

Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central

Cecilia Acuña,¹ Nelly Marin,² Adriana Mendoza,³
Isabel Cristina Martins Emmerick,⁴ Vera Lucía Luiza⁴
y Thiago Botelho Azeredo⁴

Forma de citar

Acuña C, Marin N, Mendoza A, Emmerick ICM, Luiza VL, Azeredo TB. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):128–35.

RESUMEN

Objetivo. Examinar los determinantes sociales que afectan la conducta de la población en relación con la búsqueda y obtención de medicamentos, y su relación con la exclusión de los servicios de salud para datos agregados de tres países de América Central: Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Métodos. Estudio observacional descriptivo de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta de hogares. La muestra del estudio se seleccionó de acuerdo al método de conglomerados. Los datos fueron analizados con el programa SPSS® V.17, utilizando estadística descriptiva y análisis bivariado, multivariado y por componentes principales (ACP).

Resultados. Aunque la mayoría de las personas pudo acceder a la atención en salud, la exclusión en salud (razón de probabilidades [RP] 4,10; intervalo de confianza de 95% [IC95%]) fue el principal determinante de la falta de acceso a los medicamentos. Las características de la vivienda (RP 0,747, IC95%), la formalidad del empleo del jefe(a) de hogar (RP 0,707, IC95%) y las condiciones socioeconómicas del hogar (RP 0,462, IC95%) fueron también importantes determinantes de la falta de acceso a los medicamentos.

Conclusiones. Los fenómenos de la falta de acceso a servicios de salud y a medicamentos no son independientes entre sí. Se corroboró que el sistema de salud, como determinante social intermedio de la salud, es un factor importante para la mejora del acceso a medicamentos. Las políticas públicas orientadas a alcanzar la cobertura universal deben contemplar esta relación para ser eficaces.

Palabras clave

Accesibilidad a los servicios de salud; equidad en el acceso; factores de riesgo; factores socioeconómicos; Guatemala; Honduras; Nicaragua; América Central.

¹ Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Quito, Ecuador. La correspondencia se debe dirigir a Vera Lucía Luiza. Correo electrónico: vera@ensp.fiocruz.br

² Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos.

³ Medicamentos, tecnología e investigación, Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, Colombia.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Aun cuando se han registrado avances en las Américas en materia de salud, persisten desigualdades y diferencias en la situación de salud que reflejan un gradiente social: cuanto peor es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud (1, 2). Las personas con condiciones socioeconómicas más precarias tienen

menos recursos para hacer cambios en su modo de vida y menor acceso a servicios de salud de calidad, incluidos los medicamentos esenciales (1).

El gasto en medicamentos constituye una proporción importante del gasto total en salud. En la región fue estimado aproximadamente en 35% del gasto en

salud de los hogares en 2004,⁵ proporcionalmente mayor en la población pobre y correspondiendo mayoritariamente a gasto de bolsillo. La ocurrencia de gastos catastróficos⁵ implica disminuir el consumo de otros bienes básicos como comida, vestuario y educación de los hijos.

La desigualdad evitable en el estado de salud entre grupos de población se denomina inequidad sanitaria, y corregirla es una cuestión de justicia social. Los determinantes sociales de la salud (DSS) explican la mayor parte de las inequidades sanitarias observadas entre grupos poblacionales dentro de un país y entre los países (2).

El acceso y la utilización de los servicios de salud son factores cruciales para preservar el estado de salud y alcanzar la equidad sanitaria. El sistema de salud es en sí mismo un DSS; influye en los efectos de otros determinantes y se ve influido por estos (3). La exclusión en salud, entendida 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 disfrutaban (4), es un fenómeno multicausal, cuyos orígenes pueden encontrarse dentro o fuera del sistema de salud. Fuera del sistema de salud, está fuertemente ligada a diversos DSS como la pobreza, el aislamiento geográfico, el empleo informal, el desempleo, la discriminación, patrones culturales, el bajo nivel educacional y otras formas de exclusión social. Al interior del sistema de salud, la exclusión tiene que ver con los grados de segmentación y fragmentación del mismo (5).

La exclusión de los servicios de salud se produce toda vez que ocurre una o más de las siguientes situaciones: i) percibiendo una necesidad de salud, el individuo demanda servicios de salud que no le son provistos (exclusión); ii) percibiendo una necesidad, el individuo no demanda servicios (autoexclusión), y iii) el individuo no percibe su necesidad y, por tanto, no busca servicios para satisfacerla (autoexclusión) (5).

El acceso a medicamentos forma parte del acceso a la atención de salud, siendo

un bien que guarda algunas particularidades con relación a otros insumos sanitarios, puesto que puede ser usado por decisión autónoma del individuo, recomendación de quien lo provee o indicación del prestador de servicios de salud. Desde el momento en que existe una necesidad de salud percibida puede existir búsqueda de medicamentos, ya sea que los individuos busquen o no servicios de salud. La demanda por medicamentos puede ser o no satisfecha, ya sea al interior del sistema de salud o fuera de este.

Guatemala, Honduras y Nicaragua se caracterizan por el predominio de población joven, pluralidad étnica y cultural, indicadores de desarrollo humano bajos y elevada tasa de pobreza resultado, en parte, de factores como conflictos armados, desastres naturales y crisis económicas. Coexisten enfermedades infecciosas y crónicas, manteniéndose las de transmisión vectorial como importante problema, junto con la elevada prevalencia de desnutrición infantil. A pesar de las diferentes conformaciones de sus sistemas de salud, en común tienen la notoria fragmentación en la provisión de los servicios, debido en parte a las reformas de los sistemas de salud sufridas en las últimas dos décadas, incluidos los cambios en los beneficios para cada grupo poblacional que dificultan la estimación de la cobertura efectiva y disposición de información confiable —por ejemplo, sobre distribución y acceso a medicamentos.

Nicaragua implementaba una política de gratuidad pública de medicamentos, mientras que en la seguridad social los afiliados recibían los medicamentos cubiertos sin pago al momento de la entrega. En Honduras, las personas sin capacidad de pago —niños, embarazadas y adultos mayores— tenían derecho a acceder a medicamentos del cuadro básico gratuitamente en el sector público, mientras que en la seguridad social debían pagar un valor fijo denominado “cuota de recuperación por servicios de salud y medicamentos”. En Guatemala, la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales era usada por todo el sector público de salud, incluida la seguridad social para la compra y atención a su cargo, sin que el usuario realizara pago al momento de la entrega.

El presente trabajo examina los determinantes sociales que afectan la conducta de la población en relación con la búsqueda y la obtención de medicamentos, así como su relación con la exclusión

de los servicios para datos agregados de tres países de América Central: Guatemala, Honduras y Nicaragua.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta de hogares basada en instrumentos y métodos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (6, 7), y adaptados para estudiar la falta de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, de acuerdo al marco conceptual de la exclusión en salud desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (8, 9).

La muestra del estudio se seleccionó de acuerdo al método de conglomerados y se diseñó para estimar la proporción de personas excluidas de los servicios de salud y del acceso a medicamentos en cada país. Para estimar el tamaño requerido de la muestra en cada uno de los tres países, se consideró una prevalencia de 50% de cualquiera de las variables de interés, con un intervalo de confianza del 95%, error $\pm 5\%$ y un efecto de diseño de 2,0.

La muestra de hogares fue seleccionada en tres etapas. En la primera se seleccionaron 50 secciones censales, con probabilidad proporcional al tamaño, en función del número de viviendas en cada sector, estratificadas de acuerdo a la ubicación (urbana/rural). En la segunda se seleccionaron 20 viviendas en cada sección censal, asumiendo un 25% de tasa de no respuesta. En la tercera, para múltiples unidades domésticas, se seleccionó un hogar utilizando una tabla de números aleatorios.

El formulario contenía 78 preguntas en ocho módulos: Información individual y acceso a los servicios de salud; Enfermedades agudas o de corta duración; Enfermedad crónica o de larga duración; Embarazo; Persona con estado de salud malo o regular; Información sobre medicamentos en el hogar; Percepciones sobre los servicios de salud y los medicamentos, e Información del hogar. El entrevistado fue la persona de 15 años o más que por lo general tomaba las decisiones en materia de salud, tenía conocimiento sobre el gasto en salud y el uso de productos y servicios de salud de los miembros de la familia.

La necesidad de salud a nivel del hogar se definió como el reporte de al menos una de cuatro condiciones: enfermedad

⁵ Los gastos catastróficos en salud son aquellos gastos que los hogares se ven obligados a hacer para atender sus necesidades de salud y que impactan de manera negativa en la satisfacción de otras necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación o la educación. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un hogar incurre en gasto catastrófico cuando destina más de 30% de su capacidad de pago para financiar la atención a la salud.

aguda grave o moderada, enfermedad crónica, embarazo y valoración de mal estado de salud para un miembro del hogar.

La exclusión de la atención de salud se definió a partir de dos categorías: i) autoexclusión (la no búsqueda de servicios de salud porque la necesidad de este servicio no fue percibida o porque, habiéndola percibido, se decidió contener la demanda por servicios de salud), y ii) exclusión (frente a la percepción de una necesidad de salud, hubo demanda por servicios de salud y esta no fue satisfactoria). La exclusión del acceso a medicamentos se definió como la situación en la que, frente a la necesidad de obtener medicamentos por cualquiera de las situaciones mencionadas, no hubo búsqueda de medicamentos (con o sin prescripción) o la búsqueda fue infructuosa por al menos uno de los siguientes motivos: no tenía dinero, la farmacia no tenía el medicamento, el establecimiento de salud era muy distante, falta de calidad de los medicamentos y/o precios altos.

El hogar fue considerado excluido cuando no obtuvo atención de salud o medicamentos para al menos una de las condiciones reportadas. Así, se registraron cuatro escenarios distintos:

- a) No excluidos de la atención de salud ni del acceso a medicamentos: no se registró exclusión de la atención de salud para ninguna de las cuatro condiciones investigadas, y se obtuvieron todos los medicamentos buscados para tales condiciones.
- b) No excluidos de la atención de salud pero excluidos del acceso a medicamentos: no se registró exclusión de la atención de salud para ninguna de las cuatro condiciones investigadas, pero hubo por lo menos un miembro del hogar que no obtuvo todos los medicamentos buscados.
- c) Excluidos de la atención de salud, pero no excluidos del acceso a medicamentos: por lo menos un miembro del hogar sufrió exclusión de la atención de salud para cualquiera de las cuatro condiciones investigadas, pero se obtuvieron todos los medicamentos buscados.
- d) Excluidos de la atención de salud y del acceso a medicamentos: por lo menos un miembro del hogar sufrió exclusión de la atención de

salud, y no pudo obtener todos los medicamentos buscados para cualquiera de las cuatro condiciones investigadas.

La etnia originaria se categorizó en “indígena” y “no indígena” con base en las definiciones propias de cada uno de los países (10).

El “nivel socioeconómico” (NSE) se definió con base en el número de bienes en el hogar y el nivel educativo del jefe del hogar, combinados en un índice compuesto y categorizados en nivel socioeconómico: A (13 puntos o más), B (entre 6 y 12 puntos) y C (5 o menos puntos) (5, 10).

La “percepción sobre la oportunidad de uso del establecimiento de salud del sector público” fue compuesta por la opinión de los usuarios sobre localización y el horario de funcionamiento de la unidad de salud del sector público y de su farmacia. Las respuestas fueron agregadas en: tener todos los ítems evaluados como buenos, no todos los ítems buenos pero ninguno malo, por lo menos un ítem malo.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS® V.17, utilizando esta-

dística descriptiva (tablas de frecuencia, porcentajes, medianas y promedios), análisis bivariado (promedios, porcentajes y pruebas de chi cuadrado), análisis multivariado (Regresión Logística Multivariada [RLM] stepwise) y análisis por componentes principales (ACP). Tanto en el análisis de regresión multivariada como en el de componentes principales, se incluyó además como variable independiente la “exclusión de los servicios de salud”.

RESULTADOS

En el conjunto de los tres países se encuestó un total de 2 779 hogares. Alrededor de 18% de los jefes de hogar declaró pertenecer a un grupo étnico originario y 80% de los jefes del hogar sabían leer y escribir en español. El 44,9% de los hogares pertenecían al NSE B y en un 45% el nivel educacional del jefe de hogar era educación primaria incompleta (cuadro 1).

Un total de 2 006 hogares (72,2%) reportaron al menos un problema de salud y, exceptuando aquellos que reportaron un problema de salud agudo leve, 1 308

CUADRO 1. Características de los hogares encuestados en un estudio sobre acceso a servicios de salud y a medicamentos. Guatemala, Honduras y Nicaragua, 2008

Indicador	Resultado	No.	Total
Hogares con JH del sexo masculino (%)	58,5	1 623	2 775
Promedio de edad del JH (años)	45,1	NA	2 770
Etnia del JH pertenece a grupo étnico originario (% hogares)	17,6	351	1 994
Etnia de la madre pertenece a grupo étnico originario (% hogares)	18,3	320	1 745
Hogares donde el idioma de la madre es español (%)	84,0	2 333	2 779
JH que sabe leer y escribir (%)	81,6	2 262	2 773
Nivel educativo del JH (% hogares)			
Primario incompleto	45,0	1 234	2 744
Primario completo o secundario incompleto	30,1	825	2 744
Secundario completo y más	25,0	685	2 744
Número promedio de personas que viven en el hogar	4,5	NA	2 276
Número promedio de personas por habitación	1,8	NA	2 770
Viviendas con hacinamiento (≥3 personas por habitación) (%)	11,2	311	2 768
Nivel socioeconómico del hogar (% hogares)			
A	21,7	593	2 736
B	44,9	1 228	2 736
C	33,4	915	2 736
Promedio (DE) del ingreso per cápita (US\$)	140,0 (236)	NA	2 745
Rango porcentual de hogares según decil de ingreso (%)			
Alto	9,8	268	2 745
Intermedio	67,6	1 855	2 745
Bajo	22,6	621	2 745
JH con cobertura de seguro de salud (público y/o privado) (%)	17,6	484	2 747
JH con seguro de salud que cubre todos los medicamentos (%)	51,0	247	484
Hogares con establecimiento de salud del MINSa a menos de 30 min (%)	67,3	1 743	2 589
Percepciones de los hogares sobre la oportunidad de uso del establecimiento de salud del sector público			
Buena localización, horario y farmacia (%)	37,2	917	2 466
No todos los ítems buenos, pero ninguno malo (%)	40,0	987	2 466
Uno o más ítems malos (%)	22,8	562	2 466

JH: jefe del hogar; DE: desviación estándar; MINSa: Ministerio de la Salud; NA: datos no aplicables.

CUADRO 2. Caracterización de los indicadores relativos al jefe del hogar y a los hogares encuestados, y distribución según categorías de exclusión de la atención de salud. Guatemala, Honduras y Nicaragua, 2008

Indicador	Total		Atención de salud					
	No.	%	No excluido		Autoexcluido		Excluido	
			No.	%	No.	%	No.	%
Total de hogares con las condiciones de interés	1 308	100	1 049	80,2	225	17,2	34	2,6
Características del jefe de hogar								
Sexo								
Hombre	682	65,8	542	79,5	123	18,1	16	2,4
Mujer	624	34,2	505	80,8	102	16,3	18	2,9
Sabe leer y escribir en español								
No	256	19,6	190	74,1	58	22,6	9	3,4
Sí	1 047	80,4	854	81,6	167	16,0	26	2,5
Nivel educativo ^a								
Primario incompleto	639	49,4	469	73,4	153	23,9	18	2,7
Primario completo	369	28,5	302	82,0	55	14,9	11	3,1
Secundario y más	286	22,1	267	93,4	15	5,1	4	1,5
Trabaja								
No	348	26,7	271	78,1	62	17,9	14	4,0
Sí	958	73,3	776	81,0	162	16,9	20	2,1
Empleado (Trabajo formal) ^a								
No	923	70,7	713	77,2	184	20,0	26	2,8
Sí	382	29,3	334	87,4	40	10,4	8	2,2
Seguro de salud ^a								
No	1 042	80,4	804	77,2	207	19,8	31	3,0
Sí	254	19,6	233	91,7	18	7,0	3	1,3
Adulto mayor es JH								
No	666	77,3	536	80,4	111	16,6	20	3,0
Sí	196	22,7	149	76,4	39	20,1	7	3,5
Características del hogar								
Nivel socioeconómico ^a								
A	294	22,8	270	91,8	17	5,7	7	2,5
B	581	45,1	483	83,2	85	14,5	13	2,2
C	414	32,1	282	68,0	120	28,9	13	3,1
Número de personas por habitación $\geq 3^a$								
No	1 131	86,7	927	82,0	176	15,6	27	2,4
Sí	173	13,3	119	68,8	48	27,6	6	3,6
Agua potable ^a								
No	310	23,7	215	69,3	89	28,8	6	1,9
Sí	996	76,3	833	83,6	135	13,5	28	2,9
Baño propio ^a								
No	229	17,5	150	65,3	71	30,8	9	3,9
Sí	1077	82,5	898	83,4	153	14,2	25	2,4
Electricidad ^a								
No	284	21,7	194	68,2	82	29,0	8	2,8
Sí	1 023	78,3	854	83,6	142	13,9	26	2,6
Ingreso máximo por hogar ^a								
20% más pobres	305	NA	217	71,1	81	26,5	7	2,4
20%–90%	852	NA	692	81,3	133	15,6	26	3,1
10% más ricos	140	NA	128	91,3	11	8,0	1	0,7
Madre del hogar pertenece a algún grupo étnico originario ^b								
No	671	84,7	550	81,9	104	15,5	18	2,6
Sí	121	15,3	83	68,4	35	29,2	3	2,4

Autoexcluido: no buscó atención; Excluido: buscó atención y no la recibió; JH: jefe del hogar; NA: datos no aplicables.

^a $P < 0,01$ según prueba de chi-cuadrado.^b $P < 0,05$ según prueba de chi-cuadrado.

hogares (47,1%) reportaron al menos una de las cuatro condiciones de salud investigadas. De ellos, 530 (40,5%), 828 (63,3%), 94 (7,2%) y 214 (16,4%) correspondieron a enfermedad aguda grave o moderada, enfermedad crónica, embarazo y mal estado de salud, respectivamente. De los 1 308 hogares que reportaron las condiciones investigadas, 82,8%

expresó su demanda de atención buscando un servicio de salud y 17,2% se autoexcluyó —es decir, no buscó atención en un servicio de salud. En el cuadro 2 se presenta la caracterización de hogares en función de los indicadores relativos al jefe del hogar, y otros aspectos del hogar según las categorías de exclusión de la atención de salud.

Para el conjunto de los países analizados, la falta de acceso a medicamentos (no buscó/no obtuvo todos los medicamentos) afectó a cerca de 21% de los hogares con por lo menos una de las condiciones de salud investigadas (cuadro 3).

Considerando la exclusión de los servicios de salud y del acceso a medicamentos, 895 hogares (70,6%) no sufrieron

CUADRO 3. Caracterización de los indicadores relativos al jefe del hogar (JH) y a los hogares encuestados, y distribución según categorías de exclusión del acceso a medicamentos. Guatemala, Honduras y Nicaragua, 2008

Indicador	Total		Medicamentos			
	No.	%	Los obtuvo		No los obtuvo	
			No.	%	No.	%
Total de hogares con las condiciones de interés	1 191	100	942	79,1	249	20,9
Características del JH						
Sexo						
Hombre	608	58,5	484	79,5	125	20,5
Mujer	581	41,5	457	78,8	123	21,2
Sabe leer y escribir en español ^a						
No	233	18,4	166	71,1	67	28,9
Sí	952	81,6	774	81,3	178	18,7
Nivel educativo ^a						
Primario incompleto	577	45,0	425	73,7	152	26,3
Primario completo	332	30,1	271	81,8	61	18,2
Secundario y más	269	25,0	239	88,8	30	11,2
Trabaja						
No	313	26,3	243	77,4	71	22,6
Sí	875	73,7	699	79,8	177	20,2
Empleado (Trabajo formal) ^a						
No	839	70,6	637	76,0	201	24,0
Sí	350	29,4	304	86,8	46	13,2
Seguro de salud ^a						
No	938	82,4	715	76,3	223	23,7
Sí	242	17,6	217	89,7	25	10,3
Adulto mayor es JH						
No	600	76,9	464	77,2	137	22,8
Sí	180	23,1	138	76,4	43	23,6
Características del hogar						
Nivel socioeconómico ^a						
A	278	23,7	253	91,1	25	8,9
B	528	45,0	424	80,3	104	19,7
C	368	31,3	254	69,1	114	30,9
Número de personas por habitación ≥ 3						
No	1 027	86,5	830	80,9	196	19,1
Sí	160	13,5	108	67,4	52	32,6
Agua potable ^a						
No	291	24,5	203	69,7	88	30,3
Sí	898	75,5	737	82,1	160	17,9
Baño propio ^a						
No	212	17,8	141	66,4	71	33,6
Sí	977	82,2	799	81,8	177	18,2
Electricidad ^a						
No	274	23,0	189	68,9	85	31,1
Sí	915	77,0	752	82,1	163	17,9
Ingreso máximo por hogar ^a						
20% más pobres	275	NA	187	67,9	88	32,1
20%–90%	772	NA	625	81,0	147	19,0
10% más ricos	134	NA	120	90,0	13	10,0
Madre del hogar pertenece a algún grupo étnico originario ^b						
No	609	85,3	507	83,3	102	16,7
Sí	105	14,7	70	66,4	35	33,6

NA: datos no aplicables

^a $P < 0,01$ según prueba de chi-cuadrado.

^b $P < 0,05$ según prueba de chi-cuadrado.

exclusión de la atención de salud ni de medicamentos, mientras que 114 hogares (9%) sufrieron exclusión de la atención de salud y de medicamentos. La pertenencia de la madre a algún grupo étnico originario tuvo asociación directa con la

atención de salud y de medicamentos en el análisis bivariado.

Del total de hogares encuestados, 1 283 (46,2%) reportaron algún gasto en salud. En estos hogares el gasto en medicamentos fue el más frecuentemente reportado,

y representó más de la mitad (58,3%) del gasto en salud de los hogares que reportaron gasto en medicamentos. Se destaca que 24,4% de los hogares tuvo que vender algún bien y/o usar préstamos para pagar sus gastos en salud y 19,3% utilizó sus ahorros para este fin. Cabe señalar que más de una fuente pudo haber sido reportada por el hogar para el financiamiento del gasto en salud.

El análisis por componentes principales permitió seleccionar las variables con mayor peso (carga factorial) para la caracterización de los hogares, y también agrupar los posibles determinantes del fenómeno de exclusión en cuatro componentes. i) Características de la vivienda explicó 20,2% de la varianza y presentó como variables de mayor carga factorial: Electricidad (carga factorial = 0,738); Servicio sanitario propio (0,727); Acceso a agua potable (0,716), y Promedio de personas por habitación (-0,584). ii) Trabajo formal del jefe de hogar, que explicó 14,3% de la varianza y cuyas variables de mayor carga factorial fueron: Jefe empleado (0,782); Jefe del hogar con seguro de salud (0,668); Años de estudio del jefe de hogar (0,592) y Edad del jefe del hogar (-0,543). iii) Condiciones económicas del hogar, que explicó 13,8% de la varianza y cuyas variables de mayor carga factorial fueron: Ingreso total del hogar (0,964) y Gasto total del hogar (0,961). iv) Mujer jefa de hogar, que explicó 9,20% de la varianza y cuyas variables de mayor carga factorial fueron: Sexo del jefe del hogar (0,769); Jefe de hogar trabaja (-0,536); Etnia de la madre (-0,506).

Los principales determinantes de la exclusión de la atención de salud fueron educación primaria incompleta del jefe de hogar; tener una mala percepción sobre la oportunidad del uso del servicio y pertenecer a clase económica B o C. Por el contrario, mejores condiciones de la vivienda y el empleo formal del jefe de hogar mostraron un efecto protector contra la exclusión de los servicios de salud (cuadro 4).

Para los hogares que sufrieron exclusión de la atención de salud, la probabilidad de sufrir exclusión del acceso a medicamentos fue 5,19 veces mayor respecto de aquellos hogares que no sufrieron exclusión de la atención de salud (cuadro 5). Los resultados del análisis por componentes principales confirman estos hallazgos y muestran que la probabilidad de sufrir exclusión del acceso a medicamentos es 4,1 veces

CUADRO 4. Modelos de regresión logística multivariada con exclusión de la atención de salud, utilizando las variables independientes directamente en el modelo y los componentes principales como variables independientes. Honduras, Guatemala y Nicaragua, 2008

Indicador	RP	IC95%
Percepción del hogar sobre oportunidad de uso del establecimiento público de salud		
Buena localización, horario de funcionamiento del establecimiento y su farmacia	1,00	NA
No todos los ítems buenos, pero ninguno malo	1,48	0,95–2,28
Por lo menos un ítem malo	2,39	1,59–3,62
Acceso al establecimiento público de salud más cercano		
< 30 min	1,00	NA
> 30 min	1,52	1,01–2,29
Nivel educativo		
Secundario o más	1,00	NA
Primario completo	1,24	0,89–1,74
Primario incompleto	3,79	1,89–7,60
Nivel socioeconómico		
A	1,00	NA
B	1,88	1,26–2,81
C	2,37	1,21–4,66
Modelo con componentes principales ^a como variables independientes		
Características de la vivienda ^b	0,62	0,50–0,77
Trabajo formal ^c	0,58	0,46–0,73

RP: razón de probabilidades; IC95%: intervalo de confianza de 95%; Min: minuto(s); NA: datos no aplicables.

^a Variables agregadas, con mayor carga factorial en cada componente.

^b Indicadores: acceso a agua potable, baño propio, electricidad, promedio de personas por habitación.

^c Indicadores del jefe de hogar: contar con seguro de salud, edad, nivel educativo, empleado formalmente o no.

CUADRO 5. Modelos de regresión logística multivariada con exclusión de acceso a medicamentos, utilizando las variables independientes directamente en el modelo y los componentes principales como variables independientes. Guatemala, Honduras y Nicaragua, 2008

Indicador	RP	IC95%
Nivel socioeconómico		
A	1,00	NA
B	1,34	0,90–1,99
C	2,61	1,45–4,64
Empleado (Trabajo formal)		
Sí	1,00	NA
No	1,65	1,11–2,47
Número de personas por habitación ≥ 3		
No	1,00	NA
Sí	1,45	0,98–2,30
Exclusión de la atención en salud		
No excluido	1,00	NA
No buscó atención o la buscó y no la recibió	5,19	3,45–7,82
Modelo con componentes principales ^a como variables independientes		
Exclusión de la atención de salud ^b	4,10	2,51–6,70
Características de la vivienda ^c	0,75	0,59–0,95
Trabajo formal ^d	0,71	0,57–0,88
Condiciones económicas ^e	0,46	0,23–0,92

NA: datos no aplicables

^a Variables agregadas, con mayor carga factorial en cada componente.

^b Variable incluida en la regresión, sin agregación en los componentes principales.

^c Indicadores: acceso a agua potable, baño propio, electricidad y promedio de personas por habitación.

^d Indicadores del jefe de hogar: contar con seguro de salud, edad, nivel educativo y si está empleado formalmente o no.

^e Indicadores: gasto e ingreso totales del hogar.

mayor en presencia de exclusión de los servicios de salud para el conjunto de los países.

La informalidad del empleo del jefe de hogar constituye un factor de riesgo de exclusión del acceso a medicamentos, por cuanto en estos hogares la probabilidad de no lograr acceso a medicamentos

es 1,65 veces mayor que cuando el jefe de hogar tiene un empleo formal. Igual, estos hallazgos fueron confirmados por el análisis por componentes principales, que mostró el efecto protector de la formalidad del empleo del jefe de hogar en relación con la exclusión del acceso a medicamentos (0,71).

En cuanto a las condiciones socioeconómicas del hogar, los resultados del análisis de regresión logística multivariada muestran que para el conjunto de países, los hogares pertenecientes a la Clase C tenían una probabilidad 2,61 veces mayor de ser excluidos del acceso a los medicamentos que aquellos pertenecientes a la Clase A. A medida que mejoraban las condiciones socioeconómicas del hogar, se reducían las probabilidades de sufrir exclusión del acceso a medicamentos (0,46; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 0,32–0,92).

Al analizar el efecto de las condiciones de la vivienda sobre el acceso a medicamentos, se encontró que cuando los hogares sufrían hacinamiento, la probabilidad de ser excluidos del acceso a medicamentos aumentaba 1,45 veces y que, a medida que mejoraban las características de la vivienda, se reducía la probabilidad de este tipo de exclusión (0,74).

DISCUSIÓN

El presente artículo trabaja con datos agregados de los países. Se encontró un 82% de jefes de hogar que saben leer y escribir, y 18% de jefes de hogar pertenecientes a etnias originarias. Informes específicos sobre los países reportaron 71%, 78% y 68,1% para índice de alfabetismo y 41%, 6% y 15% de minorías étnicas respectivamente para Guatemala, Honduras y Nicaragua (11–13). Algunas informaciones se muestran muy convergentes a hallazgos tomados de muestras más amplias mientras otras se apartan de ellas de manera desigual entre los países.

Se trabajó con los problemas de salud con mayor potencial de generar búsqueda de atención, por tanto se puede considerar que los hallazgos expresaron necesidad en salud, y esta se reflejó en búsqueda de atención, que fue satisfecha en la gran mayoría de los casos. Se encontró que la prevalencia de reporte de problemas crónicos fue mayor que la de problemas agudos graves o moderados en el conjunto de países. Ya que la cobertura de seguro de salud fue bastante baja, ciertamente la obtención de cuidados representó una carga importante para los hogares.

El principal determinante de la falta de acceso a medicamentos fue la exclusión de los servicios de salud, lo que indica que una importante parte de búsqueda de medicamentos fue mediada por prescripción. Esto llama la atención sobre la

importancia de asociar las estrategias de mejoría del acceso a medicamentos a las políticas de acceso a los servicios de salud (14, 15).

Se observa además que aunque la mayoría de los hogares encuestados tuvieron acceso a servicios de salud y a medicamentos, lo hicieron a costa de un alto gasto de bolsillo y en muchos casos tuvieron que vender algún bien o recurrir a préstamos y/o ahorros para solventar el gasto asociado a la obtención de los medicamentos, lo que sugiere gasto catastrófico.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con el gradiente social reportado en la literatura (16–20), relacionado con un mayor nivel de exclusión de la atención de salud y de medicamentos en los grupos en situación de desventaja social, expresada en este caso como el menor nivel económico y educativo, así como el hecho de pertenecer a una etnia originaria.

Los resultados muestran que la falta de cobertura de seguro de salud es un determinante importante de la exclusión, tanto de la atención en salud como de los medicamentos, lo cual es concordante con otros estudios (4, 21, 22).

En este estudio, menos de la mitad de los encuestados mostró una percepción positiva acerca de la ubicación geográfica y el horario de funcionamiento de los establecimientos sanitarios. De manera convergente a otros estudios (22–24), se observó que percepciones positivas sobre la ubicación geográfica de los establecimientos de salud y la calidad de la atención afectan positivamente el com-

portamiento de búsqueda de servicios de salud.

Se observó el importante rol que juegan algunos DSS específicos —la informalidad del empleo, la condición económica de los hogares y las características de la vivienda— sobre la probabilidad de lograr o no acceso a la atención de salud y a los medicamentos requeridos, hallazgos consistentes con otros estudios realizados sobre exclusión y utilización de servicios de salud en las Américas (4, 20, 21).

El acceso a medicamentos es reconocido como uno de los “bloques” de los sistemas de salud (25). La Declaración de Río de Janeiro (26), adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, destaca el acceso a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de calidad, como uno de los retos a enfrentar a nivel nacional, regional y mundial. Vale precisar que el presente trabajo no considera si el acceso a los medicamentos, con o sin prescripción, se dio de manera racional —aspecto fundamental para que dicho acceso promueva buenos resultados en salud.

Conclusión

Se identificaron factores determinantes de exclusión que deben ser enfrentados a fin de reducir las inequidades en el acceso a servicios de salud y a medicamentos entre grupos poblacionales, aportando evidencia sobre la necesidad de proveer un “tratamiento diferenciado” a los segmentos de la población en situación de vulnerabilidad.

A diferencia de lo que tradicionalmente se argumenta, los fenómenos de la

falta de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos no son independientes entre sí. Los resultados de este estudio corroboran que el sistema de salud, determinante social intermediario de la salud, constituye un factor importante para la mejora del acceso a los medicamentos. Por lo tanto, las políticas públicas orientadas a alcanzar la cobertura universal de servicios de salud deben incluir estrategias para promover el acceso equitativo y de calidad a los medicamentos como parte integral del fortalecimiento de los esquemas de protección social, incluyendo mecanismos orientados a reducir el gasto de bolsillo en medicamentos por los hogares. También se apunta la necesidad de la concurrencia de acciones en las demás esferas del desarrollo, que permitan avanzar en la lucha contra la pobreza y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Agradecimientos. Los autores desean agradecer a la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional por la financiación del presente estudio, así como a su personal en Guatemala, Honduras y Nicaragua, y a todos los equipos de investigación que trabajaron en la encuesta y los ministerios de la salud de esos tres países. Asimismo, manifiestan su gratitud a Célia Landmann Szwarcwald, Paulo Borges, Jurema Mota y Dália Castillo por su participación y valiosa ayuda en la realización de este trabajo.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2012.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Resumen analítico del informe final “Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Ginebra: OMS; 2009.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2003.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Documento base para el estudio del impacto de la exclusión de la atención de salud sobre el acceso a medicamentos en Honduras, Guatemala y Nicaragua. Washington, D.C.: OPS; 2007.
- World Health Organization (WHO). Manual for the Household Survey to Measure Access and Use of Medicines Working Draft. Geneva: WHO; 2007.
- World Health Organization (WHO). Operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations. Geneva: WHO; 2007.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud. Washington, D.C.: OPS; 2006.
- Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. RADIS/FIOCRUZ. 2004;23: 14–33.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Impacto de la exclusión de los servicios de salud sobre el acceso a medicamentos en Nicaragua, Honduras y Guatemala. Análisis conjunto y comparado de la situación. Washington, D.C.: OPS; 2010.

11. Pan American Health Organization (PAHO). Health Systems Profile in Nicaragua: Monitoring and Analyzing Health Systems Change/Reform. Washington, D.C.: PAHO; 2009.
12. Pan American Health Organization (PAHO). Health System Profile Honduras, Central America: Monitoring and Analysis of Health Systems Change/Reform. Washington, D.C.: PAHO; 2009.
13. Pan American Health Organization (PAHO). Health systems profile of Guatemala. Washington, D.C.: PAHO; 2007.
14. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Júnior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population. *Cad Saude Publica*. 2005;21 supl:S100-8.
15. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Survey on medicine use by elderly retirees in Belo Horizonte, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):724-32.
16. Mackenbach J, Van den Bois J, Joung I, Van den Mheen H, Stronks K. The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? *Int J Epidemiol*. 1994;23(6): 1273-81.
17. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito ADS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2002;7(4):687-707.
18. Bertoldi AD, de Barros AJD, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy*. 2009;89(3):295-302.
19. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar MDLL, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Publica Mex*. 1998;40(1):24-31.
20. Lopez-Cevallos DF, Chi C. Health care utilization in Ecuador: A multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health Policy Plan*. 2010;25(3):209-18.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Exclusión en salud. Estudios de caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Washington, D.C.: OPS; AECID; ASDI; 2009.
22. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: Una revisión sistemática sobre los factores relacionados *Cad Saude Publica*. 2001;17(4):819-32.
23. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "porqué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*. 1997;39:442-50.
24. Shaikh BT, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: Challenging the policy makers. *J Public Health*. 2004;27(1):49-54.
25. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies: WHO; 2010.
26. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS). Declaração do Rio. Rio de Janeiro: CMDSS; 2011.

Manuscrito recibido el 1 de abril de 2013. Aceptado para publicación, tras revisión, el 30 de diciembre de 2013.

ABSTRACT

Social determinants of exclusion from health services and medicines in three Central American countries

Objective. Examine the social determinants that affect population behavior with regard to the search for and acquisition of medicines, and their relationship to exclusion from health services based on aggregate data from three Central American countries: Guatemala, Honduras, and Nicaragua.

Methods. A descriptive, observational cross-sectional study was conducted by administration of a household survey. The study sample was selected in accordance with the conglomerate method. Data was analyzed with the SPSS® V.17 program using descriptive statistics, bivariate, multivariate, and principal components analysis (PCA).

Results. Although the majority of the persons could access health care, health exclusion (odds ratio [OR] 4.10; 95% confidence interval [95% CI]) was the main determinant of lack of access to medicines. The characteristics of housing (OR 0.747, 95% CI), formal employment of head of the household (OR 0.707, 95% CI), and socioeconomic status of the household (OR 0.462, 95% CI) were also important determinants of lack of access to medicines.

Conclusions. The phenomena of lack of access to health services and medicines are not independent from one another. It was corroborated that the health system, as an intermediate social determinant of health, is an important factor for improvement of access to medicines. Public policies that aim to achieve universal coverage should consider this relationship in order to be effective.

Key words

Health services accessibility; equity in access; risk factors; socioeconomic factors; Guatemala; Honduras; Nicaragua; Central America.