

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS EN COSTA RICA II PARTE. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Carlos Alberto Zamora Zamora
Félix Angel Montero Méndez

RESUMEN

El estudio de la accesibilidad geográfica debe ser hecho usando espacios geográficos bien definidos y lo más pequeños posibles. Se analizó la relación entre la utilización de servicios y las variables geográficas de la Encuesta Nacional de Hogares de 1990. Primero se definieron áreas geográficas combinando las regiones y zonas definidas en la encuesta. Luego se calcularon tasas de acceso a los servicios de medicina general y a los servicios especializados y los riesgos relativos para cada área con la finalidad de medir la accesibilidad a estos servicios. El acceso a los servicios de medicina fue relativamente más bajo en las áreas central urbanas que en el resto del país. El acceso a los servicios especializados por áreas por región fue relativamente homogéneo. Sin embargo, las áreas rurales dispersas mostraron tasas y riesgos relativos más bajos. La homogeneidad de los resultados fue disminuyendo conforme se desagregaron los datos por provincia y por cantón. Si bien la validez estadística de estos resultados es menor, el rango de variación de las tasas es muy grande y sugiere que existen cantones donde el acceso a los servicios es limitado. Este estudio deberá ser complementado con el estudio de disponibilidad de recursos de salud.

Palabras clave: **Accesibilidad geográfica**
Encuesta nacional
de salud

SUMMARY

Studies on geographic accessibility need to be done using the smallest possible and well defined geographic utilization and the case. The relation between health services utilization and the geographic variables of the 1990 National Household Survey was analyzed. Firstly, geographic areas were defined combining regions and zones already defined for the survey. Then, access rates and relative risks of general practitioner and specialist services were estimated for each area as accessibility measures. Access to general practitioner services were lower in Urban Central Areas by region compared with others. Access to specialist services was relatively homogeneous. But, lower rates and relative risks were observed at Scattered Rural Areas. The specialist access homogeneity diminishes when data was analyzed using smaller geographical variables -province and county- as well as statistical validity. Nevertheless, the wide range of variation suggests that there are counties where access to specialty services is low, but real. This study merits a complementary study on health resources availability.

Key Words: **Geographic accessibility.**
National health survey.

INTRODUCCIÓN

En esta parte se analiza el factor geográfico en la accesibilidad a los servicios de salud (1). Es decir, el efecto que el lugar de residencia de las personas tiene el acceso a los servicios de salud (2). La medición precisa de la accesibilidad geográfica es relativamente compleja pues debe incluir el componente de la disponibilidad de recursos. Además, ha sido demostrado que la variabilidad de las mediciones se acentúa cuando la unidad de análisis se hace más pequeña (3-5). El módulo de salud de Encuesta de Hogares permite explorar de manera general este fenómeno. El factor geográfico es el elemento más determinante de acceso y uso de servicios de salud después en un sistema de seguro social como el nuestro.

METODOLOGÍA

Para el análisis de la accesibilidad geográfica fueron seleccionadas las variables lugar de la consulta y tipo de servicio donde se otorgó la atención y las variables de tipo geográfico región, provincia y cantón. La accesibilidad geográfica de cada área geográfica (combinación entre región y zona) se midió con la tasa de acceso (TA). La TA se definió como el número de personas usuarias de un servicio por cada mil habitantes en el período de observación, es decir durante los seis meses previos a la encuesta. Se calcularon las tasas acceso a los servicios médicos ambulatorios de medicina general (TAG) y de medicina especializada (TAE) otorgados en las instituciones públicas para cada área geográfica. Para realizar estos cálculos se excluyeron los servicios otorgados en medicina privada. Luego se calcularon los riesgos relativos para el acceso a cada tipo de servicio según área estableciendo como parámetro la tasa respectiva del área central urbana. Los datos se procesaron usando los programas SPSS-PC y EPIINFO.

Cuadro 1
ACCESO A LOS SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL*

Zona	Región	URBANA	URBANA PERI.	RURAL CONC.	RURAL DISP.
CENTRAL	TA	184	221	224	240
	RR	1.00	1.20	1.22	1.30
	LC	-	1.19-1.21	1.20-1.23	1.29-1.31
CHOROTEGA	TA	296	248	341	305
	RR	1.60	1.34	1.85	1.65
	LC	1.58-1.63	1.31-1.38	1.82-1.89	1.64-1.67
PACIFICO CENTRAL	TA	257	215	280	334
	RR	1.39	1.16	1.52	1.81
	LC	1.37-1.41	1.14-1.19	1.48-1.56	1.79-1.83
BRUNCA	TA	280	214	334	297
	RR	1.52	1.16	1.77	1.81
	LC	1.50-1.55	1.13-1.20	1.74-1.79	1.60-1.83
HUETAR ATLANTICA	TA	226	260	198	304
	RR	1.23	1.41	1.61	1.65
	LC	1.21-1.25	1.35-1.47	1.59-1.64	1.64-1.67
HUETAR NORTE	TA	311	-	217	274
	RR	1.69	-	1.18	1.48
	LC	1.56-1.72	-	1.14-1.22	1.47-1.50

TA: Tasa de acceso por 1000 habitantes.

RR: Riesgo relativo.

LC: Límites de confianza.

*: Prueba Chi cuadrado, $p < 0.00$ en todos los casos.

RESULTADOS

El cuadro 1 muestra los datos de acceso a los servicios públicos de medicina general por áreas. Todas las pobladores tuvieron TAG mayores que el área central urbana. La TAG varió entre 214 y 341. En algunas áreas, principalmente rurales, mostraron diferencias importantes (TAG > 280, RR > 1.50).

El cuadro 2 presenta los datos de acceso a los servicios especializados. La TAE varió entre 65 y 176, y el RR varió entre 0.58 y 1.57. La menor accesibilidad se observó en el área chorotega rural y en el área huetar norte urbana. El cuadro 3 muestra las TAE desagregadas por región, zona y provincia. Estos datos no tienen la misma confiabilidad estadística de los anteriores. Sin embargo

se confirma que las mayores TAE se encontraron en las áreas central urbana periférica y rural concentrada de Heredia y las menores TAE en el área chorotega rural. Además se procesaron los datos de manera similar usando como unidad geográfica el cantón. (Se aclara que el diseño de la encuesta limita la validez estadística. Sin embargo, la magnitud de las diferencias en los resultados obtenidos no pueden explicarse como aleatorios sino por diferencias reales). El rango de variación de la proporción de consultas de especialistas varió de 7.1% a 63.4%. La figura 1 muestra los cantones con una proporción de acceso a los servicios especializados menor al 20%.

DISCUSIÓN

Las instituciones públicas de salud deben preocuparse por alcanzar a la mayor parte posible de los usuarios y ofrecerles servicios equitativos. Este estudio está limitado por la medición de la accesibilidad pero las características de integralidad del sistema de salud nacional disminuyen el error que pueda producir esta medición. Debido al diseño de la EH, esta produce datos estadísticamente confiables a nivel regional. En esta parte se introduce el concepto de áreas geográficas resultado de la combinación entre regiones y zonas. Los tamaños muestrales de cada área se consideran en general *suficientemente grandes para hacer referencias a toda la población*. El análisis de resultados de la accesibilidad geográfica por áreas -medida a través de la proporción de consultas en medicina especializada- mostró una aceptable homogeneidad. Las mayores TAG en algunas áreas podrían ser efecto compensatorio por limitación en el acceso a los servicios especializados. Estos últimos mostraron bastante homogeneidad reflejando una aceptable accesibilidad en casi todas las regiones geográficas del país. Sin embargo, empi-

Cuadro 2
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS DEL SECTOR PÚBLICO
I SEMESTRE 1990 (TASAS POR 1000 HABITANTES)

REGION/ZONA	URBANA	URBANA PERIF.	RURAL CONC.	RURAL DISP.	
SAN JOSE	CENTRAL	147	136	101	83
	BRUNCA	103	155	147	102
ALAJUELA	CENTRAL	172	127	124	134
	CHOROTEGA	82	-	64	
	PACIFICO C.	185	229	163	132
	HUETAR N.	92	-	187	107
CARTAGO	CENTRAL	149	80	140	150
HEREDIA	CENTRAL	198	274	300	163
	HUETAR A.	-	-	252	172
	HUETAR N.	NE	-	-	216
GUANACASTE	CHOROTEGA	112	177	77	88
PUNTARENAS	PACIFICO C.	124	122	178	104
	BRUNCA	109	NE	107	101
LIMON	HUETAR A.	129	107	121	96

NE: No estimado por efectos muestrales

ricamente se puede decir que aún existen diferencias importantes en el acceso a los servicios de salud. Si bien, el diseño de la encuesta limita el análisis a un nivel geográfico menor, se puede decir que las poblaciones de ciertos cantones tienen accesibilidad limitada.

La accesibilidad a los servicios está relacionada con la disponibilidad de recursos. Los recursos obtenidos concuerdan con otras observaciones sobre disponibilidad de recursos en medicina general. La estrecha relación entre accesibilidad a los servicios y disponibilidad de recursos deberá investigarse más. Las áreas donde existen limitaciones en el acceso a los servicios especializados requieren de un estudio más detallado y orientado a este propósito. Las soluciones a las

desigualdades geográficas son ciertamente difíciles pero pueden mejorarse con decisiones organizacionales de los servicios de salud. Para establecer conclusiones definitivas será necesario complementar este trabajo con un análisis de los egresos hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alan GE. *Epidemiology in Health Services Management*. Rockville, Maryland. An Aspen Publication. 1984. pp 221-236.
2. Hornbrook M, Berki S. *Practice Mode and Payment Method. Effects on Use, Cost, Quality and Access*. *Med Care* 1985, 23:484.
3. Thouez JP, Bodson P, Joseph A. *Some Methods for Measuring the Geographic Accessibility of Medical Services in Rural Regions*. *Med Care* 1988, 26: 34.
4. Wennberg JE, Gittelsohn A. *Small area variations in health care delivery*. *Science* 1973, 182: 1102.
5. Wennberg JE, Gittelsohn A. *Variations in medical care among small areas*. *Sci Am* 1982, 246: 120.

AGRADECIMIENTO

Deseamos agradecer al personal de la Dirección General de Estadística y Censos por la desinteresada labor y colaboración con la Caja Costarricense de Seguro Social durante todo el proceso de desarrollo y realización del Módulo de Salud de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1990, de manera especial a la Licda. Pilar Ramos Vargas por el valioso apoyo a la Sección de Investigación de Servicios de Salud.

**Cuadro 3
ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS ***

Zona		URBANA	URBANA	RURAL	RURAL
Región			PERL.	CONC.	DISP.
CENTRAL	TA	113	121	139	109
	RR	1.0	1.07	1.24	0.97
	LC	-	1.06-10.7	1.22-1.25	0.96-0.98
CHOROTEGA	TA	98	171	65	78
	RR	0.87	1.52	0.58	0.69
	LC	0.85-0.90	1.47-1.57	0.55-0.61	0.68-0.70
PACIFICO CENTRAL	TA	105	117	159	93
	RR	0.93	1.04	1.41	0.83
	LC	0.91-0.95	1.01-1.08	1.36-1.47	0.81-0.85
BRUNCA	TA	99	118	108	93
	RR	0.88	1.05**	0.96**	0.84
	LC	0.85-0.91	1.01-1.08	1.36-1.47	0.81-0.85
HUETAR ATLANTICA	TA	112	99	125	93
	RR	0.99	0.88	1.11	0.82
	LC	0.97-1.02	0.82-0.95	1.08-1.15	0.81-0.84
HUETAR NORTE	TA	74	-	178	99
	RR	0.66	-	1.57	0.88
	LC	0.63-0.69	-	1.50-1.63	0.88-0.90

TA: Tasa de acceso por 1000 habitantes

RR: Riesgo relativo

LC: Límites de confianza

*: Prueba de Chi cuadrado

p<0.00 en todos los casos, excepto en los señalados

** : p<0.05

Figura 1
MAPA DE COSTA RICA
LAS ÁREAS EN NEGRO SEÑALAN LOS CANTONES CON PROPORCIÓN
DE CONSULTAS EN ESPECIALIDADES MENOR DE 20%.

