



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.



Maestría en Epidemiología 2007-2009.

CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN Y
EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LOS USUARIOS DEL SILAIS
MANAGUA, 2009.

Informe de tesis para optar al título de Maestro en Epidemiología.

Alumna: Susana Altamirano López, M.D.
Tutor: Alma Lila Pastora Z. MSc.
Asesor: Dra. María Elena Berrios. MSc.

Managua, Nicaragua.
Octubre 2010.

INDICE

| | Número de Página |
|--------------------------------------|------------------|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 2 |
| III. OBJETIVOS..... | 4 |
| IV. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| V. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 18 |
| VI. RESULTADOS..... | 24 |
| VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS..... | 26 |
| VIII. CONCLUSIONES..... | 30 |
| IX. RECOMENDACIONES..... | 31 |
| X. BIBLIOGRAFÍA..... | 32 |
| ANEXOS | |

i. DEDICATORIA:

Este trabajo de investigación realizado con mucho esfuerzo esta dedicado a mis queridas Madres y en especial a mi hija por ser el motivo por el que trabaje con mucho ahínco en este estudio y porque son las personas más importantes en mi vida, para ellas este logro.

ii. AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar mi agradecimiento a la doctora María Elena Berrios, que me permitió participar en este proyecto, que sin duda alguna contribuyo mucho en mi formación, le agradezco su confianza y su apoyo, en segundo lugar a mi maestra y tutora la licenciada Alma Lila Pastora Zeuli, que sin sus valiosos conocimientos no habría logrado este trabajo y en tercer lugar al doctor Andrés Herrera; por su valiosa cooperación metodológica y académica al compartir sus conocimientos con mi persona. A todos mi más sincero agradecimiento.

iii. RESUMEN:

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos de la investigación realizada en el año 2009 en el SILAIS Managua, con el objetivo de caracterizar la población excluida y la situación farmacéutica.

Material y Método:

Este es un estudio de corte transversal (descriptivo), el cual fue realizado en los 5 distritos de Managua y 2 de sus municipios.

El diseño muestral fue multi-etápico y considero conglomerados; la muestra estuvo representada por 200 hogares. Para calcular el tamaño de la muestra, el principal parámetro utilizado fue la proporción (p) de individuos excluidos del acceso a medicamentos. Se calculó el tamaño de la muestra para estimar esta proporción con un intervalo de confianza de 95% (z) y un error bilateral de 5%. Para calcular el tamaño de muestra máximo se trabajó con un efecto de diseño de 2 y un valor de 50% (p) para el parámetro principal. Siendo n de $192.08 = 200$

El procedimiento de selección de la muestra, para los hogares fue realizado en dos etapas: inicialmente fueron seleccionados 10 sectores censales, con probabilidad proporcional al tamaño, el cual está dado en función del número de domicilios en el sector. El tipo de sector fue urbano y rural, que se utilizó para estratificar las unidades primarias de selección. En la segunda etapa, fueron seleccionadas 20 viviendas por segmento censal, utilizándose la selección sistemática de domicilios, para lo cual se escogerá: un punto inicial en el sector, un trayecto de recorrido y uno de cada 4 domicilios a ser encuestado. La identificación de los segmentos censales se realizara con el apoyo de un mapa de cada sector.

Obtención de la información:

Se realizó la recolecta de la información a través de una fuente primaria; mediante un instrumento: encuesta de hogares con 6 acápites; aplicable en los domicilios seleccionados, la técnica utilizada es la entrevista. Dichos instrumentos fueron validados por la investigadora en hogares que no formaron parte de la muestra del estudio. Ambas sólo se realizaron después de la firma en el término de consentimiento informado.

Resultados:

Se obtuvo información de 200 hogares distribuidos en 10 segmentos censales y de 4,798 personas que habitan los hogares. En los resultados se describen las barreras de acceso a los servicios de salud y los medicamentos así como la caracterización del perfil de los usuarios.

De acuerdo a la edad el 35.32% de los entrevistados; oscila entre las edades de 0 y 15 años, un 51.50% son mujeres, con respecto al nivel de escolaridad el

40.60% cuenta únicamente con la primaria en contraste con el 5.90% que cuenta con estudios universitarios, el 66.96% se encuentran desempleados y un 40.40% no cuenta con servicios básicos en sus hogares.

En relación al ingreso promedio por jefe de familia, un 48.08% de los encuestados gana mensualmente menos de 1,600 córdobas al mes, observándose una gran diferencia con respecto a los encuestados que ganan más de 1,600 córdobas mensuales, que corresponden al 43.36%.

En relación con la situación de trabajo del jefe de familia se comprobó que del 51.50% de las mujeres, el 15.50% son amas de casa y un 6.70% poseen empleo formal y que 8.70% tienen empleo informal y 2.20% están en el desempleo. Con respecto a los varones de un 46.18% el 19.80% tienen empleo formal, 37.20% tiene un empleo informal y 4.40% están desempleados.

En lo que respecta a las mujeres embarazadas, del 95.20% solamente 0.8% busco atención y un 0.6% cuenta con 4 controles prenatales.

De los hogares que presentaron algún padecimiento crónico 45.00% buscaron atención y prescripción, sin obtenerla 36.50%. En los hogares que presentaron un padecimiento agudo, un 30.00% buscaron atención y prescripción no consiguiéndola un 28.50%.

Con respecto al lugar donde buscaron atención los usuarios, un 14.80% demandaron atención el sistema público de salud, solo un 7.50% lo hizo en el sector privado y un 4.20% la solicito en la empresa médica previsional INSS.

6.1.2 Caracterización de las barreras de acceso a medicamentos.

En relación a la accesibilidad geográfica los usuarios consideran que las unidades de atención más cercanas son las del sistema público de salud en un 31.20% y que la farmacia del sistema público de salud es igualmente cercana a su hogar en un 51.50%, con respecto al sector privado, consideran que las unidades de atención de se encuentran cerca de sus hogares en un 22.00% no así las del sector privado que solo cuenta con el 15.30%.

De un 12.11% de los usuarios que cuentan con seguro médico, solo en un 6.22% les cubre totalmente el gasto en medicamentos y en un 4.46% la cobertura es parcial.

Con respecto a los usuarios que presentaron alguna enfermedad aguda, el 44.90% recibieron tratamiento completo para su padecimiento, sin embargo un 47.80% no obtuvo su tratamiento en las unidades de salud públicas o privadas, los obtuvieron por otros medios. Lo mismo ocurre con los usuarios que padecen una enfermedad crónica, el 53.00% obtiene sus medicamentos fuera del sistema

de salud, solo un 36.30% accede a su tratamiento en el sistema de salud tanto público como privado.

En cuanto al pago de bolsillo para obtener medicamentos, un 75.80% logra comprar una parte de los medicamentos a diferencia de un 19.80% que los compra todos.

Es importante mencionar que un 75.80% de los usuarios consigue su tratamiento gratuitamente en el sistema público de salud y que de los usuarios con afiliación a un seguro de salud, solo 1.6% tiene que pagar más por los medicamentos que necesita.

6.1.3 Resultados de la provisión de medicamentos.

El 75.24% de los hogares obtiene los medicamentos que necesita en la farmacia privada más cercana, lo que contrasta con el 65.53% de los que opinan que no obtienen los medicamentos que necesita en la farmacia de sistema público de salud.

En lo que respecta a la obtención de tratamiento completo y prescrito, un 52.00% de los hogares lo obtuvieron.

En cuanto a la automedicación un 25.8% de los encuestados con enfermedades agudas refieren auto medicarse, igualmente el 10.4% con enfermedades crónicas y en el caso de las embarazadas solo un 0.5% manifestó hacerlo.

I. INTRODUCCIÓN

Existen factores que determinan la utilización de los servicios de salud, incluidos dentro de un proceso donde interactúan distintos componentes que conforman la organización del sistema de salud, existen también otros factores relacionados con este proceso y son los relativos al usuario, como los datos socio demográficos, éstos pueden permitirle o no al usuario tener facilidad de obtener los beneficios del sistema de salud, de percibir si necesita atención o no.

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

Por tanto no se han realizado estrategias ni reformas en salud que aborden estos aspectos, los efectos posibles serían beneficiosos, habría regulación y control de calidad en los medicamentos dentro y fuera del mercado farmacéutico, lo que garantizaría mejorar la disponibilidad de este bien a la población más pobre del país. Tampoco se cuenta con indicadores que permitan evaluar los efectos que resultarían de la exclusión a los servicios de salud en poblaciones marginadas. Un ejemplo claro de esto son las personas en condiciones económicas de pobreza, ellos tienen más probabilidades de adquirir enfermedades crónicas y a su vez empobrecerse más a consecuencia de ellas. A pesar de la importancia de la exclusión en salud como fenómeno social y como problema de políticas públicas, en la actualidad las reformas sectoriales solo la han tocado de manera indirecta y fragmentaria.¹

Experiencias obtenidas de estudios realizados en otros países de Latinoamérica como: El Salvador, Guatemala, Bolivia, Honduras, Ecuador, México, Paraguay y Perú, revelaron que los factores determinantes son los que causan la exclusión de los servicios de salud respectivamente, lógicamente estos serán diferentes para cada región debido a sus particularidades, pero siempre con el mismo efecto, un detrimento en la salud de la población, sobre todo de los sectores más empobrecidos, esto vendrá acompañado con un aumento en las cifras de las enfermedades prevalentes, generándose así más gastos en salud, desgaste del personal que trabaja por tratar de resolver situaciones de emergencia resultado de la falta de acceso a los servicios de salud por parte de la población; lo que determina la necesidad de proponer políticas sanitarias que mejoren o eviten estas situaciones.²

La falta de acceso a medicamentos esenciales es el problema más sentido por la población nicaragüense y el personal de salud. En esta situación intervienen diferentes factores, como por ejemplo: insuficiente disponibilidad de fondos para la adquisición de insumos médicos. En 1990 al eliminarse la dispensación gratuita de medicamentos en la consulta externa del MINSA, inició un proceso de

1 Guía Metodológica para la Exclusion en Salud, OPS-ASDI, 2006.

2 OPS/OMS-ASDI "Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe" Washington DC, 2003. OPS/OMS-ASDI "Estudios de casos" Washington DC, 2006.

transferencia de gastos hacia las familias de uno de los componentes más importantes en la estructura de costos de la atención en salud, los medicamentos. Esto se ha traducido en un incremento notable de la inequidad y en el financiamiento de la salud. En Nicaragua, la información existente sobre acceso a los servicios de salud y los medicamentos esenciales es insuficiente, se desconoce la relación entre ambos y como afecta la salud de los usuarios.³

En Nicaragua, la información existente entre exclusión de la atención de los servicios de salud y el acceso a medicamentos esenciales es insuficiente, se desconoce la relación entre ambos y si esto tiene algún efecto en la salud de los usuarios, por ende no se han implementado estrategias ni reformas en salud que aborden estos aspectos. Los efectos posibles serian beneficiosos, mejorando el acceso a medicamentos en un marco de regulación y control de calidad de los medicamentos del mercado farmacéutico, lo que garantizaría mejorar la disponibilidad de este bien a la población más pobre del país.

Con la realización del presente estudio, se pretende brindar herramientas de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar la exclusión a los servicios de salud, para poder construir líneas de base que permitan hacer el seguimiento del uso adecuado de los medicamentos en las unidades de salud del MINSA en Managua el año 2009. Los resultados obtenidos de este estudio, podrán ser utilizados tanto por instituciones estatales como no gubernamentales que estén a favor de mejorar las condiciones de salud de las poblaciones más marginadas de países como el nuestro y contribuir a eliminar la inequidad social dentro del sistema de salud.

³ Guía Metodológica para la Exclusion en Salud, OPS-ASDI, 2006.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las estrategias actuales en salud pública están destinadas a mejorar la equidad, eficiencia y calidad de los sistemas de salud, la falta de acceso a los servicios de salud; sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial. Partiendo de este hecho surgen los siguientes cuestionamientos:

Pregunta General:

¿Quiénes se ven más afectados por la exclusión en los servicios de salud del MINSA en Managua?

Preguntas Específicas:

1. ¿Qué características socio-demográficas presentan los grupos poblacionales afectados por la exclusión?
2. ¿Cuáles son las barreras de acceso que tienen que enfrentar los usuarios para obtener medicamentos en las unidades de salud del MINSA y del sector privado?
3. ¿Qué efecto tiene la provisión de medicamentos en la calidad de la atención recibida?

III. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Caracterizar la exclusión en el acceso a los medicamentos de los usuarios atendidos en los servicios de salud del SILAIS Managua en el período de enero a diciembre 2009.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio-demográficas de los usuarios que estén excluidos de la atención de los servicios de salud.
2. Caracterizar las barreras de acceso a los medicamentos esenciales por parte de la población en las unidades de salud del MINSA.
3. Describir la provisión de medicamentos como una condición en la calidad de la atención en las unidades de salud en estudio.

IV. MARCO TEORICO

VI.1. Definición de exclusión en salud

La OPS/OMS define exclusión en salud como “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mantienen o mejoran el estado de salud y que otros grupos o personas de la sociedad disfrutan”.⁴

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.

VI.2. Factores determinantes de exclusión para 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.

⁴ Organización Panamericana de la Salud, 2001. Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud, Washington D.C.

En los países de la región de América Latina y el Caribe, la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género) y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales incluyendo el idioma; a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios.⁵

La inequidad por su parte, definida como la existencia de “diferencias innecesarias, injustas y evitables en el acceso y/o en los resultados de salud”⁶ ciertamente se relaciona con la exclusión en salud y puede ser un producto de ella, pero no explica la ocurrencia de este fenómeno cuando sus causas se deben a la falta de infraestructura de la oferta de salud, a la dispersión geográfica o a la informalidad del empleo. Se ha demostrado que es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos”.⁷ La inequidad genera exclusión en salud.

Sin embargo, la exclusión en salud puede deberse a causas que no se relacionan con la inequidad, tales como las barreras de ingreso de los trabajadores informales a los regímenes tradicionales de seguridad social dadas por su situación laboral o las barreras idiomáticas, que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios de salud.

No está clara en la literatura la diferencia entre exclusión social como noción general y exclusión en salud. La exclusión social ha sido objeto de intenso análisis y discusión desde su aparición como concepto en el debate político-social en Francia, a comienzos de los años ochenta. El surgimiento de nuevas formas de pobreza y marginalización en Europa a fines de los años setenta y la controversia generada en torno a la caracterización de los “nuevos pobres”, contribuyó a consolidar la noción de que la nueva situación socio-económica era de naturaleza estructural y multidimensional y que los nuevos problemas no sólo tenían relación con la falta de recursos materiales y las conductas anti-sociales de los individuos, sino con otros fenómenos de carácter macro social”,⁸ en particular el cambio en las condiciones del empleo, la disminución del acceso al mercado laboral y el llamado “desempleo de largo plazo”.

A diferencia de la exclusión social, la exclusión en salud no cuenta con una definición específica. Se podría argumentar que la exclusión en salud es sólo una expresión de la exclusión social. De hecho, gran parte de la literatura en el tema

5 Guía Metodológica para la Exclusion en Salud, OPS-ASDI, 2006.

6 M. Whitehead “Conceptos y principios de equidad en Salud” en International Journal of Health Services 1992; 22: 429-445

7 Frenk J. El Concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México 1985; 27(5):438-53.

11 Luiza, V. L. and Bermudez, J. Z (2004), Acceso a medicamentos: conceitos e polêmicas. Acceso a medicamentos: Derecho Fundamental, papel del estado. J.Z, Bermudez, M. A. Oliveira and Esther, Rio de Janeiro, ENSP: 45-66.

presenta casos de exclusión en salud como un ejemplo —entre otros— de exclusión social. Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central a la idea de exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de formación, que es un elemento determinante de la relación entre los agentes en salud, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de intrincados mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores.

“Tal como ocurre con otras formas de exclusión social, a menudo la exclusión en salud no es explícita, sino por el contrario, resulta difícil de caracterizar”.⁹ Una de las razones para ello es que no se trata de un fenómeno todo-o-nada, sino que se manifiesta con diversos grados de intensidad, desde la exclusión absoluta de los servicios más básicos, hasta la exclusión determinada por la existencia de listas de espera, el acceso parcial o de menor calidad a un tratamiento o a una tecnología o la autoexclusión dada por mal trato o provisión del servicio en un idioma que no se entiende o dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las creencias del usuario. En este contexto, la exclusión en salud puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones:

1. *Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud*: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas que no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo.

2. *Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar*: cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.

3. *Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad*; independientemente de la capacidad de pago: cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud.

Desde una perspectiva de derechos, la exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo. A partir de este análisis se desprende que existen diversos grados de exclusión en salud, representados por situaciones en las que el individuo:

⁹ Bessis S. “De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde”. UNESCO. París, 1995

- a) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.
- b) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud en condiciones adecuadas de dignidad, oportunidad y calidad.
- c) No accede a mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

El fenómeno de la exclusión en salud por tanto, tiene lugar en la interacción que se produce entre las necesidades —percibidas y no percibidas—¹⁰ de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades. Las necesidades de salud se definen como “necesidades percibidas” si es que corresponden a necesidades que son identificadas como tal por el individuo y por lo tanto pueden traducirse en demanda espontánea por bienes o servicios de salud o como “necesidades no percibidas” si es que no son detectadas por el individuo y por tanto no se expresan en demanda espontánea por bienes o servicios de salud, a no ser que exista otro agente que la detecte y la exprese en demanda por bienes y servicios. Por ejemplo, las madres de niños pequeños generalmente son las responsables de detectar la necesidad de salud de estos niños no se encuentran en condiciones de percibir.¹¹

En este contexto se puede decir que, así como el principal objetivo de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de las personas, la principal función del sistema de protección de salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.

VI.3. Definición de Acceso

Entendiendo el acceso a servicios de salud como el “proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente”¹², es decir “acceso” se entenderá como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos que satisfagan 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 y b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido.

10 Silver, Hillary “Three paradigms of social exclusion” en Rodgers et al. Eds. Social Exclusion: Rhetoric of Reality Responses, International Institute for Labour Studies, Ginebra. 1995.

11 Guía Metodológica para la Caracterización de la exclusión social en salud, OPS, 2006.

12 MacIntyre, S. “Social Inequality and Health in the contemporary World”.

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 usuario, que para estos efectos es el portador de la necesidad de salud.

Existen casos en los que la producción, la disponibilidad y la entrega del bien/servicio se traducen en un solo acto, como en el acto médico. Sin embargo, en la mayoría de los casos se pueden identificar procesos separados de producción, entrega (que para muchos bienes involucra compra y transporte) y disponibilidad, como en el caso de los medicamentos. Las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes o servicios de salud constituyen causas importantes y frecuentes de exclusión en salud.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la mayor falla de cualquier sistema de protección de salud ocurre cuando éste no es capaz de garantizar que los bienes y servicios de salud o los que indirectamente afectan la salud, alcancen a todas las personas que se deberían beneficiar de ellos. Es decir, cuando el sistema no puede garantizar la entrega de estos bienes o servicios para toda la población que, por mandato legal o por afiliación, está teóricamente cubierta por él. Por lo tanto, desde el punto de vista de los sistemas de protección de salud, la exclusión se expresa en el porcentaje de la población que, requiriendo un bien o servicio no accede a él y queda fuera del ámbito de acción del sistema.

VI.4. Las causas de la exclusión en salud

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. Uno de los aspectos que es necesario estudiar con profundidad es la relación entre la exclusión en salud y otros fenómenos sociales como la pobreza; la desigualdad entre grupos sociales; la discriminación racial; el desempleo, subempleo y empleo informal; la insuficiencia de la red de apoyo que otorga el Estado y el debilitamiento de la familia y de las redes de protección social de las comunidades.

Además de los factores de riesgo asociados al estilo de vida y que pueden ser modificados; existe otro aspecto importante y que afecta la salud de la población y es el acceso a los servicios de salud. La población de estrato económico bajo debe enfrentar y superar obstáculos para poder acceder a los servicios de salud como: las barreras económicas, barreras geográficas y barreras de comunicación, es decir lo relacionado con las características culturales, lo que reduce la utilidad de los servicios.

Un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en salud en los países de la región es que en la actualidad no se conoce con exactitud su magnitud, sus factores causales y a quiénes afecta. Tampoco está claro cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla.

Esto se debe principalmente a dos razones: al carácter multicausal de la exclusión en salud, que hace que su medición sea compleja y a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema.

La estructura de los sistemas de protección de salud parece ser un elemento determinante de exclusión. Los sistemas de protección social de salud que aún predominan en el mundo —los seguros sociales para los trabajadores concebida por Bismark y el sistema de provisión de servicios sociales de carácter universal modelado por Beveridge— se construyeron bajo la lógica de que el bienestar de los miembros de la sociedad —en especial el de aquellos más vulnerables— depende de sus derechos sociales, como miembros de las colectividades a las cuales pertenecen¹³. En América Latina y el Caribe el ejercicio de estos derechos se encuentra limitado por características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres —lo que Figueroa llama activos culturales— debido a que los diferentes activos culturales son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida. Los activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social y esto conduce a fenómenos de discriminación. Esta valoración desigual de los activos culturales implica la existencia de grupos con distinta posición social en la sociedad.¹⁴

En los sistemas de protección de salud esto se refleja en la existencia del fenómeno de la segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social.

En la perspectiva de los derechos humanos, la equidad en salud adquiere una fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial. “La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva, acorde con los principios de los derechos humanos”.¹⁵

Los derechos humanos sustentan la búsqueda de que toda persona, independientemente de la situación de su grupo social, tenga oportunidades iguales para el logro de su salud. Cada vez que nos planteamos el tema de erradicar la exclusión del sistema de salud y hacer más equitativos los servicios que presta, para todos, es primordial tener en cuenta el acceso a los servicios de salud y los patrones sociales de salud.

Es posible, entonces, relacionar las desigualdades sociales con las desigualdades en salud. Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud. “La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y

13 Exclusion: “Rhetoric, Reality, Responses” International Institute for Labour Studies, Ginebra. 1995.

14 Bhalla A. S. y Lapeyre Frederick. “Poverty and exclusion in a global World”. Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña 1999.

15 Braverman, Paula y Gruskin, Sofía. “Defining Equity in Health, Theory and Method”. 2003

dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas”.¹⁶

La Inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la Inequidad social. “En otras palabras, los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares¹⁷”. “La ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación sistemática de una peor salud y una esperanza de vida más corta se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social”.¹⁸

Con frecuencia se identifica la falta de acceso a las oportunidades, bienes y servicios de salud con la pobreza. Aún cuando pobreza y exclusión en salud a menudo van de la mano, no siempre es así. Aún más, existen casos en los cuales los pobres acceden a los bienes y servicios de salud y el fenómeno de la exclusión se debe al hecho de no ser clasificados como pobres. Un claro ejemplo de esto es la situación en la que se ven numerosas familias de ingresos medios en países de la región de las Américas, que por no calificar como “pobres” de acuerdo a las pruebas de medios, no pueden acceder a los beneficios de salud para los pobres, en circunstancias en que tampoco pueden financiar sus necesidades de salud a través del gasto de bolsillo o a través de la compra de un seguro de carácter privado.¹⁹

La inequidad por su parte, definida como la existencia de diferencias innecesarias, injustas y evitables en el acceso y/o en los resultados de salud, ciertamente se relaciona con la exclusión en salud y puede ser un producto de ella, pero no explica la ocurrencia de este fenómeno cuando sus causas se deben a la falta de infraestructura de la oferta de salud, a la dispersión geográfica o a la informalidad del empleo.²⁰ Por lo tanto, la exclusión se expresa en la proporción de la población, que requiriendo un buen servicio o bien no accede a él y queda fuera del ámbito de acción del sistema. También se puede expresar indirectamente a través de la medición de las causas que la producen, como por ejemplo; las personas que no puedan acceder a un sistema de aseguramiento médico.

Tal como se ha planteado, 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. Las principales causas de exclusión se pueden explicar como sigue:

16 Wagstaff Adam. “Poverty and Health Sector Inequalities” WHO. 2002.

17 Evans, Whitehead, Diiderishe.” Desafío a la falta de Equidad en Salud: de Ética a la Acción”. OPS. 2002.

18 MacIntre S. “Social Inequalities and Health in the Contemporary World”. 2003.

19 Organización Panamericana de la Salud. “Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión en Salud”. 2006

20 M. Whitehead “Conceptos y principios de equidad en Salud” en International Journal of Health Services 1992; 22: 429-445

| Causa | Ámbito | Categoría |
|--|---|--|
| Déficit de infraestructura adecuada | a. Provisión de bienes/servicios de salud b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud | a. Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud b. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc. |
| Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud | a. Provisión de bienes/servicios de salud. b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud. | a. Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico b. Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc. |
| Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud | a. Geográficas b. Económicas c. Culturales/étnicas (auto exclusión) d. Determinadas por la condición de empleo | a. Asentamientos humanos en sitios remotos geográficamente poco accesibles b. Incapacidad de financiar las atenciones de salud c. La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias d. subempleo, empleo informal, desempleo |
| Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en auto exclusión) | a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud | a. Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados b. Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas |

VI.4.1. 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.²¹

VI.4.2. Definición de medicamentos esenciales

La Organización Mundial de La Salud (OMS) ha definido los medicamentos esenciales como aquellos que satisfacen las necesidades de la mayoría de la población por lo que, en consecuencia, deberían estar disponibles en todo momento. La lógica de la selección y el empleo de un número limitado de medicamentos esenciales es que conduce a una mejora en el suministro de medicamentos, a una prescripción más racional y a unos costos más bajos.

Son los que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población y se seleccionan teniendo en cuenta su pertinencia para la salud pública, su eficacia y seguridad. Debiendo estar disponibles en los sistemas de salud en cantidades suficientes, forma farmacéuticas apropiadas y con garantía de la calidad e información adecuada y a un precio que la comunidad pueda pagar.

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)

VI.4.3. Dimensiones en el acceso a los medicamentos

- Disponibilidad física: relación entre el tipo y la cantidad de productos y servicios necesarios y el tipo y cantidad de servicios.
- Capacidad adquisitiva: relación entre precios de productos o servicios y capacidad del usuario de pagar por ellos.
- Accesibilidad geográfica: esta dado por la relación entre la localización de los productos y servicios y la localización del usuario eventual de los mismos.
- Adecuación: se refiere al ajuste entre las características de los productos y servicios con las expectativas y necesidades de los usuarios, de acuerdo con las normas técnicas y legales de funcionamiento.

²¹ Organización Panamericana de la Salud, 2001. Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud, Washington D.C.

Cada dimensión enfrenta barreras de acceso que dependen de las características del sistema de salud y su interacción con las características de los usuarios. Las principales barreras de acceso a los medicamentos son:

- Barrera económica, dada por el precio de los medicamentos, su cobertura por el seguro y la capacidad de pago de individuo o familia, lo cual determina la *asequibilidad* del medicamento.
- La barrera geográfica, dada por la distribución de los puntos de servicios de salud y de provisión de medicamentos y su relación con la localización de los usuarios, lo cual determina la *accesibilidad* al medicamento.
- Por la organización del modelo de provisión, dado por las características culturales y personales de los usuarios, que determinan la *aceptabilidad* del medicamento por parte del usuario.
- Por el sistema de provisión de medicamento, el cual determina la *disponibilidad* física de estos en relación con la demanda.

VI.5.El suministro de medicamentos

En muchos países en desarrollo, el acceso universal a los medicamentos esenciales es la preocupación más acuciante de la política nacional de medicamentos. Para alcanzar una disponibilidad de medicamentos efectivos de buena calidad, los gobiernos tienen que definir las políticas de producción, aprovisionamiento y distribución.

Las disposiciones existentes sobre suministro de medicamentos varían enormemente con respecto a las funciones públicas y privadas en cuanto al financiamiento, distribución y dispensación de los medicamentos. Durante décadas muchos países en desarrollo han mantenido sistemas estatales para la adquisición e importación de los medicamentos, en parte porque las actividades del sector privado se concentraban en las áreas urbanas y no había sistemas de seguros de enfermedad. Aunque la necesidad de muchos de estos sistemas respaldados por el estado persiste, con frecuencia exigen mejoras en la organización, la gestión y el financiamiento. Por lo tanto un sistema de suministro tiene como objetivo garantizar la disponibilidad y accesibilidad continua de los medicamentos esenciales:

- ✓ Coherentes con las necesidades del sistema de salud público.
- ✓ Focalizado en los problemas de salud prevalentes.
- ✓ Maximizando la utilización de los recursos.
- ✓ Desarrollando procesos de gestión eficientes y dinámicos.
- ✓ Promoviendo el uso racional de los mismos.

VI.6. Abastecimiento de medicamentos y sus obstáculos.

Dentro del proceso de suministrar medicamentos; existe una parte importante que determina el éxito de esta operación, que se conoce como: Logística en el abastecimiento de medicamentos, esta comprende todos los aspectos del proceso requeridos para llevar un medicamento desde el proveedor hasta el dispensador y eventualmente al usuario.

Los sistemas de logística verdaderamente son **sistemas**, por el hecho de requerir los esfuerzos coordinados de muchas unidades individuales dentro y fuera del gobierno. Cuando las tareas se realizan fuera del sistema, de forma independiente y desarticulada se produce aumento en los costos, escasez y el impacto más grande lo reciben los usuarios.²²

Un sistema de abastecimiento tiene cuatro funciones principales que son:

- **La selección de medicamentos:** este aspecto incluye interrogantes como que productos deberían estar disponibles y en que cantidades.
- **Las adquisiciones:** incluye los métodos de compra, el financiamiento, los términos de pago, las fuentes de abastecimiento, el control de calidad y las decisiones sobre si manufacturar productos o comprarlos.
- **La distribución:** se refiere a lo que respecta al manejo de las importaciones, el control de inventario, el almacenamiento, el manejo de desperdicios y el transporte.
- **El uso:** abarca aspectos como las prácticas de prescripción y expendio, el envasado y rotulación, capacitación del personal y educación al usuario.

Cada una de estas funciones puede presentar numerosos obstáculos, que surgen como consecuencia de la mala administración, por un personal no adiestrado, recursos inadecuados y dificultades con médicos y usuarios.

VI.6.1 Obstáculos posibles en el sistema

- ☞ **El proceso de selección:** con frecuencia se realiza de manera ineficiente, especialmente donde existe una carencia de conocimientos farmacéuticos, donde no se pueda obtener información sobre la terapéutica actual o bien cuando se realiza la selección al azar y sin ningún orden previsto, lo que dará como resultado la compra de productos innecesarios y costosos, productos inapropiados, compra de cantidades innecesarias y excesivas.

²² OPS Manual para ejecutores de programas de salud, serie paltex, El suministro de los medicamentos, Boston, Massachusetts, 2002, Cap. I, Pág.11-19.

- ☞ **Las adquisiciones:** se refiere a los trámites que atañen a la obtención de productos farmacéuticos, no únicamente a través de la compra sino que también mediante donaciones. Los problemas frecuentes en este ámbito; se refieren a la selección de los proveedores, los términos en que se realizan los contratos, el control de calidad, opciones de manufactura o compra y la obtención de financiamiento.

- ☞ **En la distribución:** de todas las funciones es la más compleja y variada. En algunos programas se depende de las redes comerciales de distribución para la mayoría de las entregas, mientras que en otros el gobierno es quien asume toda la responsabilidad de transportar las medicinas desde un almacén central hasta su destino final (centro de salud o puesto de salud) a lugares remotos. Las dificultades más frecuentes son con respecto a una mala administración de la información, con los tramites portuarios, con el almacenamiento, el transporte y por ultimo con una mala administración de existencias.

- ☞ **El uso:** este último es influenciado por múltiples factores internos o externos al sistema debido a que tiene una estrecha relación con los patrones de uso por parte de quien lo prescribe como de quien lo necesita. Los problemas más comunes tiene que ver con el envasado y rotulaciones defectuosas, practicas inapropiadas de expendio, prescripción indiscriminada y un uso inadecuado por el paciente al no seguir correctamente los regímenes de tratamiento.

VI.7. Acceso a medicamentos.

El costo puede ser una barrera importante para tratamiento adecuado, especialmente en países con ingresos bajos y para los miembros más pobres de una sociedad. Entre los posibles mecanismos para aumentar el acceso económico a los medicamentos esenciales figuran una mayor cobertura por los seguros, la información sobre precios mediante la sustitución por genéricos, la regulación de los precios del fabricante y el mayorista y la regulación de los márgenes comerciales o márgenes de beneficio de los minoristas.

Otro mecanismo consistiría en una adecuada selección de medicamentos; esto garantizaría una mejor disponibilidad de estos al simplificar la adquisición, el almacenamiento y la distribución, se reducen los costos de compra, facilita las acciones de información y educación sobre medicamentos.²³

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

23 Organización Panamericana de la Salud, 2009: Gestión del Suministro de medicamentos, México, D.F.

inadecuados, los tratamientos demasiado largos que obligan al abandono de los mismos o la resistencia a tratamientos antiguos.

Las barreras culturales se registran cuando el modelo médico hegemónico entra en colisión con la cultura popular prevalente o cuando los agentes del sistema de salud hablan una lengua diferente que los pacientes. Hay un conjunto de factores culturales que hacen a unas sociedades más proclives que otras al consumo de medicamentos. El rango va desde países como Francia donde manuales de auto prescripción farmacéutica figuran entre los libros más vendidos, hasta varios países de América Latina y África donde el consumo de medicamentos se concentra en una elite joven y urbana fundamentalmente de raza blanca.²⁴

Pero sin duda, parece que hay consenso en que uno de los principales obstáculos es el alto precio de los medicamentos, de ahí que haya surgido la necesidad de determinar el “precio equitativo” y en atención a este concepto se deben definir políticas que se rijan por el principio de equidad, en las cuales el precio del fármaco sea justo y asequible.

En lo que al acceso a medicamentos se refiere, la población mundial queda dividida en dos categorías: aquellos que se ven afectados por una enfermedad grave curable que tienen acceso a una asistencia médica eficaz y los que no lo tienen. Para estos pacientes sin recursos, el elevado precio de los medicamentos o su falta de disponibilidad constituyen a menudo una sentencia de muerte, aunque la disponibilidad de medicamentos no es el único aspecto del acceso a una atención sanitaria de calidad, sí constituye un aspecto esencial.

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.

24 Zerda A, Velázquez G, Tobar F, Vargas JE. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos. Washington DC: OMS-Ediciones Isalud; 2001.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

a). Tipo de estudio:

Este es un estudio descriptivo, de corte transversal, en el cual se utilizaron indicadores relativos al acceso a medicamentos y a los servicios de salud del SILAIS Managua.

b). Área de estudio:

El estudio fue efectuado en la ciudad de Managua. Se realizó en los 5 distritos urbanos en que se divide la capital, cada distrito cuenta con un promedio de 37 a 107 barrios.

c). Universo:

Fueron todos los hogares y todas las personas que habitaban en las viviendas.

d). Muestra:

El diseño muestral fue multi-etápico y considero conglomerados; la muestra estuvo representada por 200 hogares. Para calcular el tamaño de la muestra, el principal parámetro utilizado fue la proporción (p) de individuos excluidos del acceso a medicamentos. Se calculó el tamaño de la muestra para estimar esta proporción con un intervalo de confianza de 95% (z) y un error bilateral de 5%. Para calcular el tamaño de muestra máximo se trabajó con un efecto de diseño de 2 y un valor de 50% (p) para el parámetro principal. Siendo n de $192.08 = 200$

$$n = deff \times \frac{z^2 \times p \times (1-p)}{error^2} \quad \text{Teniendo,}$$
$$n = 2 \times \frac{1,96^2 \times 0,5^2}{0,05^2} = 192.08 \cong 200$$

El procedimiento de selección de la muestra se realizó en tres etapas con el apoyo de FIOCRUZ (Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz de Río de Janeiro): en la primera etapa se seleccionaron 10 segmentos censales, con probabilidad proporcional al tamaño, el cual está dado en función del número de domicilios en el sector. El tipo de sector urbano y rural se utilizó para estratificar las unidades primarias de selección. En la segunda etapa, fueron seleccionadas 20 viviendas por segmento censal, se utilizó la selección sistemática de domicilios, para lo cual se seleccionó: un punto inicial en el sector, un trayecto de recorrido y uno de cada 4 domicilios a ser encuestado.

En la tercera etapa fue seleccionado el hogar a entrevistar. Cuando en la vivienda seleccionada habitaba más de un hogar, dicha selección siguió un procedimiento que contempla los siguientes pasos:

- ✓ Obtener el nombre de cada uno de los jefes de hogar
- ✓ Asignar un número de uno a *n* a cada jefe de hogar
- ✓ En “Procedimiento de selección” escribir los datos que se solicitan
- ✓ En la tabla de números aleatorios buscar la intersección (No. Común para la fila y la columna) de los valores anotados según el número de la entrevista
- ✓ Copiar el número que aparece en la intersección de la fila y la columna
- ✓ Si el/la informante del hogar seleccionado no está, excluir este hogar y sortear nuevamente el/ la informante.

La cartografía fue elaborada por el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), quien entregó, de cada sector los planos cartográficos que mostraban las viviendas a ser entrevistadas, los mapas utilizados serán del año 2005. Los segmentos censales estarán constituidos aproximadamente por 100 viviendas.

e). Unidad de Análisis:

Fueron las personas, los jefes de hogar y sus familias que habitaban en las viviendas incluidas en el estudio, quienes brindaron la información necesaria.

f). Criterios de inclusión para las viviendas:

a) Se seleccionaron las viviendas de manera sistemática y conforme a los planos cartográficos proporcionados por el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE).

g). Criterios de selección para las personas:

- a) Tener más de 16 años y cedula de identificación.
- b) Disposición de participar,
- c) No presentar ningún problema o afectación psicológica o psiquiátrica.

h). Criterios de exclusión para las personas:

- a) Ser menor de edad, tomando aquellas personas menores de 16 años sin cedula,
- b) No disposición de participar,

c) Tener algún padecimiento mental o trastornos de comportamiento.

i). Criterios de exclusión para las viviendas:

- No fueron incluidas las casas que eran pulperías, distribuidoras o que tengan como objetivo el comercio.
- No se tomaron en cuenta las casas que eran utilizadas como respuesta a problemas sociales (Alcohólicos Anónimos, Estación de bombero, etc.)
- Quedaron fuera las casas que eran utilizadas con fines religiosos.

j). Variables del estudio:

Los tipos de variables fueron tanto cuantitativas como cualitativas.

Primer Objetivo.

Edad.

Sexo.

Grado de escolaridad o instrucción de los habitantes de la vivienda.

Situación laboral del jefe de familia.

Ingreso mensual promedio del jefe de familia.

Afiliación a algún seguro médico.

Número promedio de personas que habitan la vivienda.

Déficit de infraestructura adecuada en la vivienda.

Lugar donde las personas buscaron o demandaron atención.

Personas con algún padecimiento que buscaron atención.

Mujeres embarazadas con 4 controles prenatales.

Segundo Objetivo.

Accesibilidad Geográfica medida en tiempo de viaje.

Cobertura por algún tipo de seguro a medicamentos.

Personas enfermas que obtuvieron sus medicamentos.

Gasto de dinero mensual en medicamentos.

Tercer Objetivo.

Fuente de obtención de los medicamentos.

Hogares que obtuvieron un tratamiento completo prescrito.

Personas que se automédican.

k). Fuente e instrumento de recolección de la información:

La fuente de información fue primaria, ya que se utilizó la técnica de la entrevista con la aplicación de una encuesta aplicada al jefe del hogar seleccionado se administró un cuestionario compuesto por 6 acápites, (ver anexo #1) al momento de la entrevista. Las preguntas administradas se refirieron a datos socio demográfico, situación de salud, acceso al cuidado de salud, a tratamientos y medicamentos. El formulario no contemplo el nombre del jefe del hogar, pero incluyo la firma de consentimiento informado previo a la entrevista.

En los hogares, la información fue recolectada en todas las etapas del estudio y manejada exclusivamente por la investigadora, que debió seguir los procedimientos definidos, en su entrenamiento, para preservar la confidencialidad y normas de seguridad consideradas para el estudio.

El instrumento fue validado por la investigadora, en los hogares, que no formaron parte de la muestra del estudio, la organización de la misma se realizo en el barrio de Sutiaba en León. La encuesta sólo se realizó, después de la firma de la hoja de consentimiento informado.

l). Obtención de la información:

Los jefes de los hogares no recibieron ningún incentivo económico por su participación. A las personas entrevistadas a quienes se les aplicaron los criterios de exclusión por edad, se les pregunto acerca de su disponibilidad de participar en la encuesta.

m). Procesamiento y análisis de los resultados:

Los formularios revisados fueron digitalizados utilizando el programa SPSS versión 13, los valores medios y porcentajes se establecieron para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se revisaron individualmente.

Se construyó un modelo de análisis univariado que busco las variables explicativas para el problema planteado, para esto se realizaron tablas de salida para cada análisis.

n). Operacionalización de las variables:

Matriz de Variables.

| Variable | Definición operacional | Indicador | Escala |
|--|---|--|--|
| Edad | Cantidad de personas encuestadas conforme el número de años cumplidos | % de encuestados por grupo atareó. | 0-15 16-30 31-60 61 y + |
| Sexo | Cantidad de personas encuestadas conforme su naturaleza | % de encuestados por sexo. | Femenino Masculino |
| Nivel de escolaridad | Cantidad de personas encuestadas que han completado un grado de escolaridad | % de encuestados según grado de estudios alcanzados | Analfabeto, Primaria completa secundaria completa técnico superior universitario |
| Situación Laboral. | Ingreso monetario fijo con que cuenta una persona | Salario promedio del jefe de familia | Valor en moneda nacional. |
| | Jefe del hogar con o sin un contrato laboral. | Situación laboral del jefe de familia. | Empleado Desempleado |
| | Personas que tienen un empleo independiente. | % de trabajadores informales | -50% +50% |
| Afiliación a un seguro medico. | Personas que cuentan con algún tipo de seguro. | % de trabajadores informales | -50% +50% |
| Número promedio de personas que habitan la vivienda. | Cantidad aproximada de personas que habitan en la vivienda. | Número promedio de personas en una familia. | 1-5 5 y + |
| Déficit de infra estructura adecuada en la vivienda | Falta de suministro de agua potable, luz eléctrica y alcantarillado. | % de encuestados que tienen servicios básicos dentro de la vivienda. | -50% + 50% |
| Lugar donde busco atención. | Sitio donde se recibió atención y prescripción. | Fuente de obtención de atención. | Sector publico. Sector privado. |
| Personas con algún padecimiento. | Demanda Asistida. | %de personas que demanda atención en salud y tratamiento. | Enfermedad Aguda. Enfermedad Crónica. |
| Mujeres embarazadas con CPN realizados. | Mujeres que no tienen todos sus controles prenatales. | Proporción de mujeres embarazadas que no alcanzan el número normado de controles prenatales. | Menos de 4 CPN Más de 4 CPN. |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| Tiempo de traslado a la unidad de salud. | Tiempo empleado por una persona para trasladarse a la unidad de salud | Tiempo demorado en asistir a la unidad de salud | -30 minuto. 30-1 hora +1 hora |
| Cobertura por algún seguro a medicamentos. | Personas que poseen algún tipo de seguro que cubra el gasto en medicamentos. | % de encuestados afiliados a un esquema de seguro que tenga cobertura para medicamentos. | Menos del 50%. Más del 50%. |
| Personas enfermas que obtuvieron prescripción y medicamentos. | Personas que buscaron atención por enfermedad obtuvieron prescripción y medicamentos. | % de encuestados que buscaron atención y prescripción para medicamentos y la obtuvieron. | Menos del 50%. Más del 50%. |
| Gasto de dinero mensual en medicinas. | Encuestados que invierten la mayor parte de su ingreso en medicamentos. | % de encuestados que invierte más del 10% de su ingreso mensual en medicamentos. | Menos del 50%. Más del 50%. |
| Lugar donde obtuvo los medicamentos. | Sitio donde adquiere prescripción y el tratamiento completo. | Fuente de obtención de medicamentos. | Sector publico. Sector privado. |
| Hogares que obtuvieron un tratamiento completo prescrito. | Hogares que recibieron su tratamiento completo prescrito. | % de hogares que obtuvieron su tratamiento completo prescrito. | Menos del 50%. Más del 50%. |
| Personas que se automédican. | Personas según su condición de salud que se auto prescriben medicamentos u otra persona que no sea profesional de la salud. | % de personas que se auto prescriben medicamentos. | Menos del 50%. Más del 50%. |

VI. RESULTADOS.

6.1 Resultados de la encuesta en los hogares.

Se obtuvo información de 200 hogares distribuidos en 10 segmentos censales y de 4,798 personas que habitan los hogares. En los resultados se describen las barreras de acceso a los servicios de salud y los medicamentos así como la caracterización del perfil de los usuarios.

6.1.1 Perfil de los Excluidos.

De acuerdo a la edad el 35.32% de los entrevistados; oscila entre las edades de 0 y 15 años, un 51.50% son mujeres, con respecto al nivel de escolaridad el 40.60% cuenta únicamente con la primaria en contraste con el 5.90% que cuenta con estudios universitarios, el 66.96% se encuentran desempleados y un 40.40% no cuenta con servicios básicos en sus hogares (ver anexos, tabla 1).

En relación al ingreso promedio por jefe de familia, un 48.08% de los encuestados gana mensualmente menos de 1,600 córdobas al mes, observándose una gran diferencia con respecto a los encuestados que ganan más de 1,600 córdobas mensuales, que corresponden al 43.36% (ver anexos, tabla 2).

En relación con la situación de trabajo del jefe de familia se comprobó que del 51.50% de las mujeres, el 15.50% son amas de casa y un 6.70% poseen empleo formal y que 8.70% tienen empleo informal y 2.20% están en el desempleo. Con respecto a los varones de un 46.18% el 19.80% tienen empleo formal, 37.20% tiene un empleo informal y 4.40% están desempleados (ver anexos, tabla 3).

En lo que respecta a las mujeres embarazadas, del 95.20% solamente 0.8% busco atención y un 0.6% cuenta con 4 controles prenatales (ver anexos, tabla 6).

De los hogares que presentaron algún padecimiento crónico 45.00% buscaron atención y prescripción, sin obtenerla 36.50%. En los hogares que presentaron un padecimiento agudo, un 30.00% buscaron atención y prescripción no consiguiéndola un 28.50% (ver anexo, tabla 7).

Con respecto al lugar donde buscaron atención los usuarios, un 14.80% demandaron atención el sistema público de salud, solo un 7.50% lo hizo en el sector privado y un 4.20% la solicito en la empresa médica previsional INSS (ver anexo, tabla 8).

6.1.2 Caracterización de las barreras de acceso a medicamentos.

En relación a la accesibilidad geográfica los usuarios consideran que las unidades de atención más cercanas son las del sistema público de salud en un 31.20% y que la farmacia del sistema público de salud es igualmente cercana a su hogar en un 51.50%, con respecto al sector privado, consideran que las unidades de

atención de se encuentran cerca de sus hogares en un 22.00% no así las del sector privado que solo cuenta con el 15.30% (ver anexos, tabla 9).

De un 12.11% de los usuarios que cuentan con seguro médico, solo en un 6.22% les cubre totalmente el gasto en medicamentos y en un 4.46% la cobertura es parcial (ver anexos, tabla 10).

Con respecto a los usuarios que presentaron alguna enfermedad aguda, el 44.90% recibieron tratamiento completo para su padecimiento, sin embargo un 47.80% no obtuvo su tratamiento en las unidades de salud públicas o privadas, los obtuvieron por otros medios. Lo mismo ocurre con los usuarios que padecen una enfermedad crónica, el 53.00% obtiene sus medicamentos fuera del sistema de salud, solo un 36.30% accede a su tratamiento en el sistema de salud tanto público como privado (ver anexos, tablas 11 y 12).

En cuanto al pago de bolsillo para obtener medicamentos, un 75.80% logra comprar una parte de los medicamentos a diferencia de un 19.80% que los compra todos (ver anexos, tabla 13).

Es importante mencionar que un 75.80% de los usuarios consigue su tratamiento gratuitamente en el sistema público de salud y que de los usuarios con afiliación a un seguro de salud, solo 1.6% tiene que pagar más por los medicamentos que necesita (ver anexos, tabla 14).

6.1.3 Resultados de la provisión de medicamentos.

El 75.24% de los hogares obtiene los medicamentos que necesita en la farmacia privada más cercana, lo que contrasta con el 65.53% de los que opinan que no obtienen los medicamentos que necesita en la farmacia de sistema público de salud (ver anexos, tabla 15).

En lo que respecta a la obtención de tratamiento completo y prescrito, un 52.00% de los hogares lo obtuvieron (ver anexos, tabla 16).

En cuanto a la automedicación un 25.8% de los encuestados con enfermedades agudas refieren auto medicarse, igualmente el 10.4% con enfermedades crónicas y en el caso de las embarazadas solo un 0.5% manifestó hacerlo. (Ver anexos, tabla 17).

VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

La exclusión de los servicios de salud y del acceso a medicamentos se puede entender tomando en cuenta las dos dimensiones que la explican, que son: la externa, referida a las características socio demográficas de la población y la interna que se refiere al sistema de salud y los elementos que lo constituyen y a los determinantes de acceso para cada dimensión. Para la interna son: la segmentación y la fragmentación del sistema de salud, una inadecuada asignación o gestión de recursos que se expresa en la producción, entrega y disponibilidad de bienes y servicios así como también afectaciones en el suministro de servicios esenciales. En relación a la dimensión externa estos son: los aspectos socio demográficos de la población (por ejemplo la barrera económica; esta permite o no al usuario financiar los gastos requeridos para la atención de su salud), los cuales están vinculados a que el usuario pueda acceder y obtener servicios y bienes para satisfacer sus necesidades de salud.

La exclusión en salud se expresa dentro de los tres contextos posibles:

1. *Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud:* cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas y culturales.
2. *Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar:* cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.
3. *Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago:* cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud.

En el caso de Managua la exclusión se manifiesta en los tres contextos anteriores, por ejemplo del inciso número 1 la principal barrera es la económica que se encuentra relacionada con la laboral, ésta a su vez está ligada a la posibilidad de acceder a un esquema de seguros de salud, inciso número 2, un 66.96% de los encuestados se encuentran desempleados; por lo tanto, gran parte de la población queda fuera de los regímenes de protección social, inciso número 3.

Los resultados demostraron que una parte de los usuarios no cuenta con un empleo formal que les permita satisfacer sus necesidades de salud y por ende contar con un esquema de seguro médico que también le cubra el gasto en medicamentos, estas se conocen como barreras económicas y laborales.

En lo que respecta al accesibilidad geográfica de los medicamentos, los resultados muestran en un 51.50 % que la farmacia del sistema de salud público y en un 45.20 % la del sector privado son las más cercanas a los hogares, es decir que la distribución geográfica de estas unidades de atención, no es una barrera para la obtención de este bien. Sin embargo, el sistema de suministro de los medicamentos si es una barrera de acceso debido a que el usuario no siempre

obtiene todos los medicamentos que necesita, en especial en el sector público, un 75.24% de los hogares encuestados refiere que obtiene las medicinas que necesita en el sector privado, este aspecto se conoce como barrera en la disponibilidad.

La falta de políticas de producción, aprovisionamiento y distribución de los medicamentos provoca que existan inequidades en la distribución de este bien en las unidades de salud, siendo las más afectadas las zonas rurales, el resultado que se obtiene es que el usuario se auto medique con las consecuencias propias de esta actividad, resistencia bacteriológica, aparición de brotes, altos costos en salud para el estado y en vidas humanas.²⁵

La otra barrera es la económica, está dada por la capacidad de pago monetario del usuario (asequibilidad) para obtener los medicamentos o para poder tener membresía para un seguro de salud, no todos los usuarios cuentan con los recursos económicos para adquirirlos, un 87.24% de los usuarios no cuenta con este bien debido a que no posee un empleo formal que le permita aplicar a un seguro medico porque estos están destinados selectivamente a trabajadores urbanos del sector formal y a segmentos más adinerados de la población, esto sumado a la falta de seguros que cubran los gastos en medicamentos; solo un 6.22%, de los usuarios que poseen un seguro, tienen cobertura completa para el gasto en medicamentos, lo que dificulta que los usuarios de ingresos bajos, obtengan el tratamiento completo para su enfermedad. Por lo tanto, “Si el paciente o el usuario no tienen acceso económico al tratamiento (medicamentos) para resolver su problema de salud, el efecto del servicio será nulo”.²⁶

Un mismo resultado se obtuvo también en Argentina donde el 84% de la población bajo línea de pobreza sólo accedía a los servicios públicos de salud. Cuando lo hacía y le prescribían medicamentos en el 45% de los casos adquirirían su tratamiento mediante sus propios recursos. De esto se infiere que el problema de acceso a los medicamentos ha sido tradicionalmente un problema muy vinculado a los niveles de pobreza.²⁷

Esto ocurre también en Bolivia donde el seguro afilia solo al 27% de la población dando atención efectiva sólo a alrededor de un 16%, mientras que el sector público de salud gasta alrededor de un 30% del presupuesto y debe atender a toda la población no afiliada a las Cajas de salud del Seguro Social, además de hacerse cargo de los esquemas públicos de protección social en salud y financiar los programas nacionales de salud pública.²⁸

²⁵Whitehead M. “The concepts and equity and health” en international Journal of Health Services, 1992; 22; 429-45

²⁶ Hipólito Pabon, cap.IV Disponibilidad y Accesibilidad, pag.75 en Evaluación de los Servicios de Salud, 1979.

²⁷ Zerda A, Velásquez G, Tobar F, Vargas JE. S Acceso a medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas. Washington DC: OMS-Ediciones Isalud; 2002.

²⁸ Estudio de caso, Bolivia, Nicaragua, El Salvador, México y Honduras. Serie Extensión de la Protección Social en Salud, Nº 2, Organización Panamericana de Salud, 2009.

El régimen de protección social de salud actual no cuenta con todos los recursos necesarios para satisfacer la gran demanda de atención en las unidades de salud y de la obtención de medicamentos. Esto se conoce como fenómeno de segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social.

Las causas posibles de exclusión se encuentran en los determinantes sociales como la barrera económica, laboral, la existencia de subempleos, empleos informales y el desempleo son las causas principales de exclusión para la obtención de membresía para un seguro médico.

En relación con los determinantes sociales la exclusión se manifiesta a través de los atributos del jefe de hogar tales como: situación laboral y sexo, esto se ve reflejado en el porcentaje de mujeres que cuentan con un empleo formal 6.70% mientras que en los hombres es de 19.80 %, esto se debe a la posición social que tiene la mujer dentro de la sociedad y se ve reflejado con un alto porcentaje (15.50%) de mujeres que se dedican a labores de tipo doméstico o bien son estudiantes, lo que las deja fuera de ciertos sistemas de protección de salud como son los seguros médicos. Es decir que los servicios y beneficios ofertados por el estado son mayoritariamente utilizados por la población de escasos recursos, que son mujeres y que acuden en busca de atención para solucionar sus problemas de salud.

Las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes o servicios de salud constituyen causas importantes y frecuentes de exclusión en salud y de los medicamentos. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la mayor deficiencia de cualquier sistema de protección de salud ocurre cuando éste no es capaz de garantizar que los bienes o servicios de salud, alcancen a todas las personas que se deberían beneficiar de ellos. Es decir, cuando el sistema no puede garantizar la entrega de estos bienes o servicios para toda la población que, por mandato legal o por afiliación, está teóricamente cubierta.²⁹

Partiendo de los resultados obtenidos el usuario percibe sus necesidades de salud pero no logra satisfacerlas en su totalidad, accede por atención dentro del sistema de salud público pero debe terminar complementando la atención en el privado ya sea para diagnóstico o para obtener medicamentos sin embargo no logra satisfacer en su totalidad esas necesidades de salud.

Por otra parte el usuario puede optar por autoexcluirse de la atención al auto medicarse, un 25.8% de los encuestados que presentaron una enfermedad aguda

²⁹ Silver H “*Three paradigms of social exclusion*” en Rodgers et al. (Eds), “Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses” International Institute for Labour Studies, Ginebra. 1995.

manifestaron autoprecibirse medicamentos, como resultado de su poca capacidad de pago, igualmente un 10.4% de los usuarios con alguna enfermedad crónica se auto medicaron, en este caso influye además de la barrera económica la barrera de la disponibilidad de los medicamentos en el servicio de salud.

VIII. CONCLUSIONES.

- * En lo que respecta a las causas de exclusión estas se encuentran mayoritariamente fuera del sistema de salud expresadas en la pobreza que se manifiesta con la capacidad de consumo, condiciones de las viviendas y acceso a servicios básicos como agua potable y electricidad. En la situación laboral, mostrándose un aumento de la población económicamente inactiva a expensas del aumento de las mujeres que se dedican a labores domésticas (15.50%) debido a la disminución de las opciones laborales para las mujeres.
- * Con respecto a la afiliación a seguros esta en dependencia de la situación laboral, posición económica y de clase social; lo que determina una baja cobertura tanto en términos de beneficios como de número de afiliados (12.11%) esto quiere decir que la membrecía a un seguro no garantiza la satisfacción de todas las necesidades del cotizante y su familia.
- * Las barreras relacionadas con la obtención de los medicamentos son las de asequibilidad y disponibilidad. La primera referida al aspecto económico, ligado al ingreso salarial, devengado por un empleo fijo que sólo un pequeño porcentaje se encuentra en dicha situación, 33.04% y es lo que permite la obtención de estos bienes.
- * En lo que respecta a la disponibilidad de los medicamentos, el desabastecimiento es una de las causas de que los usuarios no obtengan sus tratamientos completos y gratuitamente en sector público, esto debido a problemas en la distribución, esta se podría estar desarrollando al azar y sin previa planificación.
- * Por otra parte, lo referido a la diferencia que existe en cuanto a la obtención de los seguros médicos entre hombres y mujeres, es debido a los regímenes tradicionales de obtención de los seguros que están basados en lo que respecta a la situación laboral de las personas, sólo un 6.70% de las mujeres poseen un empleo formal, un significativo porcentaje de mujeres son amas de casa 15.50% o poseen un empleo informal 8.70 % lo que no les permite acceder a este servicio, en otras palabras la condición de empleo determina si hay afiliación o no.
- * La mayor parte de la población de Managua, 48.08%, subsiste con un ingreso salarial menor de 80 dólares mensuales (1.74 dólares diario), con ese ingreso debe satisfacer necesidades básicas como alimentación, mantenimiento de servicios básicos, educación y el gasto en salud. La existencia de un porcentaje menor, 43.36% que cuenta con un ingreso mayor, sólo confirma que las inequidades económicas causan exclusión.

IX. RECOMENDACIONES.

- ☞ Fortalecer el modelo de atención a la familia y la comunidad para mejorar su educación y sea uno de los actores más interesados en su salud. .
- ☞ Optimizar los mecanismos regulatorios en el proceso de adquirir medicamentos tanto a nivel internacional como nacional, se lograría obtener un precio, para los medicamentos, más justo para la población.
- ☞ Proponer la incorporación de medicamentos esenciales dentro de los planes de aseguramiento de salud de los seguros privados y de la extensión de la cobertura de seguros a personas que trabajan de forma independiente y que tengan capacidad de pago por parte de la aseguradora nacional.
- ☞ Considerar la extensión de cobertura y afiliación en los regímenes existentes de aseguramiento en salud a la población económicamente activa que se encuentra fuera del mercado laboral formal para mejorar el acceso a los beneficios de la membresía a un seguro médico.
- ☞ Proponer el aumento del gasto público en salud, esto cubriría la población más pobre que no cuenta con recursos económicos para satisfacer sus necesidades de salud.
- ☞ Reforzar monitorizaciones frecuentes de las unidades de salud en aspectos como el abastecimiento y registro de los insumos para garantizar un acceso más efectivo de medicamentos a la población más vulnerable.
- ☞ Impulsar mecanismos internos que mejoren los sistemas de comunicación, para sacarle provecho a toda la información registrada en las unidades de salud en lo que respecta al suministro de medicamentos y enfermedades prevalentes.

X. BIBLIOGRAFIA:

1. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974; 9(3):208-20
2. Bessis S. "De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde". UNESCO. París, 1995
3. Behrman J, Gaviria A, y Székely M. en "Who's in and who's out. Social exclusion in Latin America". Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington DC, 2003.
4. Bhalla A. S. y Lapeyre F. "Poverty and exclusion in a global world". Macmillan Press Ltd. Gran Bretaña.
5. Cruzado, R. Evaluación del valor terapéutico de los medicamentos registrados en el Perú en 1996. [Tesis de grado] Trujillo, Perú: Facultad de Farmacia y Bioquímica, Sección de Postgrado. Universidad Nacional de Trujillo; 1998.
6. Costongs C.I. Stegeman et al. (2007). Taking Action on Health Equity in Closing the Gap. Strategies for Action to tackle Health Inequalities.
7. Dunn, William (1994). "Public Policy Analysis. An Introduction". 2nd edition, Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall. 1994.
8. Donabedian, Avedis. "Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica". Perspectivas en Salud Pública. Instituto de Salud Pública, 1992.
9. Figueroa, A. "La exclusión social como una teoría de la distribución" en "Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe" Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.
10. Frenk J. "El concepto y medición de la accesibilidad". *Revista de Salud Pública de México* 1985; 27(5):438-53.
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, Managua, Nicaragua, 2005.
12. Krieger, Nancy. Glosario de Epidemiología Social. En OPS-OMS. Boletín Epidemiológico, volumen 23, nº 2 Junio del 2002. Pág. 10.

13. Luiza, V. L. and Bermúdez, J. Z (2004) Acceso a medicamentos: conceitos e polêmicas. Acceso a medicamentos: Derecho Fundamental, papel Del estado. J.Z Bermúdez, M. A. Oliveira and Esther, Rio de Janeiro, ENSP: 45-66.
14. Manual para ejecutores de programas de salud, serie paltex, OPS, El suministro de los medicamentos, Boston, Massachusetts, 2002, Cap. I, Pág.11-19.
15. Organización Panamericana de la Salud: Epidemiología Básica: Cáp. 2 y 4 Washington, 2003 (publicación científica N° 551)
16. Organización Panamericana de la Salud, Denver, Allan G.E: Epidemiología y Administración de servicios de salud, cap. 8 pág. 224-231, Rockville, Maryland, 1991.
17. Organización Panamericana de la Salud, 2001. Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud, Washington D.C
18. Organización Panamericana de la Salud, Fundación Panamericana de Salud y Educación, La Gestión para el suministro de medicamentos, Boston Massachusetts. 2ª edición.
19. Organización Panamericana de la Salud, 45º Consejo Directivo. 56ª Sesión del Comité Regional. Washington, DC (2004)
20. Pabon Hipólito, Organización de los Servicios de Salud. Cap. 3 y 4.
21. Pineault R y Carole D. La planificación Sanitaria: conceptos, métodos, 1994, estrategias. 2ª ed.
22. Silver H, "Three paradigms of social exclusion" en Rodgers et al. (Eds), "Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses" International Institute for Labour Studies, Ginebra. 1995.
23. Tobar F. Políticas para promoción Del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina. [Monografía en Internet] *. BID. [Acceso 18 febrero2007] Disponible en:
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354470>
24. Wagstaff Adam, Poverty and Health Sector Inequalities Bulletin of World Health Organisation, # 80, pages. 97-105, 2002.
25. Whitehead M. "The concepts and equity and health" en international Journal of Health Services, 1992; 22; 429-45.

26. WHO, (World Health Organization) (2007). Operational Package for Monitoring and Assessing Country Pharmaceutical Situations: Guide for Coordinators and Data Collectors. Working Draft. Geneva, WHO.
27. WHO, (World Health Organization) (2007). Manual for the Household Survey to Measure Access and Use of Medicines Working Draft, WHO.
28. WHO, (World Health Organization) (2007). Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos. Estudio de casos en Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos y Guatemala. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/jh>
29. WHO, (World Health Organization) Acceso equitativo a los medicamentos esenciales, 2004. Hallado en: <http://www.col.opsoms.org/medicamentos/accesomedicamentos.asp>
30. Zerda A, Velásquez G, Tobar F, Vargas JE. 2002. Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas. Disponible en Internet en: <http://www.boletinfarmacos.org/092002/investigaciones092002A.htm>

ANEXOS

Tabla # 1: Perfil de los excluidos, Managua 2009.

| Barreras relacionadas con las características de los usuarios. | | |
|--|-------|--------|
| Variables | No | % |
| Edad | | |
| 0-15 | 1,695 | 35.32 |
| 16-30 | 1,510 | 31.47 |
| 31-60 | 1,277 | 26.61 |
| 61 y + | 316 | 6.60 |
| Total | 4,798 | 100.00 |
| Sexo | | |
| Hombres | 2,329 | 48.50 |
| Mujeres | 2,469 | 51.50 |
| Total | 4,798 | 100.00 |
| Nivel de educación | | |
| Analfabeto | 1,128 | 23.60 |
| Primaria | 1,943 | 40.60 |
| Secundaria | 1,254 | 26.10 |
| Técnico superior | 115 | 2.40 |
| Universitario | 285 | 5.90 |
| No sabe | 73 | 1.30 |
| Total | 4,798 | 100.00 |
| Situación laboral | | |
| Empleado | 1,585 | 33.04 |
| Desempleado | 3,213 | 66.96 |
| Total | 4,798 | 100.00 |
| Afiliación a seguro médico | | |
| No | 4,195 | 87.40 |
| Si | 582 | 12.20 |
| No sabe | 21 | 0.40 |
| Total | 4,798 | 100.00 |
| Servicios Básicos | | |
| Agua potable | 1,020 | 21.25 |
| Luz eléctrica | 1,840 | 38.35 |
| No tienen servicios básicos | 1,938 | 40.40 |
| Total | 4,798 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 2: Distribución porcentual del ingreso mensual promedio del jefe de familia, Managua 2009.

| Salario | Nº | % |
|----------|-----|--------|
| 0 – 1600 | 460 | 48.08 |
| >1600 | 415 | 43.36 |
| No sabe | 82 | 8.56 |
| Total | 957 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 3: Caracterización de la situación laboral del jefe de familia por sexo, encuesta de hogares de Managua 2009.

| Situación de trabajo | F | | Situación de trabajo | M | |
|----------------------|-----|------|----------------------|-----|------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Ama de casa | 148 | 15.5 | Empleo Informal | 356 | 37.2 |
| Empleo Informal | 86 | 8.7 | Empleo | 190 | 19.8 |
| Empleo | 64 | 6.7 | Jubilado | 32 | 3.3 |
| Desempleado | 13 | 2.2 | Desempleado | 46 | 4.8 |
| Jubilado | 9 | 0.9 | Ama de casa | 11 | 1.1 |
| Estudiantes | 2 | 0.2 | Estudiantes | 0 | 0.0 |
| Total | 322 | 33.6 | | 635 | 66.4 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 4: Numero de embarazadas por hogar, Managua 2009.

| Embarazada | Nº | % |
|------------|-----|--------|
| Sí | 46 | 95.20 |
| No | 913 | 4.80 |
| Total | 959 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 5: Proporción de embarazadas que buscaron atención, Managua 2009.

| Busco Atención | Nº | % |
|----------------|------------|---------------|
| Si | 8 | 0.8 |
| No | 36 | 3.80 |
| No sabe | 2 | 0.2 |
| No Aplica | 913 | 95.20 |
| Total | 959 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 6: Proporción de embarazadas con consultas prenatales completas, Managua 2009.

| Consultas Prenatales | Nº | % |
|----------------------|------------|---------------|
| 1 | 7 | 0.7 |
| 2 | 6 | 0.6 |
| 3 | 5 | 0.5 |
| 4 | 6 | 0.6 |
| 5 | 6 | 0.6 |
| 6 | 1 | 0.1 |
| 7 | 1 | 0.1 |
| 8 | 2 | 0.2 |
| No sabe | 2 | 0.2 |
| No Aplica | 923 | 96.20 |
| Total | 959 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 7: Distribución porcentual de los hogares con personas que presentaron algún padecimiento y buscaron atención en el servicio de salud, Managua 2009.

| Variable | Crónica | | Aguda | | No sabe | | Total | |
|----------------------------------|---------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Busco atención | 90 | 45.00 | 60 | 30.00 | 50 | 25.00 | 200 | 100.00 |
| Fue atendido | 90 | 45.00 | 55 | 27.50 | 55 | 27.50 | 200 | 100.00 |
| Obtuvo prescripción | 87 | 43.50 | 55 | 27.50 | 58 | 29.00 | 200 | 100.00 |
| No Obtuvo atención /prescripción | 73 | 36.50 | 57 | 28.50 | 70 | 35.00 | 200 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 8: Distribución porcentual del lugar donde buscan atención los usuarios con algún padecimiento, Managua 2009.

| Servicio | Busco atención | | Fue atendido | |
|--------------------------------------|----------------|--------|--------------|--------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Centro de Salud MINSA | 142 | 14.80 | 141 | 14.20 |
| Hospital del MINSA | 71 | 7.40 | 70 | 7.20 |
| Puesto de Salud MINSA | 35 | 3.60 | 35 | 3.50 |
| Clinica Medica provisional (INSS) | 40 | 4.20 | 40 | 4.20 |
| Hospital/clinica/consultorio privado | 71 | 7.50 | 72 | 7.50 |
| Centro de medicina tradicional | 5 | 0.5 | 5 | 0.5 |
| Otros | 595 | 62.0 | 595 | 62.00 |
| Total | 959 | 100.00 | 960 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

6.1.2 Caracterización de las barreras de acceso a medicamentos.

Tabla # 9: Accesibilidad geográfica al servicio de salud y farmacias, Managua 2009.

| Establecimiento | 0-29min | | 30-1Hora | | > 1Hora | | No sabe | | Total | |
|----------------------------------|---------|-------|----------|-------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Hospital del MINSA. | 299 | 31.20 | 190 | 19.80 | 295 | 30.80 | 175 | 18.20 | 959 | 100.0 |
| Centro de Salud MINSA. | 467 | 48.70 | 144 | 15.00 | 198 | 20.60 | 150 | 15.60 | 959 | 100.0 |
| Puesto de Salud MINSA. | 398 | 41.50 | 60 | 6.30 | 125 | 13.00 | 375 | 39.10 | 959 | 100.0 |
| Farmacia del MINSA. | 493 | 51.50 | 105 | 11.00 | 151 | 15.80 | 209 | 21.80 | 959 | 100.0 |
| Hospital/ Clínica privado. | 211 | 22.00 | 115 | 12.00 | 108 | 11.30 | 525 | 54.70 | 959 | 100.0 |
| Farmacia privada. | 433 | 45.20 | 108 | 11.30 | 170 | 17.70 | 247 | 25.80 | 959 | 100.0 |
| Clínica Médica previsional INSS. | 147 | 15.30 | 106 | 11.10 | 92 | 9.60 | 614 | 64.00 | 959 | 100.0 |
| Farmacia del INSS. | 130 | 13.60 | 85 | 8.90 | 67 | 7.00 | 676 | 70.60 | 959 | 100.0 |
| Centro de medicina tradicional. | 93 | 15.00 | 27 | 4.90 | 18 | 2.50 | 821 | 85.60 | 959 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 10: Proporción de encuestados con afiliación a un seguro médico con cobertura a medicamentos, Managua 2009.

| Afiliación a un seguro. | Cubre los medicamentos | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|------|-----|-------|---------|------|---------|------|-------|-------|-------|--------|
| | No | | Si | | Parcial | | No sabe | | NA | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| No | 359 | 7.48 | 1 | 0.02 | 2 | 0.04 | 2 | 0.04 | 3,831 | 79.84 | 4,195 | 87.42 |
| Si | 36 | 0.74 | 299 | 6.22 | 214 | 4.46 | 13 | 0.27 | 20 | 0.42 | 582 | 12.11 |
| No Sabe | 2 | 0.04 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.04 |
| No Aplica | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 8 | 0.16 | 11 | 0.23 | 19 | 0.39 |
| Total | 397 | 8.26 | 300 | 12.48 | 216 | 4.5 | 23 | 0.47 | 3,862 | 80.49 | 4,798 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 11: Distribución porcentual de los usuarios con una enfermedad aguda que obtuvieron tratamiento completo prescrito, Managua 2009.

| Obtuvo los medicamentos | Nº | % |
|-------------------------|-----|--------|
| No | 4 | 0.40 |
| Si | 431 | 44.90 |
| Una Parte | 66 | 6.90 |
| NA | 458 | 47.80 |
| Total | 959 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 12: Distribución porcentual de los usuarios con un padecimiento crónico que obtuvieron tratamiento completo, Managua 2009.

| Obtuvo los medicamentos | N° | % |
|-------------------------|-----|-------|
| NO | 103 | 10.7 |
| SI | 348 | 36.3 |
| Una parte | 40 | 4.17 |
| NA | 468 | 53.0 |
| Total | 959 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 13: Distribución porcentual de gasto de dinero mensual en medicamentos por jefe de familia, Managua 2009.

| Compra medicamentos | N° | % |
|-------------------------|-----|--------|
| Logran comprarlos todos | 190 | 19.80 |
| Una parte | 726 | 75.80 |
| No necesitan comprar | 36 | 3.80 |
| No sabe | 6 | 0.60 |
| Total | 958 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 14: Distribución porcentual del gasto de bolsillo por parte de los usuarios en sus medicamentos, Managua 2009.

| Servicio Público | | | Afiliados a la empresa privada | | |
|--|-----|-------|---|-----|--------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Consiguen gratuitamente los medicamentos en el MINSA | 725 | 75.8 | No tienen que pagar más dinero por los medicamentos | 208 | 21.6 |
| No los consiguen gratuitamente en el MINSA | 140 | 14.6 | Tienen que pagar más dinero por los medicamentos | 15 | 1.6 |
| No sabe | 93 | 9.6 | NA | 481 | 50.2 |
| Total | 958 | 100.0 | No sabe | 254 | 26.5 |
| | | | Total | 958 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuestas.

6.1.3 Sistema de provisión de los medicamentos.

Tabla # 15: Disponibilidad de los medicamentos en las diferentes unidades de atención, por hogares, Managua 2009.

| | Establecimiento de salud público más cercano a la vivienda | | Farmacia de la empresa médica previsional más cercana a la vivienda | | Farmacia privada más cercana a la vivienda | |
|---|--|--------|---|--------|--|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Generalmente obtiene los medicamentos que necesita | 35 | 16.99 | 37 | 20.87 | 155 | 75.24 |
| Generalmente no obtiene los medicamentos que necesita | 135 | 65.53 | 56 | 27.19 | 34 | 16.50 |
| No sabe | 30 | 17.48 | 107 | 51.94 | 11 | 8.26 |
| Total | 200 | 100.00 | 200 | 100.00 | 200 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta

Tabla # 16: Proporción de familias que obtuvieron tratamiento completo prescrito, Managua 2009.

| Obtuvo medicamentos | Nº | % |
|---------------------|-----|-------|
| No | 70 | 7.30 |
| Si | 499 | 52.0 |
| NA | 390 | 40.7 |
| Total | 959 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

Tabla # 17: Porcentaje de personas según su condición de salud que se automédican.
Managua, 2009.

| Condición de salud | Nº | % |
|--------------------|------------|---------------|
| Aguda | 248 | 25.8 |
| Crónica | 100 | 10.4 |
| Embarazadas | 3 | 0.5 |
| No se automédican | 608 | 63.39 |
| TOTAL | 959 | 100.00 |

Fuente: Base de datos de la encuesta.

DIMENSIONES DE EXCLUSIÓN.

| Dimensión | Tipo de exclusión | Causa de exclusión | Concepto |
|---|--|---|--|
| Externa al sistema de salud | Barreras de acceso | Económica | Incapacidad de los hogares/ personas para financiar los gastos requeridos para la atención de salud. |
| | | Geográfica | Dificultades para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización y distribución espacial de los establecimientos de salud y vías de transporte, caminos, etc. |
| | | Laboral | Se refiere a la situación laboral que impide el acceso a los servicios de salud destinados a los trabajadores formales (informalidad, subempleo, desempleo) |
| | | Género | Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales que conducen a la discriminación en el acceso y utilización de servicios de salud por género. |
| | | Étnica | Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales de grupos sociales que los haga susceptibles de discriminación en la atención de salud y/o los aleje de su utilización adecuada. |
| | Déficit de infraestructura adecuada | Servicios básicos | Referido a la falta de suministro de agua potable, saneamiento básico y electricidad en el hogar. |
| Internas o propias del sistema de salud | Déficit de infraestructura adecuada | Infraestructura de servicios de salud | Referido a la inexistencia, deficiencia o distribución inadecuada de servicios de salud. |
| | Inadecuada asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en producción, entrega o disponibilidad inadecuada de los bienes/servicios de salud | Recursos humanos Recursos físicos | Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos humanos con relación a la población de referencia. Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos físicos con relación a la población de referencia (camas, equipamiento, medicamentos, etc.). |
| | Procesos | Suministro de servicios esenciales | Referido a la prestación de servicios de de alto impacto para la salud pública. |
| | | Calidad | Referido tanto a la calidad técnica de la atención como a la calidad en el trato en el punto de servicio y también a la falta de información y reconocimiento de los derechos en salud |
| Arquitectura | -Fragmentación Segmentación | Referido a la articulación de los servicios de salud Referido a cómo está construido el sistema de salud | |



Encuesta de Hogares: Exclusión en Salud y Acceso a los Medicamentos



Ubicación
del hogar:

Departamento: _____
Municipio: _____

Segmento censal: |_| |_| |_| |_| |_| Barrio: _____

Nº de vivienda |_|

Estimado participante:

Usted ha sido elegido(a) al azar para participar en esta encuesta; nos gustaría, por tanto, entrevistarle. La información que usted nos facilite se utilizará para comprender las cuestiones principales que influyen en el acceso a los medicamentos y a los cuidados de salud y la relación entre estos dos aspectos.

Le haré preguntas sobre:

- Algunos datos personales
- Problemas de salud que usted y las personas de su hogar han padecido y el tratamiento que hayan buscado y obtenido
- Los medicamentos que hay en su casa. Adicionalmente, le pediremos que nos los deje ver

La información que nos dé es totalmente confidencial y no se revelará a nadie. Tan sólo se utilizará con fines de investigación. Se eliminarán su nombre y demás datos de identificación del cuestionario y sólo se empleará un código para relacionar su nombre con sus respuestas sin identificarle. Es posible que el equipo de encuestadores le contacte nuevamente, solamente si es estrictamente necesario para completar las informaciones de la encuesta.

Su participación es **voluntaria**. Es libre de negarse a responder a cualquier pregunta del cuestionario.

Con la firma del consentimiento se entiende que comprende lo que se espera de usted y que está dispuesto(a) a participar en esta encuesta.

La persona entrevistada concuerda y firma el formulario

1 De Acuerdo y firma

2 Está de acuerdo pero no firma

0 Se niega

Entrevistado

Encuestador

Parte Uno – Informaciones individuales y Acceso a los Servicios de Salud

1. ¿Cuántos hogares hay en la vivienda? |_| |_|

2. ¿Cuántas personas viven en el hogar seleccionado en un día normal? |_| |_|

| Residente | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|-----------|-------------------|------|------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|---|-----------------|
| | Nombre y apellido | Edad | Sexo | ¿Posee algún seguro medico? | ¿El seguro cubre medicamentos? | ¿Sabe leer y escribir en español? | ¿Cuál es el nivel educativo más alto completado? | ¿Cuál es la situación de trabajo u ocupación principal? | Ingreso mensual |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | |

| | | |
|----------|---|------------------------------------|
| A | Llenar con el primer y último nombre del residente, en orden decreciente de edad. | |
| B | Edad en años | |
| C | 1= Femenino | 2= Masculino |
| D | 1. No ningún tipo de seguro. | 2. Si posee seguro |
| | 3.El seguro de empresa privada 4. El seguro social | 99. <i>No Sabe</i> |
| E | 1. Sí, Todos. 2. Si, solo parcialmente | 3. No 99. <i>No Sabe</i> |
| | F | 1. Si |
| G | 0. Ninguno | 2. Secundaria Completa (5to año) |
| | 1. Primaria Completa (6º grado) | 3. Técnico Superior |
| | 4. Universitaria o Más. | 99. <i>No sabe/ no responde</i> |

| | | |
|----------|--|--|
| H | 1. Empleado u obrero público | 3. Trabajador por cuenta propia que contrata mano de obra. |
| | 2. Empleado u obrero privado | |
| | 4. Trabajador por cuenta propia que <u>no</u> contrata mano de obra | 6. Jubilado/ demasiado mayor para trabajar |
| | 5. Trabajador <u>no</u> remunerado | 7. Está buscando pero no ha encontrado trabajo |
| | 8. Cuidado de la casa/ de la familia | |
| I | Llenar con el valor de ingreso del mes pasado, declarado por el entrevistado, en córdobas. | |

3. ¿Cuánto tiempo demora para ir desde su hogar a estos establecimientos –los que están más cerca de su casa-, considerando el medio de transporte que habitualmente utiliza?:

| Unidad de Salud | ¿Cuánto tiempo demora? | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Menos de 30 minutos | 30 minutos – 1 hora | Más de 1 hora | No sabe |
| 1. Hospital del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 2. Centro de salud del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 3. Puesto de salud del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 4. Farmacia del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 5. Hospital/clínica o consultorio privado. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 6. Farmacia Privada. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 7. Clínica Medica Previsional (INSS). | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 8. Farmacia del INSS | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 9. Centro de Medicina Tradicional. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

Parte Dos – Enfermedades Agudas.

4. ¿En las últimas dos semanas, usted o algún residente de su hogar tuvo alguna enfermedad aguda?

1 Sí

0 No → Pase a la P18

5. En las dos semanas anteriores, ¿cuántas personas tuvieron una enfermedad aguda?

|_| ||_|

6. ¿Qué tan grave fue la enfermedad?

1 Muy grave

2 Algo grave

3 No fue grave

7. ¿Qué tipo de problemas de salud/síntomas tuvo esa persona durante su enfermedad aguda? (RM)

a. Tos, flujo nasal, dolor de garganta, dolor de oído

b. Dificultad para respirar, respiración rápida

c. Fiebre, dolor de cabeza

d. No pudo dormir, no pudo comer

e. Diarrea, vómito, náusea

f. Dolor de espalda

g. Sangrado, quemadura, accidente

h. Ardor o molestias al orinar

i. No sabe

j. Otro (por favor especifique):

8. ¿En las últimas dos semanas, esa persona (o alguien en su nombre) buscó atención en un servicio de salud para esa situación aguda?

1 Sí → Pase a la P10

0 No

9 No sabe → Pase a la P13

9. Por favor, dígame las razones por las cuales esa persona con situación aguda no buscó atención (RM)

a. No tenía dinero

b. El servicio de salud está muy lejos

c. El servicio de salud tiene mala calidad de atención

d. La atención que necesitaba no estaba disponible en el servicio de salud

e. No entiende el idioma que le hablan en el servicio de salud

f. Conoce la enfermedad

g. La enfermedad no era grave

h. Tenía remedios en casa

i. Otra (por favor especifique): _____

→ Pase a la P13

Persona con enfermedad aguda.

10. ¿En cuál(es) servicios de salud, fue buscada esa(s) atención(es)? Si fue en varios indíqueme todos los que buscó:

| Unidad de Salud | 11.1 ¿Buscó atención? | | 11.2 ¿Fue atendido(a)? | | | 11.3 ¿Tuvo receta/ indicación de usar medicamento? | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| | Sí | No | Sí | No | NA | Sí | No | NA |
| a. Hospital del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| b. Clínica médica previsional (INSS) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| c. Hospital/clínica o consultorio médico privado | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| d. Centro de salud del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| e. Puesto de salud del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| f. Centro de Medicina Tradicional | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| g. Otro | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |

Atención para el salto: Al menos un No en la pregunta 12.2 → pase a la P11. Caso contrario, pase a la P13

11. ¿Por qué razones la persona no recibió atención para la(s) enfermedad(es) aguda(s) cuando la buscó? (RM)

| | |
|---|--|
| a. <input type="checkbox"/> El establecimiento estaba cerrado aunque fue en el horario normal de atención | g. <input type="checkbox"/> No había médico en el establecimiento de salud (Ej. Por falta de personal no había médico asignado) |
| b. <input type="checkbox"/> Llegó fuera del horario de atención | |
| c. <input type="checkbox"/> El tiempo de espera era muy largo | h. <input type="checkbox"/> Había médico en el establecimiento de salud pero no estaba o no había cupo cuando él/ella llegó (Ej. El médico sólo atiende en determinados días, o no estaba justo ese día) |
| d. <input type="checkbox"/> Aunque le hablaron en su mismo idioma, no entendió lo que le dijeron | |
| e. <input type="checkbox"/> No entendió el idioma en que le hablaron | i. <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| f. <input type="checkbox"/> Sintió que le discriminaron o fue mal tratado(a) | j. <input type="checkbox"/> Otros. Cual _____ |

12. Si la persona con enfermedad aguda no recibió atención cuando la buscó, ¿qué hizo? (RM)

| | |
|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> No hizo nada | c. <input type="checkbox"/> Fue a la farmacia privada |
| b. <input type="checkbox"/> Consultó a un amigo/familiar/vecino | d. <input type="checkbox"/> Otros. Cual _____ |

13. ¿La persona que tuvo la enfermedad aguda buscó/obtuvo algún medicamento para tratar esa enfermedad?

1 Sí

0 No → Pase a la P17

14. ¿Qué medicamentos fueron buscados/obtenidos para esta(s) enfermedad(es)?

| A | B | C | D |
|------------------------|--|--|--|
| Medicamento | ¿Recomendado o prescrito por...? | ¿Dónde lo obtuvo? | ¿Pagó por el medicamento? |
| Nombre del medicamento | 1 = la misma persona enferma 2 = un miembro del hogar 3 = amigo/vecino 4 = médico/prestador de servicios de salud 5 = Personal Comunitario (guardián, curandero, naturista, partera, etc.) 6 = farmacéutico 7 = auxiliar de farmacia 8 = otra (especifique) | 0 = No obtenido 1 = disponible en el hogar 2 = amigo/vecino fuera de la casa 3 = Hospital o policlínico del MINSA 4 = Clínica médica previsional o farmacia de la EMP (INSS) 5 = Hospital/ clínica o consultorio médico privado 6 = Casa Base de Salud 7 = farmacia/centro/puesto de salud del MINSA 8 = Casa materna u Hospital materno infantil del MINSA 9 = farmacia privada 10 = Centro de Medicina Tradicional/curandero/partera 11 = puesto de venta de medicamentos (fondos comunales, autogestionarias, tiendas, supermercados) 12 = otra (especifique) | 1 = Sí 0 = No 9 = No sabe 8 = No se Aplica Si hay por lo menos un SI en esta columna, pase a la P15 Si no hay por lo menos un SI, Pase a la P16 |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |

15. ¿Cuánto se pagó por los medicamentos usados para el tratamiento de esta(s) enfermedad(es)?

|_|_|_|_|_|_|_|_| **córdobas**

9 No sabe

16. ¿Esta persona enferma obtuvo los medicamentos que le fueron recomendados o prescritos?

1 Sí, todos → **Pase a la P 18** 2 Sí, sólo una parte 0 Ninguno

17. ¿Por qué razones la persona no buscó/obtuvo los medicamentos para esa(s) enfermedad(es)?

(RM)

| |
|---|
| a. <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| b. <input type="checkbox"/> La farmacia o el establecimiento de salud no tenía los medicamentos |
| c. <input type="checkbox"/> El lugar donde se pueden conseguir los medicamentos queda muy lejos |
| d. <input type="checkbox"/> Los medicamentos no son de buena calidad |
| e. <input type="checkbox"/> Los medicamentos tienen precios altos |
| f. <input type="checkbox"/> No era necesario tomar medicamentos |
| g. <input type="checkbox"/> El médico no le indico que tomará ningún medicamento |
| h. <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique): _____ |

Parte Tres – Enfermedad Crónica.

18. ¿Alguna vez, usted o alguien de su hogar **ha sido informado de padecer enfermedad crónica, sea por el médico** o por algún otro prestador de servicios de salud? Una enfermedad crónica es una enfermedad que se presenta en un momento dado y no desaparece o que se demora a desaparecer, como diabetes, hipertensión, tuberculosis o cáncer.

1 Sí

0 No → **Pase a la P33**

19. ¿Cuántas personas tienen una enfermedad crónica en su hogar? |__| |__|

20. ¿Qué enfermedad (es)/ condición(es), ya diagnosticadas por un médico, tiene *la persona con enfermedad crónica*?

| Enfermedad | Sí | No | No sabe | Enfermedad | Sí | No | No sabe |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Hipertensión, Presión arterial alta | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | h. Diabetes, alta concentración de azúcar en sangre | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. Enfermedad del corazón, dolor de pecho, angina | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | i. Secuelas de derrame cerebral (parálisis, dificultades para hablar o caminar) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. Colesterol alto | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | j. Cáncer | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. Asma, dificultad respiratoria crónica | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | k. Artritis, dolor crónico muscular y/o de huesos y/o de columna | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. Tuberculosis | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | l. Enfermedad del hígado | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. Epilepsia | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | m. Depresión | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| g. Úlcera, dolor gástrico crónico, reflujo | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | n. Otra: _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

21. ¿Qué grado de dificultad tiene la persona con enfermedad crónica para realizar las tareas del trabajo y del hogar?

1 Ninguno 2 Leve 3 Regular 4 Alto 5 Extremo (imposibilitado para realizar actividades) 9 No sabe

22. ¿La persona enferma buscó atención en un servicio de salud para la(s) enfermedad(es) crónica(s) alguna vez en los últimos 6 meses?

1 Sí 0 No → **Pase a la P24** 9 No sabe

23. ¿En cuál(es) servicios de salud, fue buscada esa(s) atención(es)?

Persona con la enfermedad crónica.

| Unidad de salud. | 25.1 ¿Buscó atención? | | 25.2 ¿Fue atendido(a)? | | | 25.3 ¿Tuvo receta/ indicación de usar medicamento? | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| | Sí | No | Sí | No | NA | Sí | No | NA |
| a. Hospital del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| b. Clínica médica previsional (INSS) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| c. Hospital/clínica o consultorio médico privado | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| d. Puesto de salud del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| e. Centro de salud del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| f. Otros. | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |

24. Por favor, dígame las razones por las cuales esa persona con enfermedad crónica no buscó atención **(RM)**

| |
|---|
| a. <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| b. <input type="checkbox"/> El servicio de salud está muy lejos |
| c. <input type="checkbox"/> El servicio de salud tiene mala calidad de atención |
| d. <input type="checkbox"/> La atención que necesitaba no estaba disponible en el servicio de salud |
| e. <input type="checkbox"/> No entiende el idioma que le hablan en el servicio de salud |
| f. <input type="checkbox"/> Conoce la enfermedad |
| g. <input type="checkbox"/> La enfermedad no era grave |
| h. <input type="checkbox"/> Tenía remedios en casa |
| i. <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ |

25. ¿Por qué razón(es) la persona no recibió atención cuando la buscó? **(RM)**

| | |
|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> El establecimiento estaba cerrado aunque fue en el horario normal de atención | g. <input type="checkbox"/> No había médico en el establecimiento de salud <i>(Ej. Por falta de persona, no había médico asignado)</i> |
| b. <input type="checkbox"/> Llegó fuera del horario de atención | h. <input type="checkbox"/> Había médico en el establecimiento de salud pero no estaba o no había cupo cuando él/ella llegó <i>(Ej. El médico sólo atiende en determinados días, o no estaba justo ese día)</i> |
| c. <input type="checkbox"/> El tiempo de espera era muy largo | |
| d. <input type="checkbox"/> Aunque le hablaron en su mismo idioma, no entendió lo que le dijeron | i. <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| e. <input type="checkbox"/> No entendió el idioma en que le hablaron | j. <input type="checkbox"/> Otros. _____ |
| f. <input type="checkbox"/> Sintió que le discriminaron o fue mal tratado(a) | |

Persona con la enfermedad crónica.

26. Si la persona no recibió atención cuando la buscó, ¿qué hizo? (RM)

| | |
|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> No hizo nada | c. <input type="checkbox"/> Fue a la farmacia privada |
| b. <input type="checkbox"/> Consultó a un amigo/familiar/vecino | d. <input type="checkbox"/> Otros. Cual _____ |

27. ¿En los últimos tres meses la persona buscó/obtuvo algún medicamento para su(s) enfermedad(es) crónica(s)?

1 Sí 0 No → Pase a la P30

28. ¿Cuáles son los medicamentos buscados/ obtenidos para esta(s) enfermedad(es) crónica(s) en los últimos 3 meses?

| A | B | C | D | E | F | G |
|------------------------|--|--|---|--|---|--|
| Medicamento | Condición para la cual el medicamento fue recomendado | ¿Para cuántos días acostumbra obtener el medicamento? | ¿Quién lo recomendó/ prescribió? | ¿Dónde lo obtiene? | ¿Cuál es el Costo mensual usual? | ¿El seguro cubre alguna parte de ese costo? |
| Nombre del medicamento | Escriba el código dado en la Pregunta 20 (Ej. Letra a. para hipertensión...) Escriba "X" si no es conocida | En días Escriba "0" si el medicamento no es obtenido regularmente.. | 1 = la misma persona enferma 2 = un miembro del hogar 3 = amigo/vecino 4 = médico. 5 = Curandero, naturista, partera, etc.) 6 = farmacéutico 7 = auxiliar de farmacia 8 = otra (especifique) | 0 = No obtenido 1= Hospital del MINSA 2= Clínica médica previsional o farmacia de la EMP (INSS) 3 = Hospital/ clínica o consultorio médico privado 4=Farmacia/centro de salud del MINSA 5= farmacia privada 6 = Otro | En córdobas Escriba "0" Si el medicamento no es obtenido regularmente o si lo es pero de forma gratuita. | 1 = Sí, todo 2= Parcialmente 0 = No Anote (0), si el medicamento no es obtenido o si su costo no es cubierto por el seguro. |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| a. Hipertensión, Presión arterial alta | h. Diabetes, alta concentración de azúcar en sangre |
| b. Enfermedad del corazón, dolor de pecho, angina | l. Secuelas de derrame cerebral (parálisis, dificultades para hablar o caminar) |
| c. Colesterol alto | j. Cáncer |
| d. Asma, dificultad respiratoria crónica | k. Artritis, dolor crónico muscular y/o de huesos y/o de columna |
| e. Úlcera, dolor gástrico crónico, reflujo | n. Otra |

Persona con la enfermedad crónica.

29. ¿Para el último mes, esta persona enferma obtuvo los medicamentos que le fueron recomendados o prescritos?

1 Sí, todos → **Pase a la P33** 2 Sí, sólo una parte 0 Ninguno

30. ¿Por qué razones la persona con la enfermedad crónica no buscó/obtuvo los medicamento para esa(s) enfermedad(es)?

| |
|---|
| a. <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| b. <input type="checkbox"/> La farmacia o el establecimiento de salud no tenía los medicamentos |
| c. <input type="checkbox"/> El lugar donde se pueden conseguir los medicamentos queda muy lejos |
| d. <input type="checkbox"/> Los medicamentos no son de buena calidad |
| e. <input type="checkbox"/> Los medicamentos tienen precios altos |
| f. <input type="checkbox"/> No era necesario tomar medicamentos |
| g. <input type="checkbox"/> El médico no le indicó que tomará ningún medicamento |
| h. <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique): _____ |

Nombre de la embarazada: _____

Parte Cuatro – Embarazo

31. ¿Hay en este hogar alguna mujer embarazada?

1 Sí

0 No → Pase a la P47

32. ¿Cuántas mujeres están embarazadas? |__||__

|

33. ¿Cuánto tiempo de embarazo? |__| |__| semanas meses

99 No sabe

34. ¿La mujer embarazada (tratar de mencionar por su nombre) buscó atención en un servicio de salud en consulta prenatal para ese embarazo?

1 Sí → Pase a la P36

0 No

9 No sabe → Pase a la P40

35. Por favor, dígame las razones por las cuales la embarazada no buscó atención (**RM**)

| |
|---|
| a. <input type="checkbox"/> No lo consideré necesario |
| b. <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| c. <input type="checkbox"/> El servicio de salud está muy lejos |
| d. <input type="checkbox"/> El servicio de salud tiene mala calidad de atención |
| e. <input type="checkbox"/> La atención que necesitaba no estaba disponible en el servicio de salud |
| f. <input type="checkbox"/> No entiende el idioma que le hablan en el servicio de salud |
| g. <input type="checkbox"/> Tenía remedios en casa |
| h. <input type="checkbox"/> Otras(especifique): _____ |

→ Pase a la P40

36. ¿Cuántas consultas prenatales tuvo la embarazada hasta este momento? |__| |__|

99 No sabe

37. ¿En cuál(es) servicios de salud, fue buscada esa atención?

Nombre de la embarazada: _____

| | 40.1 ¿Buscó atención? | | 37.2 ¿Fue atendida? | | | 37.3 ¿Tuvo receta/ indicación de usar medicamento? | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| | Sí | No | Sí | No | NA | Sí | No | NA |
| a. Hospital del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| b. Clínica médica previsional (INSS) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| c. Hospital/clínica o consultorio médico privado | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| d. Casa materna u Hospital materno infantil del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| e. Centro de salud del MINSA | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| f. Otros. | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |

38. ¿Por qué razón(es) La mujer embarazada no recibió atención cuando la buscó?

a. El establecimiento estaba cerrado aunque fue en el horario normal de atención

b. Llegó fuera del horario de atención

c. El tiempo de espera era muy largo

d. Sintió que le discriminaron o fue mal tratado(a)

e. No había médico en el establecimiento de salud (Ej. Por falta de personal no había médico asignado)

g. Había médico en el establecimiento de salud pero no estaba o no había cupo cuando él/ella llegó (Ej. El médico sólo atiende en determinados días, o no estaba justo ese día)

h. Otros. Cual _____

39. Si la mujer embarazada no recibió atención cuando la buscó, ¿qué hizo?

a. No hizo nada

b. Consultó a un amigo/familiar/vecino

c. Fue a la farmacia privada

d. Otros. Cual _____

40. ¿La mujer embarazada buscó/obtuvo algún medicamento para el embarazo?

1 Sí

0 No → **Pase a la P43**

Nombre de la embarazada: _____

41. ¿Cuáles son los medicamentos que toma, buscó u obtuvo hasta ahora durante este periodo de embarazo?

| A | B | C | D |
|------------------------|---|---|---|
| Medicamento | ¿Quién lo recomendó/ prescribió? | ¿Dónde lo obtuvo/ obtiene? | ¿Pagó por el medicamento? |
| Nombre del medicamento | 1 = la misma persona enferma 2 = un miembro del hogar 3 = amigo/vecino 4 = médico 5 = Curandero, naturista, 6 = farmacéutico 7 = auxiliar de farmacia 8 = otra (especifique) | 0 = No obtenido 1 = Hospital o policlínico del MINSA 2 = Clínica médica previsual o farmacia de la EMP (INSS) 3 = Hospital/ clínica o consultorio médico privado 4 = Casa Base de Salud 5 = farmacia/centro/puesto de salud del MINSA 6 = farmacia privada 7 = Centro de Medicina Tradicional. 8 = otra (especifique) | 1 = Sí 0 = No 9 = No sabe 8 = No se Aplica |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |

42. ¿La mujer embarazada obtuvo los medicamentos que le fueron recomendados o prescritos?

1 Sí, todos → **Pase a la P47**

2 Sí, sólo una parte

0 Ninguno

Nombre de la embarazada: _____

43. ¿Por qué razón(es) la persona no buscó/obtuvo los medicamentos? (**RM**)

| |
|---|
| a. <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| b. <input type="checkbox"/> La farmacia o el establecimiento de salud no tenía los medicamentos |
| c. <input type="checkbox"/> El lugar donde se pueden conseguir los medicamentos queda muy lejos |
| d. <input type="checkbox"/> Los medicamentos no son de buena calidad |
| e. <input type="checkbox"/> Los medicamentos tienen precios altos |
| f. <input type="checkbox"/> No era necesario tomar medicamentos |
| g. <input type="checkbox"/> El médico no le indico que tomará ningún medicamento |
| h. <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique): _____ |

Parte Cinco: Accesibilidad a los servicios de salud y los medicamentos.

Me gustaría conocer su opinión sobre las preguntas que le haré a continuación. NO hay respuestas correctas NI incorrectas.

Por favor, para las proposiciones siguientes indique la opinión más cercana de la suya

44. El establecimiento de salud del MINSA más cercano de esta vivienda:

- 1 generalmente tiene todos los medicamentos que necesita.
- 2 generalmente no tiene todos los medicamentos que necesita.
- 9 *No sabe no quiere opinar.*

45. La farmacia privada más cercana de esta vivienda:

- 1 generalmente tiene los medicamentos que necesita.
- 2 generalmente no tiene los medicamentos que necesita.
- 9 *No sabe no quiere opinar.*

46. Usted o los demás miembros de su hogar en general:

- 1 Consiguen gratuitamente los medicamentos en el establecimiento de salud del MINSA.
- 2 No consiguen gratuitamente los medicamentos en el establecimiento de salud del MINSA.
- 9 *No sabe no quiere opinar.*

47. En general, cuándo las personas de este hogar tienen que comprar medicamentos:

- 1 logran comprarlos todos.
- 2 logran comprar parte.
- 3 en general no necesitan comprar.
- 9 *No sabe no quiere opinar.*

48. ¿Alguna vez tuvieron que pedir prestado dinero o vender cosas para poder comprar medicamentos?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Nunca han necesitado comprar medicamentos.
- 9 *No sabe no quiere opinar.*

Parte Seis – Información del hogar

49. Por favor dígame ¿cuántas habitaciones tiene su hogar? |__| |__| habitaciones (incluya la cocina; no incluya baños ni pasillos)

50. Su hogar tiene:

| | Sí | No | | Sí | No |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Agua potable en la casa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. ¿Electricidad? (ligado a la red eléctrica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51. Durante el mes pasado: ¿Cuál fue el gasto **TOTAL** de su hogar. |__| |__| |__| |__| |__| |__| **en córdobas** (incluya TODO)

| 52. Durante <u>el mes pasado</u> , ¿Cuál fue el gasto de su hogar en salud en...? : | |
|---|--|
| a. Hospitalización (<i>asistencia que requiriera permanecer ingresado en un hospital o establecimiento sanitario</i>) | __ __ __ __ __ __ en córdobas |
| b. Consultas ambulatorias (<i>cuidados de médicos, enfermeros que no requirieran hospitalización</i>) | __ __ __ __ __ __ en córdobas |
| c. Medicamentos | __ __ __ __ __ __ en córdobas |
| d. Dentista | __ __ __ __ __ __ en córdobas |
| e. Pruebas en laboratorio y diagnóstico (<i>como rayos X y análisis de sangre</i>) | __ __ __ __ __ __ en córdobas |
| f. Material sanitario como anteojos o lentes, dispositivos para el oído, prótesis, etc. | __ __ __ __ __ __ en córdobas |
| g. Curanderos y otros | __ __ __ __ __ __ en córdobas |
| h. Cualquier otro producto o servicio terapéutico que no se haya mencionado. | __ __ __ __ __ __ en córdobas |

53. En los últimos 12 meses, ¿de cuáles de las siguientes opciones Usted o su hogar obtuvieron el dinero para pagar gastos de salud? *Leer las opciones. (RM)*

| | Sí | No | | Sí | No |
|--|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Ingreso de cualquier residente del hogar | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | e. Remesa de miembros de la familia | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| b. Ahorros | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | f. Préstamos de otra persona diferente de familiares o amigos | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| c. Pago o reembolso de seguro de salud | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | g. Otros. Especifique _____ | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| d. Venta de objetos (ej. Muebles, animales, joyas, etc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | _____ | | |

54. En el mes pasado, ¿cuál fue el **ingreso total** de este hogar?, Considere todos los miembros que reciben dinero en este hogar.

|_| |_| |_| |_| |_| |_| en córdobas

Agradezca a la persona el haber aceptado la entrevista y reitérele que será garantizada la confidencialidad de sus respuestas.