47,8% de la población urbana; el transporte público también es importante en ambas áreas, 22,0% del área rural lo hace por este medio y el 29,8% de la población urbana.

Visto este tipo de accesibilidad por región natural, en todas las regiones el medio mayoritario es a pie y el transporte público, en la Sierra, la población que acudió a los establecimientos de salud lo hizo a pie el 61,3%, en el Resto Costa 49,7%, Selva 49,3% y Lima Metropolitana 44,4%. El transporte público también es muy utilizado, resalta en Lima Metropolitana la población que acudieron a los establecimientos de salud lo hace vía transporte público en 38,4%.

Por nivel de urbanización encontramos también que la población acudieron principalmente a pie a los establecimientos de salud, la población de los Centros poblados de 500 a 2000 es donde es mayor el porcentaje de población que acudió a los establecimientos de salud a pie (el 68,9% del total de estos Centros Poblados) en las Ciudades Capitales, el porcentaje de participación es menor, el 44,5% del total de esta población que habita en estas ciudades acudieron a pie a los establecimientos de salud. El otro medio más utilizado es el transporte público, el mayor porcentaje se observa en las Ciudades Capitales donde el 32,9% acudió a los establecimientos de salud utilizando el transporte público, es importante también la utilización de taxis en las Ciudades Capitales, pues el 8,0 % de la población que acudió a los establecimientos de salud lo hizo por este medio.

La población de menor ingreso en el país que acudió a los establecimientos de salud en un 68,2% lo hizo a pie, un 13,7% lo realizó por transporte público y el 1,2% en taxi, aquí resaltamos también que en este estrato poblacional el 9,0% se atiende en su domicilio; la población de mayores ingresos acudió a los establecimientos de salud a pie en un 35,9% de esta población, 34,3% lo hizo en transporte público, 10,0% en taxi y 7,9% en vehículo propio, en su domicilio se atendieron el 3,8%..

La población con 2 o más NBI llegó a los establecimientos de salud a pie en un 60,1%, 21,0% lo hizo utilizando transporte público y 1,8% en taxi, 3,2% en mototaxi y el 7,2% se atendió en su domicilio; la población sin NBIs llegó a pie a los establecimientos de salud en un 46,6%, el 31,1% en transporte público y 7,1% en taxi.

Por sexo, la accesibilidad por medio de transporte está en función a totales generales de la población, es decir el sexo no tiene relación con el medio de transporte en que se trasladan hacia los establecimientos de salud.

Cuando la llegada al establecimiento de salud es a pie, en la población de 5 a 14 años el porcentaje es de 58,2% del total de población en ese rango de edad que acudieron a los servicios de salud, el 33,1% de la población de 65 años a más también acudieron a pie a los establecimientos de salud, el 40,7% de la población mayor de 65 años llega a los establecimientos de salud mediante el transporte público y el 10,7% acudieron en taxi.

En el Cuadro N° 29, encontramos que del total de la población que llega a pie a un establecimiento de salud, en un 35% proviene del área rural, mientras que el 65% es población predominantemente urbana; del total de la población que acudieron a los establecimientos de salud vía transporte urbano, el 23,9% es población rural y el 76,1% es población urbana.

El 45,9% de la población que acudió a pie a los establecimientos de salud vive en las Ciudades Capitales, el 20,4% es del área rural, 14,5% de los Centros Poblados de 500 a 2000 habitantes. El 63,8% que fue a los establecimientos de salud vía transporte público vive en centros urbanos y el 16,0% vivía en el áreas rurales. El 81,9% de la población que llegó en taxi a los establecimientos de salud vivía en las Ciudades Capitales.

De la población que acudió a pie a los establecimientos de salud visto por sus ingresos, encontramos que el menor porcentaje de participación lo tiene la población del quintil mayor, pues participa con el 16,7% del total de esta población que llegó a pie, le sigue la población de más bajos ingreso con 18,8%. De los que llegan en transporte público los de mayores ingresos participan con el 30,0% del total de esta población, disminuyendo el porcentaje conforme baja el nivel de ingresos, así el de mas bajo ingreso participó con apenas el 7,1% del total de esta población que llegó en transporte público.

Según las NBI, la accesibilidad a pie en términos de participación es mayor cuando la población no tiene NBIs (54,0%), bajó cuando sólo tiene una NBI a 30,4% y es mucho menor cuando la población tenía 2 o más NBI: 15,6% del total de la población que arriba a pie; cuando la accesibilidad es por transporte público y por taxi, las cifras se hacen regresivas.

El tipo de transporte utilizado por sexo está más en función a la estructura de participación de los hombres y mujeres en el acceso, sólo se destaca un cambio en el acceso vía bicicleta en el que el porcentaje de participación del hombre aumenta a 75,3% frente a un 24,7%.

La participación de la población por grandes grupos de edad en la accesibilidad por tipo de transporte utilizado, indiferentemente del tipo de transporte utilizado, está influenciada por la estructura de edad de la población que accede a los servicios de salud en el Perú.

El Cuadro N° 30, confirma a través de los porcentajes expresados como parte del total de la población que acudió a los establecimientos de salud utilizando diversas vía, que el 51,6% de la población llega a los establecimientos de salud a pie, el 27,5% arriba en transporte público, el 5,2% en taxi, el 0,7% en bicicleta 5,0% en mototaxi, 2,6% en vehículo propio y que se atienden en su domicilio el 4,7%. Asimismo que la población que mayoritariamente accede a los servicios de salud es aquella que llega a pie y es urbana (33,6%), el 20,9% lo hace en transporte público y es urbana, el 18,1% que acudieron a los establecimientos de salud lo hace a pie y es del área rural.

Del total de la población que accedió a los servicios de salud en el Perú, visto por región natural, encontramos que el 19,3% llega a pie y es de la Sierra, el 13,8% también llega a pie y es de Lima Metropolitana, el 12,5% llega a pie y es del Resto Costa, el 12,0% llega en transporte público y ello ocurre en Lima Metropolitana.

Del total de la población que accede a los servicios de salud visto por el lado de nivel de urbanización, encontramos que el 23,7% llega a pie y es de las Ciudades Capitales, el 10,6% también llega a pie y es del Area Rural, el 17,5% llegó en transporte público y vive en las Ciudades Capitales.

El 11,6% de la población que accedió a los servicios de salud llegó a pie y pertenecía al segundo quintil, el 11,1% llegó a pie y tenía un ingreso intermedio, cuando vemos el transporte público utilizado para llegar a los establecimientos de salud, encontramos una relación directa con los quintiles de ingreso, a mayor quintil mayor uso del transporte público para llegar a los establecimientos de salud, lo mismo ocurre con el taxi.

Cuando se observa la vía de acceso utilizado las NBIs, encontramos igualmente que la llegada a pie y transporte público constituyen las formas mas relevantes en cuanto a la accesibilidad, destacando que las poblaciones que se caracterizaron por no tener ninguna NBI, son los que mas accedieron a los servicios de salud.

3.1.4 RAZONES DEL NO ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

De acuerdo con los resultados de la encuesta de ENAHO, se determinó las razones y condicionantes por los cuales no accedieron a los establecimientos de Salud, lo cuales se sintetizan en el cuadro N° 31. Un 44,2% prefiere los métodos caseros a atenderse profesionalmente, el 22,3% manifestó no tener dinero para acudir a los establecimientos de salud y el 20,0% senaló que no fue necesario acudir a un servicio de salud.

Cuadro N° 31

**PERU : Razones por las cuales la población
no accedió a los servicios de salud**

Casos	población	porcentaje
No hay consulta, no hay medicina	15746	0,5
Falta de atencion	17799	0,6
No tuvo dinero	690936	22,3
No existe servicio de salud	127077	4,1
No le tratan bien	22097	0,7
No hay pers. Calif.	36544	1,2
No fue necesario	680584	22,0
No confia en la medicina	56574	1,8
Prefiere los metodos caseros	1370294	44,2
Prefire los curanderos	3228	0,1
Otra razon	77600	2,5
Total de Respuestas:	3098538	100,0

La población que reportó enfermedad o accidente en el país en el segundo trimestre de 1998, además de haber visto las características de su composición en el acceso y no acceso, también fue consultada las razones por las que no accedieron a los servicios de salud. Al hacer un examen de las respuestas se tiene los siguientes resultados, los cuales se sintetizan en el cuadro N° 32 en el que se identifica que el 52,3% de la población que manifestó como razón de no acceso a los servicios de salud la ausencia de consulta y medicinas, era del área rural, mientras que el 47,7% era del área urbana; el 82,9% de los manifestaron que había falta de atención eran del área rural, 17,1% eran de la urbe; el 53,7% de la población que manifestó como razón de no acceso la falta de dinero para acceder a los establecimientos de salud pertenecía al área rural, 46,3% era del área urbana.

El 91,1% de la población que manifestó como razón de no acceder a los servicios de salud la no existencia de servicios de salud era del área rural, el 8,9% era población urbana; asimismo la población rural es mayor en las razones de la no existencia de personal calificado (86,4%), prefiere los métodos caseros (64,0%) y

prefiere los curanderos (95,3); mientras que la población urbana es mayoritaria en las razones esgrimidas: no le tratan bien (57,9%), no fue necesario (73,1%), no confía en la medicina (53,0%).

De acuerdo a la regiones naturales de nuestro país, por ejemplo en la sierra, del total de cada una de las razones que esgrime la población para el no acceso a los servicios de salud, se encuentra esencialmente los que indicaron que no había medicina, los que manifestaron falta de atención y que carecían de dinero suficiente para atenderse de sus dolencias, que no había personal calificado.

En el referido cuadro se visualiza de manera ilustrativa por cada una de las razones el porcentaje de pobladores que no acceden a los servicios según sea regiones naturales, género y edad.

En términos de sexo y visto desde el lado de las razones por los que la población señala su no asistencia a los servicios de salud, en general los porcentajes dentro del total de cada razón varían muy poco de la media (50,0%), pero es resaltar que del total de población que indicó como razón que no tenía dinero, el 59,8% era mujer, del total de los pobladores que indicaron que no había personal calificado, el 62,3% eran mujeres, el 54,3% de los prefieren los métodos caseros y el 93,8% de los que prefieren a los curanderos eran mujeres.

En términos de edad, las razones de no acceso se concentran en mayor porcentaje por cada razón en la población de 15 a 49 años.

La población que no accedió a los servicios de salud en el Perú, indicó razones que al examinarse por las características educativas de la población, y mostradas en el Cuadro N° 33, encontramos que el 45,2% de los indicaron que no había consulta o medicina, el 31,1% de los manifestaron que faltó atención, el 53,1% de la población que respondió que no tenía dinero, el 54,7% de los que manifestaron que no existía servicios de salud, el 62,1% de los indicaron que no les tratan bien, el 62,2% de los que manifestaron que no había personal calificado, el 33,6% de los señalaron que no fue necesario, el 33,1% de los que no confían en la medicina, el 47,3% de los que prefirieron los métodos caseros y el 69,0% de los que prefirieron a los curanderos era población que tenía nivel educativo de primaria. Participación importante en estas razones de no acceso también tiene la población sin nivel educativo y la población con nivel secundario, notándose la baja participación en cada una de las razones de la población con mayor nivel educativo.

Visto desde la población según las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y su relación de razones de no acceso, encontramos que el 44,7% de los señalaron que no había consulta o medicina, el 54,6% de los manifestaron que no les tratan bien, el 62,3% de los indicaron que no fue necesario, el 55,1% de los no confían en las medicinas, el 46,6% de los que prefieren a los curanderos y esgrimieron otra razón fueron pobladores que no tenían ninguna NBI.

Por el lado del ingreso, encontramos que el 43,3% de los señalaron falta de atención, 35,2% de los que no tuvieron dinero, el 61,5 de los que manifestaron falta de servicios de salud, el 32,6% de los que prefieren los métodos caseros eran pobladores de menor ingreso, es decir pertenecían al primer quintil de ingreso.

Por el lado del ingreso encontramos también que las razones que indican: que no tuvieron dinero, no existencia de servicios de salud y preferencia de métodos caseros estuvieron en relación inversa con los quintiles de ingreso, es decir a menor ingreso mayor participación de la población con estas razones, y a mayor ingreso menor participación de la población en estas razones. Por último, la población ocupada es la que en su mayoría abrumadora indica razones para su no acceso.

CUADRO Nº 33

Perú Estructura porcentual de las razones por las que la población enferma o accidentada no accede a los Servicios de Salud, según nivel de Educación, Condición de Pobreza, Ingreso, Condición de Ocupación 1998 - II TRIM (en porcentajes)

Evidente	No hay consulta No Medicina	Falta de Atención	Alto Costo	b. base de Salud	No se bien	No hay Califica	No se Necesario	No la	Referidos Casos	Referidos Casos	Referidos Casos	Cinco
Nivel de Educación												
Sin nivel/Ed Inicial	11	31.3	24.9	28.9	15.5	20.5	11.3	28.3	25.7	31	10.9	
Primaria	45.2	29.4	51.3	54.7	62.1	62.2	33.6	31.1	47.3	68	36	
Secundaria	34.9	26.5	19.8	14.3	12.8	13.6	41.7	25.1	21.5	0	36.6	
Superior No Universitario	0	5.5	3.3	1.3	4.6	0	5.5	9.2	3	0	6.9	
Superior Universitario	8.9	7.2	0.4	0.8	5.1	3.8	7.9	6.3	2.3	0	10.5	
Educación Especial	0	0	0.3	0	0	0	0	0	0.2	0	0	
Todal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1. 2 ó más NE's	11.6	31.1	25.4	43.3	22.3	28.6	15.1	10.8	24.9	27.1	9.8	
2. 1 NE	43.7	37.5	41.5	33.4	23.1	54.6	22.6	34.1	38.8	26.3	32.8	
3. Ningún NE	44.7	31.3	33.0	23.4	54.6	16.8	62.3	55.1	36.3	46.6	57.6	
Todal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
De menor ingreso (I)	11.9	43.3	35.2	61.5	21.3	31.9	15.7	10	32.6	27.1	13.8	
De menor ingreso (II)	29.9	15	26.9	23.5	29.9	33.0	17.0	23.9	31.0	23.0	19.6	
Intermedio (III)	34.1	13.2	22.7	7.6	5.0	12.0	24.1	26.5	18.3	49.9	25.7	
De mayor ingreso (IV)	20.7	22.9	10.3	4.9	37.0	10.1	22.2	20.4	10.7	0.0	22.2	
De mayor ingreso (V)	3.4	5.5	4.9	2.4	6.8	1.3	2.1	19.3	7.4	0	18.7	
Todal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ocupado	100	81.5	84.8	90.8	73.1	97.5	65.9	88.4	88.6	100	79.4	
Desocupado	0	0	2.5	0.0	4.6	0.0	1.8	0.0	1.2	0.0	1.3	
Inactivo	0	18.5	12.7	9.2	22.3	2.5	12.3	11.6	9.1	0.0	19.3	
Todal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

3.1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION QUE NO ACCEDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

En el segundo trimestre de 1998, 3,545,351 (26,7% de la población que reportó enfermedad o accidente) no acudió a la oferta institucional de los servicios de salud en el Perú, pero se autorecetó, repitió la receta anterior o acudió a la farmacia o botica.

Vamos a examinar ahora, las características de esta población y de aquella que acudió al curandero o comadrona o que simplemente no buscó atención.

El Cuadro N° 34, muestra que de la población que acudieron a la farmacia o botica, el 35,0% es población rural y el 65% es población urbana, la autoreceta es más frecuente en el área urbana (58,2% del total de los que se autorecetan) frente a los 41,8% de la población rural. En cambio el 52,4% del total de la población que acudieron al huesero o comadrona es población rural frente a 47,6% del área urbana; en cambio quienes mayoritariamente no buscan atención institucional o no institucional son los área urbana 67,4% frente al 32,6% del área rural.

Quienes más frecuentemente van a atenderse y consultar en la farmacia o botica fue la población de Lima Metropolitana (30,4% del total que acudieron a la farmacia o botica), seguido por la población del Resto Costa (29,8%), de la Sierra (29,4%) y la Selva (10,4%). Se autorecetan más en la Sierra (39,5% del total que se autoreceta), seguido de la población de Lima Metropolitana (18,2%); quienes más acudieron al huesero o comadrona fueron los pobladores del Resto Costa y en la Sierra, participando con el 38,1% y 37,4% del total de esta población respectivamente. En el Resto Costa también hay mayor población que no buscó atención 46,2% del total de la población que tuvo este comportamiento.

Es en las Ciudades Capitales donde la población más acudieron a las farmacias o boticas, se autorecetan acudieron al huesero o comadrona y no buscan atención, participando en cada una de esta clasificación respecto del total de cada una con 52,3%, 42,3%, 34,6% y 46,2% respectivamente.

Las mujeres acudieron a las farmacias y boticas más que los hombres (representaron el 52,2% de esta población con este comportamiento), lo mismo sucede con la autoreceta, e igualmente son las mujeres las que por lo general no buscan atención médica (53,1%); mientras que los hombres fueron los que más acudieron al huesero (52,9% del total de esta población).

En términos de edad, la población que fluctúa entre 15 y 49 años es la que más participa en estas características de comportamiento, seguido de la población de 5 a 14 años.

CUADRO N° 34

Perú: Estructura porcentual de la población que no accedió a los servicios, pero que tuvo atención no institucional según tipo de atención y en relación a Área de Residencia, Región Natural, Nivel de Urbanización, Sexo, Edad, Nivel de Educación, Condición de Pobreza, Ingresos y Condición de ocupación.

Detalle	Se atendieron			
	Farmacia o Botica	Autoreceto	Huesero	No busco atención
Area de Residencia				
Rural	35.0	41.8	52.4	32.6
Urbano	65	58.2	47.6	67.4
Total	100	100	100	100
Región Natural				
Resto Costa	29.8	17.80	38.10	31.4
Sierra	29.4	39.50	37.40	37
Selva	10.4	18.20	14.60	11.6
Lima Metropolitana	30.4	24.50	9.80	20.1
Total	100	100	100	100
Nivel de Urbanización				
Ciudades Capitales	52.3	42.3	34.6	46.2
Grandes Ciudades	5.3	6.5	3.3	7.8
CCPP de más de 2000 ha.	7.3	9.4	9.8	13.4
CCPP de 500 a 2000	12.3	15.4	19.8	12.8
Area Rural	22.7	26.4	32.5	19.8
Total	100	100	100	100
Sexo				
Hombre	47.8	47.7	52.9	46.9
Mujer	52.2	52.3	47.1	53.1
Total	100	100	100	100
Edad				
1. menor de 5	15.9	16.5	15.5	15.5
2. De 15 a 14	22.1	23.4	17.6	22.9
3. de 15 a 49	45.8	43.6	52.2	45.2
4. de 50 a 64	9.3	9.4	7.4	9.3
5. de 65 a más	6.9	7.1	7.3	7.1
Total	100	100	100	100
Nivel de Educación				
Sin nivel/ Ed. Inicial	18.5	20.2	17	18
Primaria	39.3	40.5	40.6	39.3
Secundaria	30.9	28.2	32	31
Superior No Universitario	5.0	5.7	6.5	6
Superior Universitario	6.0	5.4	3.9	5.6
Educación Especial	0.2	0	0	0
Total	100	100	100	100
Condición de Pobreza				
1. 2 ó más NBI's	14.9	18.5	16.1	15.0
2. 1 NBI	28.8	31.5	31.7	28.1
3. Ningún NBI	56.3	50.0	52.2	56.9
Total	100	100	100	100
Ingresos				
De menor ingreso (I)	16.5	20.4	28.2	15
De menor ingreso (II)	20.4	21.4	17.3	21.7
Intermedio (III)	22.2	19.8	23.3	22.0
De mayor ingreso (IV)	21	18.4	15.8	21.3
De mayor ingreso (V)	19.9	20.1	15.4	20
Total	100	100	100	100
Condición de ocupación				
Ocupado	81.8	84.9	88.6	83.9
Desocupado	2.7	1.5	0.4	2.0
Inactivo	15.5	13.6	11.0	14.1
Total	100	100	100	100

La población con educación primaria la que tiene un porcentaje de participación alrededor de los 40% en cada una de las características de comportamiento, y a partir de este nivel de educación se nota que cuando más el nivel de instrucción es menor el porcentaje de participación en estos comportamientos.

Respecto de la condición de pobreza a partir de las NBIs, encontramos que cuando es mayor el número de NBIs en la población menor es la participación en estos tipo de comportamientos analizados, resalta entonces que la población sin NBI, fue el 56,3% de los que acudieron a la farmacia o botica, el 50,0% de los que se autorecetan, el 52,2% de los que acudieron al huesero o comadrona y el 56,9 % de los que no buscan atención.

La población de menores ingresos es la que menos acudió a la farmacia o botica (16,5% del total de la población con este comportamiento), y la que menos buscó atención (15,0% del total de esta población), pero es la que más acudieron al huesero o comadrona (28,2% de esta población con este comportamiento). Por otra parte en los otros estratos poblacionales vistos por quintiles de ingreso el hecho que acudan a la farmacia o botica y se autorecetan es un comportamiento parejo (alrededor del 20% de la población por cada quintil).

Asimismo los ocupados son los que son mayoría en cada uno de los comportamientos analizados, así tenemos que fueron el 81,8% de los que acudieron a las farmacias o boticas, el 84,9% de los que se autorecetan, el 88,6% de los que acudieron al huesero o comadrona y el 83,9% de los que no buscaron atención.

3.1.6 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION QUE ACCEDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

En relación a las características de la población que accedió a los servicios de salud, el Cuadro N° 35 nos muestra que el 64,3% de la población que accedió a los servicios de salud del Ministerio de Salud (MINSA) en 1998 fue urbana, el 35,7% fue rural, en tanto que los que accedieron al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) de ese entonces, (ahora EsSalud) el 36,4% fue rural y el 63,6% fue urbana. Los mismo porcentajes son los que corresponden al acceso del sector privado de servicios de salud, mientras en los establecimientos de las Fuerzas Armadas y Policiales, quienes más acudieron fueron los pobladores de la urbe con 70,3% del total de la población que accedió a estos establecimientos, frente a un 29,7% de la población rural.

Desde la perspectiva regional, quienes más accedieron al MINSA fueron los pobladores de la Sierra con 36,1% del total de los accedieron a estos establecimientos, seguido por los de Lima Metropolitana con 30,2%, Resto Costa 20,1% y la Selva con 13,7%. Al Seguro Social también accedieron mayoritariamente los de la Sierra, 36,8%, seguidos por los de Lima Metropolitana (27,0%), en el sector privado estos porcentajes y en estas regiones naturales se repiten, mientras que en el sector de las Fuerzas Armadas y Policiales, el mayor acceso lo tuvo la población de Lima Metropolitana (45,3%).

Examinados los resultados por nivel de urbanización , los que accedieron al MINSA, el 49,0% eran pobladores de las Ciudades Capitales, 26,6% del Area Rural; al IPSS accedieron el 45,3% de las Ciudades Capitales, 27,2% del Area Rural, y el 11,6% de los Centros Poblados de más de 2000 habitantes; a las Fuerzas Armadas y Policiales accedieron el 58,6% provenientes de las Ciudades Capitales y el 23,4% del Area Rural.

CUADRO N° 35

Perú: Población que accedió a los servicios de salud por institución y según Área de Residencias, Región Natural, Nivel de Urbanización, Sexo, Grandes Grupos de Edad, Nivel de Educación, Condición de Pobreza, Ingresos y Condición de Ocupación. II TRIMESTRE 1998
(en porcentajes)

Detalle	Se atendieron			
	MINSA	IPSS	PRIVADO	FF. AA. PNP
Area de Residencia				
Rural	35.7	36.4	36.4	29.7
Urbano	64.3	63.6	63.6	70.3
Total	100	100	100	100
Región Natural				
Resto Costa	20.1	19.20	19.20	16.80
Sierra	36.1	36.80	36.80	19.50
Selva	13.7	17.00	17.00	18.40
Lima Metropolitana	30.2	27.00	27.00	45.30
Total	100	100	100	100
Nivel de Urbanización				
Ciudades Capitales	49	45.3	45.3	58.6
Grandes Ciudades	7.5	6.7	6.7	3.0
CCPP de más de 2000 ha.	7.8	11.6	11.6	8.7
CCPP de 500 a 2000	9.1	9.2	9.2	6.3
Area Rural	26.6	27.2	27.2	23.4
Total	100	100	100	100
Sexo				
Hombre	48.5	45.6	45.6	41.2
Mujer	51.5	54.4	54.4	58.8
Total	100	100	100	100
Grandes Grupos de Edad				
1. menor de 5	15.8	14.5	14.5	13.1
2. de 5 a 14	23.2	22.9	22.9	15.4
3. de 15 a 49	45.8	44.5	44.5	52.8
4. de 50 a 64	9.1	9.7	9.7	10.4
5. de 65 a más	6.1	8.5	8.5	8.3
Total	100	100	100	100
Nivel de Educación				
Sin nivel/ Ed. Inicial	6.6	18.7	18.7	17
Primaria	42.2	38.6	38.6	28.6
Secundaria	35.2	28.9	28.9	31.4
Superior No Universitario	6.9	6.3	6.3	8.5
Superior Universitario	9	7.4	7.4	14.6
Educación Especial	0.1	0.1	0.1	0
Total	100	100	100	100
Condición de Pobreza				
1. 2 ó más NBI's	16.2	17.4	11.8	17.4
2. 1 NBI	29.3	27.9	25.3	27.9
3. Ningún NBI	54.5	54.9	62.9	54.8
Total	100	100	100	100
Ingresos				
De menor ingreso (I)	18.3	19.9	9.8	19.9
De menor ingreso (II)	20.9	18.8	22.8	18.8
Intermedio (III)	20.6	19.6	17.6	19.6
De mayor ingreso (IV)	20.9	19.9	19.4	19.9
De mayor ingreso (V)	19.3	21.8	30.4	21.8
Total	100	100	100	100
Condición de ocupación				
Ocupado	85.4	84.9	85.1	84.9
Desocupado	2.3	1.7	1.5	1.7
Inactivo	12.2	13.4	13.4	13.4
Total	100	100	100	100

Los que accedieron al MINSA fueron más mujeres que hombres (51,5% y 48,5% respectivamente), al Seguro Social accedieron igualmente mayor porcentaje de mujeres (54,4%) que hombres (45,6%). En los establecimientos de la Fuerzas Armadas y Policiales, el porcentaje de mujeres que accedieron fue mayor, 58,8%, y hombres 41,2%.

Visto el acceso a los establecimientos de salud del MINSA, IPSS, Sector Privado y Fuerzas Armadas y Policiales relacionadas con los grandes grupos de edad, encontramos que la estructura porcentual de participación viene liderada por la población de 15 a 49 años de edad, participando en el MINSA y en el IPSS respectivamente con 45,8% y 44,5% del total para cada institución, en las Fuerzas Armadas y Policiales el porcentaje subió hasta el 52,8% del total de población que accedió a estos establecimientos.

Del total de personas que accedieron a establecimientos del Ministerio de Salud, el 42,2% tuvo un nivel educativo de primaria, el 35,2% secundaria, 6,9% superior no universitaria, el 9,0% superior universitario y el 6,6% no tenía nivel educativo; en el Seguro Social, el 38,6% tenía educación primaria, 28,9% secundaria, 18,7% sin nivel o educación inicial, 7,4% superior universitaria; en los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y Policiales, quienes accedieron a los servicios de salud tenían el 31,4% educación secundaria, el 28,6% educación primaria, el 17,0% sin educación o educación inicial, el 14,6% superior universitaria.

Visto el acceso por institución y niveles de pobreza según NBI, encontramos que al MINSA accedió más la población que no tenía NBI (54,5%), seguido por la población con 1 NBI (29,3%) y finalmente la población en condición de extrema pobreza - con 2 ó más NBIs - (16,2%), en el Seguro Social se dan también similares porcentajes, accedieron el 54,9% sin NBI, 27,9% con 1 NBI y 17,4% con 2 ó más NBIs; las diferencias se agudizan en el Sector Privado, accedieron a este sector el 62,9% de los que no tienen NBI, el 25,3% de los que tienen un NBI y el 11,8% de los que tiene 2 ó más NBIs; en los establecimientos de las Fuerzas Armadas y Policiales los porcentajes del Seguro Social se repiten.

Los resultado de acceso institucional e ingreso no indica que al MINSA accedieron de todos los quintiles, casi en forma proporcional, sólo con leves diferencias entre el primer y último quintil, los de menor ingreso fueron el 18,3% mientras los del mayor ingreso fueron el 19,3%, los del segundo y cuarto quintil accedieron en un porcentaje similar 20,9%. El acceso al Seguro Social es parejo, sólo que la población de mayores ingresos tiene un ligero margen de mayor participación con 21,8%, en el Sector Privado, quienes más accedieron fueron los del último quintil, de mayores ingresos, 30,4% del total de los que acudieron al Sector Privado, seguidos por el 22,8% del segundo quintil, siendo los que menos accedieron los del primer quintil con 9,8%.

Por condición de ocupación, los ocupados son los que más acceden a los establecimientos de salud en todos los subsectores, con un porcentaje similar y que se encontró alrededor del 85,0%. Los inactivos tiene una participación mayor del 12,0% en también todos los subsectores.

En lo que corresponde al tipo de establecimientos del MINSA (Uro Comunal, Puesto o Centro de Salud y Hospital), Cuadro N° 36, y las características de la población que accedió a estos establecimientos, encontramos que en general la población urbana es la que más utiliza estos establecimientos, 66,6% Uro Comunal, 64,8% Puesto o Centro de Salud, 63,1% Hospital MINSA.

Por región natural respecto del acceso a los establecimientos del MINSA tenemos que en el resto Costa (30,6%) y en la Selva (29,5%) se utilizó más el Uro Comunal, en la Sierra (33,8%) y en Lima Metropolitana (30,9%) se accedió más a los Puestos y Centros de Salud, lo mismo ocurre en cuanto a participación en el acceso a los servicios de los Hospitales del MINSA, los pobladores de la Sierra accedieron el 42,7% y en Lima Metropolitana accedieron el 28,7%.

Los de las Ciudades Capitales u del Area Rural son los que más accedieron a los Uros Comunales, respectivamente 46,2% y 26,5% del total de la población que accedió a estos servicios; igualmente los de las Ciudades Capitales (48,9%) y del Area Rural (26,5%) accedieron a los Puestos y Centros de Salud del MINSA, similares porcentajes de participación se reiteran en los Hospitales del MINSA. Son los hombres los que más acuden a los Uros Comunales (64,3%) y las mujeres las que más acuden a los Puestos y Centros de Salud del MINSA 52,1%, el acceso a los hospitales por los hombres y mujeres es similar.

Por nivel educativo quienes más acceden al Uro Comunal son los que tiene nivel primario (37,4%), seguido por los de secundaria (27,7%) y sin nivel o educación inicial (19,8%); en el acceso a los Puestos y Centros de Salud el orden y los porcentajes son similares, así participan primeros los que tiene nivel primario (39,1%), seguido por los de secundaria (30,7%) y sin nivel o educación inicial (19,1%). Lo mismo ocurre en el acceso a los hospitales, es decir es liderado por los de nivel primario (39,6%), secundaria (29,0%) y sin nivel o educación inicial (19,2%).

Por el lado de la pobreza según NBI, acudieron más a los Uro Comunal los pobladores en condición de pobreza - con 1 NBI - (42,3%), le siguen los pobladores sin NBI 31,8% y finalmente los de extrema pobreza - con 2 ó más NBI - 25,9%; a los Puestos y Centros de salud del MINSA, accedieron más lo no pobres seguido por los pobre y finalmente los pobres extremos, su participación respectiva fue de 54,7%, 28,7%, 16,6%. La misma relación inversa se repitió en el acceso a los Hospitales, siendo más regresiva.

CUADRO N° 36

Perú: Estructura porcentual de la Población que accedió a los Servicios de Salud del MINSA, según establecimiento de Salud por características de Área de Residencia, Región Natural, Nivel de Urbanización, Sexo, Grandes Grupos de Edad, Nivel de Educación, Pobreza según NBI, Ingreso y Condición de Ocupación. II TRIMESTRE 1998
(en porcentajes)

Detalle	Se atendieron		
	Uro. Comunal	Puesto Centro MINSA	Hosp. MINSA
Área de Residencia			
Rural	33.4	35.2	36.9
Urbano	66.6	64.8	63.1
Total	100	100	100
Región Natural			
Resto Costa	30.6	21.50	15.80
Sierra	24	33.80	42.70
Selva	29.5	13.80	12.90
Lima Metropolitana	15.8	30.90	28.70
Total	100	100	100
Nivel de Urbanización			
Ciudades Capitales	46.2	48.9	49.5
Grandes Ciudades	6.2	8.3	5.3
CCPP de más de 2000 ha.	14.2	7.6	8.3
CCPP de 500 a 2000	6.9	8.7	10.3
Área Rural	26.5	26.5	26.6
Total	100	100	100
Sexo			
Hombre	64.3	47.9	49.9
Mujer	35.7	52.1	50.1
Total	100	100	100
Grandes Grupos de Edad			
1. Menor de 5	10.8	16.2	14.7
2. De 15 a 14	28.2	23	23.7
3. De 15 a 49	51.2	46	45.4
4. De 50 a 64	7.5	8.8	10
5. De 65 a más	2.3	6.0	6.3
Total	100	100	100
Nivel de Educación			
Sin nivel/ Ed. Inicial	19.8	19.1	19.2
Primaria	37.4	39.1	39.6
Secundaria	27.7	30.7	29
Superior No Universitario	4.8	4.8	5.6
Superior Universitario	10.2	6.1	6.6
Educación Especial	0	0.2	0
Total	100	100	100
Pobreza según NBI			
1. 2 ó más NBI's	25.9	16.6	14.8
2. 1 NBI	42.3	28.7	30.6
3. Ningún NBI	31.8	54.7	54.6
Total	100	100	100
Ingreso			
De menor ingreso (I)	13.4	17.9	19.2
De menor ingreso (II)	29	21.3	19.8
Intermedio (III)	24.7	20.7	20.3
De mayor ingreso (IV)	18.4	20.7	21.7
De mayor ingreso (V)	14.5	19.4	19
Total	100	100	100
Condición de ocupación			
Ocupado	91	85.5	85.5
Desocupado	3.4	2.1	2.9
Inactivo	5.9	12.4	11.6
Total	100	100	100

En términos de ingreso, quienes menos accedieron al Uro Comunal fueron los del primer quintil de ingreso 13,4% del total de los que accedieron a estos servicios de salud y los de mayor ingreso (14,5%). Quienes también en menor proporción acceden a los Puestos y Centros de Salud son los de menor y mayor ingreso, respectivamente 17,9% y 19,4% del total de población que accedió a estos establecimientos de salud. Igualmente sucede con los hospitales, es decir los que menos acceden son los del primer y quinto quintil de ingreso.

Los ocupados son los que más acceden a todos los tipos de establecimientos del MINSA, superando el 85,0% en cada tipo de establecimiento o servicio.

El Cuadro N° 37 muestra los resultados del acceso al Seguro Social en el segundo trimestre de 1998, al Seguro IPSS (hospital) de los que accedieron: según área de residencia el 61,3% era población urbana, según región natural el 40,5% eran de la Sierra, según nivel de urbanización el 48,1% perteneció a las Ciudades Capitales, según sexo el 52,9% eran mujeres, según grandes grupos de edad el 43,2% era población cuya edad estaba entre 15 y 49 años, según nivel educativo el 39,8% tenía estudios primarios, según pobreza por NBI el 55,3% no tenía ninguna NBI, según ingreso el 22,8% era de ingreso intermedio, y según condición de ocupación el 82,9% estuvo ocupado.

De los que accedieron al PAD IPSS (que actualmente ya no existe) el mayor porcentaje de participación sobre el total de la población por cada agrupación de análisis los tuvieron: según área de residencia la población urbana participó con el 73,2%, según región natural la Sierra con el 40,9%, según nivel de urbanización las Ciudades Capitales con 61,0%, según sexo eran mujeres el 61,5%, según grandes grupos de edad el 83,0% era población cuya edad estaba entre 15 y 49 años, según nivel educativo el 29,2% tenía secundaria, según pobreza por NBI el 72,7% no tenía ninguna NBI, según ingreso el 27,0% era del más alto ingreso, y según condición de ocupación el 95,3% estuvo ocupado.

En el acceso a los Policlínicos del IPSS, dentro del total de cada grupo de análisis la participación mayoritaria estuvo: en el área urbana 76,1% del total de la población por área de residencia, en Lima Metropolitana 48,3% del total por región natural, en las Ciudades Capitales 66,8% del total de la población por nivel de urbanización, las mujeres con el 52,7% del total de población según sexo, la población de 15 a 49 años 46,3% del total de la población según grupos de edad, la población con nivel secundario 35,7% del total de la población por nivel de educación, lo no pobres - que no tienen ninguna NBI - 61,9%, los de mayores ingresos (quinto quintil) 26,9% y los ocupados el 84,1% del total de población por condición de ocupación.

CUADRO N° 37

Perú: Estructura de la población que accedió a los servicios de Salud del IPSS por tipo de atención y según Área de Residencia, Región Natural, Nivel de Urbanización, Sexo, Grandes Grupos de Edad, Nivel de Educación, Pobreza según NBI, Ingreso y Condición de Ocupación. II TRIMESTRE 1998.
(en porcentajes)

Detalle	Se atendieron		
	Seguro IPSS	Consultorio PAD IPSS	Policlínica IPSS
Área de Residencia			
Rural	38.7	26.8	23.9
Urbano	61.3	73.2	76.1
Total	100	100	100
Región Natural			
Resto Costa	21.0	11.69	19.90
Sierra	40.5	40.90	24.60
Selva	9.5	4.00	7.20
Lima Metropolitana	29.0	43.40	48.30
Total	100	100	100
Nivel de Urbanización			
Ciudades Capitales	48.1	61	66.8
Grandes Ciudades	5.3	7.5	3.8
CCPP de más de 2000 h	7.9	4.7	5.4
CCPP de 500 a 2000	12.3	10.4	6.1
Área Rural	26.4	16.4	17.8
Total	100	100	100
Sexo			
Hombre	47.1	38.5	47.3
Mujer	52.9	61.5	52.7
Total	100	100	100
Grandes Grupos de Edad			
1. Menor de 5	14.8	0.6	12.9
2. De 15 a 14	22.8	5.3	22.4
3. De 15 a 49	43.2	83	46.3
4. De 50 a 64	10.3	0	8.9
5. De 65 a más	8.9	11.1	9.6
Total	100	100	100
Nivel de Educación			
Sin nivel/ Ed. Inicial	18.6	27	16.5
Primaria	39.8	15.1	34.4
Secundaria	29.9	29.2	35.7
Superior No Universitario	5.3	18.8	4.9
Superior Universitario	6.2	9.8	8.5
Educación Especial	0.2	0	0
Total	100	100	100
Pobreza según NBI			
1. 2 ó más NBI's	12.9	0.0	11.5
2. 1 NBI	31.8	27.3	26.6
3. Ningún NBI	55.3	72.7	61.9
Total	100	100	100
Ingreso			
De menor ingreso (I)	17.5	12.3	13.6
De menor ingreso (II)	22.5	18.0	16.5
Intermedio (III)	22.8	20.5	22.7
De mayor ingreso (IV)	16.9	22.2	20.4
De mayor ingreso (V)	20.3	27.0	26.9
Total	1500	1500	1500
Condición de ocupación			
Ocupado	82.9	95.3	84.1
Desocupado	2.1	4.7	2.1
Inactivo	15	0	13.8
Total	100	100	100

El Cuadro N° 38 muestra los resultados de la estructura de participación porcentual de la población que accedió a los servicios de salud privados, según lugar de atención y grupos de análisis. El 59,1% de la población que se atendió en las Clínicas Privadas fueron provenientes de poblaciones urbanas, en tanto que el 37,5% del total de la población provino de Lima Metropolitana, según nivel de urbanización el 51,9% eran de Ciudades Capitales, según sexo el 50,4% era hombre, por edad el 43,5% estuvo entre los 15 y 49 años, según condición de pobreza el 54,5% pertenecía a la población que no tienen NBI, según ingresos el 24,2% pertenecía a la población de más altos ingresos, según condición de actividad el 85,4% era ocupado y según nivel educativo el 40,1% tenía estudios de primaria.

La población que accedió a los servicios de salud atendándose en un Médico Particular tenía las siguientes características en su participación dentro de la estructura porcentual de cada grupo de análisis, según área de residencia, el 66,8% era población urbana, según región natural el 38,0% vivía en Lima Metropolitana, según nivel de urbanización el 56,6% vivía en Ciudades Capitales; según sexo, las mujeres participaron con el 57,3% del total de la población según sexo, la población con edad entre los 15 y 49 participaron con el 46,4% del total de la población por grandes grupos de edad, la población sin NBI fue el 56,1% del total de la población por condición de pobreza según NBI, la población de mayor ingreso fue el 24,2% dentro del total de población agrupados según quintiles de ingreso, los ocupados fueron el 84,3% del total de la población según condición de actividad y la población con estudios de secundaria fue el 33,7% del total de la población según nivel educativo

Se atendieron en su domicilio y participaron dentro de la estructura de cada grupo de análisis como los de mayor aporte porcentual, era población urbana el 61,5% de la población agrupada según área de residencia, según región natural el 52,8% vivía en la Sierra, según nivel de urbanización el 32,4% vivía en Ciudades Capitales; según sexo, las mujeres participaron con el 51,5% del total de la población según sexo, la población con edad entre los 15 y 49 participó con el 44,1% del total de la población por grandes grupos de edad, la población sin NBI fue el 57,1% del total de la población por condición de pobreza según NBI, la población de menor ingreso fue el 22,8% dentro del total de población agrupados según quintiles de ingreso, los ocupados fueron el 83,2% del total de la población según condición de actividad y la población con estudios de primaria fue el 42,2% del total de la población según nivel educativo.

CUADRO N° 38

Perú: Estructura porcentual de la población que accedió a Servicios privados de salud por tipo de atención según Área de Residencia, Región Natural, Nivel de Urbanización, Sexo, Edad, Condición de Pobreza, Ingreso, Condición de Actividad y Nivel de Educación. II TRIMESTRE 1998
(en porcentajes)

Detalle	Se atendieron		
	Clinica	Medico Particular	Su domicilio
Área de Residencia			
Rural	40.9	33.2	38.5
Urbano	59.1	66.8	61.5
Total	100	100	100
Región Natural			
Resto Costa	14.5	20.50	21.20
Sierra	25.7	27.50	52.80
Selva	22.2	14.00	16.90
Lima Metropolitana	37.5	38.00	9.10
Total	100	100	100
Nivel de Urbanización			
Ciudades Capitales	51.9	56.6	32.4
Grandes Ciudades	1.9	5.5	8.7
CCPP de más de 2000 ha	5.4	4.8	20.4
CCPP de 500 a 2000	4.2	9	11.7
Área Rural	36.7	24.2	26.8
Total	100	100	100
Sexo			
Hombre	50.4	42.7	48.5
Mujer	49.6	57.3	51.5
Total	100	100	100
Edad			
1. menor de 5	13.2	13.9	18.2
2. De 15 a 14	21.2	19.9	25
3. de 15 a 49	43.5	46.4	44.1
4. de 50 a 64	8.4	10.4	7.4
5. de 65 a más	13.6	9.5	5.3
Total	100	100	100
Condición de Pobreza			
1. 2 ó más NBI's	16.6	17.1	15.8
2. 1 NBI	29.0	26.8	27.1
3. Ningún NBI	54.5	56.1	57.1
Total	100	100	100
Ingreso			
De menor ingreso (I)	20.0	15.5	22.8
De menor ingreso (II)	18.1	19.1	18.7
Intermedio (III)	20.7	19.5	16.8
De mayor ingreso (IV)	17.0	20.0	22.0
De mayor ingreso (V)	24.2	25.9	19.7
Total	100	100	100
Condición de Actividad			
Ocupado	85.4	84.3	83.2
Desocupado	0.3	3.0	1.2
Inactivo	14.3	12.7	15.7
Total	100	100	100
Nivel de Educación			
Sin nivel/ Ed. Inicial	17.5	19.4	18.3
Primaria	40.1	33.5	42.2
Secundaria	29.2	33.7	22.7
Superior No Universitar	2.7	7.3	7.4
Superior Universitario	10.5	5.9	9.4
Educación Especial	0	0.2	0
Total	100	100	100

3.1.7 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA POR TIPO DE PERSONAL QUE LOS ATENDIO

Una de las formas para medir la calidad de atención recibida es indudablemente por el tipo de personal que atiende a la persona enferma o accidentada. El Cuadro N° 39 muestra los resultado de ello, así encontramos que según área de residencia el 67,0% del total de personas fueron atendidos por profesionales de la salud en el área urbana; en Lima Metropolitana representó el 37,5% del total de la población que se atendió por profesionales de la salud; el 55,2% que se atendió por este personal vivía en las Ciudades Capitales; el 52,8% fue de sexo femenino; el 22,2% tenía edad entre los 5 y 14 años; el 54,4% era la población que sin tener ninguna NBI se atendió con profesionales de la salud; el 21,8% tenía los ingresos más altos de la estructura de quintiles de ingreso, eran ocupados el 83,8% del total de la población que se atendió con profesionales de la salud y el 37,4% tenía estudios de primaria.

La población que fue atendida por Personal Técnico, era 54,6% del área urbana, 37,5% de Lima Metropolitana, 37,8% del Area Rural (según nivel de urbanización), 52,2% mujeres, 42,8% tenía una edad entre 15 y 49 años, 49,7 era no pobre según NBI, , 24,4% del primer quintil de ingreso, el 88,5% estuvo en condición de ocupado y el 43,1% tenía nivel educativo de primaria.

De total de la población que se atendió por personal no especializado el 63,6% era población urbana, 35,4% de la Sierra, el 47,9% vivía en las Ciudades Capitales, 51,1% era mujer, el 45,7% pertenecía a la población entre 15 y 49 años, el 55,6% no tenía NBI, el 21,6% era del cuarto quintil de ingreso, el 83,1% estuvo en condición de ocupado y el 39,9% tenía primaria.

Si examinamos los resultados de las características de la población atendida por Personal No Especializado, encontramos que del total de la población que accedió los servicios atendidos por personal no especializado, el 63,6% era población urbana, el 35,4% provino de la Sierra, el 47,9% vivía en Ciudades Capitales, el 51,1% era mujer, el 46,1% se encontraba en la edad comprendida entre 15 y 49 años, el 56,6% no tenía ninguna NBI, el 21,6% era del cuarto quintil de ingreso y el 83,1% era de condición ocupado.

IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERU

Al analizar los resultados de las características de la población que reporta enfermedad o accidente, encontramos que la población que más problemas de salud tiene es la población de menores ingresos, en una relación inversa respecto del ingreso.

La población de la Sierra es la que más reporta enfermedad o accidente dentro del primer quintil de ingreso, esta participación en el reporte de enfermedad cambia conforme el ingreso va aumentando. Una tendencia distinta va teniendo la participación de la población de Lima Metropolitana que conforme aumenta el ingreso, su participación en el reporte de enfermedad se incrementa. Estas dos tendencias se ven reforzadas por un análisis respecto de lo que sucede en la participación del reporte de enfermedad en el área rural y en el área urbana, pues se encuentra que conforme aumenta el ingreso disminuye la participación de la población rural en el porcentaje de reporte de enfermedad o accidente y conforme aumenta el ingreso aumenta el reporte de enfermedad o accidente en la población urbana.

Ello explicaría la precariedad de la salud de la población de menores ingresos y la percepción de la enfermedad en la población de mayores ingresos y principalmente del área urbana (que es donde más se ubica la población de mayores ingresos), que tienen mayor información acerca de las enfermedades. Ello se ve corroborado por el análisis del nivel educativo de la población, la población rural que en 59,9% del total reportado no tiene nivel educativo y que conforme aumenta el nivel educativo disminuye el reporte de enfermedad o accidente, o lo que ocurre en las ciudades capitales, cuanto más el nivel educativo mayor es el reporte de la enfermedad o accidente.

La población vista y analizada por sus condiciones de vida a partir de las Necesidades Básicas Insatisfechas tiene similar característica que la población analizada por ingreso, es decir quienes reportan más la enfermedad en el área rural son los que tienen 2 ó más NBI y quienes más reportan enfermedad o accidente en el área urbana son los que no tienen ninguna NBI.

La población que más reportó enfermedad o accidente es la población urbana (65,1%), las Ciudades Capitales reportan más problemas de salud (enfermedad o accidente) en la Sierra y la población que fluctúa entre los 15 y 49 años es la que más reporta enfermedad o accidente, debido esencialmente a que es la población económicamente activa que más está expuesta a una enfermedad o riesgo de accidente, y finalmente el reporte es independiente del sexo, puesto que ambos participan de modo similar.

Respecto del acceso a los servicios de salud, podemos afirmar que en el Perú, es un problema grave que se debe resolver en el más breve plazo, pues el hecho que sólo el 51,5% de la población que reportó enfermedad o accidente acceda a los servicios de salud institucional, implica gran inequidad y urgentes medidas que refuercen la demanda por servicios de salud institucional, pues el 48,5% que no accede a un servicio institucional implica no sólo que acuden a una "atención" alternativa como son las farmacias y boticas, y curanderos, o simplemente no buscan atención, refleja serias limitaciones en la estructura y organización de la prestación de servicios de salud, y serios problemas estructurales y de comportamiento que tiene la población al tener un problema de salud.

Así el hecho de que en 1998, hubieran 3,545,351 personas que reportaron enfermedad o accidente que se auto recetaron, repitió la receta anterior o acudió a la farmacia o botica, si a ello sumamos a la población que acude al curandero o comadrona o huesero, significa entonces que se trata de un comportamiento que debe ser evaluado y encontrarse las mejores alternativas para que la calidad en el servicio no disminuya y sobretodo que los recursos que se utilicen no sean un sobre costo para el gasto global de la sociedad en salud.

Por otra parte, es obvio que entre las características de la población que accede a los servicios de salud que se encontró, desde el punto de vista de acceso institucional, encontramos una relación directa con el ingreso, es decir que a mayor ingreso mayor acceso y a menor ingreso menor acceso a los servicios de salud, el 8,0% de la población que accedió a los servicios de salud pertenecía al primer decil de ingresos y el 10,6% de la población que accedió a los servicios de salud perteneció al décimo decil de ingresos.

Esta relación se hace más evidente cuando incluimos en el análisis el acceso no institucional (de auto receta y atención en farmacia), así la población del primer decil de ingreso que accedió fue el 7,5% del total de la población con acceso y la población del mayor decil de ingreso accedió en un mayor porcentaje, el 11,5% del total de la población que accedió a la "consulta" institucional y no institucional.

Cuando analizamos el no acceso a los servicios de salud institucionales, encontramos que la población de bajos ingresos no acceden en menor proporción de lo que tienen mayores ingresos, pero que a partir del cuarto decil hay una tendencia decreciente en

el no acceso, es decir a mayor ingreso en la población menos es la proporción de la población que no accede. Ello se ve más claramente cuando se incluye el acceso no institucional (auto receta y atención en farmacia o botica), el 18,8% de la población que no accede pertenece al primer decil y el 4,6% de la población que no accede pertenece al último decil (de mayor ingreso).

Esto estaría indicando que estamos frente a lo que manifestamos anteriormente, un no acceso estructural que se combina con un no acceso de comportamiento, ello se hace evidente cuando la población rural de menores ingresos (pobres extremos) en un 38,0% del total de la población rural que no accede a los servicios de salud, es decir estamos frente a un problema estructural. Mientras que en la población urbana se configura una relación distinta, la población de mayor ingreso no accede en una mayor proporción 28,2% del total de la población urbana que no accede a los servicios de salud, este entonces lo calificamos como un problema de comportamiento o actitud, como expresión cultural.

Analizado el acceso y no acceso a los servicios de salud por región natural, en el Resto Costa el acceso y no acceso menor está ligado a la población de muy bajos ingresos y muy altos ingresos, pero destaca que el 56.6% de esta población del Resto Costa no accedió a los servicios de salud, y el 43,4% de la población que accedió a los servicios de salud.

Por regiones naturales y según nivel de estudios, la población que en su mayoría accedió a los servicios de salud en las zonas rurales tenía primaria, lo mismo ocurrió cuando se examinaba las regiones del Resto Costa, Sierra y Selva, pero en las zonas urbanas y en Lima Metropolitana el acceso tenía mayores porcentajes de educación secundaria, lo cual está indicando lo heterogéneo de nuestra población y según sus características la necesidad de un análisis más desagregado posible.

Si analizamos la población que accede y no accede en total, encontramos que la distribución porcentual en el área urbana y rural similares, y es que casi la mitad de la población no accede a los servicios de salud y por tanto las proporciones respecto del total son parecidas, por ello mientras que el 30,9% del total de la población que reportó enfermedad o accidente que vivía en la urbe no accedió a los servicios de salud y el 33,6% del total sí accedió, estas porcentajes hacen una suma de 64,5% de la población urbana con problemas de salud, que a su vez explica el mayor porcentaje de problemas de salud en la parte urbana.

Respecto del total de la población con problemas de salud, la población de la sierra es la que más reportó enfermedad o accidente, 35,7%, seguido por las poblaciones ubicadas en Lima Metropolitana con 27,77% del total de la población con problemas de salud, entre ambos suman un porcentaje de 63,4% del total de la población enferma o accidentada, es decir la población que más problemas de salud reporta

está en la Sierra y en Lima Metropolitana, y que si lo ligamos con el párrafo anterior encontramos que la población además es urbana.

Más aun si analizamos el nivel de urbanización de la población que reportó enfermedad o accidente, encontramos que el 48,2% de esta población vivía en las Ciudades Capitales y el 24% en el Área Rural, confirmando entonces la supremacía de la urbe, la sierra y Lima Metropolitana donde se incluyen las ciudades capitales las que más reportan enfermedad o accidente. Aquí consideramos que se trata de un problema de percepción e información,, además que es compatible con la proporción de la población que vive en la ciudad y en el campo.

Por ello es que acceden más de los que no acceden, así ocurre con los del área urbana, accedieron el 33,6% y no accedieron el 30,9%, los de la Sierra accedieron el 18,3% y no el 17,4%, en Lima Metropolitana la diferencia es mayor, accedieron el 16,2% y no el 11,5%, en las ciudades capitales accedieron 25,7% y no accedieron el 22,5%, caso contrario ocurrió en los Centros Poblados, con más de 2000 habitantes accedieron 4,4% del total de la población enferma o accidentada y no accedieron el 5,2%, en los Centros Poblados de 500 a 2000 habitantes, accedieron 4,7% del total de la población con problemas de alud y no accedieron el 6,6%, es decir la población con mayores problemas de acceso a los servicios de salud en términos cuantitativos, son los que viven en los Centros Poblados, pues el mayor número de personas que reportan enfermedad o accidente no lograron acceder a los servicios de salud.

Analizados el acceso y no acceso a los servicios de salud por sexo encontramos que indiferentemente del sexo, la población del área rural y del área urbana accede en un porcentaje ligeramente mayor que el no acceso, donde se observan problemas de no acceso son en las regiones naturales y en el nivel de urbanización, en las regiones naturales principalmente en el Resto Costa donde los hombres que reportan enfermedad o accidente en su mayoría no accede a los servicios de salud y lo mismo ocurre con los hombres y mujeres de los Centros Poblados.

Asimismo la población rural en edad que fluctúa entre 50 y 64 años tiene más limitaciones en acceder a los servicios de salud.

En términos de accesibilidad temporal, notamos que la accesibilidad es mayor en el ámbito urbano, en la costa y en Lima Metropolitana principalmente, los de ingresos medios, los que no tienen NBI, y los que tienen una edad entre 15 a 49 años, esta población es la que llega respecto de los que acuden al establecimiento de salud en un tiempo menor a 30 minutos, es decir la accesibilidad temporal en esta población y en general de la mayoría de la población peruana es de fácil acceso.

Solamente la población de menores ingresos o con 2 ó más NBIs y del área rural tienen limitaciones en su accesibilidad dado el tiempo menor de 30 minutos para llegar al establecimiento de salud, pues sus porcentajes de participación en el total de la población comparado con la población del párrafo anterior, encontramos una

menor participación, sobre todo en el Area Rural, esto se explicaría por la lejanía entre el establecimiento y la vivienda de la población, también por que no en todos los pueblos existen establecimientos de salud lo cual supone un traslado necesario y allí ingresa el análisis de la accesibilidad geográfica, pero antes también manifestamos que la población con mayores porcentajes respecto del tiempo de llegada es aquella que tiene más limitaciones en sus condiciones de vida, así, cuando mayor es el tiempo de llegada la población del área rural, de la sierra, de menor ingreso o con 2 ó más NBI son los que participan más en los porcentajes del total de la población. Esta población que tiene que trasladarse entre 30 minutos y 4 horas, implica otro grave problema a resolver en el sector salud, pues se incorporan a lo mencionado,, el costo de oportunidad, si se trata de una enfermedad o accidente complejo, el costo de oportunidad es mayor y si el tiempo en trasladarse es mayor este costo es mucho mayor aún, incluso corre riesgo muchas veces la vida de la persona.

Este problema de accesibilidad no es sólo en el área rural, sino que existen problemas de accesibilidad también en la Sierra y en la Selva, aunque en el Resto Costa no es ajeno a este problema e incluso Lima Metropolitana, que participan en menores porcentajes, pero cuando se trata de un problema de salud el tiempo y la oportunidad de atención en muchos casos son vitales para tener mejor calidad de atención, menor uso de recursos y mayor calidad de vida.

Si examinamos la accesibilidad geográfica, visto desde la perspectiva del medio de transporte, encontramos que la población que accede a los servicios de salud en su mayoría accede a pie y utilizando los medios de transporte, es decir por sus propios medios, ello tanto en el área rural como en el área urbana, es evidente aquí la mayor parte de la población accede a los servicios de salud y no tiene problemas para llegar pues el 79,1% arriba o a pie o utiliza el transporte público; entonces es un problema el transporte al establecimiento de salud cuando se trata de acceder a los servicios de salud cuando se conjugan el tiempo con el medio de transporte, lo que significa que la población más expuesta a estas contingencias son los que vivían en el área rural y tenían bajos ingresos.

En cuanto al no acceso encontramos respuestas a esta diversidad y lo heterogéneo que son las características del acceso a los servicios de salud en el Perú, así tenemos dos tipos de respuesta la primera que tiene que ver con la estructura, es decir las condiciones de vida de la población y junto a ella la organización del sistema de salud en nuestro país; el segundo tipo es el comportamiento de la población.

En la parte estructural están entonces el área de residencia del poblador con problemas de salud, el nivel de urbanización, la existencia de oferta, los ingresos, el nivel educativo, la condición de pobreza y si está ocupado o desocupado, es decir las condiciones reales en las que vive la persona, a ello se suma el tema de accesibilidad temporal y geográfica.

Entonces al examinar las características de estos problemas estructurales presentes en la vida de la población con las razones que pudieran esgrimir para su no acceso a los servicios de salud, tenemos que: cuando se trata de que no hay consulta o no hay medicina, estamos hablando de que no existe oferta disponible para la población, y por tanto problemas de acceso y accesibilidad tanto temporal como geográfica; lo mismo ocurre cuando responden que falta de atención, es decir no hay oferta disponible, o puede haber oferta de ciertos servicios pero no hay los servicios que necesitan; cuando la población responde que no tuvo dinero, entonces encontramos aquí un problema en la estructura del individuo o del poblador, pues es un tema que no lo puede resolver inmediatamente o no tiene los recursos necesarios ni las fuentes de financiamiento o estas son muy limitadas o no tiene acceso a estas fuentes, asimismo cuando se indica que no existe servicio de salud implica la no existencia de oferta de servicios de salud y por tanto limitaciones en el acceso y accesibilidad, o cuando indican que no hay personal calificado es un problema ligado estrictamente a la oferta sanitaria; todos estos problemas entonces indican que el no acceso es más por ausencia de un soporte estructural que para resolverse en el corto plazo implicará mayores recursos y una política que enlace el corto plazo con el largo plazo y que retome el centro de su quehacer en la población más necesitada, y que además, como todos sabemos las estructuras realmente cambian en el mediano y largo plazo.

La población que indicó que no hay consulta o no hay medicina, junto con los que indicaron falta de atención, no tuvo dinero o no existía el servicio de salud, en total explican que el 28,7% de la población que no accedió a los servicios de salud fueron por razones estructurales.

El resto de la población que no accedió a los servicios de salud tienen más razones de orden cultural y de comportamiento, pues están basados en la percepción que tienen del problema de salud, de la percepción que tienen de la medicina o de las formas de aliviarse de la enfermedad o accidente, así al señalar que no le tratan bien, no fue necesario, no confía en la medicina, prefiere los métodos caseros o a los curanderos u otras razones, encontramos que se trata de la población que no accede a los servicios de salud y que representan más del 70% de la población sin acceso, lo cual supone cambios también de corto y mediano y largo plazo en las políticas de salud; y esto da razón a su vez de aquellos pobladores que se auto recetan, repiten la receta o acuden a la farmacia o botica, lo cual supone un tipo de atención no institucional que debe tender a cortarse pues en el tiempo las consecuencias no son óptimas en términos sanitarios como económicos y sociales.

4.2 FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERU

¿Cómo encontrar cuáles son los determinantes o barreras que definen el acceso a los servicios de salud en el Perú?, ello dadas las disparidades que existen dentro de la

población que reporta enfermedad o accidente en el país; una aproximación al problema es la aplicación de un Modelo estadístico que logre identificar las variables que aportan a favor o en contrario el acceso a los servicios de salud. Dadas las características de la población y de las variables de tipo cuantitativo y cualitativo que explicarían el acceso a estos servicios, se ha visto por conveniente utilizar el Modelo Logit, por ser la variable dependiente (acceso) una variable dicotómica.

Esto debido a la presencia de múltiples variables nominales, se aplicó un modelo econométrico uniecuacional, el cual tiene como variable dependiente el acceso a los servicios de salud

Esta característica de la variable dependiente, permite hallar el modelo logit cuya forma funcional es la siguiente:

$$Pr = P(\text{Acceso} = 1) = 1 / (1 + e^{-XB}) = 1 / (1 + e^{-(B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_k X_k)})$$

Donde:

Pr = Probabilidad de que una persona accede a los servicios de salud

$X_1 \dots X_k$; son las variables explicativas

El modelo nos va a dar la probabilidad de acceso a los servicios de salud para determinadas combinaciones de los factores (variables),

La inclusión o exclusión de cada variable explicativa está determinada por la prueba t sobre cada una de ellas.

Dada la variable dependiente acceso a los servicios de salud y siguiendo el método de Step Weise se determinaron las mejores variables que explican dicho acceso. Ante dos alternativas equivalentes se eligió como mejor modelo aquel que tiene el valor del logaritmo de verosimilitud más alto. Las variables independientes están descritas por tipo y característica en el Cuadro N° 40.

Se ha escogido estas variables a partir de tres criterios, el primero tiene que ver con el acceso a los servicios de salud, es decir si la población con reporte de una enfermedad o accidente que accedió o no accedió a los servicios de salud, (el concepto de acceso lo estamos definiendo como la **utilización del servicio de salud institucional**) dispone de provisión de servicios vía establecimientos de salud o servicios de salud de atención directa (profesionales o personal de salud que atiende en consultorio o a domicilio).

Un segundo criterio en estas variables es definir las variables de tipo estructural que expliquen las condiciones de vida de la población, como son el ingreso per cápita

mensual, las NBIs, el nivel de pobreza por línea de pobreza, la afiliación a un servicio de salud, la condición de actividad, el estado civil del jefe de familia y el sexo, es decir variables que reflejan las características estructurales de la población de orden económico, social y demográfico; Y un tercer criterio que se ha considerado en las variables del modelo son aquellas relacionadas con la accesibilidad temporal y geográfica, particularmente vinculadas al tiempo de llegada a los establecimientos de salud y al medio de transporte utilizado, que como examinamos en los resultados obtenidos tiene íntima relación con aspectos de disponibilidad de provisos de salud, de capacidad de llegada al establecimiento, y con aspectos determinados por áreas de residencia, región natural, nivel de urbanización, ingresos, educación, etc.

Las variables de comportamiento no están incluidas porque están en relación a los que no acceden a los servicios de salud, por las razones manifiestas por las que no acuden a estos servicios. Es importante mencionar que las variables de comportamiento están básicamente definidas por las condiciones de vida que tiene la población, en general se debe señalar, que no existe información completa disponible sobre estas variables.

Así entonces logramos encontrar un modelo estadístico para el país, el cual explicaría cuáles son los principales determinantes del acceso a los servicios de salud. Ver Cuadro N° 41. Estos resultados se resumen en la función.

$P(\text{Acceso}) = F(\text{ingreso per cápita, NBI2: hacinamiento, NBI3 sin servicios higiénicos, NBI4: con niños que no van a la escuela, tiempo de llegada a los servicios de salud, pobreza no extrema})$

$$XB = 0.175854 + 6.97E-05 \text{ IPCM} - 0.233619 \text{ NBI2} - 0.319038 \text{ NBI3} - 0.581600 \text{ NBI4} + 0.064903 \text{ TIEMPLLE} - 0.180440 \text{ LP2}$$

$$P(\text{acceso}) = F(XB) = 1 / (1 + e^{-XB})$$

Esta relación expresa el cambio en la probabilidad de acceso por el cambio en X, para una determinada combinación de factores, el cambio no es igual para todas las combinaciones de valores de X.

CUADRO N° 41

MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERU. II TRIM. 1998

LOGIT // Dependent Variable is ACCEDE

Included observations: 10747

Convergence achieved after 2 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob
C	0.175854	0.031431	5.594982	0.0000
IPCM	6.97E-05	3.29E-05	2.120674	0.0340
NBI2	-0.233619	0.048078	-4.859196	0.0000
NBI3	-0.319038	0.042990	-7.421185	0.0000
NBI4	-0.581600	0.112111	-5.187714	0.0000
TIEMPLLE	0.064903	0.020107	3.227826	0.0013
LP2	-0.180440	0.052103	-3.463134	0.0005

Log likelihood -7354.603

Obs with Dep=1 5434

Obs with Dep=0 5313

Donde:

- El ingreso per cápita mensual : IPCM
- Necesidad Insatisfecha 2: Hacinamiento : NBI2
- Necesidad Insatisfecha 3: Sin Servicios Higiénicos: NBI3
- Necesidad Insatisfecha 4: Con niños que no van a la escuela: NBI4
- Tiempo del llegada a los servicios de salud . TIEMPLLE
- Nivel de pobreza 2 : Pobre LP2
- Siendo C: la constante del modelo

Lo que nos indica este modelo, es que dadas las características tan heterogéneas de la población en la que se interrelacionan variables múltiples, no sólo indicarían lo multidimensional del problema, sino que se rescatan sólo las variables más importantes que explicarían el acceso a los servicios de salud, definiéndose como determinantes que posibilitan el acceso a los servicios de salud o imposibilitan.

La lectura del modelo hallado nos dice que las variables que mejor explican, manteniéndose el resto de variables constantes, son las variables estructurales, es decir las condiciones en las que vive la población, como son las NBI, que interactúan y presentan una relación inversa respecto del acceso a los servicios de salud, así tenemos los hogares con niños que no asisten a la escuela (NBI4), sin servicios higiénicos (NBI3) y en condiciones de hacinamiento (NBI2), se convierten en barreras del acceso a los servicios de salud.

La probabilidad de que acceda a los servicios de salud el poblador es mucho menor cuando exista mayor presencia en el hogar de niños que no van a la escuela, los hogares no cuenten con servicio higiénico y vivan en hacinamiento, este orden lo da el coeficiente hallado pues hay mayor explicación cuando se acerca hacia la unidad positiva o negativa.

Otras dos variables explican de modo positivo el acceso a los servicios de salud, el tiempo de llegada (la accesibilidad temporal) y el ingreso per cápita, es decir el hecho de que la población tenga mayor accesibilidad a los servicios de salud, definirá una mayor propensión de acceso a los servicios de salud, lo mismo sucede con el ingreso, si la población mejora sus ingresos existe la posibilidad de que mejore el acceso a los servicios de salud.

Se nota que se juntan y definen el acceso a los servicios de salud determinantes ligados a la estructura socioeconómica de la población (NBIs e ingresos) y la capacidad que tiene el Estado de poner a disposición de la población en un lugar de fácil accesibilidad la oferta de servicios de salud.

Dadas las distintas características de la población examinadas por sus características sociales, socioeconómicas, educativas, de comportamiento y demográficas, y analizadas por área de residencia, región natural, nivel de urbanización, etc.,

Log likelihood -2491.308

Obs with Dep=1 1551

Obs with Dep=0 1586

Las variables explicativas son:

- Necesidad Insatisfecha 2: Hacinamiento : NBI2
- Necesidad Insatisfecha 3: Sin Servicios Higiénicos: NBI3
- Necesidad Insatisfecha 4: Con niños que no van a la escuela: NBI4
- Nivel de Pobreza 2: LP2
- Tiempo del llegada a los servicios de salud . TIEMPLLE

Condición de Actividad del Jefe de familia: CONACTJH

Entonces tenemos que la variable que más explica el acceso a los servicios de salud en el área rural del Perú, manteniéndose el resto de variables explicativas constantes es el tiempo de llegada, es decir cuando exista mayor accesibilidad temporal en el área rural, mayor posibilidad de que la población acceda a los servicios de salud, o también cuando cambie hacia un menor tiempo de llegada al establecimiento de salud el acceso a estos servicios mejorará.

Son barreras e interactúan entre sí, en este orden: los hogares con niños que no van a la Escuela, sin servicios higiénicos y en hacinamiento. Es decir que interactúan de modo que al existir cambios en la población la relación con el acceso es inversa, si se incrementa la población con estas NBI, habrá más propensión a no acceder a los servicios de salud en el área rural.

El Cuadro N° 43, muestra el modelo de determinantes para el Area residencial Urbano.

CUADRO N° 43

MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL AREA RESIDENCIAL URBANO. II TRIM. 1998

DOMINIO : AREA DE RESIDENCIAL URBANO

LOGIT // Dependent Variable is ACCEDE

Date: 04/06/00 Time: 07:29

Included observations: 7610

Convergence achieved after 3 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob
C	0.101137	0.045544	2.220640	0.0264
IPCM	0.000110	3.78E-05	2.902329	0.0037
NBI2	-0.263217	0.056187	-4.684679	0.0000
NBI3	-0.392246	0.051104	-7.675445	0.0000
TIEMPLLE	0.071160	0.040884	1.740520	0.0818
TRANP1	0.082103	0.047473	1.729447	0.0838
LP1	0.162240	0.078167	2.075544	0.0380

Log likelihood -5212.523

Obs with Dep=1 3883

Obs with Dep=0 3727

Las variables explicativas son:

- El ingreso per cápita mensual: IPCM
- Necesidad Insatisfecha 2: Hacinamiento : NBI2
- Necesidad Insatisfecha 3: Sin Servicios Higiénicos: NBI3
- Tiempo del llegada a los servicios de salud . TIEMPLLE
- Medio de transporte 1: A pie: TRANSP1
- Nivel de Pobreza 1 : LP1

Siendo C : la constante del modelo

Tenemos que el acceso a los servicios de salud en el área urbana del Perú, está en función del ingreso per cápita mensual , los NBI2, NBI3, la accesibilidad temporal (tiempo de llegada), la accesibilidad geográfica (el medio de transporte) y la pobreza extrema (medida por línea de pobreza). Esta función la podemos expresar de la siguiente manera:

Acceso área urbana = f (ingreso per cápita mensual, NBI2: hacinamiento, NBI3 sin servicios higiénicos, tiempo de llegada a los servicios de salud. medio de transporte utilizado (a pie), Pobreza extrema)

Que se puede expresar en la siguiente función lineal:

$$\text{Acceso área urbana} = 0.101137 + 0.000110 \text{ IPCM} - 0.263217 \text{ NBI2} - 0.392246 \text{ NBI3} + 0.071160 \text{ TIEMPLLE} + 0.082103 \text{ TRANP1} + 0.162240 \text{ LP1}$$

En este modelo, los resultados conforman dos tipos de factores estructurales, los que pertenecen a la población y los que definen la accesibilidad, que viene dada por la presencia de establecimientos a los servicios de salud en el área urbana del Perú.

Las variables más explicativas del modelo son las NBI que en su interacción define una relación inversa con el acceso a los servicios de salud, es decir cuando mayores necesidades básicas insatisfechas de hacinamiento y la no existencia de servicios higiénicos en las viviendas de los hogares en extrema pobreza implicarán menor propensión a acceder a los servicios de salud en el Perú urbano, o ante un cambio en las NBI 2 y 3, permaneciendo todo lo demás constante, existirá una relación inversa con el acceso a los servicios de salud en el área urbana del país.

Como factor positivo del acceso ante cambios en la población urbana en condiciones de pobreza extrema, significaría que en el área urbana la política de salud de focalización del gasto estaría permitiendo romper la barrera del ingreso, de modo que la población de muy bajos ingresos acceda, ello aunado con los factores de accesibilidad, que les permite acudir a los establecimientos de salud en menor tiempo y sin usar mayor medio de transporte que acudir a pie. Factores que integrarían entonces la política de salud de focalización del gasto en el área urbana y la provisión de servicios de salud suficientemente cercanos a la población más necesitada.

El ingreso per cápita mensual también figura como un determinante en una relación positiva, es decir cuando mayor sea el ingreso de la población habrá mayor posibilidad de que la población acceda a los servicios de salud.

Es evidente que las condiciones de accesibilidad marcan diferencia entre la población urbana y la población rural, además que la acción de las políticas de salud están mejor desarrolladas para la población que para la población urbana, no sólo en el subsidio de la atención de la salud, sino que la implementación de establecimientos de salud define su fácil accesibilidad.

Si analizamos los resultados del modelo por Región Natural, y de acuerdo a lo trabajado hasta aquí, en la que hemos desagregado Lima Metropolitana como una Región Natural de modo que se pueda analizar de mejor manera los determinantes del acceso a los servicios de salud, pues las características propias y particulares de Lima Metropolitana, implican características distintas en el análisis del acceso a los servicios de la salud .

Analizando el Cuadro N° 44, diremos que el acceso a los servicios de salud en Lima Metropolitana está en función al ingreso per cápita mensual, la pobreza no extrema, el tiempo de llegada a los servicios de salud, los medios de transporte utilizados, la condición de actividad del Jefe de hogar, las NBI: hacinamiento y sin servicios de salud.

CUADRO N° 44
MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGION NATURAL DE LIMA METROPOLITANA. II TRIM. 1998

DOMINIO: LIMA METROPOLITANA

LOGIT // Dependent Variable is ACCEDE
 Included observations: 1945
 Improve log likelihood after 3 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob
IPCM	0.000309	5.47E-05	5.641690	0.0000
LP2	-0.431067	0.186317	-2.313621	0.0208
TIEMPLLE	-2.781651	0.309379	-8.991092	0.0000
TRANP1	0.297230	0.136813	2.172530	0.0299
TRANP2	0.770169	0.165448	4.655040	0.0000
TRANP3	0.625270	0.276453	2.261759	0.0238
CONACTJH	-0.493275	0.121821	-4.049174	0.0001
NBI2	-0.773110	0.230125	-3.359514	0.0008
NBI3	-0.486985	0.285080	-1.708241	0.0878
Log likelihood	-1786.144			
Obs with Dep=1	1163			

Obs with Dep=0 782

Las variables explicativas son:

- El ingreso per cápita mensual: IPCM
- Pobreza no extrema : LP2
- Tiempo del llegada a los servicios de salud . TIEMPLLE
- Medio de transporte 1 : A pie: TRANSP1
- Medio de transporte 2: Transporte publico: TRANSP2
- Medio de transporte 3: Taxi: TRANSP3
- Condición de Actividad del Jefe de familia: CONACTJH
- Necesidad Insatisfecha 2: Hacinamiento : NBI2
- Necesidad Insatisfecha 3: Sin Servicios Higiénicos: NBI3

Modelo que se puede expresar de la forma siguiente:

Acceso Lima Metrop.= f (ingreso per cápita mensual, la pobreza no extrema, el tiempo de llegada a los servicios de salud, los medios de transporte utilizados, la condición de actividad del Jefe de hogar, las NBI: hacinamiento y sin servicios de salud)

Que se puede expresar en la siguiente función lineal:

$$\text{Acceso Lima Metrop.} = 0.000309 \text{ IPCM} - 0.431067 \text{ LP2} - 2.781651 \text{ TIEMPLLE} + 0.297230 \text{ TRANP1} + 0.770169 \text{ TRANP2} + 0.625270 \text{ TRANP3} - 0.493275 \text{ CONACTJH} - 0.773110 \text{ NBI1} - 0.486985 \text{ NBI3}$$

El modelo a su vez nos estaría diciendo que variables que más explican el acceso a los servicios de salud (permaneciendo todo los demás constante) son las necesidades básicas insatisfechas 2, y 3, y la accesibilidad vista por el medio de transporte publico y taxi

En la interacción de las NBI, estarían explicando una relación adversa ante la presencia de estas NBI, mientras que las variables de accesibilidad estarían contrarrestando esta propensión, pues el fácil acceso vía transporte público o taxi en Lima Metropolitana estará indicando que la existencia de locales y establecimientos de salud lo suficientemente bien ubicados (de fácil acceso) ante las necesidades de servicios de salud en la población limena.

La complejidad de Lima hace también que existan otros factores negativos para el acceso, como son el tiempo de llegada y la pobreza extrema, es decir cuanto más demora la llegada al establecimiento de salud menor posibilidad de acceso a los servicios de salud existen, de otra manera cuando la población sea más pobre (no extremo) en Lima Metropolitana habrá más posibilidad de que esta población no acceda a los servicios de salud.

La condición de actividad del jefe de hogar implica también una relación inversa con el acceso a los servicios de salud, es decir si hay una variación de los jefes de hogar en condición de ocupado el acceso disminuiría, esto estaría llevando a que esta población tendría menos tiempo para acudir a los establecimientos de salud dada su

condición o que dados los comportamientos de la población en ciudades como Lima, se da como salida a la autoreceta o el acudir a la farmacia.

En el Cuadro N° 45 tenemos los resultados del Modelo Logístico para la Región Natural Resto Costa, en la que nos indica que el acceso a los servicios de salud en este dominio, está en relación a la NBI2: Hacinamiento, NBI3: Sin Servicios Higiénicos, Pobreza no extrema, Medio de transporte (Transporte público), Medio de transporte 3 (Taxi), Medio de transporte 4 (Bicicleta).

CUADRO N° 45

MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGION NATURAL DE RESTO COSTA. II TRIM. 1998

DOMINIO: : RESTO COSTA

LOGIT // Dependent Variable is ACCEDE

Date: 04/06/00 Time: 08:14

Included observations: 3617

Convergence achieved after 3 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob
C	0.116765	0.050690	2.303490	0.0213
NBI2	-0.447266	0.083946	-5.328023	0.0000
NBI3	-0.439307	0.077347	-5.679704	0.0000
LP2	-0.176551	0.077571	-2.275999	0.0229
TRANP2	-0.318861	0.088759	-3.592423	0.0003
TRANP3	-0.281698	0.148987	-1.890751	0.0587
TRANP4	-1.188901	0.502965	-2.363783	0.0181

Log likelihood -2429.319

Obs with Dep=1 1596

Obs with Dep=0 2021

Las variables explicativas son:

- Necesidad Insatisfecha nivel 2: Hacinamiento : NBI2
- Necesidad Insatisfecha nivel 3: Sin Servicios Higiénicos: NBI3
- Pobreza no extrema : LP2
- Medio de transporte 2: Transporte publico: TRANSP2
- Medio de transporte 3: Taxi: TRANSP3
- Medio de transporte 4: Taxi: Bicicleta

Siendo C: la constante del modelo

Acceso Resto Costa = f (hacinamiento, hogares sin servicios higiénicos, pobreza no extrema (por línea de pobreza) y medio de transporte utilizado)

Que se puede expresar en la siguiente función lineal:

Acceso Resto Costa = 0.116765 - 0.447266 NBI2 - 0.439307NBI3 - 0.176551 LP2 - 0.318861
TRANSP2 - 0.281698TRANSP3 - 1.188901 TRANSP4

En este dominio encontramos que la relación con todas las variables es inversa respecto del acceso, es decir todas las variables halladas que interactúan conllevan a convertirse en barreras para el acceso a los servicios de salud, siendo las variables que más aportan desde el punto de vista de un cambio unitario en la variable explicativa, manteniéndose el resto de las variables constantes, son las necesidades básicas insatisfechas: hacinamiento y NBI3: hogares sin servicios higiénicos, el medio de transporte público y taxi.

Es decir que al interactuar las variables estructurales como son las NBI en los hogares con los medios utilizados para acudir a los establecimientos de salud en el Resto de la Costa del Perú, estarían imposibilitando el acceso a los servicios de salud.

La participación de la pobreza no extrema (medido por línea de pobreza) como variable explicativa del modelo, significaría que esta condición de pobreza extiende la población que no accede a los servicios de salud en este dominio.

En el Cuadro N° 46, se muestran los resultados del Modelo Logístico que presenta los determinantes del acceso a los servicios de salud en el dominio de la Sierra, donde se aprecia que el acceso a estos servicios está en función de las necesidades básicas insatisfechas como el hacinamiento, los hogares sin servicios higiénicos y los niños que no van a la escuela, la afiliación a un seguro de salud, la accesibilidad temporal y la accesibilidad geográfica.

Acceso Sierra = f (hacinamiento, hogares sin servicios higiénicos, niños que no asisten a la escuela, afiliación a un seguro de salud, tiempo de llegada y medio de transporte utilizado)

Que se puede expresar en la siguiente función lineal:

$$\text{Acceso Sierra} = 0.240702 - 0.319408 \text{ NBI2} - 0.357529 \text{ NBI3} - 0.505989 \text{ NBI4} + 0.193631 \text{ AFSS} + 0.053751 \text{ TIEMPLL} - 0.903338 \text{ TRANP4}$$

El modelo encontrado para explicar los determinantes del acceso a los servicios de salud en la sierra del Perú, está indicando que las variables más explicativas son las NBI y el medio de transporte, todas ellas como barreras al acceso, es decir que al interactuar explicarán un cambio en el acceso pero en relación inversa a los cambios efectuados en las variables.

Son variables con relación positiva la afiliación a un seguro de salud y el tiempo de llegada, que ante variaciones en estas variables la propensión al acceso es mayor, manteniendo todo lo demás constante, ello ocurre en una proporción menor a los cambios que pudiera ocurrir en la población con NBIs y en los que acuden en bicicleta a los establecimientos de salud.

Es decir que los efectos en el acceso a los servicios de salud ante cambios en la población con NBI 2,3,4 y en la población que acuden en bicicleta serán mucho mayores que los cambios que pudieran ocurrir en la afiliación y el tiempo de llegada a los establecimientos en la sierra del Perú.

CUADRO N° 46

MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGION NATURAL DE LA SIERRA. II TRIM. 1998

DOMINIO: SIERRA

LOGIT // Dependent Variable is ACCEDE
 Included observations: 2754
 Convergence achieved after 3 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob
C	0.240702	0.062288	3.864345	0.0001
NBI2	-0.319408	0.092817	-3.441267	0.0006
NBI3	-0.357529	0.079346	-4.505970	0.0000
NBI4	-0.505989	0.227372	-2.225376	0.0261
ASS	0.193631	0.086369	2.241909	0.0250
TIEMPLLE	0.053751	0.028288	1.900128	0.0575
TRANP4	-0.903338	0.533776	-1.692354	0.0907
Log likelihood	-1875.419			
Obs with Dep=1	1428			
Obs with Dep=0	1326			

Las variables explicativas son:

- Necesidad Insatisfecha nivel 2: Hacinamiento : NBI2
- Necesidad Insatisfecha nivel 3: Sin Servicios Higiénicos: NBI3
- Necesidad Insatisfecha nivel 4: Con niños que no van a la escuela: NBI4
- Tiempo del llegada a los servicios de salud . TIEMPLLE
- Afiliación a los servicios de salud. ASS
- Medio de transporte 4: Bicicleta
- Siendo C: la constante del modelo

En el Cuadro N° 47 se muestra los resultados del Modelo Logit para la Región Natural Selva, este nos indica que el acceso a los servicios de salud en esta región natural está en función de las variables: Hogares Sin Servicios Higiénicos, hogares con niños que no van a la escuela, Tiempo del llegada a los servicios de salud, Medio de transporte: Taxi, Condición de Actividad del Jefe de familia, Pobreza extrema e ingreso per cápita mensual.

En la selva también encontramos que las variables más explicativas como barreras del acceso a los servicios de salud son Las necesidades básicas insatisfechas 3 y 4, la condición de actividad del jefe de familia , y la pobreza extrema.

Así, se muestran estas variables en relación inversa al acceso a los servicios de salud, es decir al incrementarse la población con NBI 3 y 4, o al incrementarse la población en condición de pobreza extrema (por la línea de pobreza y al incrementarse la posibilidad de que haya un ocupado, existe mayor posibilidad de que la población no acceda a los servicios de salud.

Son determinantes con relación positiva respecto del acceso, la pobreza extrema, y en menor medida el tiempo de llegada y el ingreso per cápita mensual. Esta característica de que la población en condición de pobreza extrema acceda se explicaría por los programas que tiene el gobierno sobre combate a las enfermedades regionales y metaxénicas y que tienen mayor número de casos en la selva, estos programas van desde la prevención, la provisión del servicio, el financiamiento y seguimiento y control de los enfermos.

CUADRO N° 47

MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGION NATURAL DE LA SELVA. II TRIM. 1998

DOMINIO: SELVA

LOGIT // Dependent Variable is ACCEDE

Included observations: 1864

Improve log likelihood after 4 iterations

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob
NBI3	-0.468837	0.105766	-4.432789	0.0000
NBI4	-0.816044	0.262923	-3.103742	0.0019
TIEMPLLE	0.169326	0.045398	3.729778	0.0002
TRANP3	-1.710044	0.423751	-4.035495	0.0001
CONTACTJH	-0.584800	0.100878	-5.797076	0.0000
IPCM	0.003348	0.000288	11.61903	0.0000
LP1	0.482422	0.123034	3.921058	0.0001

Log likelihood -1453.355

Obs with Dep=1 924

Obs with Dep=0 940

Las variables explicativas son:

- Necesidad Insatisfecha 3: Sin Servicios Higiénicos: NBI3
- Necesidad Insatisfecha 4: Con niños que no van a la escuela: NBI4
- Tiempo del llegada a los servicios de salud . TIEMPLLE
- Medio de transporte 3: Taxi: TRANSP3
- Condición de Actividad del Jefe de familia: CONTACTJH
- Nivel de Pobreza 1: LP1
- El ingreso per. cápita mensual: IPCM

V. CONCLUSIONES

El análisis de los determinantes del acceso a los servicios de salud a partir de variables de orden demográfico, social, económico, sociocultural, educativo y de accesibilidad en el Perú, ha demostrado que:

- 1.- Existe en el Perú una elevada demanda potencial de servicios de salud, en el sector de la población de menores ingresos, presentándose una relación inversa entre el número de personas con problemas de salud e ingresos. No obstante, dicho sector de la población, registra menor acceso institucional a los servicios de salud.
- 2.- La población que mayores problemas de salud presentan en el Perú, es aquella con educación básica (primaria y secundaria).
- 3.- No se puede establecer de manera homogénea los márgenes de población que, a nivel nacional, acceden a servicios de salud, pues las variables estructurales cambian en función a cada área geográfica del país (condiciones de vida, área de residencia, región natural, nivel de urbanización, accesibilidad temporal, ingresos percapita, entre otras). Sin embargo, se pueden establecer factores determinantes, examinados a nivel global y desagregado por área de residencia y regiones naturales, que influyen negativamente (barreras), y de manera positiva (facilitadores) en el acceso a los servicios de salud. De esta manera, podemos considerar como barreras la interacción que tienen las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de la población, con las dificultades para acceder temporalmente (tiempo de llegada). En tanto se podrán considerar como facilitadores el mayor ingreso per cápita.
- 4.- En Lima Metropolitana, se presentan factores determinantes que intervienen negativamente o impiden el acceso a los servicios de salud, como son fundamentalmente la accesibilidad temporal y la pobreza extrema. En tanto en el resto de la Costa, se presentan además otros factores, como son hogares sin servicio higiénico, que se convierten en barreras limitantes para el acceso a los servicios de salud.
- 5.- En la sierra del Perú, se presentan principalmente como factores limitantes de acceso a los servicios de salud, los hogares que no van a la escuela y los que viven en hacinamiento.
- 6.- Es necesario implementar políticas de salud, de acuerdo a las necesidades de los distintos tipos de población existentes en el Perú.

VI RECOMENDACIONES

- 1.- Se deben establecer políticas de salud, acordes a las necesidades de la población en mayor riesgo según el área de residencia, principalmente en el área rural, y en la región sierra.
- 2.- Es necesario focalizar la política de oferta de servicios de salud, desarrollando una política que permita a los establecimientos de salud llegar a la población, y no a la inversa, como viene sucediendo.
- 3.- Dentro de la política de oferta de servicios de salud debe establecerse la creación del "médico de cabecera" que debería estar a cargo de un número determinado de hogares, a fin de permitir una adecuada integración entre el médico y el hogar, a través de visitas periódicas, información y educación en salud, con lo cual se lograría eliminar paulatinamente las barreras de acceso a los servicios de salud.
- 4.- Se deben establecer políticas de aseguramiento que limiten las barreras económicas y sociales de las poblaciones con más necesidades, lo cual permitirá organizar la demanda de servicios de salud.
- 5.- Es necesario revisar la privatización de los servicios de salud, examinando el rol del Estado en el sector salud, más aun si se tiene en consideración las limitaciones que actualmente existen para el acceso a los servicios de salud.
- 6.- Se debe cambiar la organización territorial de la oferta de servicios de salud, en función a un trabajo más dinámico en las zonas de mayor población y con mayores necesidades de salud.
- 7.- Resulta indispensable integrar a las políticas sociales, programas de información, comunicación y educación para la salud, con participación de niños y jóvenes, como mecanismos que permitan modificar los comportamientos sobre la salud, y erradicar la falta de acceso a los servicios de salud.
- 8.- Se debe regular el campo de acción de las farmacias, integrando a los colegios profesionales y a la comunidad en general, a fin de mejorar el comportamiento de la población, en relación a la salud.

- 9.- Es importante integrar a las políticas de salud, la medicina tradicional, a fin de romper las barreras culturales que impiden el acceso a los servicios de salud.
- 10.- Es necesario destacar la importancia de las políticas de financiamiento de los servicios de salud de parte del Estado, mediante un nuevo concepto de focalización, a partir de integrar los conceptos de descentralización, comunicación, médico de familia (o "médico de cabecera"), con políticas de prevención, educación, comunicación y aseguramiento y de mejora de ingresos en la población.

VII BIBLIOGRAFIA

1. INEI: Formularios de Encuesta de las ENAHO 1997 y 1998.
2. MUSGROVE Philip. Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud. Buenos Aires. 1995
3. ROÑES Marcos. Metodología para determinar el Ingreso y la Proporción de Hogares Pobres. INEI 1996
4. MIRANDA Ernesto. La salud en Chile, Evolución y Perspectivas. 1995.
5. RODRÍGUEZ Marisol. Teoría de la demanda sanitaria y estimaciones empíricas, en el "Gasto sanitario en Cataluña. Análisis del gasto sanitario privado y su contribución a a política sanitaria". Tesis doctor al. 1988.
6. DONABEDIAN, A. : Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care. Cambrdge, Mass, Harvard University Press, 1973.
7. FRENK Julio. "El Concepto y la medición de Accesibilidad". Salud Pública de México 27 (5); 438-453, 1985
8. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993
9. FUNSALUD. Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. 1994.
10. INEI -Programa MECOVI Medición del Gasto Social. 1998.
11. LENZ Rony . Equidad en la asignación de recursos en el servicio nacional de salud de Chile. 1997.
12. Ministerio de Salud Análisis de la demanda por Servicios de Salud. 1997
13. INEI, OEA, CIENES, UNICEF: Curso Taller Subregional. Indicadores sociales, pobreza, mujer y ninez.. julio 1997

14. Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso económico social en América Latina. Informe 1996. Nov. 1996.
15. Centro Interamericano de Seguridad Social. La seguridad social en América 1994. México. 1995
16. Ministerio de Salud Lineamientos de Política de Salud 1995 - 2000. Diciembre 1995.
17. MAYNARD, Alan. Health Care Reform. The role of health Economics in Informing Difficult Choices. Río de Janeiro. 1996.
18. MINSA. La reforma del Sector Salud. Febrero 1996.
19. OPS La reforma del sector salud en las Américas. Boletín OPS 120 (2) 1996..