



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**Maestría en Salud Pública**  
**2014-2016**

**Informe final de Tesis para optar al**  
**Título de Máster en Salud Pública**

**CARACTERIZACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE**  
**SALUD Y MEDICAMENTOS DE USUARIOS DE LOS PUESTOS**  
**DE SALUD “LA PROVIDENCIA” Y “LACAYO FARFÁN” LEÓN-**  
**MATAGALPA, NICARAGUA. OCTUBRE -DICIEMBRE 2015.**

Autor:

**Francisco José Mayorga Marín**  
**Máster en Epidemiología**

Tutora:

**MSc. Rosario Hernández**  
**Máster en Salud Pública y Gerencia de lo Social**  
**Docente Investigadora**

Managua, Nicaragua, Noviembre 2015.

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	21
IX. CONCLUSIONES.....	37
X. RECOMENDACIONES.....	39
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	42

## **DEDICATORIA**

A Dios todo poderoso quien me dio sabiduría, paciencia, fortaleza, perseverancia y amor por la ciencia y el conocimiento para lograr una meta más en mi vida, al culminar con excelencia esta Maestría.

A mis padres por brindarme el apoyo incondicional siempre, Ligia y Francisco.

A mi hija Ligia Vanessa por ser el motivo de inspiración a seguir.

A mi esposa Dra. Rocha, mi amiga, compañera y responsable mujer.

A todos mis familiares y amigos que también me apoyaron con muestras de cariño, confianza y amor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al Dr. Miguel Ángel Orozco, nuestro Director, quien depositó confianza en mí, me dio la oportunidad de realizar esta Maestría y me motivó a conocer este maravilloso campo de la Salud Pública.

A mi tutora y docente MSc. Rosario Hernández por sus valiosos aportes y orientaciones a lo largo de la maestría y en esta tesis, además de sus cálidas y apreciables palabras para seguir adelante.

A Dras. Marbell Beyanira Antón y Grace Rocha por la confianza brindada, su gentileza y sus aportes en información para la culminación de esta tesis.

A mis docentes del CIES UNAN y compañeros, amigos todos.

## RESUMEN

**Introducción:** El acceso a los bienes y servicios destinados a satisfacer las necesidades de salud es un derecho humano clave para el desarrollo de un país. La falta de acceso a estos genera exclusión, y su dimensión externa es la que depende de los usuarios de los servicios. Se estudió la accesibilidad hacia los servicios y medicamentos en Providencia y Lacayo Farfán, ambos puestos de salud, en León y Matagalpa, en Nicaragua.

**Objetivos:** Caracterizar la accesibilidad hacia los servicios y medicamentos en los usuarios de los puestos.

**Metodología:** Estudio transversal descriptivo, muestreo multietápico. Información obtenida por entrevistas a jefes de hogar de 100 viviendas.

**Resultados:** 68% de las viviendas poseían 1 hogar, el grupo etáreo de los jefes de hogar fue de 36-50 años (44%), demás integrantes de 21 a 35 años (30%). El 68% de los jefes de hogar fueron varones con escolaridad secundaria (42%). El 67% de los jefes de hogar no poseían contrato laboral y trabajaban por su cuenta. 35% de los jefes de hogar eran asegurados. Las enfermedades que prevalecen son las crónicas (54%) y 79% de ellos, buscaron atención en el servicio público de salud. A un tercio de la población le toma más de 30 minutos en acceder al servicio de salud, el 95% de los usuarios son mestizos y las mujeres demandan más atención en salud (94%). La mayoría de Jefes de familia ganan más de 5,000 córdobas y destinan del 1-15% de gastos en salud. El 86% de los usuarios recibieron los medicamentos. El 62% de los usuarios obtienen sus medicamentos de los puestos de salud y un 18% en farmacias privadas. El 42% de las personas se automedican y consideran, en su mayoría (81,5%) que es lo correcto.

**Conclusiones:** La falta de acceso hacia servicios de salud se hace evidente por la autoexclusión. La barrera más evidente fue la geográfica, así como la desigualdad en las condiciones socioeconómicas y el gasto en salud.

**Palabras clave:** Exclusión externa, puestos de salud, barreras de acceso a servicios de salud, medicamentos.

## I. INTRODUCCIÓN

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud es un derecho humano fundamental y la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales. Desde una perspectiva social es también un elemento crucial para la construcción de capital humano y tejido social y desde una perspectiva económica, es un factor esencial para el desarrollo productivo de los países. Estos bienes, servicios y oportunidades de salud deben ser distribuidos de modo tal que una cantidad suficiente de personas alcance y conserve un estado de salud que permita generar equidad. El término de equidad en salud no hace referencia a un estado de salud igual para todos, sino facilitar las mismas oportunidades a todos para que disfruten de todo su potencial en salud. <sup>(1,2)</sup>

La exclusión en salud, definida como *la falta de acceso de individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutan*, es un problema que afecta a un elevado porcentaje de habitantes de América Latina y el Caribe, por un lado porque constituye la negación del derecho a la salud y por otro, porque contribuye a generar serias perturbaciones al interior del sistema económico y social de los países. <sup>(3)</sup>

En Nicaragua, la información sobre temas como el acceso a medicamentos y a servicios de salud es insuficiente, desconociéndose la relación entre ambos en nuestro país y si esto tiene efecto en la salud de los usuarios.

Se realizó un estudio transversal descriptivo en el período Octubre-Diciembre 2015 que permitió caracterizar la accesibilidad hacia los servicios de salud y medicamentos en los usuarios del puesto de salud “La providencia” y “Lacayo Farfán” León-Matagalpa, Octubre-Diciembre 2015. La investigación brinda evidencia para toda aquella institución que esté a favor de disminuir la inequidad y conocer la accesibilidad a los servicios de salud en territorios de León y Matagalpa.

## II. ANTECEDENTES

En la actualidad la exclusión social es uno de los problemas centrales en muchas de las sociedades de América Latina y El Caribe. Ello se refleja en las crisis políticas y sociales ocurridas en los años recientes en varios países de la Región.

A partir del año 2003, la OPS/OMS ha definido la extensión de la protección social en salud como una prioridad de su cooperación técnica. Por ello ha decidido profundizar en la comprensión del fenómeno de la exclusión en salud, reconociendo su complejidad y su carácter multidimensional. Es a partir de esto que a nivel regional desde el año 2000 en países como Ecuador, Perú, Bolivia y El Salvador se han realizado estudios de caracterización evidenciando que la pobreza extrema se encontraba desde el 21.5% hasta, poblaciones indígenas con necesidades básicas insatisfechas por encima del 90% y con accesibilidad limitada a servicios de salud al recorrer más de 6.2 horas para ello. <sup>(4,5,6)</sup>

En un estudio realizado por Altamirano, Caracterización de la Exclusión de los servicios de Atención y Acceso a Medicamentos, 2009, en Managua, Nicaragua, se encontró que del total de entrevistados el 40.60% contaba únicamente con la primaria y un 48.08% de los encuestados ganaba mensualmente menos de 1,600 córdobas al mes. De los hogares que presentaron algún padecimiento crónico 45.00% buscaron atención y prescripción, sin obtenerla 36.50%. Con respecto a la accesibilidad geográfica un 31.2% consideraron que el sistema público era más cercano. Contaban con seguro médico un 12% de entrevistados. Cuando algún miembro de la familia padeció alguna enfermedad el 47.8% no obtuvo sus medicamentos, el 19.8% gasta de su bolsillo para comprar todos los medicamentos necesarios. <sup>(8)</sup>

En un estudio del año 2014, realizado en Honduras, Guatemala y Nicaragua, se evidenció que en los tres países alrededor de 18% de los jefes de hogar pertenecían a un grupo étnico originario y 80% de estos sabían leer y escribir. En el 44,9% de los hogares, los habitantes no sabían leer ni escribir. El 17,2% de personas se autoexcluían es decir, no buscaban atención en un servicio de salud. Para el conjunto de los países analizados, la falta de acceso a

medicamentos afectó a cerca de 21% de los hogares. Del total de hogares encuestados 1,283 (46,2%) reportaron algún gasto en salud. <sup>(7)</sup>

Es interesante resaltar que en Nicaragua a nivel nacional como local, no existe la evidencia pública vasta y necesaria sobre estudios pertinentes que aporten información sobre este fenómeno de accesibilidad a servicios de salud e inequidades.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Las estrategias actuales en salud pública, en todos los niveles, están destinadas a mejorar la equidad, y calidad de los sistemas de salud. La falta de acceso a los servicios de salud, generadora de exclusión, sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial.

En el departamento de León y Matagalpa, la información existente sobre el acceso a los servicios de salud y medicamentos es insuficiente, se desconoce la relación entre ambos y si esto tiene algún impacto o efecto en la salud de la población.

Con la realización del presente estudio se pretende brindar información sobre los determinantes sociales de la salud, que a consideración, estén relacionados por factores externos a la accesibilidad los servicios de salud y medicamentos en la región noroeste de León y noreste de Matagalpa, y de esta forma poder construir líneas de base que permitan hacer el seguimiento del uso adecuado de servicios estos servicios en los puestos de salud “La providencia” León y “Lacayo Farfán” Matagalpa.

Los resultados obtenidos en este estudio, podrán ser utilizados por toda aquella institución que esté a favor de mejorar la disponibilidad de servicios, promueva la equidad y la visión de la salud como un derecho humano mediante acciones e intervenciones en salud pública, para disminuir la inequidad y la exclusión en territorios de León y Matagalpa, Nicaragua.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental, pero además es clave porque también las personas pueden disfrutar de otros derechos humanos fundamentales. El acceso a los bienes, servicios y oportunidades en salud son los que ayudan a brindar tal derecho y además es crucial para el desarrollo sostenible de una nación. La falta de acceso a estos bienes, servicios y oportunidades es un fenómeno que se presenta en toda América Latina y el Caribe, y aún más en países pobres que junto con las inequidades se traducen a exclusión en salud. La exclusión es un fenómeno no muy bien conocido en nuestro país y sin una evidencia explícita o publicada. Es en los municipios y departamentos, donde se tiene que investigar para aportar valiosa evidencia que en un futuro pueda brindar la equidad y el acceso a los servicios de salud y medicamentos a toda la población y estos disfruten de su máximo nivel de salud. Es por esto que se considera muy importante saber:

**¿Cómo se caracteriza la accesibilidad a los servicios de salud y medicamentos de usuarios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán” León-Matagalpa, Nicaragua. Octubre – Diciembre 2015?**

**Algunas interrogantes para responder este planteamiento son:**

1. ¿Cuáles son las características socioeconómicas de los usuarios de los Puestos de Salud?
2. ¿Qué tipos de barreras de acceso a los servicios de salud son identificadas?
3. ¿Cómo es la accesibilidad a medicamentos para los usuarios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Caracterizar la accesibilidad a los servicios de salud y medicamentos de usuarios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán” León-Matagalpa, Nicaragua. Octubre-Diciembre 2015.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir las características socioeconómicas de los usuarios de los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.
2. Identificar las barreras de acceso a los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.
3. Precisar la accesibilidad a medicamentos en los usuarios en los Puestos de Salud de León y Matagalpa.

## VI. MARCO TEÓRICO

Según indicadores sociodemográficos Nicaragua posee una población estimada de más de 6 millones de habitantes, de las cuales 43% habita en zonas rurales y la esperanza de vida al nacer es de 74 años (Hombres: 77 años, Mujeres: 71 años). El 39% de la población son menores de 15 años de edad, la Tasa de Alfabetización adulta es de 78%. La Tasa de Participación laboral en hombres es de 78.4% y en mujeres de 47,1%.

La población viviendo bajo la línea de pobreza (menos de US\$1.25 al día) es de aproximadamente 15.8%. Nicaragua ocupa el puesto N°129 en el ranking de índice de Desarrollo Humano entre 187 países.

La pobreza es el principal determinante social del estado de salud de la población nicaragüense. Nicaragua sigue siendo el segundo país más pobre de América Latina. Se estima que la pobreza general en Nicaragua en el año 2005 fue del 48.3% y la pobreza extrema del 17.2%. El 52.4% de la población en edad de trabajar está activa en el mercado de trabajo. <sup>(9)</sup>

### **Marco de Políticas relacionadas con el acceso a Servicios de Salud en Nicaragua**

*Política Nacional de Salud (2004-2015):* Enfocada a APS, con atención hacia participación comunitaria y educación en salud, además se enfoca en **equidad** de género y enfoque de ciclo de vida hacia la salud

*Política Nacional de Salud 2008:* Enfocada a reorientar el sector salud y a derechos basados en servicios gratuitos, solidaridad, **acceso** universal, justicia social y participación social.

*Modelo de Salud Familiar y Comunitario:* El MOSAFC está dirigido a una distribución más **EQUITATIVA** de los recursos de la salud para enfocarse en las necesidades de los pobres y grupos socialmente excluidos

**Las inequidades sanitarias son** las desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y

entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.

Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. Dentro de los países, los datos muestran que en general cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Existe un gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos. La existencia de un gradiente social de la salud implica que las inequidades sanitarias afectan a todos.

Las inequidades en salud conllevan a la **exclusión** a los servicios de salud. Hay muchos factores que determinan las inequidades sanitarias, el lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad. <sup>(10)</sup>

El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios).

Acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa. <sup>(11)</sup>

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son necesarios para mejorar los resultados de salud y otros objetivos fundamentales de los sistemas de salud, y se basan en el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad, valores adoptados por los Estados Miembros de la OPS. <sup>(11)</sup>

En nuestra región todavía persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad cultural y lingüísticamente apropiados para amplios sectores de la población. La falta de universalidad al acceso y cobertura apropiada tiene un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad. La evidencia indica que la mala salud, cuando el acceso a los servicios está comprometido, no solo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en las familias.

El acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras, eficaces y de calidad, así como el respeto de la medicina tradicional, continúan siendo un reto para la mayoría de los países de la Región, lo que afecta la calidad de la atención. Los problemas de suministro, la subutilización de medicamentos genéricos de calidad, sistemas regulatorios débiles, sistemas inadecuados de gestión de compras y suministros, impuestos a los medicamentos, el pago de precios de los medicamentos superiores a lo esperado, y el uso inapropiado e ineficaz de los medicamentos y otras tecnologías de salud constituyen retos adicionales hacia el logro de la cobertura universal de salud y el acceso. La capacidad de regulación de los medicamentos y las tecnologías de salud, aunque está mejorando en toda la Región, sigue siendo un reto, en especial con respecto a las nuevas y más complejas tecnologías de salud. Además altos precios de adquisición de los medicamentos contribuyen al desabastecimiento crónico de medicamentos e insumos de salud. <sup>(11,12)</sup>

En los países del continente existen diversos factores internos y externos al sector salud que dan cuenta de las restricciones al acceso a la salud. Algunos de estos factores son variables de orden estructural, tales como las condiciones de acceso de tipo legal o dadas por la naturaleza intrínseca de las instituciones

que componen el sistema destinado a proteger la salud de las personas en un país determinado. <sup>(1)</sup>

### **Exclusión en salud**

La exclusión en salud es la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud. Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y/o grupos de la sociedad disfrutan. <sup>(3)</sup>

Dentro de este marco conceptual, “acceso” se entenderá como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud. Para que el acceso se produzca, se deben dar dos condiciones:

- a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.
- b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien o servicio de salud, entendiendo por producción el proceso de elaboración del bien; por entrega, el proceso de transferencia del bien desde el productor al proveedor; y por disponibilidad, el proceso de que el bien o servicio sea puesto físicamente al alcance del portador de la necesidad de salud. <sup>(3)</sup>

Se conoce que la exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. <sup>(3)</sup>

Dimensión	Tipo de exclusión	Causa de exclusión
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económica
		Geográfica
		Laboral
		Género
	Étnica	
	Déficit de infraestructura adecuada	Servicios Básicos
Internas o propias del sistema de salud	Déficit de infraestructura adecuada	Infraestructura del servicio de salud
	Inadecuada asignación o gestión de recursos	Recursos humanos y físicos
	Procesos	Suministro de servicios y calidad
	Arquitectura	Fragmentación y Segmentación

**Fuente:** Elaboración propia, adaptada de OPS.

Consecuentemente con lo escrito, la caracterización y medición de la exclusión en salud se realiza a partir de las siguientes premisas:

- a) La exclusión en salud es un fenómeno multicausal distinguible e identificable
- b) Es posible caracterizar y medir la exclusión en salud a través de técnicas cualitativas y cuantitativas
- c) Los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su estructura.
- d) Los resultados de la caracterización de la exclusión en salud pueden ser de gran utilidad en la formulación de políticas públicas.

### **Dimensiones de la exclusión en salud**

La exclusión en salud es un fenómeno multicausal, cuyos orígenes pueden encontrarse dentro y fuera del sistema de salud:

- Fuera del sistema de salud, la exclusión está fuertemente ligada a la pobreza, marginalidad, aislamiento geográfico, empleo informal, desempleo, discriminación racial, de género, social y de patrones culturales, entre otras formas de exclusión social. En América latina y el Caribe, la exclusión en salud afecta principalmente a grupos sociales pobres, de origen indígena, bajo nivel educacional, que viven en el medio rural y carecen de otros servicios básicos.
- A lo interno del sistema de salud, la exclusión tiene que ver con el grado de segmentación del sistema como un todo y del grado de fragmentación de la red de presentación de servicios, que se manifiesta con la falta de infraestructura adecuada para dar respuesta a la demanda de salud de la población usuaria y una distribución inequitativa de los recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos dentro del sistema de salud.

#### **Factores determinantes de exclusión a los servicios de salud**

- Pobreza y pobreza extrema.
- Ruralidad.
- Desempleo, empleo informal y sub empleo.
- Bajo gasto público en salud.
- Discriminación racial.
- Escaso grado de instrucción.
- Mala calidad en la atención.
- Inequidad de ingreso.
- Baja cobertura de los sistemas de aseguramiento en salud existentes.
- La fragmentación y segmentación del sistema de protección de salud.<sup>(3)</sup>

#### **Definición de acceso a medicamentos**

Se define como “La capacidad de cada individuo de demandar y obtener medicamentos esenciales para la satisfacción de sus necesidades de salud”. Esta necesidad puede ser auto identificada o diagnosticada por un profesional  
(13)

Para que exista acceso a los medicamentos, se requieren dos condiciones:

- El usuario debe poseer los medios para ponerse en contacto con el proveedor del medicamento requerido. (demanda)
- El proveedor debe de ser capaz de proporcionar el medicamento requerido (oferta).

Cada dimensión en el acceso a medicamentos (disponibilidad física, capacidad adquisitiva, accesibilidad geográfica y adecuación) enfrenta barreras de acceso que dependen de las características. <sup>(14)</sup>

El acceso a servicios mínimos de salud pública se ve obstaculizado por diversos factores, especialmente en los países pobres, tales como: la falta de investigación y el desarrollo de medicamentos para patologías tropicales, la insuficiente producción de medicamentos, la escasez de personal sanitario, las políticas de financiamiento sanitario, los sistemas de distribución e infraestructuras inadecuados, los tratamientos demasiado largos que obligan al abandono de los mismos o la resistencia a tratamientos antiguos.

Para el logro de acceso a los medicamentos, es importante que dichas barreras sean sobrepasadas. Las personas pueden acceder a los medicamentos con o sin la mediación del sistema de salud al hacerlo a través de él, deben vencer las barreras propias del sistema. El acceso a medicamentos puede ser comprendido en diferentes categorías, que requieren distintos abordajes <sup>(14)</sup>

Se han realizado algunos estudios sobre exclusión social y de salud en países de América Latina y la región de Mesoamérica conociéndose algunas cifras que podrían ser comparadas con las del presente estudio. En Nicaragua no existe una evidencia pública sobre este fenómeno y tampoco a nivel de los departamentos de León y Matagalpa, por lo que la investigación vendría a colaborar con la generación de evidencia e información, y de esta manera, poder dar solución al problema en algún futuro, minimizando brechas y eliminando barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud y medicamentos en algunos ciudadanos que viven en exclusión, fenómeno multicausal.

En Ecuador, en el año 2000, se realizaron estudios de exclusión en salud a nivel nacional, se evidenció que el 21.5% de la población eran pobres extremos, la población indígena poseía necesidades básicas insatisfechas hasta en un 92.7% y ningún servicio de salud era ofertado de forma bilingüe, se observó, además que el 14.4% de la población se encontraba en desempleo y que la mayoría eran mujeres, la población sin seguro médico ascendía al 77% del total de los habitantes. <sup>(4)</sup>

En el año 2003 en Perú, el panorama de exclusión en salud se orienta más a la exclusión externa, y representándolo en peso relativo, la pobreza aporta un 13% de exclusión, el aseguramiento en salud 3%, área geográfica 16%, suministro de agua 5%, electricidad 5% y barreras étnicas 7%. <sup>(4)</sup>

En la caracterización de exclusión a servicios de Salud en Bolivia, año 2004, se determinó que las mujeres fueron las más excluidas con un nivel de pobreza extrema del 52%, el quintil más bajo y el quintil más alto tuvieron un similar gasto de bolsillo en salud y el quintil más afectado fue el segundo quintil, el 61% tuvo que incurrir en gastos de su bolsillo para poder tener acceso a algún tipo de Servicio de Salud, con respecto a la etnia, se observó que más del 60% de los indígenas son pobres y que la mayoría de estos solo tiene empleo informal (71%) <sup>(5)</sup>

En el Salvador, en el año 2004, se caracterizó la exclusión en salud, encontrándose que la población en situación de pobreza era de 42.9%, el 40.59% de los no pobres estaban sin seguro médico, además se encontró que en ciertas localidades para acceder a un servicio de salud tenían que recorrer hasta 6.2 horas. <sup>(6)</sup>

### **Caracterización general del puesto de Salud “La Providencia”:**

El puesto de salud la Providencia se encuentra en el noroeste y a 1 km y medio del centro de la ciudad de León, cabecera municipal y a 92 km de la capital. El puesto cubre 8 sectores. La población cubierta por el puesto para el 2014 era de aproximadamente 6,314 con 1,307 viviendas. La población es predominantemente joven, al puesto le atienden 1 médico general, 2 enfermeras y personal auxiliar (limpieza, farmacia)

### **Caracterización del puesto de salud “Lacayo Farfán”**

El puesto de salud Lacayo Farfán se encuentra en el noreste y a 2 km de la cabecera municipal de Matagalpa, y a 130 km de la capital. La división territorial es en 3 barrios y 16 comunidades. En el puesto laboran 1 médico, 2 auxiliares de enfermería, 1 licenciada en enfermería y una personal de aseo.

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **a) Tipo de estudio**

Transversal descriptivo

### **b) Área de estudio**

El estudio se realizó en la jurisdicción de los Puestos de Salud “La Providencia” ubicado en el noroeste de León y “Lacayo Farfán” ubicado en la región noreste de Matagalpa. Con respecto a las referencias, el Puesto de Salud “La Providencia” se apoya con el Centro de Salud Sutiava, de mayor resolución, y el Puesto de Salud “Lacayo Farfán” refiere pacientes al Policlínico Trinidad Guevara, ubicado en la ciudad de Matagalpa.

### **c) Universo de estudio**

Todas las personas que conforman los hogares, y que a su vez, son los usuarios de estos dos puestos de salud, en Matagalpa y León.

### **d) Muestra**

Se realizó un muestreo por conglomerados multietápico. Cada territorio de ambos puestos se dividió en 8 conglomerados. Se calculó el tamaño de muestra, tomando las viviendas como tamaño de la población (1307 viviendas para León y 1739 para Matagalpa) con Frecuencia esperada de 20%, al 95% de confianza, con un efecto de diseño de 2 por ser un estudio poblacional y dividido en 8 conglomerados, obteniendo como resultado aproximadamente 50 viviendas a incluir para ambos puestos.

Estas 50 viviendas se dividieron entre los 8 conglomerados, realizando muestreo no probabilístico 1 de cada 3 viviendas en La Providencia y en el Lacayo Farfán se tomaron personas que además de captación casa a casa.

### **e) Unidad de análisis**

Familia

## **f) Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

- Viviendas con jefe de familia mayor de 16 años.
- No tener ninguna afectación psicológica aparente
- Tener disposición de colaborar con el estudio.
- Que no cumpla con criterios de exclusión.

### **Criterios de exclusión**

- Viviendas con jefe de familia menor de 16 años.
- Tener alguna afectación psicológica aparente.
- No tener disposición, el jefe de familia, de colaborar con el estudio
- Viviendas que sirven de iglesias, organizaciones con fines de lucro y como respuestas a problemas sociales (Alcohólicos Anónimos, etc.)

## **g) Variables:**

### **Para el objetivo 1**

**Describir las características socio-económicas de los usuarios de los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.**

1. Número de hogares en la vivienda
2. Número de personas que habitan en vivienda
3. Sexo
4. Edad
5. Grado de escolaridad
6. Situación Laboral del Jefe de Familia
7. Afiliación a Seguro Médico
8. Padecimiento de enfermedad del jefe de familia
9. Enfermedad en los miembros de la familia en el último mes
10. Búsqueda de atención médica
11. Demanda de atención en salud.

## **Para el objetivo 2**

**Identificar las barreras de acceso a los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.**

### *Accesibilidad Geográfica*

1. Tiempo requerido para llegar al Puesto de Salud.

### *Accesibilidad Económica*

1. Número de personas proveedoras por vivienda
2. Salario del Jefe de Familia
3. Porcentaje considerado para gasto en salud por vivienda

### *Accesibilidad Género/Étnica*

1. Etnia
2. Utilización por sexo de los servicios de salud

## **Para el objetivo 3**

**Precisar la accesibilidad a medicamentos de los usuarios en los Puestos de Salud de León y Matagalpa.**

1. Personas enfermas que obtuvieron sus medicamentos
2. Tiempo de demora en la obtención de algún medicamento
3. Gasto mensual en medicamentos
4. Fuente de obtención de los medicamentos
5. Automedicación

### **a) Fuente de información**

La fuente fue primaria, entrevistando a los jefes de hogar y la aplicación de una encuesta como instrumento de recolección (anexos).

### **b) Técnica de recolección de la información**

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas, utilizando una encuesta a los jefes de hogar de las viviendas seleccionadas. Las entrevistas las realizó este investigador en León y una colaboradora previamente capacitada para este fin en Matagalpa. La recolección de la

información se realizó en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2015.

### **c) Instrumento de recolección**

El instrumento lo constituyó una encuesta (ver anexos) que contiene aspectos socio-demográficos, así como información obtenida acerca de accesibilidad geográfica, género/ étnica, económica y accesibilidad a medicamentos de los hogares. La encuesta se validó en los barrios Villa 23 de Julio y Fundeci primera etapa, ambos barrios del municipio de León que no fueron seleccionados como muestra.

### **d) Procesamiento y análisis de la información**

Los datos y la información obtenida se digitalizó en el programa estadístico SPSS versión 21 y Epi Info v 7.

El análisis fue univariado para cada variable a la cual se le realizaron las correspondientes tablas y gráficos recomendados. Además se realizaron análisis bivariados para obtener los estadísticos pertinentes que demuestren relación de las variables, con posterior elaboración de las tablas y la redacción del informe final.

### **e) Consideraciones éticas**

La información fue manejada confidencialmente y se incluyeron aquellos jefes de hogar que firmaron el consentimiento informado diseñado para este estudio. No se hicieron remuneraciones económicas para participar en el estudio, ya que la inclusión se hizo debido a la disposición y voluntad del jefe de familia de participar.

### **f) Trabajo de campo**

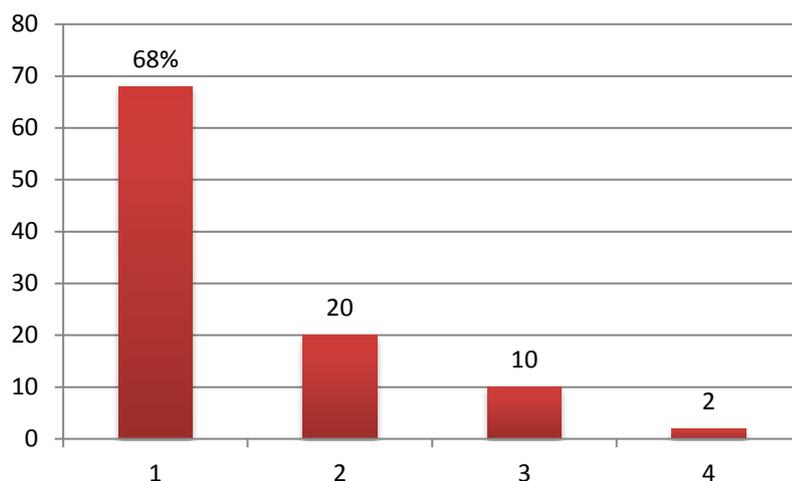
Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso a las responsables del Puesto de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán” para lo cual se brindó la información de caracterización de los puestos.

La información se recolectó en un periodo de 70 días, los días sábado y domingo en León, por este investigador y los días de semana en Matagalpa por la responsable del puesto en salidas a terreno, llenando la información solicitada.

## VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Objetivo 1: Describir las características socio-económicas de los usuarios de los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.**

**Gráfico 1: Número de hogares en vivienda**



**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

De las 100 viviendas en los dos territorios, se observó que la mayoría (68%) poseía 1 hogar, siguiéndole el 20% con 2 hogares, 10% con 3 y 2% con 4. Se incluyeron a 450 personas en el análisis, producto de las encuestas aplicadas a los jefes de hogar de las 200 viviendas. Se hace evidente que el número de viviendas en ambos puestos es considerable, precisamente por poseer, la mayoría, un hogar.

**Tabla 1: Número de habitantes**

Número de Habitantes	Porcentaje
1	6%
2	11%
3	23%
4	13%
5	19%
6	8%
7	9%
8	7%
9	1%
10	3%
<b>Total</b>	100

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud.

En cuanto a la distribución por número de habitantes, la mayoría de las viviendas estaban integrados por 3 habitantes (23%), seguido de 5 (19%) y 4 (13%). Esto es consistente con el total de personas que fueron analizadas (n=450), debido a que se encontraron. No se evidenció en la literatura revisada el número de habitantes promedio por vivienda.

**Tabla 2: Edad de los usuarios**

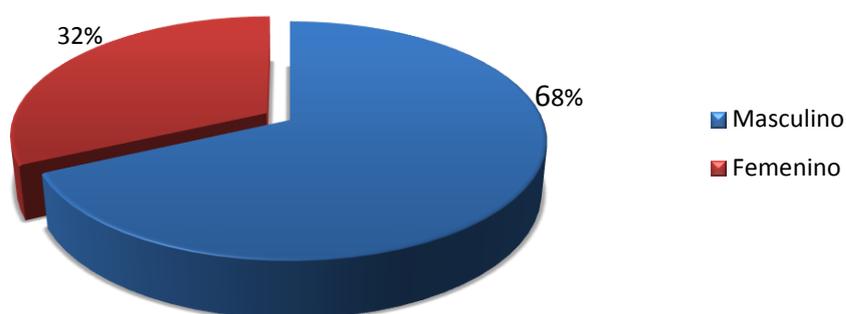
Edad (años)	Jefe de familia %	Demás integrantes %
Menor de 5		15,8
6 a 10		11,3
11 a 20	1	30,4
21 a 35	30	27,9
36 a 50	44	9,2
51 a 65	17	3,3
Mayor 65	8	2,1

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

De acuerdo a la edad de los jefes de familia, se observó que el grupo etáreo con más frecuencia fue el de 36-50 años con un 44%. Estos datos corresponden con gran parte de la literatura revisada <sup>(4,5,7,8)</sup> en donde Acuña, Marin y cols., por ejemplo, evidenciaron que el promedio de edad de jefes de hogar fue de 44 años.

En cuanto a los demás integrantes de las familias, se observó que la mayoría corresponden al grupo etáreo de 11 a 20 años, siendo también consistente con bibliografía consultada <sup>(7,8)</sup>. Esto evidencia que la mayoría de jefes de hogar son personas entre 36 a 50 años, sin embargo hay un gran porcentaje de jefes de hogar jóvenes de 21 a 35 años. Los demás integrantes de la familia son en su mayoría niños y adolescentes.

**Gráfico 2: Sexo de jefes de familia**



**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

La mayoría de Jefes de familia son del sexo masculino (68%). La evidencia muestra que en Bolivia, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Guatemala el hombre sigue siendo el jefe de hogar <sup>(5,6,8)</sup>. Sin embargo un estudio por Altamirano Susana evidenció que las mujeres fueron más del 50% de jefas de hogar.<sup>(7)</sup> Posiblemente estos resultados difieren en que algunos estudios fueron realizados en Managua (capital de Nicaragua) con mayor actividad económica y urbanización, mientras que el presente estudio fue realizado en algunos sectores rurales, donde se observa aún el patrón cultural característico.

**Tabla 3: Escolaridad de los usuarios de los puestos de salud.**

Escolaridad	Jefe de Familia %	Demás integrantes %
No sabe leer	18	7,5
Primaria	18	40,4
Secundaria	<b>42</b>	<b>41,0</b>
Técnico	5	0,0
Universidad	17	11,2

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Según el nivel de escolaridad, la mayoría de los jefes y demás integrantes de la familia poseen un nivel académico de secundaria. Estos datos no son muy consistentes con la literatura revisada, en donde se muestra que la mayoría de jefes de hogar tienen nivel de escolaridad en grado de primaria y secundaria <sup>(7,8)</sup>. Los demás integrantes de la familia posiblemente poseen altos porcentajes de secundaria por ser población joven, correspondiente a los grupos etáreos de 11-20 años. Esto puede representar un avance en la educación y el nivel de vida de la población, puesto que se ha evidenciado que el desarrollo socioeconómico de un país está relacionado con el nivel educativo de la población.

**Tabla 4: Situación laboral de los usuarios.**

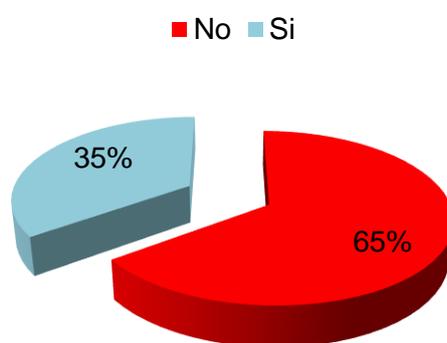
Situación laboral	Jefe de familia %	Demás integrantes %
Con contrato laboral	32	27,3
Sin contrato laboral	<b>34</b>	<b>59,1</b>
Trabaja por su propia cuenta	<b>34</b>	13,6

La situación laboral de los usuarios refleja que la mayoría de los jefes de familia no poseen contrato laboral y trabajan por su propia cuenta (ambos 68%). Los demás integrantes de la familia no poseen un contrato laboral (59,1%), seguido de familiares que sí poseen un contrato laboral (27,3%). Datos corresponden a investigaciones realizadas en Nicaragua, Honduras y El Salvador,

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

donde se refleja que un 66% no poseen contrato laboral, según Altamirano; En el estudio realizado por Acuña, Marín y cols., el jefe de hogar en un 30% posee un empleo, datos bastante similares a esta investigación. <sup>(7,8)</sup>. En Bolivia se presentó información similar <sup>(5)</sup>. Estos resultados reflejan algún tipo de exclusión al tener solamente una tercera parte de los jefes de hogar un contrato formal de empleo, esto además puede deberse al grado de escolaridad que poseen que es a nivel de secundaria.

**Gráfico 3: Afiliación a seguro del Jefe da Familia**



**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Según la afiliación al seguro social, un 35% de los jefes de hogar estaban asegurados. Esto se refleja en estudios realizados en Bolivia y Ecuador, pero difiere con estudios realizados en Honduras, Nicaragua y Guatemala, donde se refleja de un 12.1 a un 17.6% de afiliación a seguro en los jefes de hogar. <sup>(5,6,7,8)</sup>

El porcentaje de afiliación a seguro médico aún se mantiene bajo en nuestros países, y todavía la situación empeora en las personas de los quintiles más bajos de ingreso. Este importante resultado sugiere una apreciación de cómo estaría la situación laboral en estas personas y el empleo informal.

**Tabla 5. Enfermedades en el último mes de los usuarios de los Puestos de Salud Providencia y Lacayo Farfán.**

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
HTA	19	16,6666667
Chikungunya	16	14,0350877
IVU	16	14,0350877
Diabetes	11	9,64912281
Afección renal	11	9,64912281
Tos crónica	6	5,26315789
Asma	5	4,38596491
Diarrea	5	4,38596491
Gripe	4	3,50877193
Parasitosis	3	2,63157895
Neumonía	3	2,63157895
Amigdalitis	3	2,63157895
Artritis	3	2,63157895
Reumatismo	3	2,63157895
Alergia	2	1,75438596
Hepatitis	1	0,87719298
Epilepsia	1	0,87719298
H. pylori	1	0,87719298
Hepatopatía	1	0,87719298
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

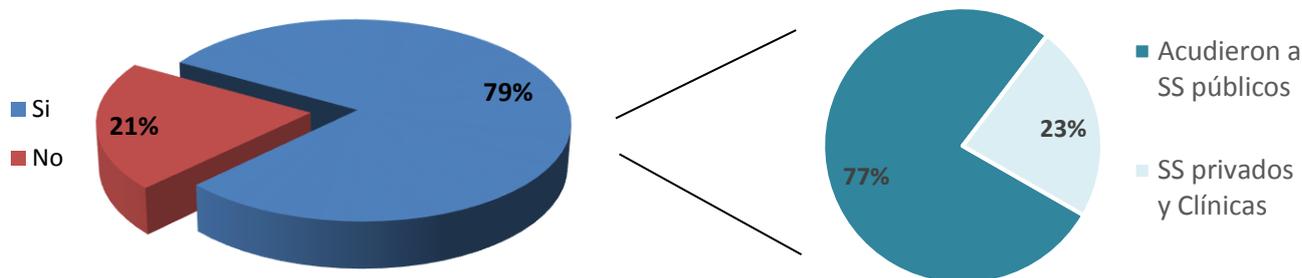
**Tabla 6. Tipo de enfermedad que padecieron los usuarios de los Puestos de Salud.**

Tipo de Enfermedad	AGUDAS	CRÓNICAS
Porcentaje	45.6%	<b>54.4%</b>

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Tomando en cuenta la distribución de enfermedades que padecieron los integrantes de las familias en el último mes, la mayoría correspondieron a Hipertensión arterial (16,6%), Chikungunya (14,03%), Infección de vías urinarias (14,03%), Diabetes (9,6%), Afecciones renales (9,4%), entre otras. La distribución según el tipo de enfermedad indica que las personas presentaron enfermedades crónicas en su mayoría (54,4%), y 45,6% de patologías agudas. Según el perfil de salud de los países centroamericanos, se sabe que las enfermedades crónicas, en su mayoría no transmisibles, están teniendo una importancia crucial y sensible. Tomando esto en cuenta y comparando este estudio, se puede apreciar que este cambio de perfil igualmente está acompañado de enfermedades transmisibles de importancia mundial, como es el chikungunya, una enfermedad emergente. Esto además explica la transición epidemiológica que estamos viviendo en nuestro país, ligado a la transición demográfica.

**Gráfico 4. Búsqueda de atención en casos de enfermedad y búsqueda de atención en servicios públicos**



**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Según la búsqueda de atención cuando las personas presentaron algún tipo de enfermedad, un 79% acudieron a los servicios de salud, y de estos, sólo un 77% acudieron al puesto de salud público correspondiente, los demás (23%) visitaron servicios privados y su clínica correspondiente donde son asegurados.

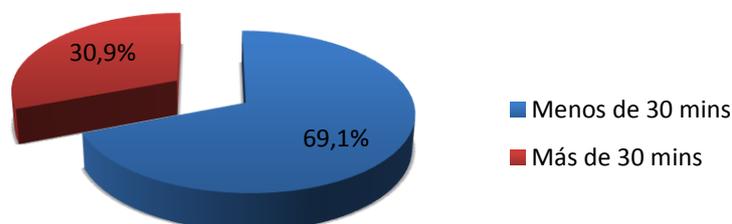
Porcentaje similar se obtuvo en el perfil de país en Bolivia donde el 18% de las personas enfermas no buscaron atención médica, asimismo en el estudio realizado por Acuña y cols. Donde el 17,2% no buscaron atención médica.<sup>(5,8)</sup>

Según la distribución por la búsqueda de atención los datos obtenidos en este estudio, difieren con el realizado en Managua por Altarmirano, donde sólo un 14,8% de las personas enfermas asistieron al subsistema público de salud, igualmente en el perfil de El Salvador, donde sólo un 44% acudieron a servicios públicos.<sup>(6,7)</sup>

El 21% de personas se autoexcluyeron, es decir que no asistieron a ningún servicio de salud aun estando enfermos. Este es un fenómeno bastante dinámico, debido a que es multicausal y en este estudio obtuvo un porcentaje considerable. Esta dimensión de autoexclusión obedece a la exclusión externa. De acuerdo a la distribución por demanda de atención a un subsector de salud, se muestra que la mayoría de enfermos utilizan el servicio público, pero estos resultados podrían estar relacionados con la afiliación a seguro y la condición socioeconómica de los jefes de hogar en este estudio.

**Objetivo 2: Identificar las barreras de acceso a los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.**

**Gráfico 5: Tiempo a pie en llegar al puesto de salud**

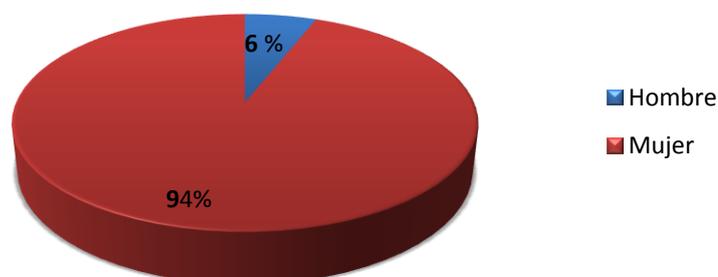


**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Con respecto a la identificación de barreras geográficas que dificultan el acceso a los servicios de salud, un 31% de las personas se consideraron que se dilatan más de 30 minutos en llegar a pie al puesto. Estos resultados difieren un poco del estudio de Susana Altamirano, en donde 19% de los usuarios dilataban más de 30 minutos en llegar a pie al puesto de salud más cercano, además de un estudio realizado en El Salvador, en donde más del 80% de las personas de zonas rurales se dilataron más de 30 minutos a pie. <sup>(6,7)</sup> Sin embargo son congruentes con el estudio realizado por Acuña y cols. del 2014 en donde se observó un 33% de personas tomaban más de 30 minutos. <sup>(8)</sup>

Según estos resultados se puede orientar que un 31% de personas en estudio se encuentran excluidas, dificultando el acceso al puesto de salud por barreras geográficas.

**Gráfico 6. Demanda de atención en salud según género en las familias**

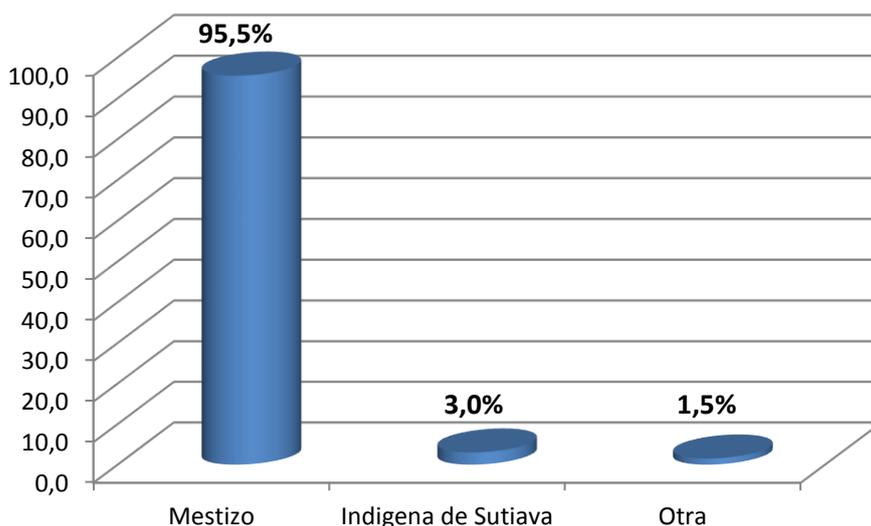


**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Tomando en cuenta la distribución por demanda de atención en salud, según los jefes de hogar la mujer demanda más los servicios de salud (94%) en

comparación con hombres (6%). Esto se evidenció solamente en un estudio de perfil de país en Bolivia, en donde las mujeres, en su mayoría, fueron quienes demandaron y percibieron la atención en salud. <sup>(5)</sup>

**Gráfico 7. Etnia de los usuarios de los Puestos de Salud**



**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

La distribución por etnia de los usuarios de los Puestos de Salud refleja que casi la totalidad son mestizos (95.5%) y solamente un 4.5% se consideran de otra etnia. Según Acuña y cols. más del 80% de las personas pertenecen al tipo de origen étnico mestizo, sin presentar mucha dificultad en el acceso a servicios en Nicaragua y Honduras. <sup>(7)</sup>

Esto refleja que no son muy evidentes las barreras de acceso género/étnicas, debido a que se considera que la mayoría de la atención en salud es demandada por las mujeres sin ningún problema en estos puestos de salud. Asimismo el lenguaje no es impedimento para consultas médicas, puesto que la mayoría son mestizos y hablan español.

Estos resultados además evidencian que el hombre sigue teniendo baja percepción del riesgo al demandar poco los servicios de salud, según consideración de los jefes del hogar. La lógica apunta a que debido a esto las mujeres en nuestro país tienen más ventaja de acuerdo al indicador esperanza de vida al nacer.

**Tabla 6. Variables relacionadas a accesibilidad económica a los puestos de Salud “La Providencia y Lacayo Farfán”.**

Variable	Valor	%
Número de proveedores por familia	1	58
	2	34
	3	6
	4	2
Salario del Jefe de familia	Menos de C\$1500	4,5
	C\$1501-3500	15,7
	C\$3501-5000	27,0
	C\$5001-7500	28,1
	Más de C\$7500	24,7
Porcentaje de salario en gasto en salud	1-15%	79,1
	16-30%	19,4
	31-50%	1,5

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Al tomar en cuenta las variables pertinentes a la accesibilidad económica, se observó que la mayoría de los hogares poseían una persona proveedora por familia (58%), seguido de 2 personas proveedoras por familia (34%). Con respecto al Salario del Jefe de Familia se evidenció que la mayoría de los jefes de hogar tenían un salario de 5001 a 7,500 córdobas, en un 28.1%, seguido de los jefes de hogar que ganan de 3,501 a 5,000 córdobas, más de 7,500 córdobas ganan el 24,7 % de los jefes y ganan menos de 3500 córdobas un poco más del 20% de los jefes de familia.

Con respecto al porcentaje de salario en gasto de salud, considerado por los jefes de familia, se muestra que la mayoría de hogares (79,1%) gasta menos del 15% del salario en salud, seguido de un 19,4% que aseguran gastar de un 16 a 30% en salud. Un 1.5% gastan de 31-50% del salario en servicios de salud.

En el estudio realizado en 2014 por Acuña y cols., se muestra que la mayoría de hogares solamente tiene una persona proveedora por familia y además un 46%

de hogares reportaron un gasto en salud; estos resultados difieren levemente con este estudio en donde prácticamente todos los jefes de hogar consideraron haber gastado en salud en el último mes. <sup>(8)</sup>

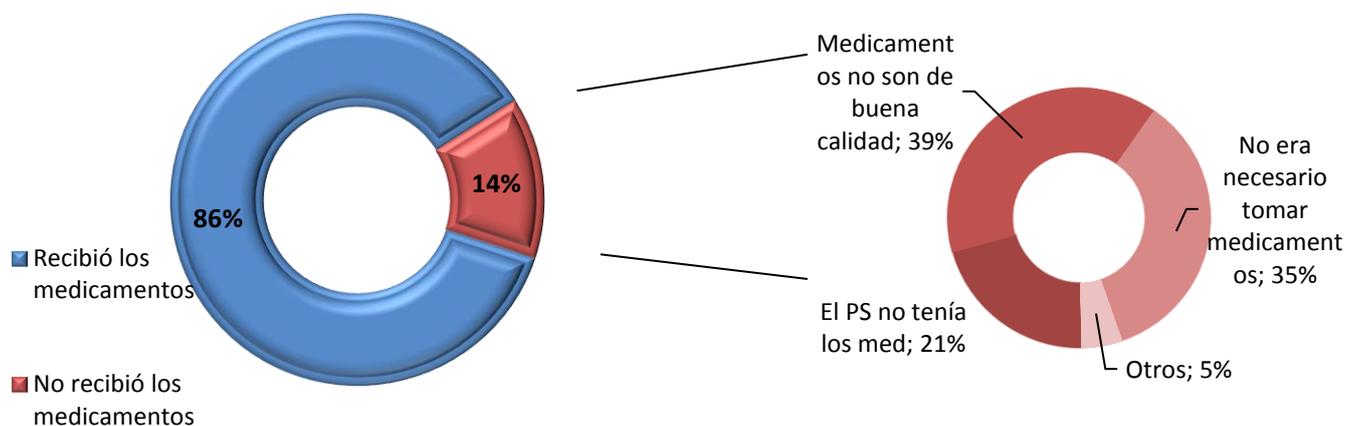
Al realizar análisis bivariado con respecto a variables económicas y de escolaridad de los jefes de familia se obtuvo que el 40,6% de los usuarios con estudios universitarios poseen contrato laboral y un 21,9% con contrato laboral son personas con escolaridad secundaria. Además el 55,6% de los analfabetas no poseen ningún contrato laboral. (Tabla 19. Anexos)

Otro resultado importante es que el 70,6% de las personas con escolaridad Universitaria ganan más de 7,500 córdobas al mes. De acuerdo al gasto total en salud el promedio que gasta un jefe de hogar con escolaridad Universitaria es de 1,050 córdobas, mientras que los de escolaridad primaria y secundaria gastan en promedio 1,013 y 1,206 córdobas correspondientemente. (Tabla 20. Anexos)

Estos resultados reflejan que las personas no están incurriendo en gasto catastrófico en salud, lo cual es algo positivo, sin embargo al analizar más detenidamente por estratificadores de escolaridad y de economía (análisis bivariado) se observa que las personas con escolaridad universitaria tienen mayores niveles de ingreso y cuentan con contrato laboral; y los analfabetas están en menos ventaja por no poseer en su mayoría un contrato laboral. Además se observa que la media de gasto en salud es muy parecida en personas con escolaridad secundaria, primaria y universidad.

### Objetivo 3: Precisar la accesibilidad a medicamentos en los usuarios en los Puestos de Salud de León y Matagalpa.

Gráfico 8. Obtención de medicamentos en los puestos de salud y consideraciones por los miembros de los usuarios.

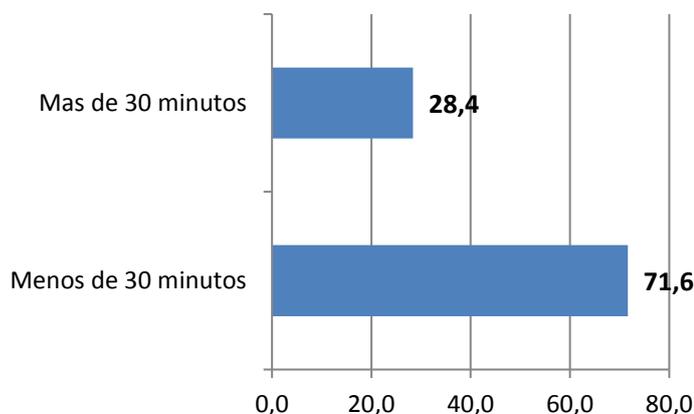


Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Según la distribución por obtención de medicamentos en los puestos de salud, el 86% de las personas que acudieron al servicio recibieron sus medicamentos recetados, mientras que un 14% reflejaron no haberlos obtenido. Estos resultados no concuerdan con literatura revisada, ya que Altamirano reflejó que un 65% no obtiene los medicamentos en los servicios públicos. <sup>(7)</sup> De este 14% de personas que no recibieron medicamentos un 39% reflejó que los medicamentos no son de buena calidad, seguido de que no era necesario tomar medicamentos (35%) y un 21% de que el puesto de salud no tenía los medicamentos.

Si analizamos a detalle estos resultados anteriores podemos aseverar que comparando con otro estudio, el fenómeno de no recibir medicamentos en el servicio público es bajo, es decir que hay buena cobertura de medicamentos. Además se indagaron estas causas y la mayoría de las personas no recibieron los medicamentos por razones propias y en su minoría reflejaron que el puesto de salud no tenía en ese momento los medicamentos.

**Gráfico 9. Tiempo de demora en obtención de medicamentos**

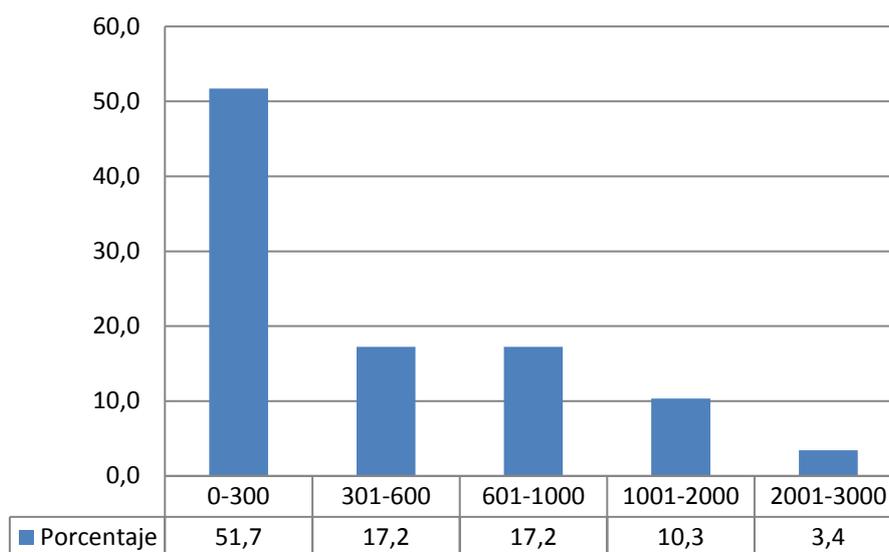


**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Con respecto a las barreras geográficas que dificultan el acceso a medicamentos (independientemente de servicios públicos y privados) un 71,6% de jefes de hogar consideraron que sus familias toman menos de 30 minutos en obtención de los medicamentos, mientras que un 28,4% toman más de 30 minutos en obtención de los mismos. Atamirano Susana, en Nicaragua, reporta casi un 19% de personas que se dilatan más de 30 minutos en obtención de algún servicio incluyendo medicamentos, asimismo en El Salvador las personas en zonas rurales toman más de 30 minutos casi en un 80%. <sup>(6,7)</sup>

Estos resultados reflejan que aunque la cobertura de medicamentos sea relativamente buena, a un porcentaje considerable de las personas se les dificulta de alguna forma obtenerlos por tomar más de 30 minutos a pie, además esto se haría más evidente en algunas localidades pertenecientes al sector del Lacayo Farfán en Matagalpa.

**Gráfico 9. Distribución por gasto mensual en medicamentos.**

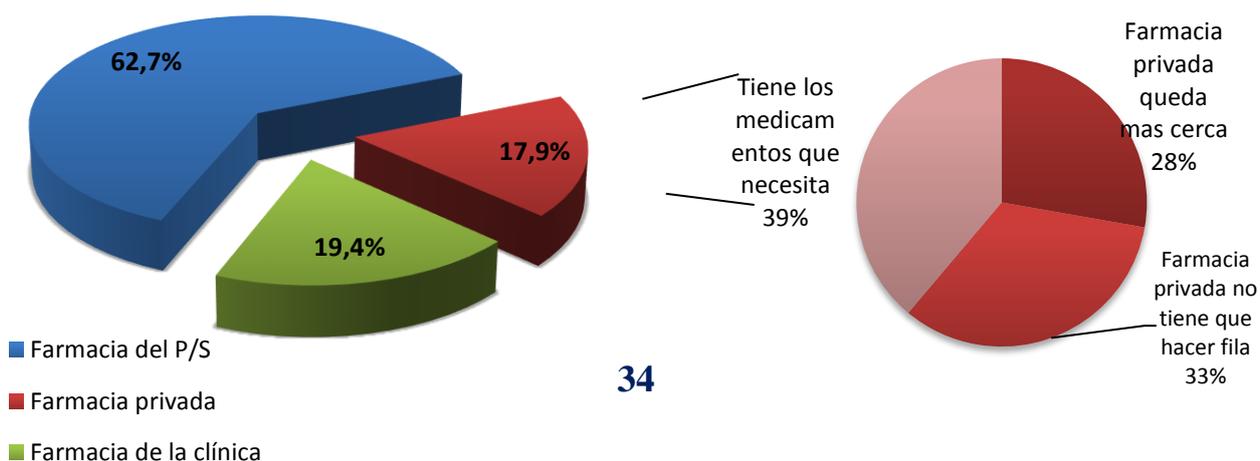


**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

De acuerdo a la distribución por gasto mensual en medicamentos, la mayoría de los jefes de hogar consideraron que en su familia se gastan de 0-300 córdobas (51,7%), seguido de 301-600 córdobas (17,2%), de 601-1000 córdobas en un 17,2% y más de 1000 córdobas en un 13,7%. No se encontraron resultados en los estudios revisados que reflejaran el gasto en medicamentos en monedas del país.

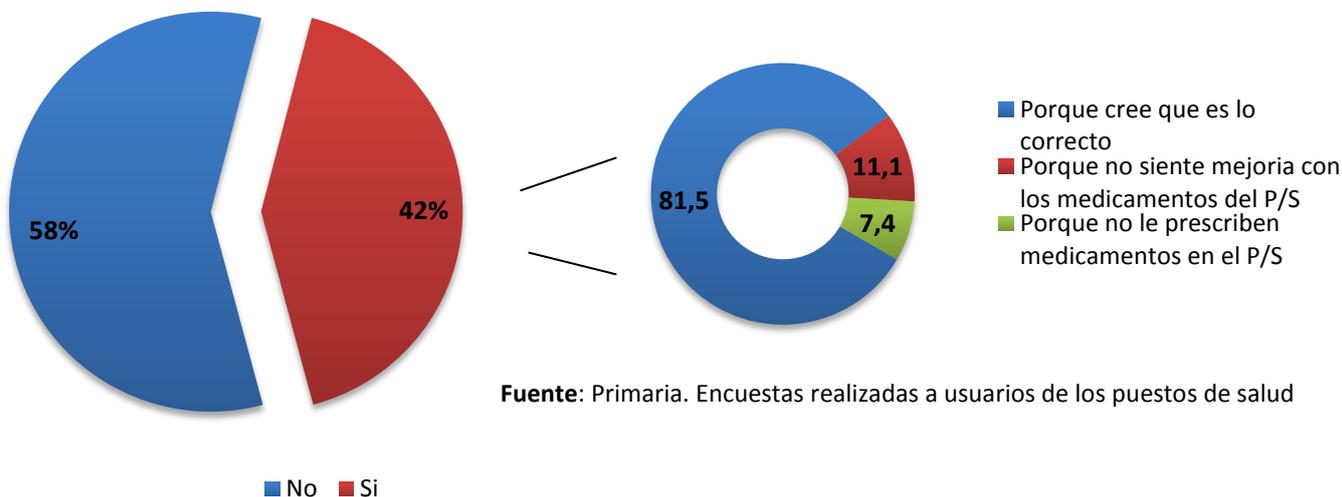
Este resultado tiene importancia debido a que en la mayor parte de los hogares se gasta relativamente poco al mes en medicamentos, sin embargo hay un porcentaje considerable que gasta más de 1000 córdobas al mes en medicamentos y se debería de tomar en cuenta de que existen familias en donde el jefe de hogar gana menos de 3000 córdobas.

**Gráfico 11. Fuente de obtención en medicamentos**



Con respecto a la distribución por la fuente de obtención de medicamentos considerada por los jefes de familia, se observa que un 62,7% obtienen los medicamentos de la farmacia del puesto de salud, seguido de un 17,9% de la farmacia privada y un 19,4% de farmacia de la clínica. De el porcentaje que visitan los privados, los jefes de hogar aseveraron que visitan la farmacia privada porque tienen los medicamentos que necesita en un 39%, porque queda más cerca 28% y porque no tiene que hacer fila. No son congruentes con estos resultados los obtenidos por Altamirano, donde se refleja que más del 30% de personas optan por farmacias privadas para obtención de sus medicamentos. <sup>(7)</sup> Estos resultados reflejan que además de la buena cobertura, la fuente de obtención de medicamentos es de alguna manera accesible para los usuarios, tanto del servicio público como del privado. Aun así, la mayoría de las personas reflejan que la farmacia privada tiene los medicamentos que necesita, esto podría ser debido a que la mayoría de las personas poseen enfermedades crónicas, además de esto podría tener algún tipo de relación con el gasto en medicamentos anteriormente descrito.

**Gráfico 12. Automedicación y consideración de los usuarios**



**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

Según la automedicación, el 42% de los jefes de hogares compartieron que al menos una persona en su familia se automedica. Al tomar en cuenta las consideraciones tanto de los jefes como los miembros de la familia, se observó que la mayoría se automedican porque consideran que es lo correcto (81,5%),

seguido de la consideración de no sentir mejoría con los medicamentos del puesto de salud (11,1%), asimismo un 7,4% reflejó que no le prescriben medicamentos necesarios en el puesto de salud. No se encontraron resultados en la literatura revisada que evidenciara automedicación y consideraciones.<sup>(5,7,8)</sup>

Estos resultados dan a conocer que un gran porcentaje de personas se automedican, y esto sigue siendo un problema de salud pública en nuestros países, ya que este fenómeno está ligado a múltiples condiciones alarmantes, como la resistencia antimicrobiana y la polimedición innecesaria. Además se aprecia que los motivos considerados son muy personales, al decir que se considera correcta la automedicación en los usuarios y no necesariamente estaría vinculado a los servicios de salud.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. La mayoría de las viviendas en los sectores de los Puestos de Salud La Providencia y Lacayo Farfán poseían un hogar, con 3 habitantes y también una cantidad considerable de hogares poseía 5 habitantes. La mayoría de los jefes de hogar tenían de 36 a 50 años de edad, seguido del grupo etéreo de 21 a 35, los demás integrantes de las familias son jóvenes y niños, en su mayoría de 11 a 20 años. Un tercio de los jefes de hogar fueron mujeres. Tanto para los jefes de hogar como para los demás integrantes el nivel de escolaridad más alto fue de secundaria. Con respecto a la situación económica la mayoría de los jefes de hogar no poseen contrato laboral y trabajan por su propia cuenta. Solamente un tercio de los Jefes de hogar estaban afiliados al seguro social. En todos los usuarios el tipo de enfermedades que prevalece son las crónicas y la mayoría buscaron atención médica. Hubo un porcentaje considerable de falta de acceso hacia los servicios, marcada por la autoexclusión.

2. Casi un tercio de la población tuvieron barreras geográficas para acceder a los servicios de salud. No se observaron, en este estudio, barreras de tipo género/étnicas, ya que la mayoría de la demanda de atención en salud fue por mujeres y casi la totalidad de los usuarios fueron mestizos. Con alta frecuencia sólo existe un proveedor por familia y la mayoría de los jefes de hogar tienen salarios de 5000-7500 córdobas. Los usuarios de ambos puestos no incurrir en gastos catastróficos en salud debido a que la mayoría gastan del 1-15% de ingresos en salud y medicamentos, sin embargo la mayoría con escolaridad universitaria tienen niveles de ingreso más altos que los de escolaridad secundaria y los gastos en salud son muy similares.

3. Se concluye que hay buena accesibilidad a los medicamentos, ya que un gran porcentaje recibieron el mismo, sin embargo los que no lo recibieron consideraron que los medicamentos de los puestos no son necesario tomarlos y que no son de buena calidad. El gasto total en medicamentos en su mayoría fue de 300 córdobas, y muy pocas familias gastan más de 1000 córdobas. Menos de un tercio de la población se toma más de 30 minutos en adquirir un medicamento, ya sea en farmacias públicas y privadas. La mayoría de los

usuarios obtienen sus medicamentos gratuitos de la farmacia del puesto de salud y los que obtienen estos en farmacias privadas consideraron que no tienen que hacer fila, queda más cerca y tiene los medicamentos que necesita. Concluyendo, la accesibilidad hacia servicios de salud se dificulta por la autoexclusión, ya que existen pocas barreras para el acceso tanto a los servicios y medicamentos, siendo la más evidente de estas la geográfica, así como la desigualdad en las condiciones socioeconómicas y el gasto en salud.

## **X. RECOMENDACIONES**

### **A los usuarios de los puestos de Salud**

- Apropiarse de conductas responsables acerca de la automedicación y sus consecuencias
- Acudir a los puestos de salud en caso de alguna enfermedad, si lo amerita, y no autoexcluirse en base a consideraciones propias.

### **A los responsables de los puestos de Salud**

- Orientar a la población, dentro del fortalecimiento a la atención primaria en salud, sobre las consecuencias de la automedicación. Todo esto en base a componentes educativos.
- Optimizar logística de insumos médicos dentro de la unidad
- Reforzar el monitoreo en las unidades de salud, en la parte de abastecimiento e insumos.
- Fortalecer los equipos de salud familiar y comunitaria, y a la misma vez, tratar de dar cobertura a las personas con menos accesibilidad a los servicios en las visitas a terreno programadas.
- Fortalecer la comunicación interna y el sistema de registro para conocimiento de enfermedades prevalentes y requerimientos de los usuarios.
- Promover el análisis de situación de salud dentro de las unidades, como herramienta técnica y científica para toma de decisiones.

### **A investigadores.**

- Orientar investigaciones destinadas a promover la equidad y accesibilidad de servicios de salud en la población Nicaragüense, para generación de evidencia de un perfil nacional y su aprovechamiento para toma de decisiones basada en evidencia.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Acuña Ma. **Exclusión, protección social y el derecho a la salud**. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud OPS-OMS. Marzo. 2005.
- 2) Sánchez I. **Desigualdades en salud y exclusión social**. Revista Bimestral de la Fundación: Secretariado General Gitano. Número 15. p 45-48. Junio. 2002
- 3) Organización Panamericana de la Salud, 2006. **Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud**, Washington D.C.
- 4) Organización Panamericana de la Salud. **Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe**. Washington, D.C.: OPS/OMS, ASDI. 2003.
- 5) Organización Panamericana de la Salud. **Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia**. Ago 2004. Bolivia.
- 6) Organización Panamericana de la Salud(OPS/OMS), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Exclusión Social en Salud en El Salvador**. Nov, 2004. El Salvador.
- 7) Altamirano S. **Caracterización de la Exclusión de los Servicios de Atención y el Acceso a Medicamentos Esenciales de los usuarios del SILAIS Managua, 2009**. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, CIES. 2009. Managua, Nicaragua.
- 8) Acuña C, Marin N, Mendoza A, Emmerick ICM, Luiza VL, Azeredo TB. **Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central**. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):128–35.

- 9) Organización Panamericana de la Salud, MINSA. **Perfil de los Sistemas de Salud en Nicaragua**. Monitoreo y análisis de los procesos de Cambio y reforma. Managua. 2008.
- 10) Organización Panamericana de la Salud. **Documento de Referencia 3. Conceptos Claves**. 2010. Washington DC.
- 11) Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Consejo Directivo. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. **Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal**. CD53, Rev.2. Oct 2014.
- 12) Barillas E, Valdez C, USAID. **Análisis de la gestión del suministro de medicamentos e insumos del Ministerio de Salud Pública en República Dominicana**. República Dominicana. 2009.
- 13) Organización Panamericana de la Salud, 2001. **Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud**. Washington D.C
- 14) Manual para ejecutores de programas de salud, serie paltex, OPS, El suministro de los medicamentos, Boston, Massachusetts, 2002, Cap. I, Pág.11 19.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Objetivo 1. Describir las características socio-económicas de los usuarios de los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.**

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Número de personas habitantes por vivienda	Distribución por número de personas	Cantidad de personas que habitan en la vivienda	Numérico	Continua
Persona proveedora	% y N° de personas proveedoras por vivienda	Persona que aporta económicamente a la vivienda	Numérico	Continua
Edad	% por edad	Tiempo transcurrido en años de una persona desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Numérico	Continua
Sexo	% por sexo	Característica biológica de la persona	Femenino Masculino	Nominal
Escolaridad	% de personas según categoría	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Secundaria incompleta Bachiller Técnico Universidad	Nominal

Situación Laboral del Jefe de Familia	% por categoría	Situación en cuanto a contrato laboral	Con contrato laboral Sin contrato laboral Trabaja por su propia cuenta Desempleado	Nominal
Afiliación a Seguro Médico	% de personas según categoría	Personas entrevistadas que cuentan con algún tipo de seguro médico	Afiliado No afiliado	Nominal
Enfermedad del jefe de familia	% según categoría	Patología que presenta el jefe de familia	Abierto	Nominal
Enfermedad en habitantes	% según categoría	Patología que presenta algún miembro de la familia en el ult. mes	Abierto	Nominal
Búsqueda de atención médica	% según categoría	Búsqueda de atención médica en el puesto de salud de personas que se hayan enfermado en el último mes	SI NO	Nominal
Demanda de atención en salud	% de personas según categoría	Lugar donde los habitantes de la vivienda buscaron atención en salud	Demandó servicios en: Establecimiento Público Establecimiento privado Empresa Med. Previsional	Nominal
	% de personas según categoría	Si hubo atención en el puesto de salud	Le atendieron No le atendieron Fue referido al Centro de Salud	Nominal

	% según categoría	Causa de no atención de personas con la enfermedad	El establecimiento cerrado No había médico Llegó fuera del horario de atención El tiempo de espera era muy largo Había médico en el establecimiento de salud pero no estaba o no había cupo cuando él/ella llegó No entendió el idioma en que le hablaron No tenía dinero	Nominal
--	-------------------	--	---	---------

**Objetivo 2. Identificar las barreras que dificultan el acceso a los servicios de los Puestos de Salud “La Providencia” y “Lacayo Farfán”.**

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Proveedoras en la vivienda	Lo expresado por los entrevistados % de personas según categoría	Número de personas proveedoras por vivienda	1 2 3 4 5-+	Numérico
Salario del Jefe de Familia	Lo expresado por el entrevistado % de personas según categoría	Refleja el salario en moneda córdobas del salario del jefe de familia	Menos de 1,500 1,500-3,500 3,500-5,000 5,000-7,500 7,500-+	Numérico
Gasto en Salud	Lo expresado por el entrevistado	Percepción del porcentaje de gasto en salud considerado por la familia	1-15% 16-30% 31-50% 50-75%	Numérico

	% de personas según categoría			
Etnia	Lo expresado por el entrevistado % de personas según categoría	Procedencia étnica de las personas incluidas en el estudio	Mestizo Indígena de sutiava Otro	Nominal
Utilización por sexo de SS	Expresado por entrevistados % de personas según categoría	Respecto a la utilización por sexo del servicio de salud por vivienda	Hombre demanda mayor servicio Mujer demanda mayor servicio	Nominal

**Objetivo 3. Precisar la exclusión a medicamentos de los usuarios en los Puestos de Salud de León y Matagalpa.**

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Cobertura de medicamento	% de personas según categoría	Medicamento prescrito por algún tipo de seguro médico	SI NO	Nominal
Gasto mensual en medicamento	Lo expresado por entrevistado	Gasto promedio en medicamentos por vivienda y hogar	Número exacto en córdobas	Numérico

	% de personas según categoría			
Tiempo en obtención de medicamento	Expresado por entrevistado % de personas según categoría	Tiempo requerido a pie para obtener algún medicamento de acuerdo a su patología	Menos de 30 mins Más de 30 mins	Nominal
Obtención de medicamentos	Expresado por entrevistado % de personas según categoría	Personas que estuvieron enfermas en alguna vivienda y obtuvieron sus medicamentos	Le prescribieron tratamiento en el Puesto: SI NO Lo refirieron al centro de salud	Nominal
Fuente de obtención de medicamentos	Expresado por entrevistado % de personas según categoría	De donde obtuvieron sus medicamentos	De la farmacia pública Farmacia privada Farmacia previsual	Nominal
Automedicación	Expresado por entrevistado % de personas según categoría	Si la persona de acuerdo a sus criterios propios necesita de medicamentos de libre venta	SI NO	Nominal

## ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA



No \_\_\_\_\_  
(Código)

¿Cuántas personas habitan en la vivienda? \_\_\_ \_\_\_

¿Cuántas personas proveedoras (que trabajan) habitan en la vivienda? \_\_\_

**Jefe de Familia (favor dar check en cada categoría) :**

Sexo	Edad	Escolaridad	Situación Laboral	Afiliación a seguro	Salario
Femenino ( ) Masculino ( )	___ ___	Analfabeta ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria incompleta ( ) Secundaria incompleta ( ) Bachiller ( ) Técnico ( ) Universidad ( )	Con contrato laboral ( ) Sin contrato laboral ( ) Trabaja por su propia cuenta ( ) Desempleado ( )	SI ( ) NO ( )	Menos de 1,500 ( ) 1,500-3,500 ( ) 3,500-5,000 ( ) 5,000-7,500 ( ) 7,500 a mas ( )
PADECIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD					

Enfermedad del jefe de familia: \_\_\_\_\_

**Los demás integrantes de la familia**

Núm	Edad	Escolaridad	Situación Laboral (¿En qué trabaja?)	Afiliación A seguro	Salario (si devenga)	Padecimiento de alguna enfermedad (¿Cuál enfermedad?)
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

**¿Alguno de los miembros de su familia se han enfermado en el último mes?**

Si ( )

No ( )

*Si la respuesta es SI ¿usted buscó atención médica en el servicio público?*

Si ( )

No ( )

*Si la respuesta es No ¿Por qué no buscó la atención médica?*

Visité el servicio privado ( )

Visité mi clínica donde soy asegurado ( )

No tenía dinero ( )

El servicio de salud está muy lejos ( )

El servicio de salud tiene mala calidad de atención ( )

La atención que necesitaba no estaba disponible en el servicio de salud ( )

No entiende el idioma que le hablan en el servicio de salud ( )

Los medicamentos que dan son de mala calidad ( )

Conoce la enfermedad ( )

La enfermedad no era grave ( )

Tenía remedios en casa ( )

**Demanda de atención en salud en el último mes**

Establecimiento Público ( ) \_\_ \_\_

Establecimiento privado( ) \_\_ \_\_

Empresa Medica Previsional ( ) \_\_ \_\_

*Si alguno de los miembros de la familia visitó los servicios en el establecimiento público (puesto de salud), ¿qué tipo de enfermedad tenía?*

*Si le atendieron, ¿Recibió los medicamentos que le prescribió el médico?*

Si ( )

No ( )

*Si no recibió los medicamentos ¿Por qué no los recibió?*

No tenía dinero ( )

La farmacia o el establecimiento de salud no tenía los medicamentos ( )

El lugar donde se pueden conseguir los medicamentos queda muy lejos ( )

Los medicamentos no son de buena calidad ( )

Los medicamentos tienen precios altos en farmacia privada ( )

No era necesario tomar medicamentos ( )  
El médico no le indico que tomará ningún medicamento ( )  
Otra: \_\_\_\_\_

*¿Qué hizo cuando no le atendieron?*

Fue a la farmacia privada ( )  
Consultó a un amigo/familiar/vecino ( )  
Otros: \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo demora en llegar a pie al puesto de salud?:**

Menos de 30 minutos ( )  
Más de 30 minutos ( )

**Etnia de los habitantes de la vivienda (dar check en el paréntesis y a la par el número de personas por categoría)**

Mestizo ( )  
Indígena de sutiava ( )  
Otro ( )

**¿Quien acude más a los servicios de salud en su familia?**

Mujer demanda mayor servicio ( )  
Hombre demanda mayor servicio ( )

**Si el hombre demanda mayor servicio, debido a ¿qué motivos siguientes no lo hace la mujer?:**

No tiene tiempo ( )  
No cree necesario acudir al puesto de salud ( )  
Otras personas le sugieren que no necesita ir ( )

**Si usted es asegurado,¿ el seguro le cubre los medicamentos que le prescriben?**

SI ( )  
NO ( )

**¿Cuánto gasta en medicamentos al mes la familia? (Número exacto en córdobas)**

---

**¿Cuanto tiempo a pie tarda en solicitar un medicamento, ya sea en el puesto de salud o en farmacia privada?**

Menos de 30 mins ( )

Más de 30 mins ( )

**De donde obtiene generalmente sus medicamentos?**

Farmacia del puesto de salud ( )

Farmacia privada ( )

Farmacia de la clínica ( )

*Si obtiene los medicamentos de la farmacia privada, ¿Por qué motivo los obtiene de allí?*

Porque la farmacia privada queda más cerca ( )

Porque la farmacia privada no tiene que hacer fila ni esperar ( )

Porque tiene los medicamentos que necesita ( )

¿Alguna vez tuvieron que pedir prestado dinero o vender algunas cosas para obtener los medicamentos que necesitan?

Si ( )

No ( )

**Durante el último mes ¿Cuánto gastó en salud total en su familia?  
(considere consulta a médicos privados, medicamentos en la farmacia,  
consulta al odontólogo, pruebas de laboratorio, etc. )**

Total en Córdoba\_\_\_\_\_

**¿Usted se automedica?**

SI ( )

NO ( )

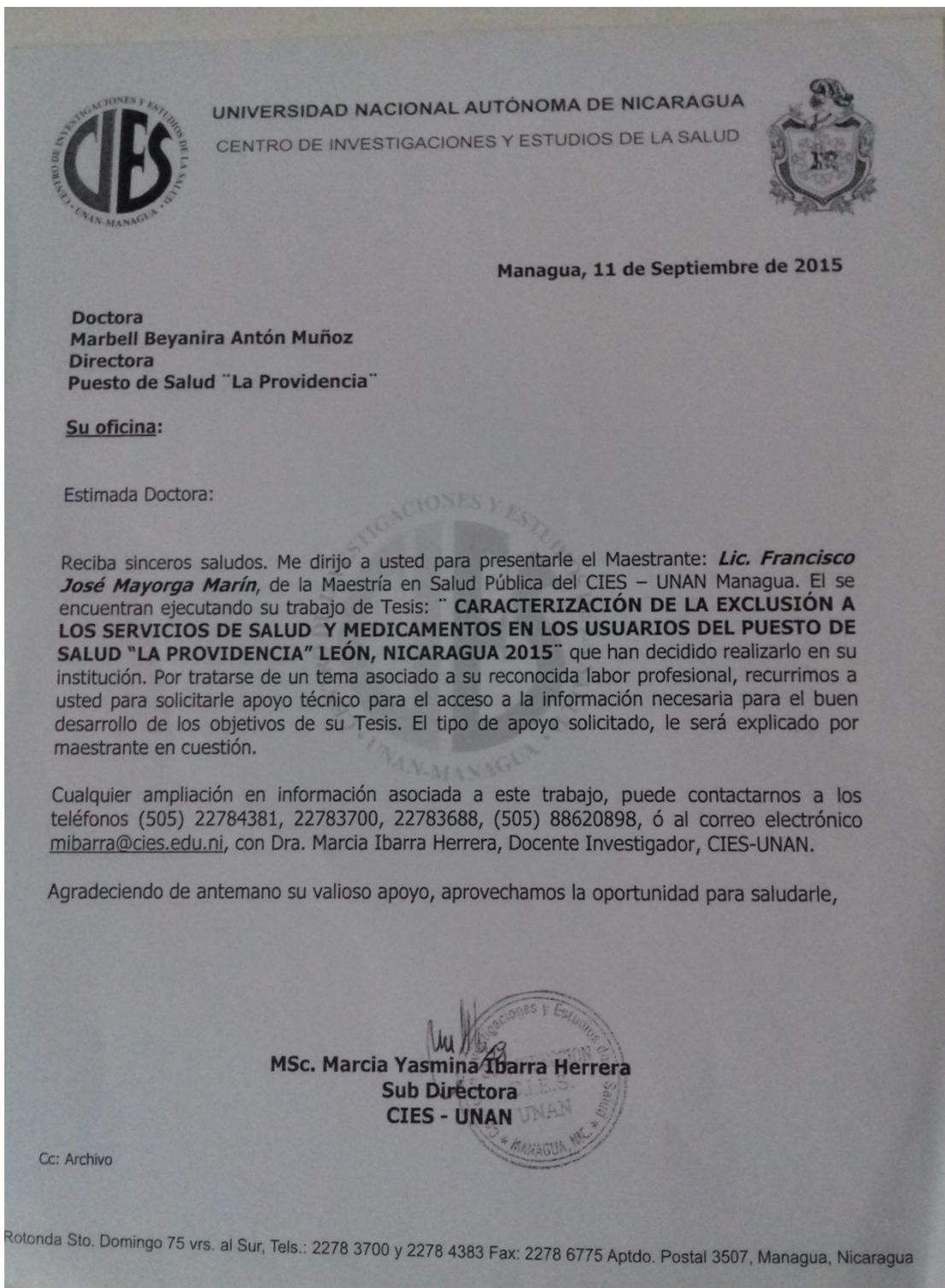
**¿Por qué se automedica?**

Porque cree que es lo correcto ( )

Porque no siente mejoría con los medicamentos del Puesto de salud ( )

Porque no le prescriben medicamentos en el puesto de salud ( )

### ANEXO 3. CARTAS PARA AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO



## ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA



### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante, usted ha sido elegido e incluido al azar para participar en el estudio “**Caracterización de la Exclusión a servicios de salud y medicamentos del Puesto Salud La Providencia y Lacayo Farfán, León y Matagalpa**”, por lo tanto nos gustaría entrevistarle.

Se le comparte que la información provista por usted es de uso meramente investigativo y sin otro fin, será manejada por su servidor de manera confidencial (se eliminará su nombre y se emplearán códigos solamente) y que ésta es muy valiosa para nosotros ya que el estudio es en aras de comprender mejor el acceso de usted, su familia y su comunidad a medicamentos y servicios de salud. La información solicitada contiene algunos datos personales y problemas en el acceso a los servicios de salud y medicamentos, así como la cobertura y el gasto en medicamentos que usted y su familia tienen que realizar.

Su participación **es voluntaria** y usted tiene toda la libertad de negarse a participar.

Con la firma del consentimiento refleja que usted ha comprendido el objeto de estudio, que está dispuesto a participar y que está contribuyendo y ayudando a comprender las causas de la exclusión de usted, su familia y su comunidad a los servicios de salud y de medicamentos.

---

Firma del entrevistado

---

Código

## ANEXO 5. TABLAS DE RESULTADOS

**Tabla 1. Distribución por número de hogares en las viviendas**

Número de H.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1	68	68,0	68,0
2	20	20,0	20,0
3	10	10,0	10,0
4	2	2,0	2,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 2. Distribución por número de habitantes por vivienda**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	6	6,0	6,0	6,0
2	11	11,0	11,0	17,0
3	23	23,0	23,0	40,0
4	13	13,0	13,0	53,0
5	19	19,0	19,0	72,0
6	8	8,0	8,0	80,0
7	9	9,0	9,0	89,0
8	7	7,0	7,0	96,0
9	1	1,0	1,0	97,0
10	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 3. Distribución por sexo del jefe de familia y demás integrantes.**

Edad	Jefe de familia %	Demás integrantes %	Demás integrantes
Menor de 5		15,8	38
6 a 10		11,3	27
11 a 20	1	30,4	73
21 a 35	30	27,9	67
36 a 50	44	9,2	22
51 a 65	17	3,3	8
Mayor 65	8	2,1	5
	100	100,0	240

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 4. Distribución por escolaridad de los jefes de Familia.**

Escolaridad	Jefe de Familia %	Demás integrantes %	
Analfabeta	18	7,5	12
Primaria	18	40,4	65
Secundaria	42	41,0	66
Técnico	5	0,0	0
Universidad	17	11,2	18
	100	100,0	161

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 5. Distribución por situación laboral por los jefes de familia y demás integrantes**

Situación laboral	Jefe de familia %	Demás integrantes %
Con contrato laboral	32	27,3
Sin contrato laboral	34	59,1
Trabaja por su propia cuenta	34	13,6

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 6. Distribución por afiliación a seguro del jefe de familia**

Afiliación a seguro Jefe de Familia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	65	65,0	65,0	65,0
	Si	35	35,0	35,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 7. Distribución por enfermedad en el último mes en la familia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	14	14,0	20,6	20,6
	Si	54	54,0	79,4	100,0
	Total	68	68,0	100,0	
Perdidos	Sistema	32	32,0		
Total		100	100,0		

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 8. Distribución por atención médica en servicio público**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	13	13,0	22,8	22,8
	Si	44	44,0	77,2	100,0
	Total	57	57,0	100,0	
Perdidos	Sistema	43	43,0		
Total		100	100,0		

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 9. Tiempo en demora a pie para llegar al puesto de salud**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 30 minutos	47	47,0	69,1	69,1
	Mas de 30 minutos	21	21,0	30,9	100,0
	Total	68	68,0	100,0	
Perdidos	Sistema	32	32,0		
Total		100	100,0		

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 10. Distribución según el número de proveedores por vivienda**

		Número de Proveedores			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	58	58,0	58,0	58,0
	2	34	34,0	34,0	92,0
	3	6	6,0	6,0	98,0
	4	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 11. Distribución según el salario del jefe de familia**

		Salario del Jefe de Familia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		11	11,0	11,0	11,0
	Menos de 1500 córdobas	4	4,0	4,0	15,0
	1500-3500 córdobas	14	14,0	14,0	29,0
	3500-5000 córdobas	24	24,0	24,0	53,0
	5000-7500 córdobas	25	25,0	25,0	78,0
	7500 a más.	22	22,0	22,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 12. Distribución según etnia de los habitantes**

Etnia de los habitantes de la vivienda			
		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mestizo	95,5	95,5
	Indígena de Sutiava	3,0	98,5
	Otra	1,5	100,0
	Total	100,0	
Perdidos	Sistema		
Total			

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 13. Distribución por porcentaje de salario en gasto en salud.**

Porcentaje de salario en gasto en salud					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-15%	53	53,0	79,1	79,1
	16-30%	13	13,0	19,4	98,5
	31-50%	1	1,0	1,5	100,0
	Total	67	67,0	100,0	
Perdidos	Sistema	33	33,0		
Total		100	100,0		

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 14. Distribución por demanda de atención en salud**

**Quien acude mas a los S/S en su familia**

		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	6,0	6,0
	Mujer	94,0	100,0
	Total	100,0	
Perdidos	Sistema		
Total			

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 15. Distribución por cobertura de medicamentos.**

<b>Si es asegurado, ¿El seguro le cubre los medicamentos?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	17	17,0	54,8	54,8
	Si	14	14,0	45,2	100,0
	Total	31	31,0	100,0	
Perdidos	Sistema	69	69,0		
Total		100	100,0		

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 16. Distribución por demora en solicitud de medicamentos**

<b>Cuanto tiempo a pie tarda en solicitar un medicamento</b>					
		Porcentaje válido		Porcentaje acumulado	
Válidos	Menos de 30 minutos	71,6		71,6	
	Mas de 30 minutos	28,4		100,0	
	Total	100,0			
Perdidos	Sistema				
Total					
<b>De donde obtiene generalmente sus medicamentos</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Farmacia del P/S	62,7	62,7		
	Farmacia privada	17,9	80,6		
	Farmacia de la clínica	19,4	100,0		
	Total	100,0			
Perdidos	Sistema				
Total					

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 17. Distribución por automedicación**

**¿Usted se automedica?**

		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	58,2	58,2
	Si	41,8	100,0
	Total	100,0	
Perdidos	Sistema		
Total			

Fuente: Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 18. Distribuciones por consideraciones de las personas para la automedicación.**

<b>¿Porqué se automedica?</b>			
		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Porque cree que es lo correcto	81,5	81,5
	Porque no siente mejoría con los medicamentos del P/S	11,1	92,6
	Porque no le prescriben medicamentos en el P/S	7,4	100,0
	Total	100,0	

**TABLAS DE ANÁLISIS BIVARIADO. ESTRATIFICACIONES POR ESCOLARIDAD Y VARIABLES ECONÓMICAS.**

**Tabla 19. Relación entre escolaridad del jefe de familia y su situación laboral.**

		Situación Laboral del Jefe de Familia											
		Con contrato laboral			Sin contrato laboral			Trabaja por su propia cuenta			Desempleado		
		Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Escolaridad de Jefe de Familia	Analfabeta	0	0,0%	0,0%	10	55,6%	34,5%	8	44,4%	22,9%	0	0,0%	0,0%
	Primaria incompleta	0	0,0%	0,0%	5	41,7%	17,2%	7	58,3%	20,0%	0	0,0%	0,0%
	Primaria Completa	0	0,0%	0,0%	4	66,7%	13,8%	1	16,7%	2,9%	1	16,7%	20,0%
	Secundaria incompleta	10	35,7%	31,3%	4	14,3%	13,8%	10	35,7%	28,6%	4	14,3%	80,0%
	Secundaria completa	7	46,7%	21,9%	4	26,7%	13,8%	4	26,7%	11,4%	0	0,0%	0,0%
	Técnico	2	40,0%	6,3%	1	20,0%	3,4%	2	40,0%	5,7%	0	0,0%	0,0%
	Universidad	13	76,5%	40,6%	1	5,9%	3,4%	3	17,6%	8,6%	0	0,0%	0,0%

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 20. Relación entre escolaridad del Jefe de Familia y su salario.**

		Salario del Jefe de Familia														
		Menos de 1500 córdobas			1500-3500 córdobas			3500-5000 córdobas			5000-7500 córdobas			7500 a más.		
		Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Escolaridad de Jefe de Familia	Analfabeta	0	0,0%	0,0%	1	5,6%	7,1%	12	66,7%	50,0%	3	16,7%	11,5%	1	5,6%	4,5%
	Primaria incompleta	2	16,7%	50,0%	3	25,0%	21,4%	2	16,7%	8,3%	2	16,7%	7,7%	0	0,0%	0,0%
	Primaria Completa	0	0,0%	0,0%	2	33,3%	14,3%	1	16,7%	4,2%	2	33,3%	7,7%	0	0,0%	0,0%
	Secundaria incompleta	2	7,1%	50,0%	4	14,3%	28,6%	3	10,7%	12,5%	13	46,4%	50,0%	0	0,0%	0,0%
	Secundaria completa	0	0,0%	0,0%	3	20,0%	21,4%	2	13,3%	8,3%	4	26,7%	15,4%	6	40,0%	27,3%
	Técnico	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	2	40,0%	8,3%	0	0,0%	0,0%	3	60,0%	13,6%
	Universidad	0	0,0%	0,0%	1	5,9%	7,1%	2	11,8%	8,3%	2	11,8%	7,7%	12	70,6%	54,5%

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

**Tabla 20. Relación entre escolaridad del Jefe de Familia y Porcentaje de salario en gasto de salud.**

		Porcentaje de salario en gasto en salud											
		1-15%			16-30%			31-50%			50-75%		
		Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Escolaridad de Jefe de Familia	Analfabeta	12	70,6%	22,2%	5	29,4%	38,5%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
	Primaria incompleta	7	77,8%	13,0%	2	22,2%	15,4%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
	Primaria Completa	4	100,0%	7,4%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
	Secundaria incompleta	11	78,6%	20,4%	2	14,3%	15,4%	1	7,1%	100,0%	0	0,0%	0,0%
	Secundaria completa	8	80,0%	14,8%	2	20,0%	15,4%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
	Técnico	4	100,0%	7,4%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
	Universidad	8	80,0%	14,8%	2	20,0%	15,4%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

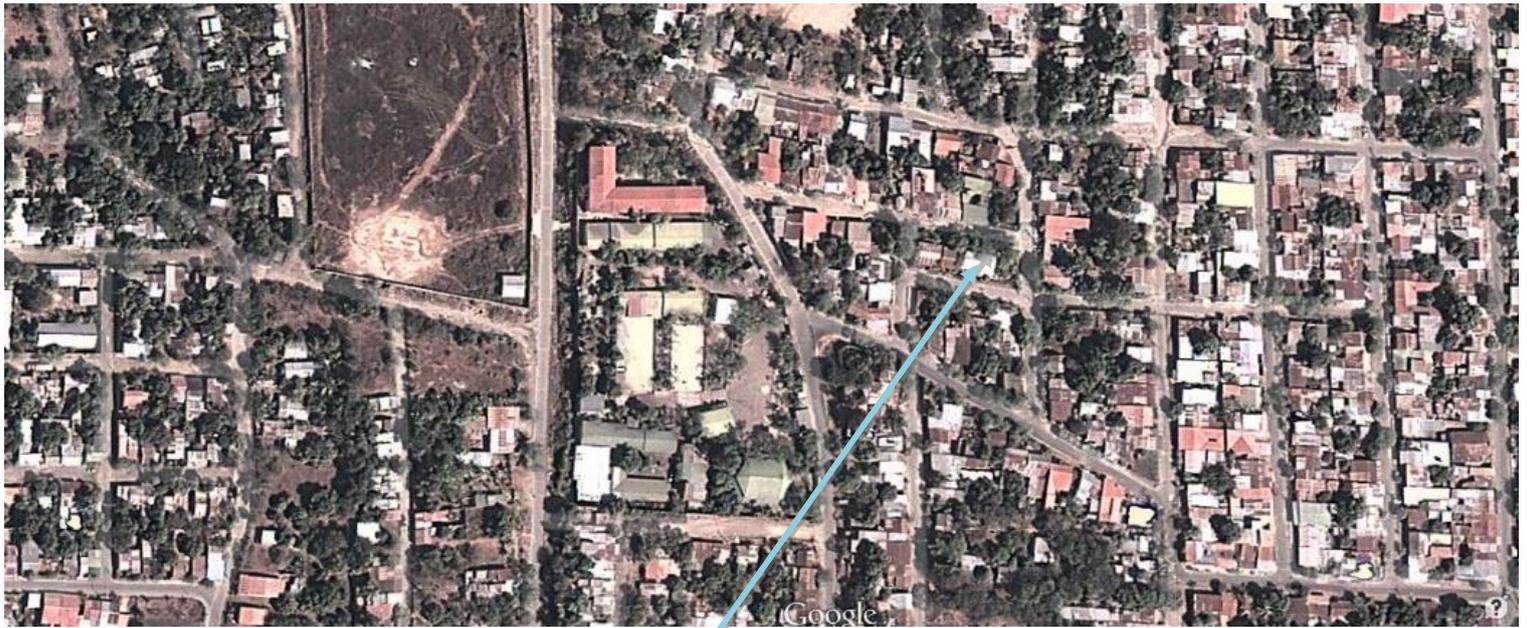


**Tabla 21. Relación de Escolaridad del jefe de familia y gasto total en salud.**

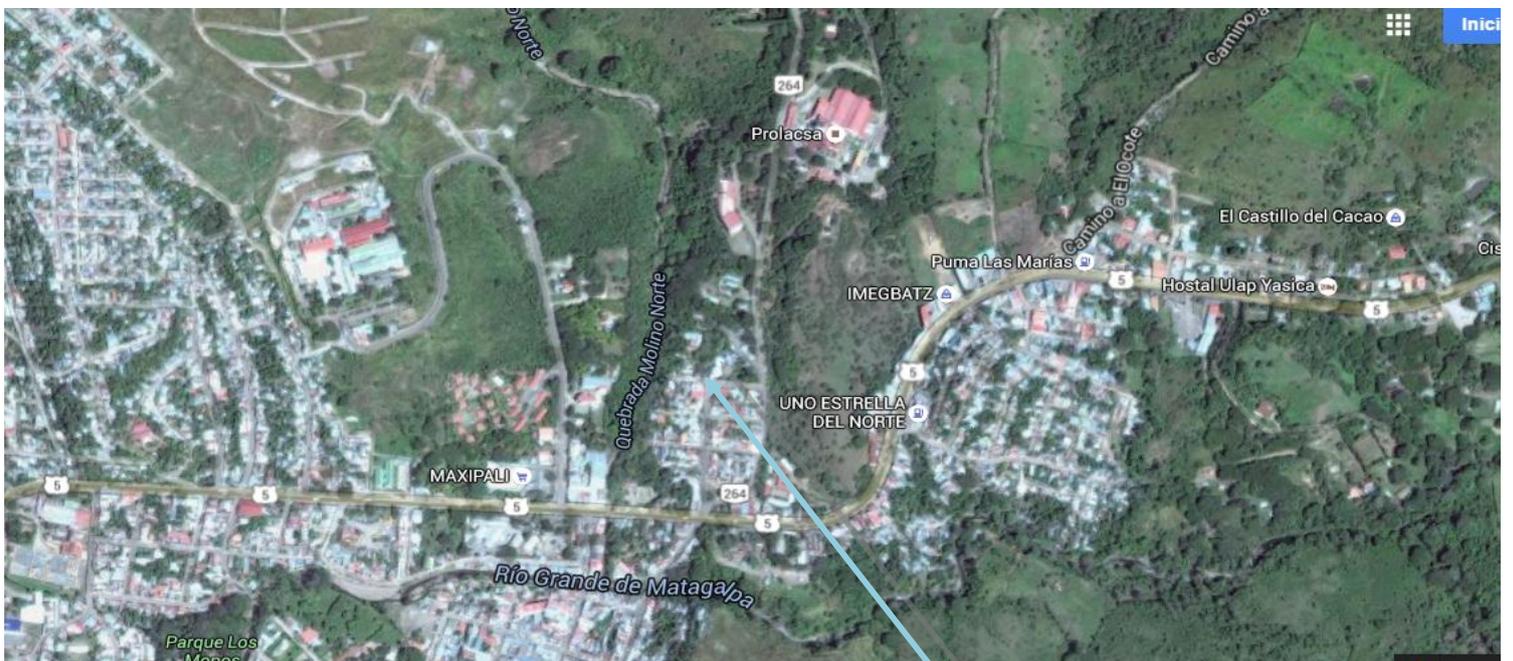
		Durante el ultimo mes, ¿Cuanto gasto en salud total en su familia?		
		Media	Mediana	Moda
Escolaridad de Jefe de Familia	Analfabeta	175	175	50
	Primaria incompleta	790	790	80
	Primaria Completa	223	150	20
	Secundaria incompleta	856	500	500
	Secundaria completa	350	350	300
	Técnico	650	500	50
	Universidad	1050	1050	300

**Fuente:** Primaria. Encuestas realizadas a usuarios de los puestos de salud

## MAPA DE TERRITORIOS Y UBICACIÓN DE LOS PUESTOS DE SALUD



Puesto de Salud  
"La Providencia"



Puesto de Salud  
"Lacayo Farfán"