



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA CURATIVA Y  
PREVENTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER  
NIVEL DE ATENCIÓN DISTRITO DE PICHANAKI 2014**

**PRESENTADA POR  
LILI VANESSA HERNANDO ORTÍZ**

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA CON  
MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**LIMA – PERÚ**

**2016**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA CURATIVA Y  
PREVENTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN DISTRITO DE PICHANAKI 2014**

**TESIS**

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE  
SALUD**

**PRESENTADA POR**

**LILI VANESSA HERNANDO ORTÍZ**

**LIMA – PERÚ**

**2016**

### **Asesor**

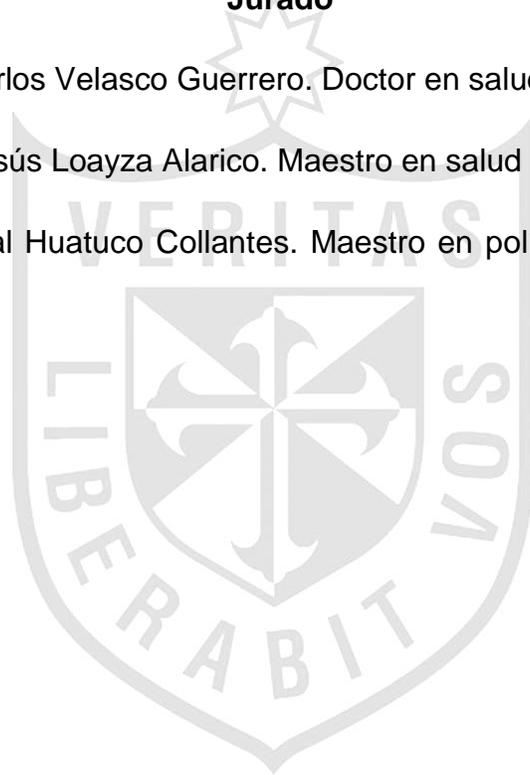
Pedro Javier Navarrete Mejía. Doctor en Salud Pública. Centro de Investigación en Salud Pública. Instituto de Investigación. Facultad de Medicina Humana. Universidad de San Martín de Porres.

### **Jurado**

**Presidente:** Juan Carlos Velasco Guerrero. Doctor en salud pública.

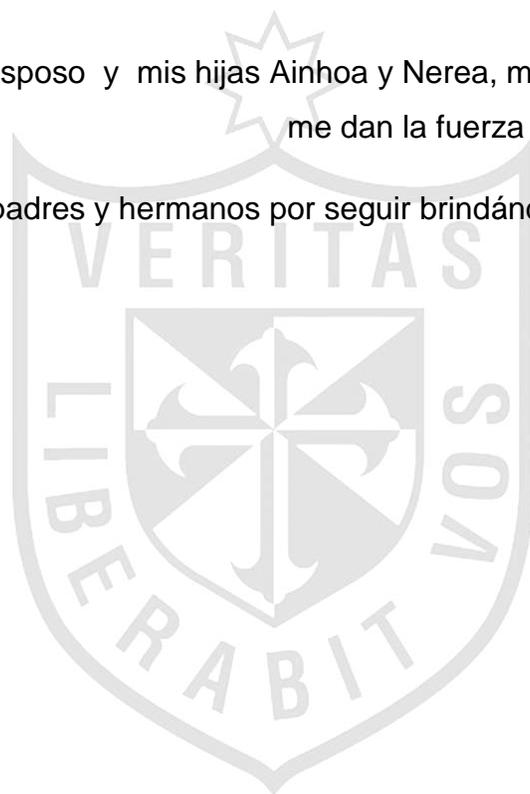
**Miembro:** Manuel Jesús Loayza Alarico. Maestro en salud pública.

**Miembro:** Zoel Anibal Huatuco Collantes. Maestro en políticas y planificación en salud.



A mi esposo y mis hijas Ainhoa y Nerea, mis grandes amores, que  
me dan la fuerza para seguir avanzando.

A mis padres y hermanos por seguir brindándome su apoyo en cada  
etapa de mi vida.



## ÍNDICE

	Pág.
Asesor y jurado	ii
Dedicatoria	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	
I.1 Antecedentes de la investigación	3
I.2 Bases teóricas	7
I.3 Definición de términos	14
CAPÍTULO II METODOLOGÍA	
II.1 Tipo y diseño de investigación	16
II.2 Diseño muestral	16
II.3 Características del lugar o institución donde se ejecutó la investigación	16
II.4 Instrumento y procedimiento de recolección de datos	16
II.5 Procesamiento y análisis de datos	16
II.6 Aspectos éticos	17
CAPÍTULO III RESULTADOS	18
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	

V.1 Conclusiones	38
V.2 Recomendaciones	39

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

Anexo 2. Matriz de consistencia



## RESUMEN

La demanda de servicios de salud institucional es básicamente por servicios curativos, sin embargo en los últimos años se está difundiendo e impulsando las actividades preventivas, ya que es una medida efectiva y económica para mejorar la salud de la población, sin embargo existen factores asociados que podrían explicar los bajos niveles de demanda de servicios preventivos. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores asociados a la demanda curativa y preventiva en un establecimiento de salud del primer nivel de atención de la Red Pichanaki (MINSA). Se analizaron retrospectivamente algunas variables determinantes de la demanda de servicios de salud entre ellas: grado de instrucción educativa, ingreso económico per cápita, condición de aseguramiento al seguro integral de salud, confiabilidad en el establecimiento de salud y tiempo de espera para la atención. El análisis fue bivariante, utilizando la prueba  $X^2$  con un intervalo de confianza del 95%, para ello se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0.

Según los resultados obtenidos la mayor demanda de servicios de salud es la curativa con un 86,7%. Los factores asociados a la demanda de servicios de salud tanto preventiva como curativa son el ingreso económico per cápita ( $p=0,042$ ) y la confiabilidad en el establecimiento de salud ( $p=0,013$ ).

Palabras clave: Servicios de salud, centros de salud, (fuente: DeCS, BIREME)

## ABSTRACT

The demand for institutional health is basically curative services, however in recent years is spreading and promoting preventive activities, as it is a cost-effective measure to improve the health population, but there are factors associated to could explain the low levels of demand for preventive services. This research aims to determine the factors associated with curative and preventive demand an establishment of primary health care Pichanaki. The degree of educational instruction, per capita income, insurance status , reliability in establishing health and waiting time for care: some variables determining demand for health services among them were retrospectively analyzed. Bivariate analysis was using the X2 test, with a confidence interval of 95% for this SPSS 22.0 was used.

According to the results the factors associated with the demand for both preventive and curative health are income per capita ( $p = 0.042$ ) and reliability in establishing health ( $p=0,013$ ).

Keywords: Health service, health centers (source: MESH, NML)

## INTRODUCCIÓN

La demanda de servicios de salud tiene su origen en la búsqueda del bienestar y salud de los individuos. Es una demanda indirecta ya que la salud no se vende ni se compra, lo que se compran son los servicios médicos, con el objetivo de mantener o recuperar la salud y de ese modo aumentar la productividad individual. Según Grossman, los consumidores de servicios de salud, compran bienes y servicios e invierten su tiempo para producir salud.<sup>1</sup>

La organización mundial de la salud (OMS) adoptó en 1978 el concepto de Atención Primaria de Salud (APS), como una estrategia para lograr la meta que todos los pueblos del mundo contaran con un estado de salud, que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. La APS enfatiza los servicios preventivos, sin embargo los servicios de salud de los niveles secundario y terciario, están esencialmente concentrados en aspectos curativos.<sup>2</sup>

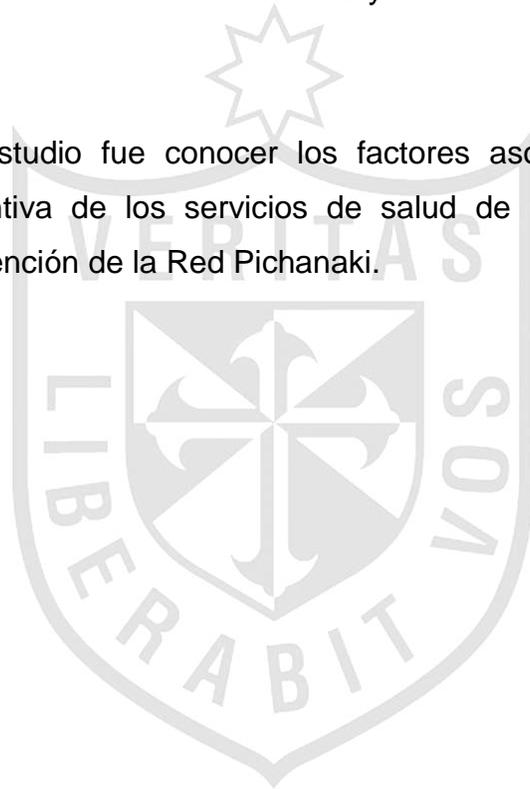
Existen determinadas características en el comportamiento de las personas para obtener servicios de salud, que se incluyen como determinantes de la demanda. Un rasgo importante es que la demanda de las personas por estos servicios se debe básicamente a los trastornos en la salud, que condiciona la demanda por servicios de salud curativos, sin embargo existen otros factores que influyen en la demanda por servicios de salud preventivos.<sup>3</sup> A mayor conocimiento de los factores determinantes, mejor se puede explicar las variaciones de consumo en la población y mejor se puede predecir o influir en el consumo futuro.

En nuestro país en los últimos años se experimenta una etapa de transición tanto en la estructura demográfica como en los patrones epidemiológicos, dándose cada vez más importancia a la prevención en los servicios de salud del primer nivel de atención, ya que es una medida efectiva y económica para

mejorar la salud de la población, sin embargo no se han evaluado los factores que influyen en los tipos de demanda ni la proporción de cada uno de ellos en las consultas del primer nivel de atención en nuestro país.

Con el fin de contribuir en el diseño de políticas de salud adecuadas a las necesidades de la población, es importante no solo contemplar el lado de la oferta sino también es trascendental analizar la situación actual de la demanda preventiva y curativa en la Red Pichanaki y evaluar los factores que influyen en ellos.

El objetivo del estudio fue conocer los factores asociados a la demanda curativa y preventiva de los servicios de salud de un establecimiento del primer nivel de atención de la Red Pichanaki.



# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### I.1 Antecedentes de la investigación

En un estudio econométrico de la demanda de servicios ambulatorios en México el año 1994, cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre el ingreso económico y el estado de salud. Los principales resultados muestran una distribución desigual de los recursos que repercuten en el acceso a los establecimientos sanitarios, a mayor tiempo de viaje al establecimiento sanitario, la demanda disminuye. Así mismo encontraron una mayor demanda de servicios privados de salud a predominio de la población derechohabiente de la seguridad social, pese a los precios elevados de dichos servicios <sup>4</sup>

El estudio de demanda por servicios médicos en México, de 1997, analiza básicamente los servicios curativos de salud, entre los principales determinantes encontrados se encuentran: el estado de salud, la edad, el género, el ingreso económico, longevidad, así mismo se consideran determinantes importantes, el tamaño de la localidad y región geográfica.<sup>5</sup>

En un estudio transversal analítico de 1999-2000, se determinaron los factores asociados a la demanda de servicios de salud en cinco provincias de la zona rural de Cajamarca-Perú, se analizaron los aspectos demográficos, educacionales, ocupacionales y aquellos relacionados con el acceso a los servicios de salud, según las siguientes características: percepción de enfermedad, realización de consulta y consulta a un establecimiento del Ministerio de Salud (MINSA). Entre los principales resultados el 70.4% de los individuos consideró estar en buen estado de salud, 23.6% declaró enfermedad o malestar en salud o accidente en las últimas 4 semanas previas a la encuesta. De este grupo 41,4% realizó una consulta, acudiendo 53,8% a un establecimiento del MINSA. Se encontró asociación estadística de

percepción de enfermedad con mayor edad y saber leer y escribir, realización de consulta con saber leer y escribir, y consulta a un establecimiento del Ministerio de Salud con sexo femenino, percepción de enfermedad y tener un ingreso económico bajo. Concluyen que los modelos epidemiológicos pueden explicar la percepción de enfermedad y la probabilidad de consulta, sin embargo para la elección del lugar de consulta se sugiere un modelo econométrico.<sup>6</sup>

En un estudio descriptivo sobre oferta y demanda de servicios de salud. Las necesidades insatisfechas sentidas, requieren atención médica y otras no. La demanda de servicios, en estos casos está influida por una serie de características del individuo y de la prestación del servicio. Dentro de las primeras se encuentran el nivel educativo de las personas, su promedio de ingresos, las creencias, actitudes y la capacidad de pago; de la segunda se puede destacar la accesibilidad geográfica, administrativa y económica de la oferta.<sup>7</sup>

En un estudio de caso realizado en centros de atención primaria de Quebec, Canadá en el 2010, se determinó que los principales determinantes de la utilización de los servicios de salud son: edad, sexo y la cercanía al establecimiento de salud. Los cambios en los perfiles de algunos pacientes correspondían a los cambios en los niveles de servicio, lo que demuestra que una modificación de las horas de servicio en una misma instalación afecta a la demanda en otras instalaciones de una manera que pueda ser cuantificada.<sup>8</sup>

En un estudio transversal realizado en Brasil en el 2012, se identificaron los factores relacionados con el acceso a los servicios de Salud de la Familia del distrito de la Libertad. El acceso a los servicios de salud se analizó en función de las características socio – organizativa y geográfica y de acuerdo a la demanda de citas médicas. Más del 50% de los encuestados solicitó una el servicio de salud familiar y de éstos el 78.7% informó asistir a la cita. Con

respecto al acceso de la organización, se encontraron problemas, tales como largos tiempos de espera para la consulta. Las barreras geográficas fueron comprobadas en el uso de las unidades de salud de la familia, pero estos no impidieron la realización de la consulta médica. El uso de las unidades de salud de la familia fue mayor entre las personas con menor nivel socioeconómico.<sup>9</sup>

En un estudio observacional, transversal realizado en Costa Rica en el 2010, cuyo objetivo fue realizar una primera aproximación a los determinantes de la utilización de consultas médicas. Los resultados muestran que los principales determinantes son: el nivel educativo, el estado de salud percibida, el número de enfermedades crónicas declaradas y la región de residencia. Sin embargo la necesidad de salud es el principal determinante para demanda de servicios ambulatorios, no encontraron diferencias significativas con los quintiles de ingreso económico, condición de aseguramiento, siendo ello esperable debido al tipo de sistema público de salud con el que cuenta Costa Rica, solidario y casi universal.<sup>10</sup>

En un estudio ecológico, realizado en Perú entre el 2009 y el 2011, cuyo objetivo fue describir el uso de los servicios de salud y los factores asociados de los establecimientos del Ministerio de Salud. Pese al incremento de los centros de salud y las coberturas de seguros de salud, el uso de los servicios de salud disminuyó del 43,3% (2009) a 40,3% (2011). El mayor uso se encontró en la población de sexo femenino, en el grupo de edad de 0-29 años y los residentes de la zona sur del país. Los factores asociados con el uso de los sistemas de salud fueron la zona geográfica y año calendario.<sup>11</sup>

En un estudio transversal descriptivo, cuyo objetivo fue describir el perfil de necesidad y los patrones de utilización de los servicios de salud ambulatorios en la población afiliada y no afiliada a los seguros de salud en el Perú, Las personas aseguradas y afiliadas al EsSalud tuvieron más probabilidades de

usar la consulta ambulatoria que las personas no aseguradas y los afiliados al seguro integral de salud. Los afiliados al seguro integral de salud acudieron principalmente a los centros y puestos de salud (47,1%), mientras que los afiliados a otros seguros utilizaron mayoritariamente los hospitales y clínicas. La utilización de los servicios de salud ambulatoria fue mayor en los que tienen seguro de salud, un mayor nivel educativo, en mujeres, en los extremos de la vida, enfermos crónicos y residentes de Lima metropolitana. El perfil de la utilización de servicios de salud en la población peruana, expresa diferencias que se relacionan con la tenencia y el tipo de seguro.<sup>12</sup>

En una revisión sistemática realizada en Brasil, entre los años 1970-1999, encontraron que entre los factores demográficos, la población infantil y anciana, así como las mujeres en edad fértil utilizan más los servicios. Entre los socioeconómicos, la clase social con menos recursos económicos y el grupo con menos educación se asociaron con la utilización, y que el mayor uso está mediado por una mayor necesidad en salud.<sup>13</sup>

En un estudio analítico, cuyo objetivo fue describir y analizar los factores asociados a la utilización de servicios de salud en México a partir de datos obtenidos en el 2002, se encontró una mayor proporción de utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios en el grupo de edad de 25-44 años, mujeres, habitantes del área urbana, del nivel socioeconómico bajo y medio, con educación básica y media, residentes de regiones con bajo y alto grado de marginación. Así también se determinó una mayor probabilidad de hospitalización en utilizadores de 18-44 años, mujeres, con escolaridad media y residentes de áreas urbanas de regiones con bajo y alto grado de marginación.<sup>14</sup>

En un estudio retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar la significativa utilización de servicios de salud por los adultos mayores usuarios del Hospital Cayetano Heredia entre los años 1990 y 1997. A nivel de consultas externas,

los adultos mayores constituyeron 16,76% de los atendidos, con una población femenina que duplica a los varones; los gerontes continuadores predominaron sobre los menores y aquellos gerontes que consultaron sólo una vez. La utilización de los servicios de salud tanto en la hospitalización y consultas externas realizada por los adultos mayores fue significativa en relación a los más jóvenes.<sup>15</sup>

## **I.2 Bases teóricas**

### **Servicios de salud <sup>16</sup>**

La provisión universal de servicios de salud por parte del Estado ha sido por mucho tiempo considerado como un derecho básico de los ciudadanos. El derecho de todo individuo a disfrutar de una vida saludable establecía un claro límite ético a la formalización del cobro de tarifas por la provisión de servicios de salud, especialmente si éstos son ofrecidos por el sector público en países en desarrollo. En el marco de servicios públicos gratuitos, las formas de exclusión en países en desarrollo se han basado en mecanismos económicos y educativos.

Los mecanismos económicos de exclusión son varios. Uno de los más comunes ha sido el traspaso de la responsabilidad de la obtención de instrumentos, medicinas, etc., del establecimiento de salud hacia el paciente, o su familia. Otro mecanismo económico ha sido el condicionamiento del acceso a una cita con un doctor, a una cama para el internamiento, o a la sala de operaciones en casos de cirugía, a determinados pagos informales.

El mecanismo educativo supone la restricción de la información necesaria para la identificación de síntomas y la disponibilidad de tratamientos. En países pobres, el bajo nivel educativo de un grueso de la población implica el desconocimiento de métodos preventivos básicos y una escasa capacidad

para auto-identificar un malestar como enfermedad, y buscar asistencia médica profesional.

### **Acceso y utilización de los servicios de salud <sup>16</sup>**

El acceso a los servicios de salud y su utilización por parte de la población son dos conceptos relacionados pero distintos. Se puede decir que un individuo utiliza los servicios de salud según sus necesidades y el acceso que tenga a los servicios de salud. La necesidad de los servicios de salud se puede dar por una dolencia o enfermedad específica, pero también por prevención según lo dicten sus normas de comportamiento, sociales y/o individuales. El acceso a estos servicios puede establecerse a partir de la restricción económica y/o la disponibilidad de estos servicios bajo condiciones razonables.

La disponibilidad económica se refiere a la condicionante que establece el precio de los servicios de salud y el nivel de ingresos del individuo o su familia. Si el precio es cero, la restricción de ingresos no es importante. Mientras más alto el precio, sin embargo, la restricción de ingresos se vuelve más importante para determinar el tipo de servicio de salud que utiliza el individuo. La disponibilidad de los servicios de salud se asocia a la existencia de un establecimiento de salud en la localidad con capacidad de atender las necesidades de atención del individuo. En tal sentido, no sólo importa que la localidad cuente con un establecimiento de salud, sino también que éste se encuentre cerca del hogar del individuo, que cuente con el equipo y personal necesario, que el trato personal sea el adecuado, etc. Estos factores se asocian normalmente a lo que se llama calidad objetiva del servicio de salud que se ofrece.

## **Demanda de servicios de salud**

La demanda de salud, es la “percepción de una necesidad de atención de salud”, para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud. Esta necesidad responde a factores físicos como embarazos, accidentes, enfermedades y factores ligados al ciclo de vida como las inmunizaciones en edad temprana o la atención en personas avanzadas.<sup>17</sup>

Los economistas utilizan el concepto de demanda para describir la cantidad de un bien o de un servicio que una persona, empresa, economía doméstica, decide comprar a un determinado precio. Cuando el consumidor realiza esta acción, se dice que está maximizando su función de utilidad, sujeta a su restricción presupuestaria.<sup>18</sup>

Grossman define a la salud como un bien demandado por los consumidores al igual que se hace con otros tipos de bienes, así mismo describe que el bien salud tiene características especiales como el hecho de que sea un bien de inversión y de consumo.<sup>19</sup> La salud es un bien de inversión porque para lograr un cierto nivel de salud se requiere de un proceso de inversión que toma tiempo; y es un bien de consumo debido a que ayuda a maximizar la función de utilidad del consumidor.<sup>20</sup>

Dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. El grado de aversión al riesgo es la que determinará la cantidad demandada de salud, la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir.<sup>17</sup>

La demanda de los servicios de salud tiene algunos elementos no compartidos con la demanda de la mayoría de bienes y servicios, lo que usualmente dificulta su modelización y estimación.<sup>17</sup>

1. La demanda de salud tiene un componente estocástico importante: el patrón de demanda de los hogares o individuos suele cambiar de manera importante ante la ocurrencia de eventos no anticipados (ej. Enfermedades catastróficas, despidos).<sup>17,21</sup>
2. Los tipos de servicios que demandan los miembros del hogar son cualitativamente distintos: existe diferencia entre la demanda por la atención de una enfermedad compleja y otra de capa simple, atención preventiva o curativa. Asimismo, existen diferencias significativas asociadas a diferencias usos del servicio de salud por lo que es necesario hacer supuesto en la agregación de la utilización de los servicios, evitando así, problemas con la definición de la demanda.<sup>17,21</sup>
3. La demanda de servicios se comporta de manera asimétrica a los movimientos de tarifas mostrando discontinuidad en su función de comportamiento. Lo anterior, es explicado fundamentalmente por la condicionalidad de estar enfermo para hacer uso de los servicios de salud, por la condicionalidad de tener seguro, a las diferencias en los niveles de ingresos cuanto a la tipología de enfermedades, calidad de servicios y hábitos en los patrones de consumo.<sup>17,21</sup>
4. La demanda por servicios de salud está asociada a una decisión secuencial por parte de los individuos, en una primera etapa se decide si se busca o no servicios de salud, la cual está condicionada de manera conjunta a que se perciba un síntoma de enfermedad, se sufra un accidente o se requiera de controles preventivos (prenatal, dental, etc.). En una segunda etapa, se opta por elegir a un tipo de proveedor de servicios de salud (MINSA; EsSalud o un servicio privado). Las dos primeras etapas están asociadas al concepto de demanda de acceso, la cual determina la cantidad de

demandantes de servicios o la probabilidad que un individuo acceda a un determinado servicio de salud.<sup>17,21</sup>

La demanda institucional se caracteriza por ser una demanda por servicios curativos más que una demanda por servicios preventivos. La existencia de ciertas barreras de entrada tales como el ingreso o el costo de servicios podrían contribuir a explicar parcialmente los bajos niveles de demanda por servicios preventivos, sin embargo, la diferencia poco significativa en la tasa de asistencia entre los segmentos pobres no extremo y no pobres estaría sugiriendo que son los hábitos o falta de costumbre para utilizar estos servicios, en situaciones no extremas los principales limitantes para que se registre un mayor dinamismo de la demanda por servicios preventivos de salud.<sup>17</sup>

### **Variables de demanda de servicios de salud<sup>22</sup>**

El análisis de la demanda está determinada por las siguientes variables:

- Demográficas: cantidad de población sujeta de necesidad de salud. Los factores demográficos son determinados por:
  - Composición étnica y de género, que integra demandas diferentes de servicios a través del ciclo de vida.
  - Migración: particularmente cuando se relaciona con externalidades como violencia, desplazamiento, urbanización y oportunidades de empleo, ya que estas condicionan la transformación de poblaciones de base con patrones epidemiológicos y necesidades diferentes.
- Epidemiológicas: necesidad de cuidados médicos a partir de patrones particulares de enfermedad. Los aspectos de tipo epidemiológico son: medioambiente, tipo de vida y desarrollo social y biológico.

- Condiciones culturales: expresan la confianza y la posibilidad de satisfacer sus necesidades por parte del servicio.
- Condicionantes del servicio: combinación de recursos disponibles y dependientes de la praxis médica.
- Condicionantes económicos: factores de comodidad en el consumo por el aseguramiento y la capacidad de pago.

### **Factores determinantes de la utilización de servicios de salud**

Según el modelo de Andersen y Newman, los determinantes que permiten explicar el patrón de utilización de servicios de salud son tres: Factores predisponentes (basados en la predisposición para utilizar los servicios), factores facilitadores (basados en la capacidad de obtener los servicios), factores de necesidad (según el nivel de enfermedad).<sup>23, 24</sup>

Los factores predisponentes incluyen características sociodemográficas entre las que podemos citar la edad, el sexo, la educación, ocupación, clase social y actividad laboral.<sup>25, 26</sup>

Los factores facilitadores se refieren a condiciones que garantizan la disponibilidad y acceso a servicios de salud. Entre los que se incluyen características individuales de nivel de ingreso o tipo de seguro, características poblacionales de disponibilidad y accesibilidad de servicios<sup>24</sup>, tipo de seguro médico en individuos con seguro, financieramente más capaces de adquirir servicios sin erogar directamente ninguna cantidad<sup>27</sup> y nivel de ingreso asociado a la superación o no de los obstáculos financieros.<sup>28</sup>

Entre los factores demográficos de la utilización de los servicios de salud, se observó que las edades extremas y el sexo femenino utilizan más los servicios de salud. El efecto es mediado al menos en parte, por una mayor necesidad en

salud. El tamaño y la estructura familiar están asociados a la utilización, pero la dirección del efecto depende del país en estudio. Así, por ejemplo, en países con sistemas de salud de acceso universal, los hijos de madres solteras consultan más. En cambio, en países con sistemas de salud donde hay mayor número de barreras, este mismo grupo consulta en menor proporción, dejando en evidencia la desigualdad.<sup>29</sup>

Los factores socioeconómicos determinan la utilización de los servicios de salud, principalmente a través de las categorías necesidad en salud y característica de los servicios de salud. Los grupos más pobres, los cuales tienen una mayor carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud, si la accesibilidad al sistema no les es favorable. Nuevamente, las diferencias observadas entre grupos de países manifiestan la importancia de las políticas y los sistemas de salud. En países con sistemas donde la accesibilidad es universal, como Inglaterra o Canadá, las personas de clase baja tienen mejor acceso a los servicios. En estos casos, el sistema funciona como un modificador de efecto y promueve la equidad. En otros casos, los sistemas no consiguen disminuir las desigualdades. Es la expresión de la ley de los cuidados inversos de Hart (1971). Entre las características familiares, personas provenientes de familias disfuncionales realizan más consultas. Pero es necesario realizar nuevos estudios donde se proceda al ajuste con las variables socioeconómicas y demográficas, ya que pueden estar confundiendo los resultados. Sí, hay evidencias claras de que el padrón de utilización de la madre determina el padrón de los hijos, mostrando una vez más la importancia de la figura materna en el cuidado de la salud de los niños.<sup>29</sup>

Entre los factores considerados en la categoría servicios de salud, la distancia al servicio y el mayor número de médicos por habitante aumentan la utilización. En países con una red de servicios adecuada, estos factores pierden importancia. Pero, en estos mismos países, la distancia geográfica puede volver a ser una barrera para grupos muy específicos de personas, como son

las personas de edad o aquellas con algún tipo de limitación funcional. Las personas que poseen seguro de salud voluntario tienden a utilizar más los servicios de salud. Pero, como esta característica está asociada al mayor ingreso, favorece la utilización apenas en los grupos menos necesitados, alimentando de esta manera la inequidad.<sup>29</sup>

Otro de los otros factores de la categoría servicios de salud es el médico definido. Este factor tiene un importante efecto en la determinación de la utilización. Las personas que tienen esta característica, no sólo utilizan más los servicios de consulta e internan menos veces, como también utilizan los servicios de emergencia, cuando tienen realmente un motivo urgente. Como este factor está asociado, en algunos países, a los grupos sociales de mejores condiciones económicas, la ausencia de médico definido en los grupos socioeconómicos menos favorecidos puede ser considerado un elemento promotor de inequidad. Otros factores que tendrían importancia en la determinación de la utilización los servicios de salud son el comportamiento en la búsqueda de cuidados médicos – que refleja los aspectos de cómo la persona reacciona frente a la enfermedad y los eventos estresantes, que pueden determinar una mayor utilización en función de una mayor necesidad en salud.<sup>29</sup>

### **I.3 Definición de términos**

- **Demanda por servicios de salud:** es la cantidad de atención médica de un cierto tipo que una o más personas están dispuestas a obtener durante un cierto período de tiempo por uno o más proveedores, en función de las características de las personas y de los proveedores.<sup>30</sup>

- **Acceso a los servicios de salud:** acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios.<sup>31</sup>
- **Atención Primaria de salud:** es la asistencia sanitaria esencial, accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.<sup>32</sup>
- **Demanda preventiva:** es la cantidad de atención médica que una o más personas están dispuestas a obtener durante un cierto período de tiempo para prevenir enfermedades.
- **Demanda curativa:** es la cantidad de atención de médica que una o más personas están dispuestas a obtener durante un cierto período de tiempo por algún problema de salud.
- **Primer nivel de atención sanitaria:** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.<sup>29,32</sup>

## **CAPÍTULO II METODOLOGÍA**

### **II.1 Tipo y diseño de investigación**

Es un estudio no experimental, transversal, analítico, observacional, retrospectivo.

### **II.2 Diseño muestral**

La población de estudio fueron 401 pacientes que acudieron al establecimiento de salud durante el mes de noviembre del 2014, se incluyeron a los adultos mayores de 18 años y se excluyeron los que tenían fichas con registro de información incompleta.

### **II.3 Características del lugar o institución donde se ejecutó la investigación**

La investigación se realizó en el centro de salud Ciudad Satélite, de categoría I3, sin internamiento, perteneciente a la Red Pichanaki, DIRESA Junín.

### **II.4 Instrumento y procedimientos de recolección de datos**

La obtención de datos fue secundaria, se utilizaron fichas de recolección de datos donde se vaciaron información recogida en noviembre del 2014 a través de un cuestionario estructurado, con 7 preguntas, acerca del tipo de demanda de servicio: demanda de servicios curativos y preventivos, sexo, edad, nivel educativo, ingreso económico per cápita, confiabilidad en el establecimiento de salud, condición del aseguramiento al seguro integral de salud, tiempo de espera para la atención en los establecimientos de salud.

### **II.5 Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento y análisis computarizado de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0.

Las variables fueron analizadas a través de un análisis bivalente con un intervalo de confianza al 95% (IC95%) y con un valor de  $p < 0,05$  para

considerar un valor como significativo. Se utilizó la prueba  $\chi^2$  y para analizar el grado de relación entre variables la V de Cramer.

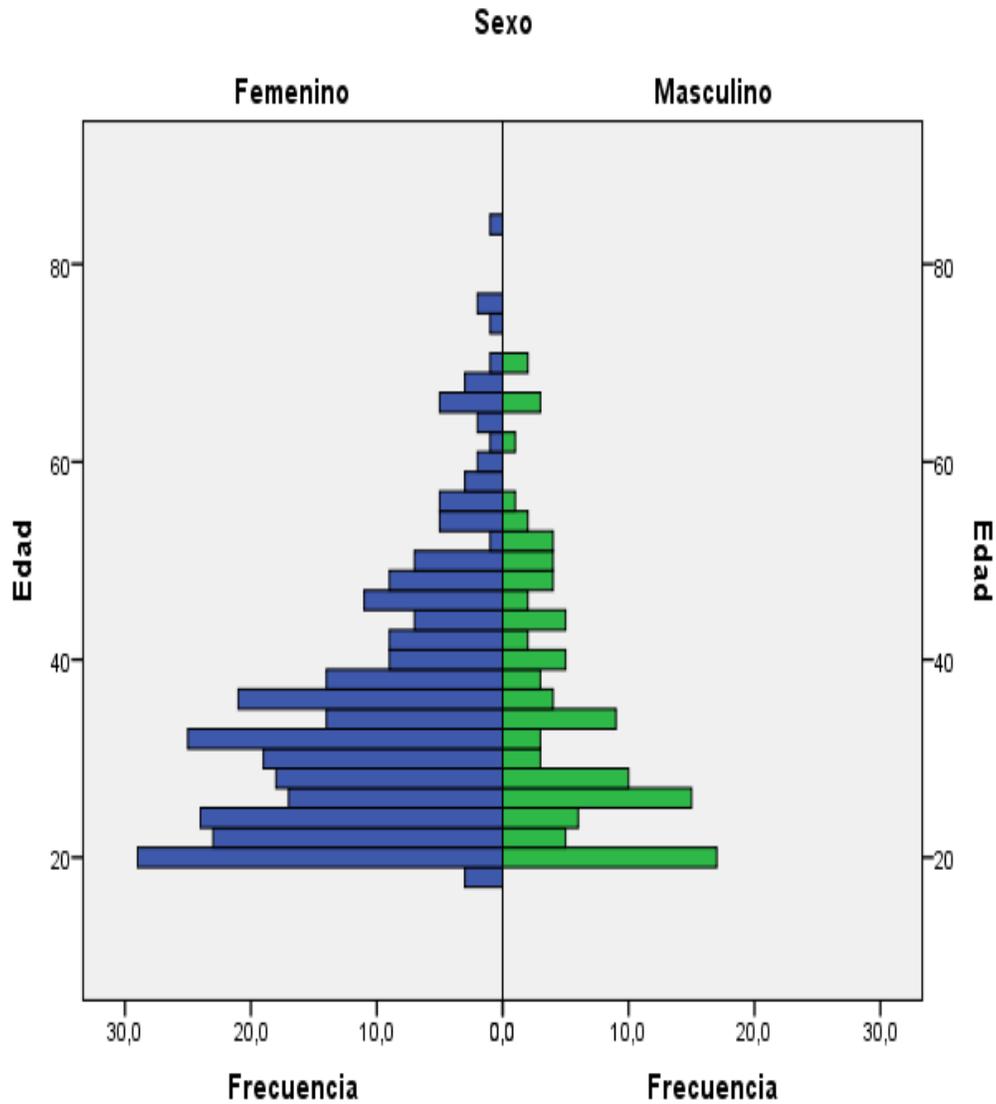
## II.6 Aspectos éticos

Por el diseño y características del estudio, no involucra aspectos éticos.



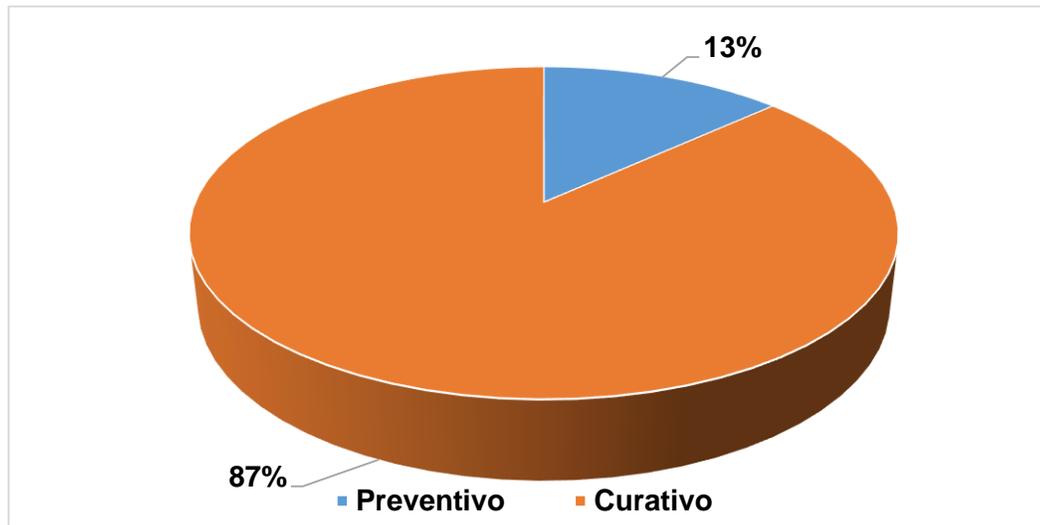
### CAPÍTULO III RESULTADOS

**Gráfico N°1. Distribución por sexo y edad de los pacientes que acudieron al establecimiento de salud del primer nivel Red Pichanaki 2014**



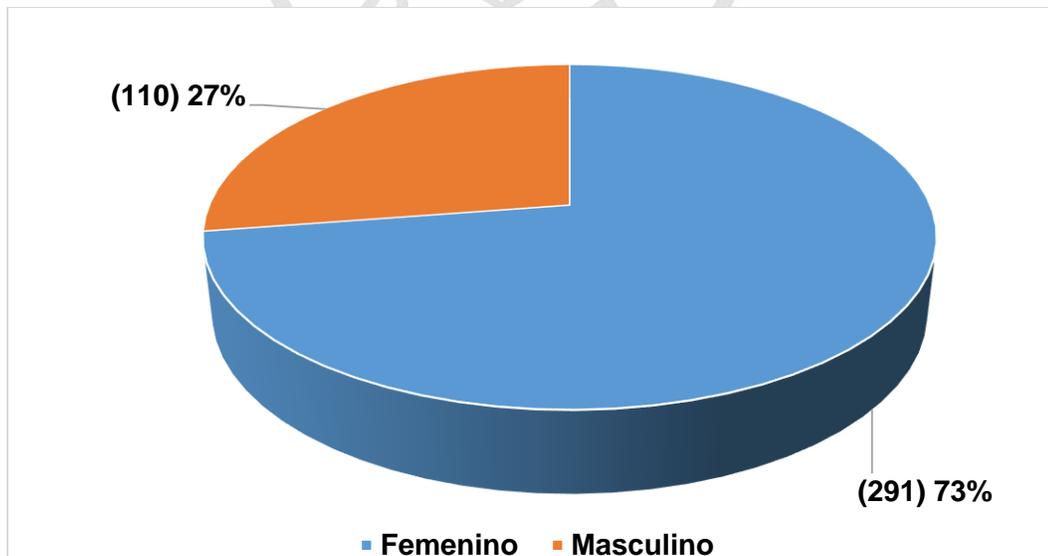
De la totalidad de pacientes que acudieron al establecimiento de salud del primer nivel de atención de la Red Pichanaki, que fueron 401 pacientes, 291 fueron mujeres (72,6%) y 110 varones (27,4%), con edades comprendidas entre 18 y 83 años (media 34,21) y DE 12,96.

**Gráfico N°2. Demanda de los servicios de salud en el establecimiento de salud del primer nivel de la Red Pichanaki 2014**



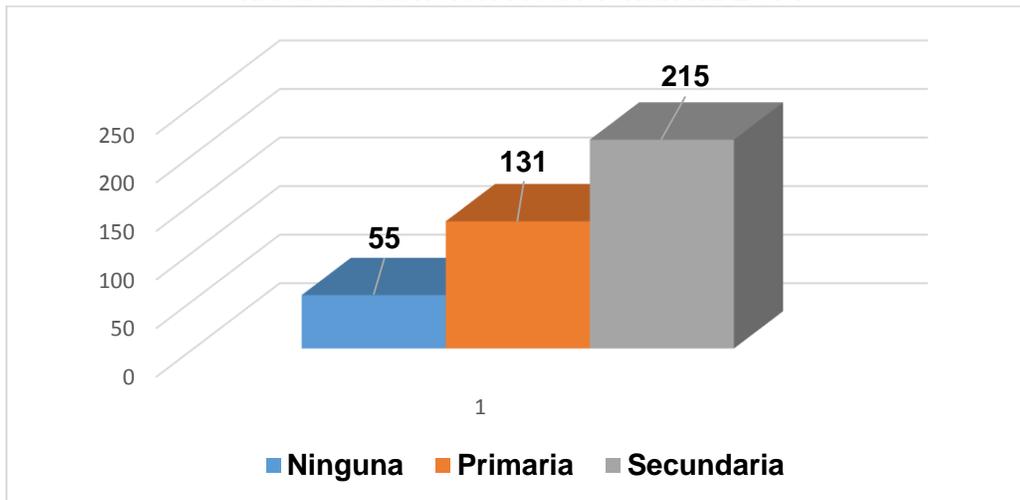
Del total de pacientes que acudieron al establecimiento del primer nivel de la Red Pichanaki, 53 pacientes (13,2%) demandaron servicios de salud preventivos y 348 pacientes (86,7%) acudieron demandando servicios de salud curativos.

**Gráfico N° 3. Distribución por sexo de los pacientes del establecimiento del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**



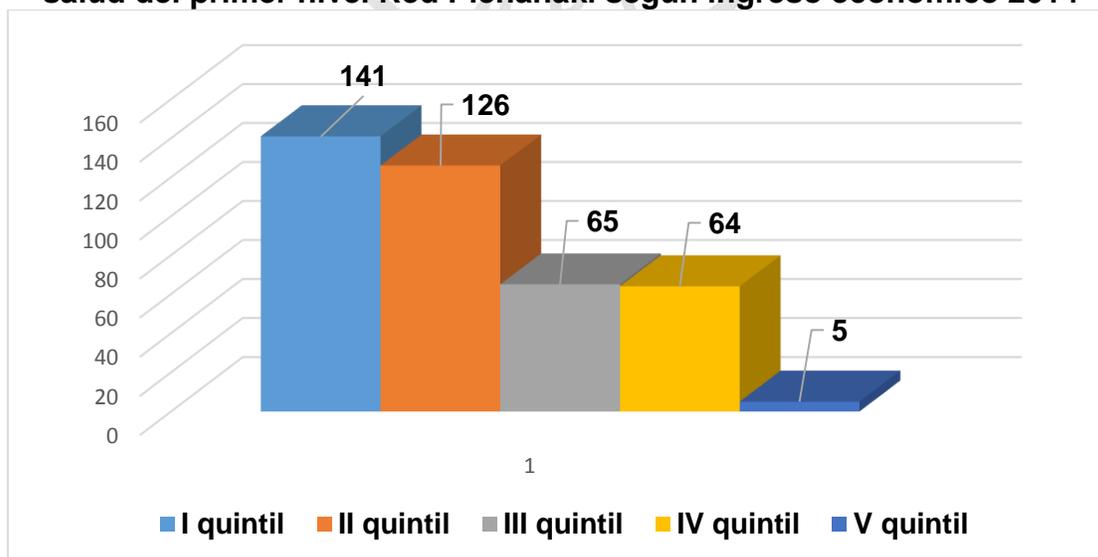
El 73% de la población que acude al establecimiento de salud del primer nivel de atención de la Red Pichanaki, es de sexo femenino.

**Gráfico N°4. Nivel educativo de los pacientes del establecimiento del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**



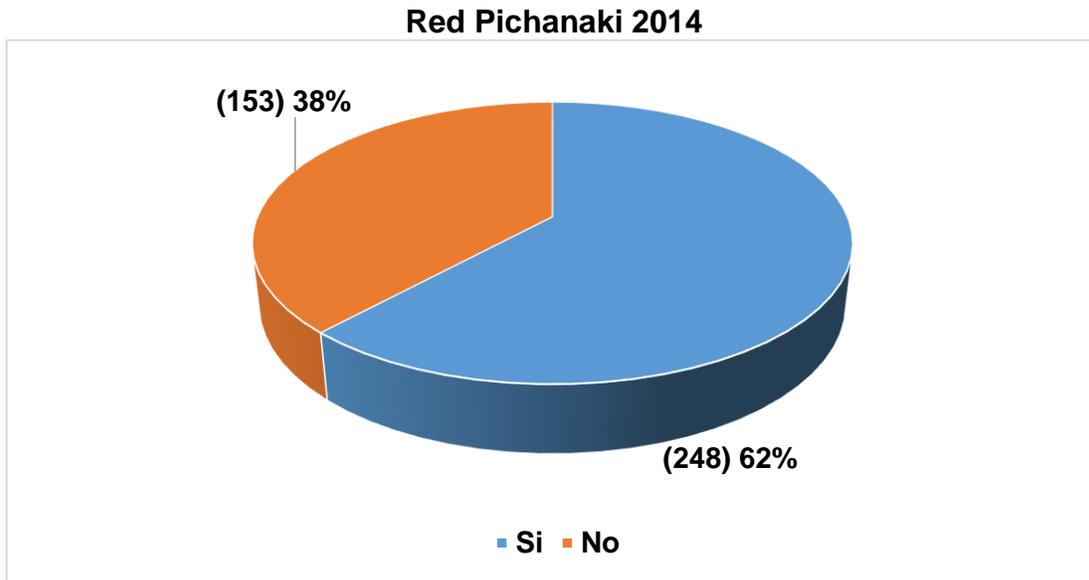
El 53,6% de la población que acude al establecimiento de salud del primer nivel de atención tiene un nivel educativo de secundaria completa, el 32,7% tiene primaria completa y un 13,7% no tiene ningún grado de instrucción educativa.

**Gráfico N°5. Distribución de la población que acude al establecimiento de salud del primer nivel Red Pichanaki según ingreso económico 2014**



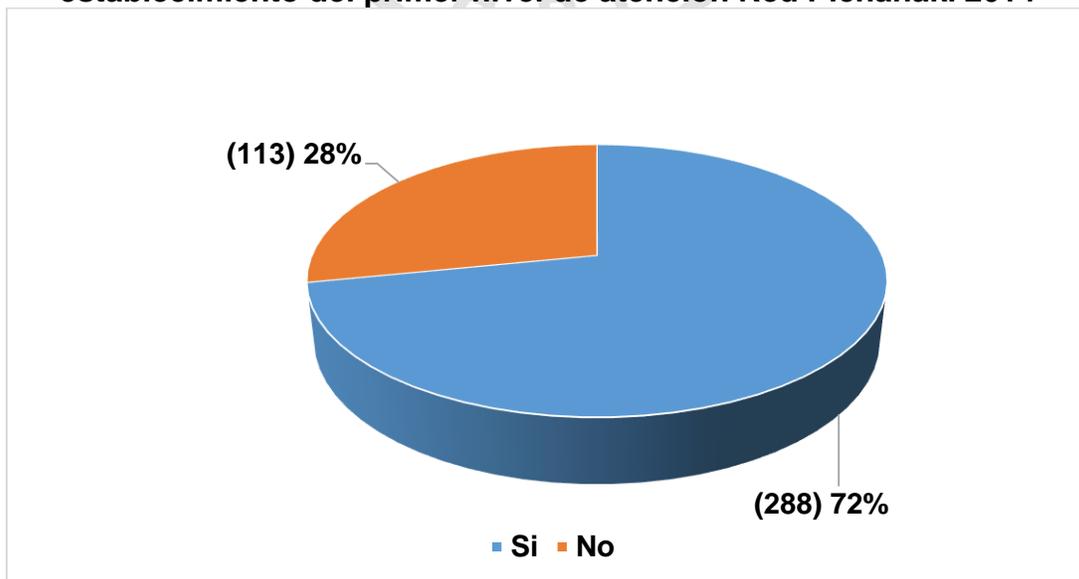
La población con un ingreso económico perteneciente al I quintil, es la que acude en mayor porcentaje (35,2%) al establecimiento de salud del primer nivel de la Red Pichanaki, y el grupo que menos acude pertenece al V quintil (1,2%).

**Gráfico N°6. Confiabilidad en el establecimiento del primer nivel de atención**



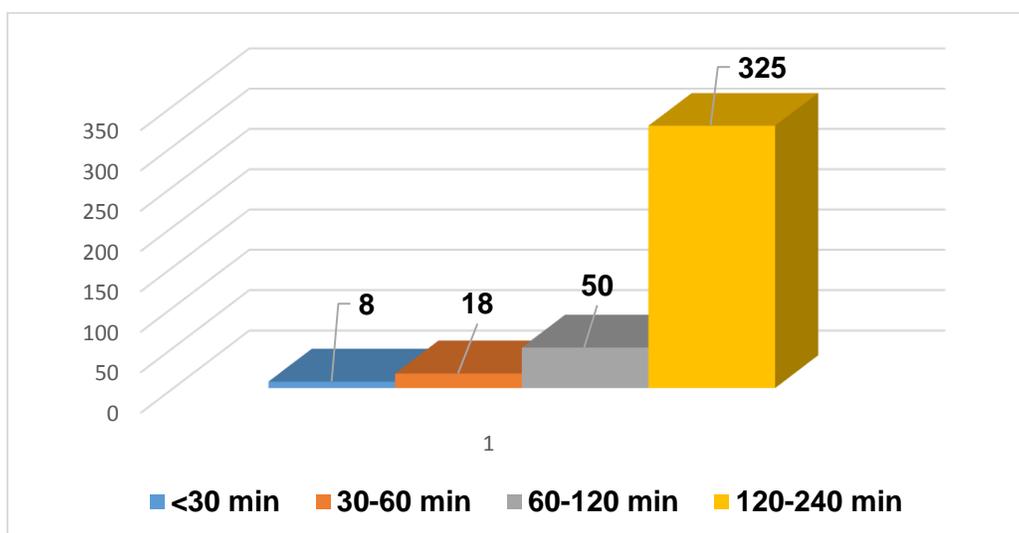
El 62% de la población que acude al establecimiento del primer nivel de atención de la Red Pichanaki, confía en la institución.

**Gráfico N°7. Seguro integral de salud en la población que acude al establecimiento del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**



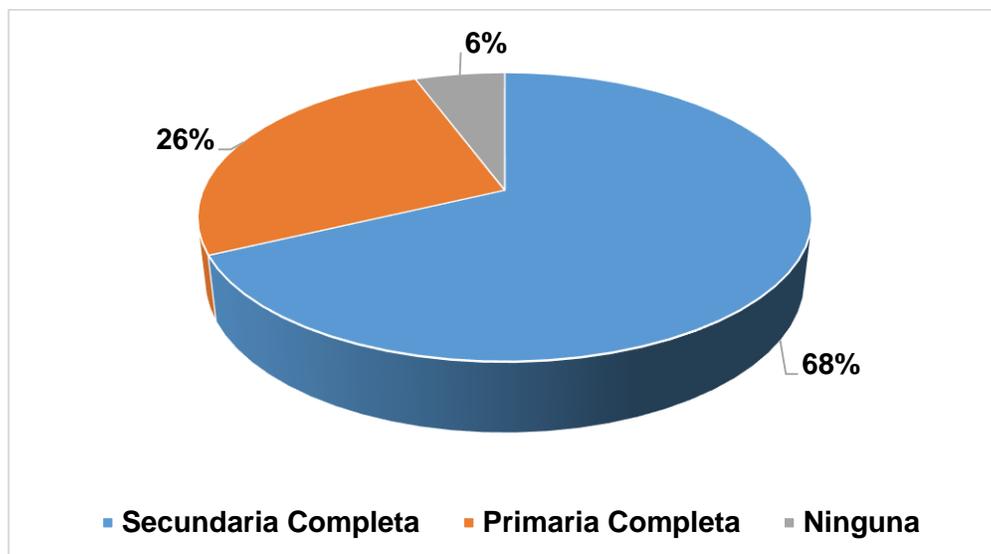
El 72% de la población que acude al establecimiento de salud del primer nivel de atención cuenta con seguro integral de salud.

**Gráfico N°8. Tiempo de espera en el establecimiento de salud del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**



El 81% de la población que acude al establecimiento del primer nivel de atención de la Red Pichanaki, tiene que esperar entre 120-240 minutos para ser atendida.

**Gráfico N°9. Grado de instrucción y demanda preventiva en el establecimiento del primer nivel de la Red Pichanaki 2014**



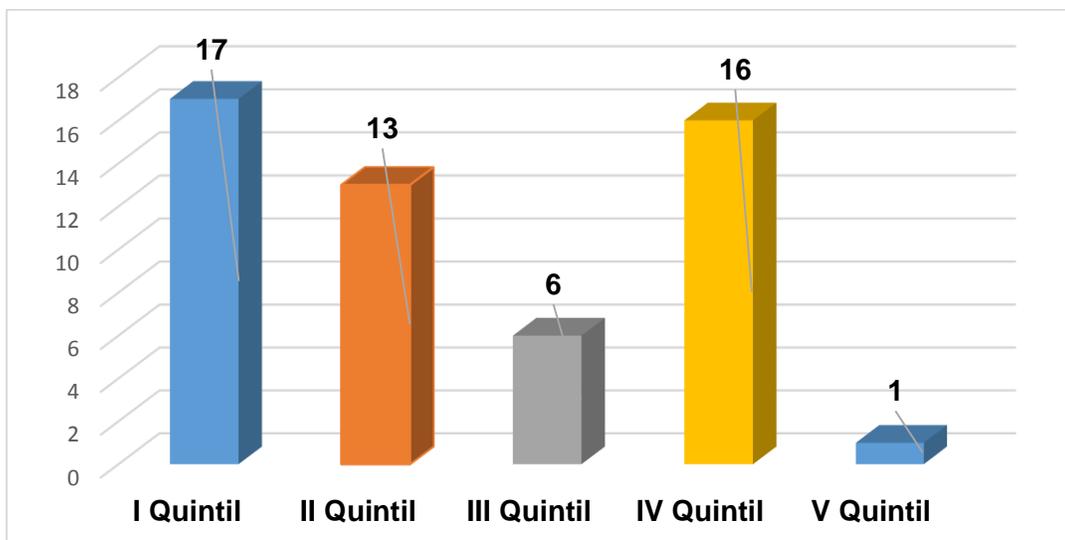
De los pacientes que demandaron servicios preventivos de salud, 36 (68%) tienen un nivel educativo de secundaria completa, 14 (26%) tienen primaria completa y 3 (6%) no tienen ninguna instrucción académica.

**Gráfico N°10. Grado de instrucción educativa y demanda curativa en el establecimiento del primer nivel de la Red Pichanaki 2014**



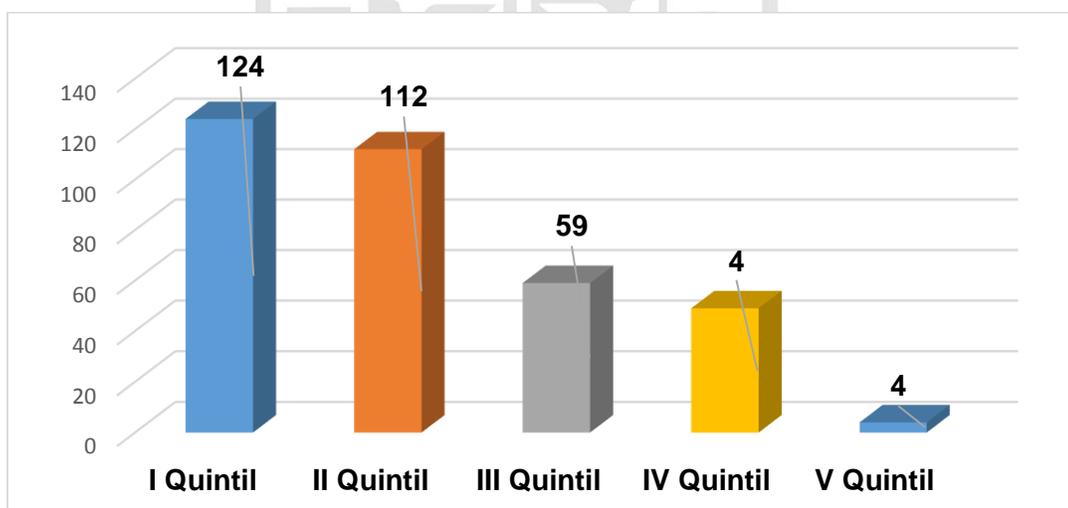
De los pacientes que demandaron servicios curativos de salud, 179 (52%) tienen secundaria completa, 119 (34%) primaria completa y 50 (14%) no tienen ningún grado de instrucción educativa.

**Gráfico N°11. Demanda preventiva e ingreso económico en el establecimiento de salud del primer nivel Red Pichanaki 2014**



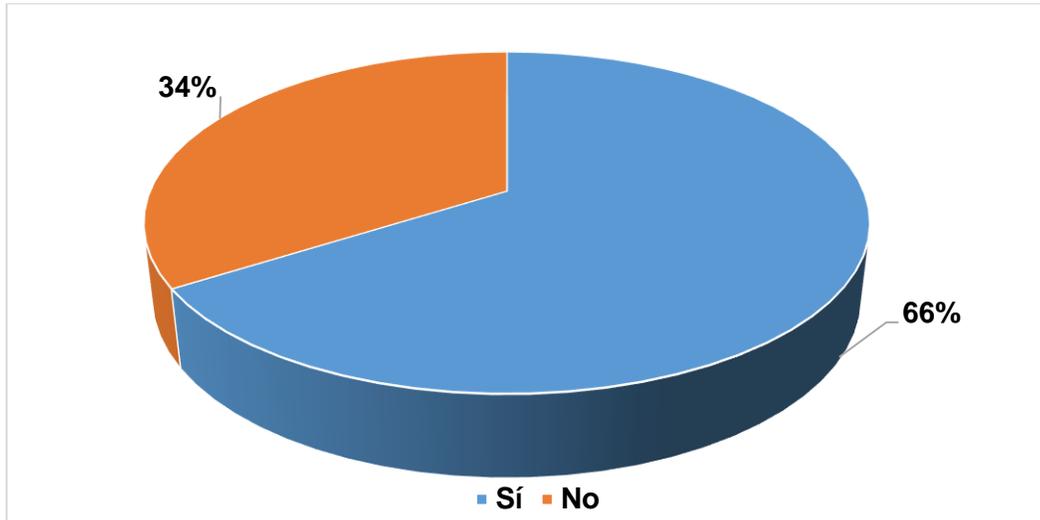
De los pacientes que demandaron servicios de salud preventivos, 17 (32%) tenían un ingreso per cápita perteneciente al I quintil, 13 (25%) tenían un ingreso perteneciente al II quintil, 6 (11%) al III quintil, 16 (30%) al IV quintil y 1 (2%) al V quintil.

**Gráfico N°12. Demanda curativa e ingreso económico en el establecimiento de salud del primer nivel Red Pichanaki 2014**



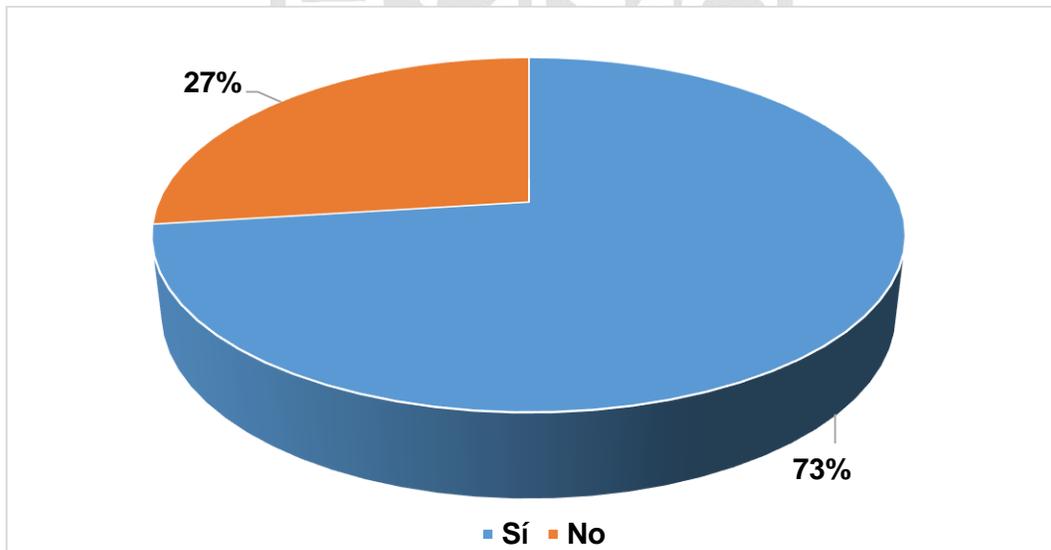
De los pacientes que demandaron servicios de salud curativos, 124 (36%) tienen un ingreso per cápita que corresponde al I quintil, 112 (32%) un ingreso correspondiente al II quintil, 59 (17%) correspondiente al III quintil, 49 (14%) al IV quintil y el 4 (1%) al V quintil.

**Gráfico N°13. Demanda preventiva y condición de aseguramiento SIS en el establecimiento del primer nivel Red Pichanaki 2014**



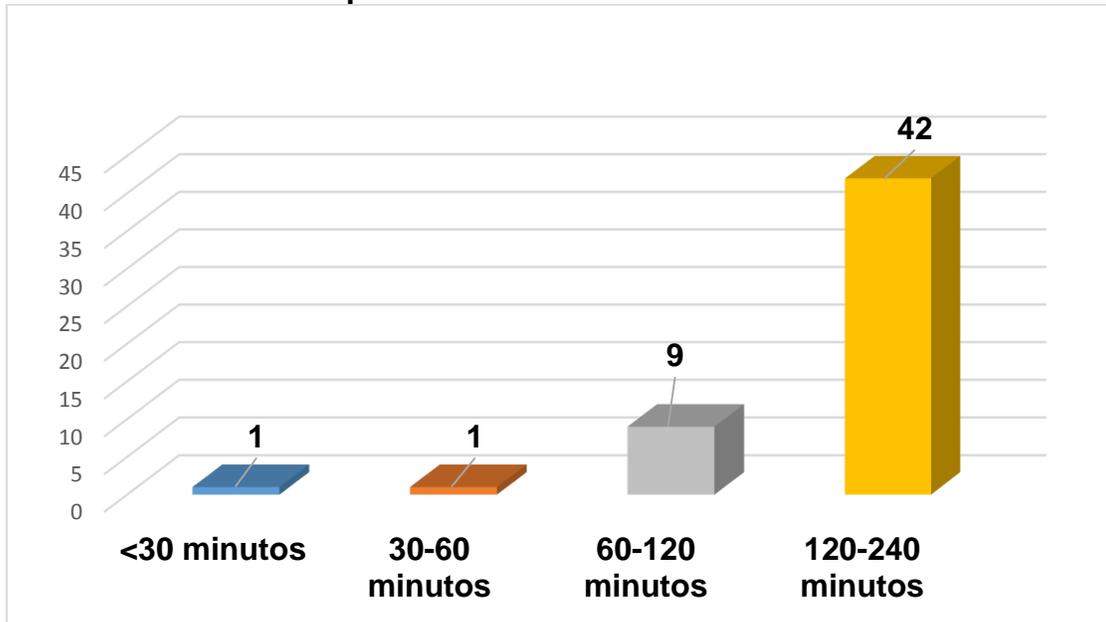
De los pacientes que acudieron al establecimiento de salud del primer nivel demandando servicios preventivos de salud, 35 (66%) contaban con seguro integral de salud y 18 (34%) no contaban con seguro integral de salud.

**Gráfico N°14. Demanda curativa y condición de aseguramiento en el establecimiento del primer nivel Red Pichanaki 2014**



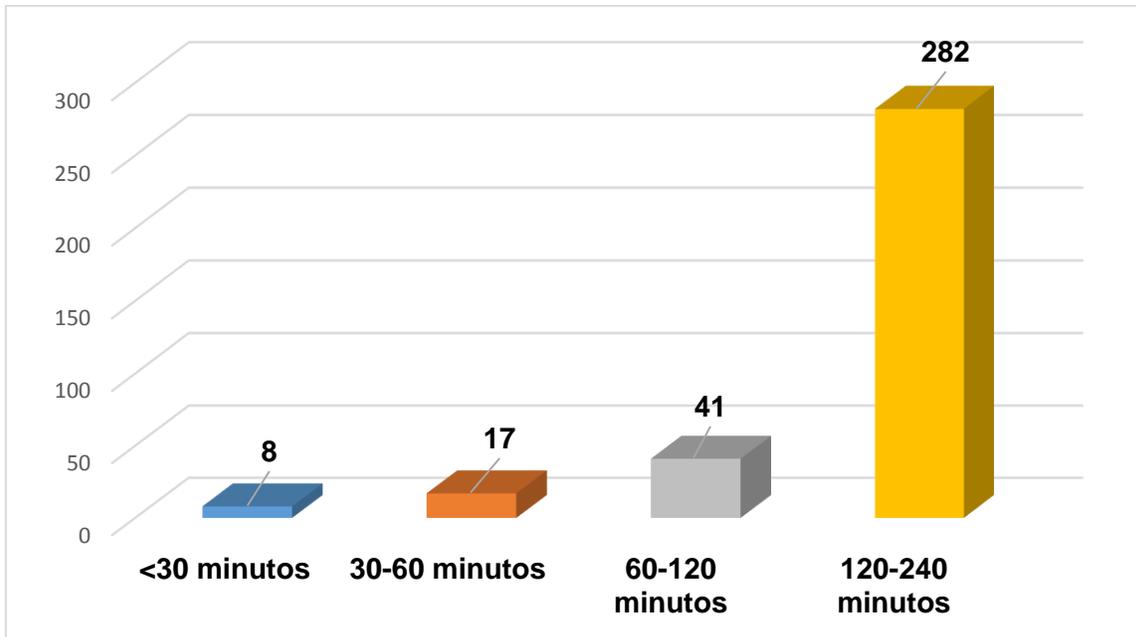
De los pacientes que acudieron al establecimiento de salud del primer nivel de atención demandando servicios de salud curativa, 254 (73%) contaban con seguro integral de salud y 94 (27%) no contaban con seguro integral de salud.

**Gráfico N°15. Demanda preventiva y tiempo de espera en el establecimiento del primer nivel Red Pichanaki 2014**



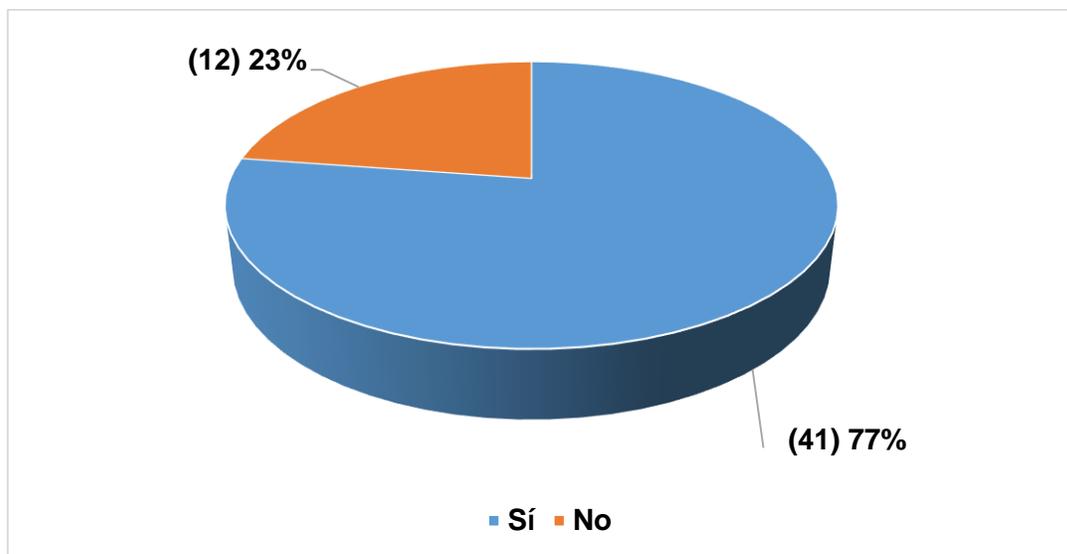
De los pacientes que acudieron al establecimiento de salud del primer nivel de la Red Pichanaki demandando servicios preventivos, 42 (79,2%) esperaron entre 120-240 minutos para su atención, 9 (17%) esperaron entre 60-120 minutos, 1 (2%) entre 30-60 minutos y 1 (2%) menos de 30 minutos.

**Gráfico N°16. Demanda curativa y tiempo de espera en el establecimiento del primer nivel Red Pichanaki 2014**



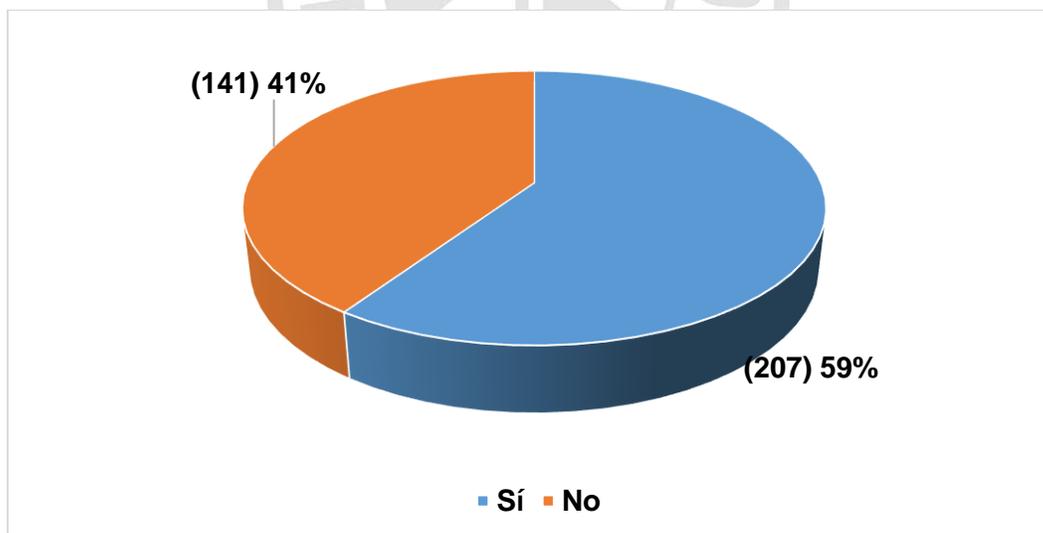
De los pacientes que acudieron al establecimiento de salud del primer nivel de la Red Pichanaki, 283 (81%) de los pacientes esperaron entre 120-240 minutos para ser atendidos, 41 (12%) esperaron entre 60-120 minutos, 17 (5%) esperaron entre 30 y 60 minutos y 7 (2%) esperaron menos de 30 minutos.

**Gráfico N°17. Demanda preventiva y confiabilidad en el establecimiento del primer nivel Red Pichanaki 2014**



De los que acudieron por demanda preventiva el 77% (41 pacientes), confiaban en la competitividad del establecimiento de salud del primer nivel de atención y un 23% no confiaba.

**Gráfico N°18. Demanda curativa y confiabilidad en el establecimiento del primer nivel Red Pichanaki 2014**



De los pacientes que acudieron por demanda curativa, el 59% (207) confiaba en la competitividad del establecimiento de salud del primer nivel de atención.

**Tabla N° 1. Tipo de demanda de servicios de salud y sexo de pacientes del establecimiento de salud del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014.**

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Tipo de demanda	<b>Preventiva</b>	38	15	53
		71,7%	28,3%	100%
Total	<b>Curativa</b>	253	95	348
		72,7%	27,3%	100%
		291	110	401
		72,6%	27,4%	100,0%

\*p valor 0,879 ( $X^2$ )

El 13,2% de los encuestados demanda servicios preventivos de salud, de ellos, el 71,7% es de sexo femenino y 28,3% de sexo masculino. Demandan servicios curativos el 86,8% de los encuestados, siendo la población de sexo femenino los principales demandantes, con un 72,7% y el sexo masculino representa el 27,3%. La población que más demanda servicios de salud tanto preventivos como curativos es la femenina, sin embargo no existe una asociación estadística entre tipo de demanda de servicios de salud y el sexo.  $X^2(1) = 0,023$ , p 0,879.

**Tabla N° 2. Tipo de demanda de servicios de salud y grado de instrucción educativa en el establecimiento del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**

		Grado de instrucción educativa			Total
		Ninguna	Primaria	Secundaria	
Tipo de demanda	<b>Preventiva</b>	3 5,7%	14 26,4%	36 67,9%	53 100%
	<b>Curativa</b>	52 14,9%	117 33,6%	179 51,4%	348 100%
Total		55 13,7%	131 32,7%	215 53,6%	401 100,0%

P valor: 0,051( $X^2$ )

Del 13,2%, que demanda servicios preventivos, este porcentaje es mayor en los que tienen un mayor nivel educativo (67,9% de los que tienen secundaria completa, demandan servicios preventivos, 26,4% de los que tienen primaria completa y 5,7% de los que no tienen ningún grado de instrucción educativa). Del 86,8% que demanda servicios curativos de salud, el mayor porcentaje se presenta en los que tienen secundaria completa con 51,4%, primaria completa 33,6%, seguido por los que no tienen ningún grado de instrucción con 14,9%. Estos resultados demuestran que la demanda de servicios de salud, tanto curativos como preventivos es mayor en las personas con mayor grado de instrucción académica, sin embargo no existe una asociación estadísticamente significativa entre los tipos de demanda y el grado de instrucción educativa.  $X^2 (2)=5,952$ ,  $p=0,051$ .

**Tabla N° 3. Tipo de demanda de servicios de salud e Ingreso económico per cápita en el establecimiento de salud del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**

		Ingreso económico per cápita					
		I quintil	II quintil	III quintil	IV quintil	V quintil	Total
Tipo de demanda	<b>Preventiva</b>	17 32,1%	13 24,5%	6 11,3%	16 30,2%	1 1,9%	53 100%
	<b>Curativa</b>	124 35,6%	113 32,5%	59 17,0%	48 13,8%	4 1,1%	348 100%
<b>Total</b>		141 35,2%	126 31,4%	65 16,2%	64 16,0%	5 1,2%	401 100,0%

P valor 0,042 ( $X^2$ )

Del 13,2% que demanda servicios preventivos, el mayor porcentaje tiene un ingreso económico perteneciente al I quintil (32,1% de los que pertenecen al I quintil, 30,2% al IV quintil, 24,5% al II quintil, 11,3% al III quintil y 1,9% al V quintil). Del 86,8% que demanda servicios curativos, el mayor porcentaje pertenece al grupo de mayor pobreza (35,6% pertenece al I quintil, 32,5% al II quintil, 17% al III quintil, 13,8% del IV quintil y el 1,1% al V quintil). Estos resultados demuestran que existe asociación estadísticamente significativa entre los tipos de demanda de servicios de salud y el ingreso económico per cápita  $X^2(4)=9,937$ , p 0,042.

Se encontró una relación estadísticamente significativa, con un bajo grado de dependencia y directamente proporcional, V cramer 0,157.

**Tabla N° 4. Tipo de demanda de servicios de salud y confiabilidad en el establecimiento de salud del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**

		Confiabilidad		Total
		Si	No	
Tipo de demanda	<b>Preventiva</b>	41 77,4%	12 22,6%	53 100%
	<b>Curativa</b>	207 59,5%	141 40,5%	348 100%
<b>Total</b>		248 61,8%	153 38,2%	401 100,0%

P valor: 0,013 ( $X^2$ )

El 13,2% de los encuestados demanda servicios preventivos de salud, el porcentaje es mayor en las personas que confían en el establecimiento de salud (77,4% de los que confían en el establecimiento de salud demandan servicios preventivos frente al 22,6% de los que no confían). Demandan servicios curativos el 86,8%, este porcentaje es mayor en los que confían en el establecimiento de salud (59,5% de los que confían en el establecimiento de salud demandan servicios curativos, frente al 40,5% de los que no confían). Por lo tanto existe asociación estadísticamente significativa entre la confianza en los establecimientos de salud y los tipos de demanda  $X^2 (1)=6,229$ , p 0,013.

Se encontró una relación estadísticamente significativa, con un bajo grado de dependencia V Cramer 0,125.

**Tabla N° 5. Tipo de demanda de servicios de salud y seguro integral de salud en el establecimiento del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**

	Seguro integral de salud		Total
	Si	No	
<b>Preventiva</b>	35	18	53
	66,0%	34,0%	100%
Tipo de demanda	253	95	348
<b>Curativa</b>	72,7%	27,3%	100%
Total	288	113	401
	71,8%	28,2%	100,0%

P valor: 0,315 ( $X^2$ )

De los encuestados, el 13,2% demanda servicios preventivos de salud, siendo mayor la población con seguro integral de salud (el 66% de los que tienen seguro integral de salud, demandan servicios preventivos, frente al 34% de los que no cuentan con seguro integral de salud). El 86,8% demanda servicios curativos, siendo mayor la población con seguro integral de salud (72,7% de los que tienen seguro integral de salud demandan servicios curativos, 27,3% de los que no cuentan con el seguro demandan servicios curativos). Sin embargo no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables  $X^2 (1) = 1,009$ , p 0,315.

**Tabla N°6. Tipo de demanda de servicios de salud y tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**

	Tiempo de espera				Total	
	<30 minutos	30- 60 minutos	60-120 minutos	120-240 minutos		
Tipo de demanda	<b>Preventiva</b>	1 1,9%	1 1,9%	9 17,0%	42 79,8%	53 100%
	<b>Curativa</b>	7 2%	17 4,9%	41 11,8%	283 81,3%	348 100%
Total	8 2%	18 4,5%	50 12,5%	325 81%	401 100,0%	

P valor: 0,584 ( $X^2$ )

El 13,2% demanda servicios preventivos, de ellos el mayor porcentaje espera entre 120-240 minutos para ser atendido (79,8% espera entre 120-240 minutos, 17% espera entre 60-120 minutos, 1,9% espera entre 30-60 minutos y 1,9% esperan menos de 30 minutos). El 86,8% demanda servicios curativos de salud, de ellos la mayoría espera entre 120-240 minutos (81,3% espera entre 120-240 minutos, 11,8% espera entre 60-120 minutos, 4,9% espera entre 30-60 minutos y el 2% espera menos de 30 minutos). Sin embargo no existe una asociación estadísticamente significativa entre tipos de demanda y tiempo de espera para atención  $X^2 (3) = 1,946$ ,  $p = 0,584$ .

**Tabla N°7. Tipo de demanda de servicios de salud por grupos de edad en el establecimiento de salud del primer nivel de atención Red Pichanaki 2014**

		Grupos de edad (años)					Total
		18- 30	31 – 43	44 – 56	57 – 70	>71	
Tipo de demanda	<b>Preventiva</b>	28 52,8%	18 34%	6 11,3%	0 0,0%	1 1,9%	53 100%
	<b>Curativa</b>	145 41,7%	116 33,3%	61 17,5%	21 6%	5 1,4%	348 100%
Total		173 43,1%	134 33,4%	67 16,7%	21 5,2%	6 1,5%	401 100,0%

P valor: 0,226 ( $X^2$ )

El 13,2% de la población encuestada, demanda servicios preventivos de salud, siendo el mayor porcentaje el grupo de 18-30 años (52,8% del grupo 18- 30 años, 34% del grupo entre 31-43 años, 11,3% entre 44-56 años, 1,9% en los mayores a 71 años). Del 86,8% que demanda servicios curativos de salud, el mayor porcentaje se encuentra entre los 18-30 años (41,7% del grupo 18-30 años, 33,3% del grupo entre 31-43 años, 17,5% del grupo entre 44-56 años, el 6% del grupo entre 57-70 años y el 6% de los mayores de 71 años). Sin embargo no existe asociación estadísticamente significativa entre los tipos de demanda y los grupos de edad.  $X^2(4)=5,656$ ,  $p=0,226$ .

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN

La demanda de servicios de salud en el establecimiento de salud del primer nivel de atención de la Red Pichanaki fue mayoritariamente curativa con una prevalencia del 87%, similar al encontrado en el estudio de demanda de servicios de salud realizado en nuestro país en el 2002 donde la demanda curativa fue del 90%.<sup>17</sup> Así mismo en el análisis de la demanda y acceso a los servicios de salud realizado por el Ministerio de Salud del Perú realizado el 2012, en el ámbito rural y urbano, la demanda de servicios de salud es básicamente curativa con un 74,6% y un 80,4% respectivamente.<sup>33</sup>

Llanos<sup>6</sup>, determinó que la demanda preventiva en 5 provincias de Cajamarca fue de 22,9%, mayor al encontrado en nuestro estudio que fue de un 13%.

La vulnerabilidad de las personas de las áreas rurales y su riesgo incrementado de enfermar que puede llegar a un 92%, debido a las carencias de servicios básicos<sup>33</sup>, favorecería en gran medida que la demanda por servicios curativos sea mayor.

La media de edad fue de 34 años con una desviación estándar +/- 12 años, datos que son congruentes con la distribución poblacional de la región Junín donde la población entre 15-65 años representa el 65%.<sup>34</sup> Nuestros resultados difieren del modelo de Grossman, donde la demanda por servicios de salud aumenta con la edad.<sup>1</sup> Así mismo Zamudio en su estudio, encontró que la edad es un determinante principal en la demanda de servicios de salud.<sup>5</sup> Sin embargo en nuestro estudio no encontramos asociación estadísticamente significativa entre el tipo de demanda y la edad.

La distribución por sexo fue similar tanto para los que demandaron servicios curativos y preventivos, siendo la población femenina la predominante. En

ambos grupos que demandaron servicios de salud, la distribución por sexo fue similar, la población predominante fue de sexo femenino, no existiendo diferencias significativas con los tipos de demanda. Madueño, en el estudio de demanda de servicios de salud <sup>17</sup>, determinó que las mayores usuarias de servicios de salud son las mujeres, sin embargo en el análisis de demanda y acceso a los servicios de salud realizado en el 2012 <sup>33</sup>, la población demandante de servicios de salud fue similar en ambos sexos.

Se puede evidenciar que a mayor grado de instrucción educativa, existe mayor demanda de servicios de salud tanto curativos como preventivos no existiendo diferencia significativa entre las variables. Este resultado es similar al encontrado en el análisis de demanda y acceso a los servicios de salud del MINSA, donde aquellos que tienen un nivel superior buscaron atención en mayor proporción que los que no tienen nivel educativo.<sup>33</sup> Llanos encontró asociación estadística entre demanda de servicios de salud y saber leer y escribir.<sup>6</sup> Así mismo, Grossman manifiesta que la educación conduce a una producción más eficiente del capital de la salud, existiendo una relación negativa entre el nivel educativo y la demanda de servicios curativos y una relación positiva con los servicios preventivos.<sup>1</sup>

Según el análisis realizado por el MINSA, los pobres extremos demandan menos servicios de salud que los no pobres.<sup>33</sup> Sanabria Montañez manifiesta que a mayor ingreso existe una mayor demanda por salud y al mismo tiempo manifiesta que si la gente de bajos ingresos contrae enfermedades más frecuentemente, entonces la demanda por servicios de salud será mayor en este grupo.<sup>3</sup> Así mismo Grossman manifiesta que la demanda aumenta con la renta.<sup>1</sup>

En nuestro estudio se evidenció una diferencia significativa entre ingreso económico per cápita y demanda de servicios de salud. La población con menor ingreso económico demandó mayores servicios de salud curativos que preventivos. A menor ingreso económico existe una mayor demanda de

servicios curativos de salud. Resultado similar al encontrado por Llanos, quien encontró asociación estadística entre ingreso económico bajo, percepción de enfermedad y probabilidad de consulta.<sup>6</sup> La mayor demanda de servicios curativos se explicaría por la mayor posibilidad de contraer enfermedades en el grupo poblacional de bajos ingresos, así como la mayor percepción de enfermedad. Este resultado se explicaría porque el estudio se realizó en establecimientos del MINSA a donde acude la población de menores ingresos y a la existencia de un seguro integral de salud que elimina una de las barreras importantes como el gasto de bolsillo.

De la población que demanda atención en los establecimientos del MINSA, un 69% cuenta con el seguro integral de salud.<sup>33</sup> En nuestro estudio realizado en un establecimiento de la misma institución del primer nivel, se observa que los mayores demandantes de servicios curativos y preventivos cuentan con seguro integral de salud, con un 73% y 66% respectivamente, sin embargo no se encontró diferencias significativas entre ambos tipos de demanda, probablemente por la falta de educación en salud que ponga en valor la prevención de enfermedades.

El tiempo de espera para la atención en los establecimientos de salud fue mayoritariamente entre 120-240 minutos (2-4 horas), no encontrando diferencias significativas entre la demanda curativa y preventiva.

La confianza en la competitividad de los profesionales de los establecimientos de salud del primer nivel de atención es un factor importante asociado a la demanda de servicios de salud tanto preventivos como curativos, encontrando diferencia significativas entre ambos grupos, a mayor confianza mayor demanda preventiva de servicios de salud. Este factor es considerado al mismo tiempo como barrera para el acceso de los servicios de salud para la no demanda de servicios de salud en México.<sup>20</sup>

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### V.1 Conclusiones

1. Los factores asociados a la demanda de servicios de salud tanto preventiva como curativa son el ingreso económico per cápita (p valor=0,042) y la confiabilidad en el establecimiento de salud (p valor=0,013).
2. A menor ingreso económico per cápita, mayor demanda de servicios curativos y a mayor ingreso económico per cápita, mayor demanda de servicios preventivos de salud.
3. A mayor confiabilidad en el establecimiento de salud, mayor demanda de servicios de salud preventivos y curativos.
4. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo, grado de instrucción educativa, tener seguro integral de salud, tiempo de espera para la atención en el establecimiento de salud y la demanda de servicios de salud tanto preventivos como curativos.

## V.2 Recomendaciones

1. Se sugiere ampliar el estudio, aplicando otra metodología que permita extrapolar los resultados a una mayor población. Los resultados del presente estudio están circunscritos a la población estudiada, por lo que no pueden ser inferidos al resto de la población regional y nacional.
2. No existen estudios que analicen los factores asociados tanto a las demandas curativas y preventivas por lo que este estudio servirá de base para realizar futuros estudios.
3. Dado que la confiabilidad de los establecimientos de salud es uno de los factores importantes para la demanda de servicios preventivos y curativos, es importante potenciar las competencias de los profesionales de los establecimientos del primer nivel.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grossman M. The human capital model of the demand for health. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editores. Handbook of health economics. 1ra edición. Amsterdam: North-Holland ; 2000. P 347-408.
2. Organización mundial de la salud. Salud en las américas: Panorama regional y perfiles de país. 2012.
3. Sanabria C. La demanda por servicios de salud. Revista de la facultad de ciencias económicas del UNMSM. 2002; VII (21): 151-170.
4. Gomez de León J, Bloom E, Bitran R, Dow W, Straffon B, Orosco M. La demanda de servicios de salud en México. Un análisis econométrico. México, Conapo. 1995.
5. Zamudio A. La demanda por servicios médicos en México. Centro de Investigación y Docencia Económicas. 1997.
6. Llanos L, Contreras C, Velasquez J, Peinado J. Factores asociados a la demanda de salud en cinco provincias de Cajamarca. Rev Med Hered (online). 2004, 15(1): 11-18.
7. Gómez de Vargas I, Ramirez I. La oferta y la demanda de los servicios de salud. Salud Uninorte. Barranquilla. 1990, 6-7(2): 85-88.
8. Zubieta L, Bequet SAF. Factors of primary care demand: a case study. Rural and Remote Health (internet) 2010; 10:1520. Available: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=1520> (Accessed 21 March 2016).
9. Oliveira L, Nascimento L, Oliveira M, Gil G, Cuna A, Medina M, Pereira R. Access to primary health care in a sanitary district of Salvador. Cien Saude Colet. 2012 Nov; 17(11):3047-56.
10. Morera M, Aparicio A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. Gac Sanit. 2010; 24(5):410-415.

11. Curioso WH, Pardo K, Valeriano L. Uso de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2011. Rev Perú Med Exp Salud Publica 2013;30(2):175-80.
12. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015; 32(3):464-70.
13. Mendoza-Sassi R, Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001; 17(4):819-832.
14. Molina-Rodriguez J, Poblano-Verástegui O, Carrillo-Ordaz C, Saucedo-Valenzuela A. Utilización de servicios de salud en México. Salud Tab 2006; 12(1):427-432.
15. Chigne O, Varela L, Chávez H, Sandoval L. Utilización de los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, por adultos mayores y de menor edad, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia:1990-1997. Rev Med Hered 1999;10(3): 111-118.
16. Valdivia M. Sensibilidad de la demanda por servicios de salud ante un sistema de tarifas en el Perú: precio vs calidad?. Perú. 2000
17. Madueño DM. Perú: Estudio de demanda de servicios de salud. 2002.
18. Stiglitz J. Economía. Barcelona. Editorial Ariel. 1994.
19. Grossman M. The human capital model of the demand for health. Massachusetts. EUA. 1999.
20. Arreola H, Soto H, Garduño J. Los determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. Knaul F, Nigenda G, editors. Coleidoscopio de la salud. 1ª ed. México 2003. p. 173-183.
21. Greene W. Econometric Analysis. Cuarta Edición. New Jersey: Prentice Hall Inc.2000.

22. Ruiz F, O'Meara G, Acosta N, Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco. Pontificia Universidad Javeriana. Estrategias de producción y mercado para los servicios de salud. Bogotá. CEJA. 2001.
23. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Q* 1973; 51:95-124.
24. Andersen, R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36 (1): 1-10.
25. Dever A. Epidemiología y administración de servicios de salud. En: *Epidemiología de la utilización de los servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud; 1991.
26. Sánchez J, Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17:138-144.
27. Aday LA, Andersen R. Insurance coverage and access: Implications for health policy *Health Serv Res* 1978; 13(4):369-377.
28. Leibowitz A, Friedman B. Family requests and the derived demand for health care. *Econ Inq* 1979; 17:133-139.
29. Llanos A, Morera-Salas M, Barber-Perez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga J. Factores relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Rev. salud pública*. 11 (3): 323-335, 2009.
30. Bitrán R: Estimación del balance Oferta-Demanda de Servicios de Salud y Prioridades de Inversión Pública en Salud. Minsa – Informe Final de Consultoría. 1999.
31. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez J, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública de Méx* vol.57 n°2. Marzo-abril 2015.
32. Conferencia Internacional de atención primaria de salud. Alma –Ata, URSS. 1978.
33. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la demanda y el acceso de los servicios de salud en el Perú. 2012.

34. Instituto Nacional de Estadística [página principal en internet], Lima;  
[Acceso 2 junio 2016]. <https://www.inei.gob.pe>



## ANEXO

### Anexo 1. Ficha de recolección de datos

1. Edad:
2. Sexo:
3. Motivo de consulta al establecimiento de salud:
  - a. Curativa
  - b. Preventiva
4. Nivel educativo
  - a. Ninguno
  - b. Primaria
  - c. Secundaria
5. Ingreso mensual
  - a. s/. <335.
  - b. s/. 336-523
  - c. s/. 524-781
  - d. s/.782-1799
  - e. s/. >1799
6. Confiabilidad en los servicios médicos
  - a. Sí
  - b. No
7. Afiliación al SIS
  - a. Sí
  - b. No
8. Tiempo de espera desde que llega al establecimiento de salud y la atención.
  - a. <30 min
  - b. 30-60 min
  - c. 60-120 min
  - d. 120-240 min

## ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN
<p>¿Cuáles son los factores asociados a la demanda curativa y preventiva de los servicios de salud del primer nivel de atención?</p>	<p><b>Objetivo principal</b>                      Conocer los factores asociados a la demanda curativa y preventiva.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la asociación del nivel educativo en la demanda curativa y preventiva.</li> <li>• Determinar la asociación del ingreso económico per cápita en la demanda curativa y preventiva.</li> <li>• Determinar la asociación de la condición de aseguramiento al SIS en la demanda curativa y preventiva.</li> <li>• Determinar la asociación del tiempo de espera para la atención y la demanda curativa y preventiva.</li> </ul>	<p><b>Variables dependientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda de servicios preventivos y curativos.</li> </ul> <p><b>Variables independientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo.</li> <li>• Nivel educativo.</li> <li>• Ingreso per cápita.</li> <li>• Condición de aseguramiento al SIS.</li> <li>• Confiabilidad en el establecimiento de salud.</li> <li>• Tiempo de espera para la atención.</li> </ul>	<p><b>Tipo de estudio:</b> analítico, observacional y retrospectivo.</p> <p><b>Diseño:</b> no experimental</p> <p><b>Población y muestra:</b> pacientes que acudieron al establecimiento de salud "Puesto de Salud Ciudad Satélite".</p> <p><b>Criterios de selección</b></p> <p><b>Inclusión:</b> adultos mayores de 18 años.</p> <p><b>Exclusión:</b> fichas con registro de información incompleta.</p>