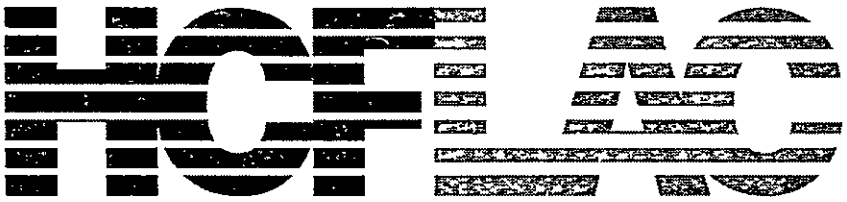
PN-ABC-455
64698



State University of New York at Stony Brook
Group Health Association of America, Inc.
International Resources Group, Ltd.

Health Care Financing in Latin America and the Caribbean

Informe No. 9

DEMANDA FAMILIAR PARA ATENCION MEDICA EN SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

Ricardo Bitran

Contrato AID #LAC 0632-C-00-5137-00

Stony Brook, NY, Marzo 1989

BEST AVAILABLE

PROLOGO

Este es el noveno en una serie de informes técnicos sobre el Financiamiento de Atención de Salud en América Latina y el Caribe (HCF/LAC), producido en la Universidad Estatal de New York en Stony Brook bajo contrato con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La investigación en la cual está basado este informe se realizó bajo sub-contratos con el International Resources Group (IRG), Ltd., de Setauket, New York; Abt Associates, Inc., de Cambridge, Massachusetts y el Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) de Santo Domingo, República Dominicana.

La investigación en República Dominicana bajo el proyecto HCF/LAC se realizó en dos fases. La primera fase, dirigida por Luis Carlos Gómez con la asistencia del especialista en computación Alvaro López (ambos trabajando como consultores para IRG), consistió en la preparación del plan general para el estudio de la demanda, el diseño de la encuesta en hogares para la creación de la base de datos necesaria para el estudio, la ejecución de la encuesta y la consecuente preparación de la base de datos. Gómez es el autor del informe HCF/LAC sobre los métodos de la encuesta y los hallazgos preliminares, Encuesta de Hogares sobre el Consumo de Servicios de Salud en Santo Domingo, República Dominicana: Metodología y Hallazgos Preliminares (HCF/LAC Informe de Investigación No. 8, Septiembre 1988) un documento que debe ser considerado como volúmen colateral del presente informe.

A la vez, se preparó un segundo documento colateral, un estudio suplementario del sector salud en Santo Domingo titulado Organización, Cobertura, Financiamiento y Utilización de los Servicios de Salud del Distrito Nacional por Sectores, por un equipo de investigadores bajo los auspicios del IEPD en Santo Domingo. El equipo, dirigido por Isis Duarte, incluyó a Carmen Julia Gómez, Gerard La Forgia y Maritza Molina. El apoyo financiero y la asistencia técnica fueron suministrados a través del proyecto HCF/LAC.

La segunda fase de la investigación comenzó con la preparación por Ricardo Bitran de "Abt Associates, Inc.", de un primer bosquejo del presente informe, conteniendo estimados econométricos de las determinantes de demanda de atención médica en Santo Domingo. Bitran fué asistido por Julia Watson de la Universidad de Boston. Las orientaciones para la estimación econométrica fué prestada por los profesores Randall Ellis de la Universidad de Boston y Luis Locay de SUNY/ Stony Brook.

Este borrador, junto con el anterior informe HCF/LAC elaborado por Gómez y el estudio supletorio del IEPD suministraron las bases para una discusión en profundidad de los hallazgos de la investigación y sus implicaciones de política a seguir, en una sesión de trabajo de dos días mantenida en Santo Domingo en Enero 19-20, 1989. Llevadas a cabo por invitación de USAID/República Dominicana y autoridades del sector de salud del país anfitrión, con fondos provistos por la misión, asistieron a la sesión de trabajo 53 profesionales dominicanos de la salud, representando a los cuatro subsectores de salud del país así como instituciones académicas y de investigación y por 13 representantes de Estados Unidos y organizaciones internacionales (ver el Apéndice C para una relación de los participantes en las sesiones de trabajo). Los tres estudios discutidos suministraron -por primera vez, de acuerdo con los participantes de las sesiones de trabajo- una visión general del sector de salud del Distrito Nacional de la República Dominicana tanto desde la perspectiva de la oferta como de la demanda.

A través de ambas fases del estudio, Sonia Candelario de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana (SESPAS), Winston Alvarez del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), Luis Betances de la Asociación de Iguales Médicas (AIM) y Lee Hougen con Lisa Early ambas del USAID/DR suministraron guía y apoyo. Maritza Molina de IEPD coordinó todos los preparativos para las sesiones de trabajo, mientras que María Castillo de USAID/TR prestó su asistencia tanto antes como durante las sesiones de trabajo. El borrador del documento, como se presentó en las sesiones de trabajo, fue revisado por Philips Musgrove, Consejero Económico Regional de la Organización Panamericana de la Salud y un miembro del Comité del Consejo de HCF/LAC, cuyas convincentes sugerencias ayudaron al autor y editores del informe para aclarar un número de ambiguedades en la preparación de esta versión final.

Este informe representa la conclusión de la segunda fase de la investigación HCF/LAC en la República Dominicana. Su Capítulo final, preparado en SUNY/Stony Brook por el director del proyecto HCF/LAC y Gretchen Gwynne, investigadora asociada del proyecto, presenta conclusiones y recomendaciones emanadas directamente del análisis Bitran/Watson de los datos de la encuesta, pero ampliados por los participantes de las sesiones de trabajo, ya que sus discusiones quedaron reflejadas en un informe detallado de los procedimientos de las sesiones de trabajo preparado por diversos informadores. La edición del informe final fue responsabilidad de la Dra. Gwynne quien

estuvo asistida por Chandra Shrestha de SUNY/Stony Brook.

Dieter K. Zschock
Director, HCF/LAC

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

Este informe analiza la demanda de atención médica (definida como atención de salud curativa, no dental, prestada por un médico) en Santo Domingo, República Dominicana. El análisis está basado en datos recolectados en una encuesta de hogares durante 1987, realizada bajo el proyecto HCF/LAC en el cual fueron entrevistados 11,565 miembros de 2,537 hogares seleccionados entre 1.8 millones de residentes en Santo Domingo. La encuesta incluyó preguntas sobre variables socioeconómicas (tales como edad, sexo, ingreso y educación); sobre los problemas de salud detectados por los miembros del hogar; la utilización por los miembros del hogar - durante un período de recuerdo de dos semanas - de los servicios de salud prestados por el Ministerio de Salud del país (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social o la SESPAS), instituto de seguridad social (Instituto Dominicano de Seguros Sociales o el IDSS), las Fuerzas Armadas y los proveedores privados; sobre la cobertura de los pacientes por el IDSS, las Fuerzas Armadas o los programas de salud privados y el pago directo hecho por los pacientes por servicios de salud y medicinas.

Se desarrolló un modelo de comportamiento del consumidor para estudiar los efectos de diversas variables explicativas (o independientes) en dos tipos de decisiones del hogar (variables dependientes): buscar o no atención médica en caso de enfermedad y cual subsector de salud utilizar para obtener el servicio. En el caso de servicios ambulatorios, se probaron los efectos de 8 diferentes variables explicativas -la cobertura del IDSS, ingreso del hogar, sexo, edad, educación, precio de la atención médica, tiempo de traslado al establecimiento de salud y tipo de problema de salud- en cada una de las dos variables dependientes. Este proceso se repitió para la atención hospitalaria con dos diferencias. Primero, la decisión de buscar o no atención hospitalaria no fue analizada ya que las personas que necesitan atención hospitalaria tienen menos posibilidad de elección, en comparación con los ambulatorios, acerca de solicitar o no atencion'on médica. Segundo, no fueron estudiados los efectos del precio en la elección del subsector, ya que estimar los efectos del precio involucraba más análisis de la base de datos.

En una sesión de trabajo de dos días mantenida en Santo Domingo en Enero, 1989, tuvo lugar una discusión en profundidad del análisis y sus implicaciones políticas, entre los representantes de los cuatro subsectores de salud en la República Dominicana, instituciones de investigación académicas y organizaciones internacionales y de los Estados Unidos. Los hallazgos y recomendaciones que siguen provienen del análisis de la demanda y las sesiones de trabajo.

La Demanada de Atención Médica

Patrones de Utilización. Durante el período de recuerdo de dos semanas de la encuesta, cerca del 42 porciento de la población de Santo Domingo experimentó algún síntoma de enfermedad. Entre ellos, cerca de un tercio solicitaron cuidados de salud de un médico; dos tercios no lo hicieron. La mayoría de aquellos que no solicitaron atención informaron que el tratamiento que ellos mismos se aplicaban era adecuado o que un tratamiento parecía innecesario, pero los participantes en las sesiones de trabajo notaron que entre el 10 y el 20 porciento estaban aparentemente impedidos de solicitar atención médica por falta de dinero.

De las 204,000 visitas ambulatorias curativas a médicos durante el período de recolección de datos, aproximadamente el 56 porciento tuvieron lugar en establecimientos privados, el 30 porciento en establecimientos de la SESPAS, el 10 porciento en establecimientos del IDSS y 4 porciento en los establecimientos de las Fuerzas Armadas. El período de recuerdo de los encuestados con referencia a hospitalizaciones fue de 23 meses, durante los cuales alrededor de 81,000 personas - o 4.5 porciento de la población de Santo Domingo - solicitaron atención hospitalaria debido a enfermedad o accidente. La distribución de estas hospitalizaciones por subsector fue bastante similar a la observada para el cuidado ambulatorio: el 60 porciento de los pacientes fueron hospitalizados en el subsector privado, el 29 porciento en la SESPAS, el 7 porciento en el IDSS y el 4 porciento en los hospitales de las Fuerzas Armadas. Sin embargo, el total del número de hospitalizaciones reportadas es probablemente bajo debido a que la persona encuestada no recuerda exactamente el número de hospitalizaciones en el periodo de recuerdo de la encuesta de 23 meses.

Más del 75 porciento de la población no tenía cobertura para cuidados de salud diferente del disponible para todos los ciudadanos dominicanos a través de la SESPAS. Cerca del 23 porciento de la población tenía cobertura a través del IDSS, seguros de salud privados y/o las Fuerzas Armadas con alguna doble cobertura y utilización cruzada de estos servicios. Dos

tercios de los pacientes del subsector privado y tres cuartos de los pacientes de hospitales privados no tenían cobertura de seguros privados y cerca del 90 porciento de estos pacientes pagaron directamente por su atención.

Más del 90 porciento de los usuarios de la SESPAS, tanto de la atención médica hospitalaria como ambulatoria, estaban exentos de pago de acuerdo con la política de la SESPAS de proveer atención gratuita. El restante 10 porciento pagaron honorarios de usuarios promediando RD$ 35 (US$ 7.70) para atención ambulatoria y RD$ 414 (US$ 90.00) por hospitalización. Esto contrasta con el más alto promedio de gastos del subsector privado de RD$ 60 (US$ 13.00) y RD$ 600 (US$ 132.00) por atención ambulatoria y hospitalaria, respectivamente. El más alto costo de la atención privada fue debido en parte a los cargos por medicamentos, que responden por cerca de la mitad del promedio de gasto total de los pacientes por visitas en el subsector privado, pero menos de un tercio en la SESPAS.

Entre el 30 y el 40 porciento de los pacientes del IDSS, tanto ambulatorios como hospitalarios, no eran beneficiarios del IDSS, pero a pesar de esto la mayoría (más del 90 porciento) estaban exentos de pago. La utilización de los servicios de las Fuerzas Armadas por los no beneficiarios fue aún mayor.

El tiempo de traslado a los establecimientos de salud, por subsector, fue corto para la mayoría de los pacientes y de aquí que no fuera un factor significante en las decisiones para solicitar atención y en cual subsector solicitarla. El promedio de tiempos de espera para cuidado ambulatoria, sin embargo, fue importante. Los tiempos de espera en los establecimientos ambulatorios de la SESPAS, del IDSS y las Fuerzas Armadas fue similar, variando de una hora a una hora y cuarto, pero en el subsector privado el promedio de tiempo de espera fue substancialmente menos; el 60 porciento de los pacientes esperaron menos de 30 minutos y el promedio general del subsector fue solamente de 49 minutos.

<u>Determinantes de la Demanda</u>. Los estimados econométricos de las determinantes de la demanda mostraron que los niños menores de un año constituyen el grupo con la más alta proporción entre aquellos con un problema de salud que realmente solicitaron atención médica (49 porciento). La segunda proporción más alta, 34 porciento, fueron niños en el grupo de edad 1-4. Por contraste, los niños comprendidos de 5 a 14 años constituyen el grupo de edad con la más baja fracción de los que detectaron una enfermedad solicitando atención profesional - sólo 23 porciento. Estos resultados

fueron virtualmente idénticos a través de todos los grupos de ingreso.

El ingreso del hogar tuvo sólo un pequeño efecto en la probabilidad de solicitar atención: tanto para la atención ambulatoria como hospitalaria, las personas enfermas con más altos ingresos del hogar mostraron una probabilidad solamente un poco mayor de solicitar atención que aquellos con los más bajos ingresos. Una vez que se ha tomado la decisión de solicitar atención, sin embargo, la elección de cual subsector visitar estuvo más fuertemente influenciada por el ingreso: aquellos con más altos ingresos en el hogar fue más probable que visitaran médicos privados y menos probable que visitaran médicos de la SESPAS o del IDSS que aquellos con más bajos ingresos. La demanda de médicos privados fue mayor que la demanda de médicos en otros subsectores virtualmente para cada categoría de ingreso por hogar.

Para ambos sexos y a través de todos los grupos de edades quedó asociada una más alta probabilidad de solicitar atención médica si el enfermo había alcanzado un más alto nivel educativo y de elegir un doctor del subsector privado antes que un médico de la SESPAS o del IDSS una vez que se hubiera tomado la decisión de solicitar atención.

La utilización de atención hospitalaria fue marcadamente diferente por sexo y edad. Hubo una preferencia muy grande por la hospitalización privada entre las mujeres más que entre los hombres. La preferencia por atención en hospitales privados para los niños fue muy fuerte a expensas tanto de la SESPAS como del IDSS; en cambio, los niños entre las edades 1 - 4 y los varones en particular, fueron los que con menos probabilidad se hospitalizaron en establecimientos privados y con más probabilidad fueron hospitalizados en establecimientos de la SESPAS y del IDSS.

La educación tuvo un efecto positivo en la probabilidad de que una persona necesitada de atención hospitalaria - hombre o mujer - eligiera un hospital privado. Mientras que la preferencia por hospitalización privada en general fue fuerte, las personas con más altos ingresos solo con una ligera probabilidad mayor eligieron establecimientos privados que las personas de bajos ingresos.

<u>Efectos de los Precios en la Demanda</u>. Las simulaciones de precios revelaron que en todos los grupos de ingreso el comportamiento de las personas al solicitar atención médica no fue muy sensible a los cambios de precio del subsector privado o de la SESPAS, aunque las personas con ingresos menores tendieron a ser más sensibles a los cambios de precios

que las personas con ingresos mayores.

Cuando se simuló los efectos de aumentos sustanciales en los precios de la SESPAS, la utilización de los servicios de la SESPAS disminuyeron sólo ligeramente a través de todos los grupos de ingreso en hogares.

La simulación de los efectos de cambio en los precios del sector privado mostraron que aún si la atención ambulatoria del subsector privado fuese gratuita para el usuario, tres cuartas partes de los que se sentían enfermos no solicitarían atención en algun subsector —un hallazgo que se mantuvo igual a través de todos los grupos de ingreso en hogares.

La decisión de solicitar atención ambulatoria en cualquier subsector no estaría fuertemente afectada por los cambios de precios del subsector privado. Los que integran los grupos de ingresos menores tenderían a solicitar atención médica ambulatoria —sin importar el subsector— sólo ligeramente menos frecuentemente mientras mayor es el precio. Las variaciones en precio del subsector privado podrían, sin embargo, afectar la proporción de personas solicitando atención del subsector privado. Los que decidieron solicitar atención tenderían a cambiar al subsector público con aumento en precios del subsector privado.

Conclusiones y recomendaciones

La fuerte preferencia en Santo Domingo por los servicios de salud privados, aún entre la población de bajos ingresos, los no asegurados y los que pueden elegir su atención en cualquier otro subsector, sugiere que la calidad de la atención médica ofrecida en el subsector privado se reconoce como mejor que la de los servicios comparables suministrados por la SESPAS y el IDSS. Se necesitan mejoras en la calidad de la atención en el subsector público (posiblemente financiado con ingresos provenientes de honorarios más altos de los usuarios).

La utilización cruzada de servicios, donde los pacientes con cobertura en un subsector utilizan los servicios de otro, existe entre todos los subsectores; más aún, los no beneficiarios son rutinariamente atendidos gratuitamente en los establecimientos del IDSS y las Fuerzas Armadas, mientras que los hospitales de la SESPAS se reportan sobrecargados con pacientes ambulatorios. Los participantes en las sesiones de trabajo recomendaron que la responsabilidad de cada subsector, con respecto a los ingresos de los usuarios, cobertura de

salud y necesidades de salud fuera definido más claramente. Otras sugerencias fueron: (a) averiguar si los pacientes tratados gratuitamente en los establecimientos SESPAS fueran cribados por el IDSS, las Fuerzas Armadas o la cobertura de seguros privados para que los que están cubiertos pudiera cobrárseles por su atención; (b) que se estableciera un sistema de referencias, tanto dentro como entre subsectores y basado en patrones actuales de utilización, para canalizar a los usuarios hacia los servicios para los que están calificados; y (c) que pudiera ser necesario restringir el acceso a los hospitales de la SESPAS para atención ambulatoria, posiblemente cargándole a los pacientes por cualquier servicio de salud suministrado en el servicio de urgencia por un hospital que, en opinión del médico de guardia, pudiera haber sido tratado en un servico no urgente en el establecimiento ambulatorio SESPAS de la localidad del paciente.

En virtud de su fuerte preferencia por la atención médica en el sector privado, los residentes de Santo Domingo han demostrado su deseo de pagar por servicios de salud de buena calidad, suministrados con mayor eficiencia. Aún en el subsector público, sin embargo, cargando honorarios más altos a aquellos que no están exentos, no reducirá significativamente la demanda, especialmente si las mejoras en calidad pueden contrapesar el efecto negativo del aumento en precios. Se recomienda que la SESPAS explore vías en las cuales puedan imponerse mas y/o mayores honorarios a los usuarios, ya sea sobre una proporción mas grande de usuarios y/o para un mas amplio alcance de los servicios. Esto requerirá el uso de una comprobación de los medios. Para ganar experiencia con unos honorarios de usuarios ampliados, se debe diseñar e implementar un proyecto de recuperación de costo experimental, que involucre tanto a los establecimientos hospitalarios como a los ambulatorios. Todos los ingresos recibidos deben mantenerse en los establecimientos involucrados para mejorar la calidad de sus servicios, proveer subsidios a los medicamente indigentes y para financiar actividades preventivas y promocionales de salud seleccionadas.

Para animar la expansión de la cobertura de los seguros de salud privados en Santo Domingo entre el 77 porciento de la población que no tiene tales beneficios, los oficiales del sector de salud deben solicitar más empleadores —aún empleadores de tiempo parciales y/o obreros domésticos— para proveer beneficios de seguros de salud para sus empleados. Esto puede permitir a los aseguradores de salud incrementar sus ratios de pagos a medida que el volumen de su cobertura aumenta.

TABLA DE CONTENIDO

Pagina

Resumen Ejecutivo.....i

Lista de Tablas.....ix

Lista de Tablas del Apéndice A.....xii

Glosario.....xiii

I: INTRODUCCION.....1

A. Encuesta de Hogares de Santo Domingo.....1

B. Implicaciones para la Política a Seguir de los Estudios de la Demanda.....2

C. Organización del Informe.....4

II: ANTECEDENTES Y METODOLOGIA.....6

A. Organización del Sector Salud en Santo Domingo.....6

B. Consideraciones Metodológices.....7

III: PATRONES DE UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD.....10

A. Resumen de Hallazgos de la Encuesta de Hogares.....10

B. Atención Médica Ambulatoria.....11

1. La Decisión de Solicitar Cuidado.....14
2. Eleccio del Subsector.....15
3. Gastos de Pacientes Ambulatorios.....19
4. Ingreso de Hogar de Pacientes Ambulatorios....22
5. Tiempo de Traslado a los Establecimientos.....25
6. Tiempo de Espera en los Establecimientos.....25

C. Atención Medica Hospitalaria.....27
1. Elección del Subsector.....27
2. Gastos de Pacientes Hospitalarios.....28
3. Ingreso del Hogar de Pacientes Hospitalarios..28
4. Tiempo de Traslado y Espera.....31

IV: RESULTADOS: ATENCION MEDICA AMBULATORIA.....34

A. Influencia de la Edad, Sexo e Ingreso en la Demanda de Atención Médica Ambulatoria.....34

B. Influencia de la Educación en el Comportamiento para Solicitar Atención Médica Ambulatoria.....39

C. Influencia del Precio en el Comportamiento para Solicitar Atención Médica Ambulatoria.....41
1. Precios de la SESPAS.....41
2. Precios del Sector Privado.....47

V: RESULTADOS: SERVICIOS HOSPITALARIOS.....53

A. Influencia del Sexo, Edad e Ingreso en la Elección del Subsector.....54

B. Influencia de la Educación en la Elección del Subsector.....61

VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....63

Notas Finales.....73

Apéndice A: Simulaciones Adicionales y Resultados Estadísticos.....76

Apéndice B: Modelo de Comportamiento y Tecnicas de Estimación Estadística.....88

Apéndice C: Participantes a la Reunion de Trabajo.....98

Referencias.....102

LISTA DE TABLAS

TABLA III.1A ESTIMADO NUMERO DE INDIVIDUOS QUE REPORTARON UN PROBLEMA DE SALUD SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....12

TABLA III.1B NUMERO DE VISITAS AL MEDICO PARA ATENCION CURATIVA, POR SUBSECTOR SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....12

TABLA III.2 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA DE ACUERDO A LA EDAD DEL PACIENTE SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....13

TABLA III.3 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA DE ACUERDO AL SEXO DEL PACIENTE SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....13

TABLA III.4 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA DE ACUERDO AL NIVEL DE EDUCACION, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....15

TABLA III.5 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA DE ACUERDO AL TIPO DE PROBLEMA DE SALUD REPORTADO, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....17

TABLA III.6 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA DE ACUERDO CON EL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....18

TABLA III.7 CONSULATAS PARA ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR SUBSECTOR VISITADO Y CONDICION BENEFICIARA DEL PACIENTE, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....20

TABLA III.8 PAGO DIRECTO POR ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR SUBSECTOR VISITADO Y LA CONDICION BENEFICIARA DEL PACIENTE SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....21

TABLA III.9 PROMEDIO DEL PAGO DIRECTO ASOCIADO CON LAS CONSULTAS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR LOS PACIENTES OBLIGADOS A PAGAR POR SU ATENCION, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....23

TABLA III.10 DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR DE LOS PACIENTES POR SUBSECTOR VISITADO PARA ATENCION MEDICA AMBULATORIA, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....24

TABLA III.11 DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR POR USUARIOS DEL SECTOR PRIVADO DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA QUE NO ESTABAN ASEGURADOS Y NO HICIERON PAGOS DIRECTOS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....24

TABLA III.12 DISTRIBUCION ACUMULADA Y EL PROMEDIO DE TIEMPO TRASLADO PARA VISITAS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR SUBSECTOR, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....26

TABLA III.13 DISTRIBUCION ACUMULADA Y EL PROMEDIO DEL TIEMPO DE ESPERA PARA VISITAS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA, POR SUBSECTOR, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....26

TABLA III.14 HOSPITALIZACIONES DURANTE UN TIEMPO DE REFERENCIA DE 23 MESES POR SUBSECTOR Y ESTADO BENEFICIARIO DEL PACIENTE SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....29

TABLA III.15 PAGO DIRECTO POR HOSPITALIZACION POR SUBSECTOR Y ESTADO BENEFICIARIO DEL PACIENTE SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....30

TABLA III.16 DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR DE LOS PACIENTES HOSPITALARIOS, POR SUBSECTOR HOSPITALIZADO, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....32

TABLA III.17 DISTRIBUCION DEL SUBSECTOR DE HOSPITALIZACION POR NIVELES DEL INGRESO MENSUAL DE LOS PACIENTES, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....33

TABLA IV.1 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: MUJERES, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....35

TABLA IV.2 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....36

TABLA IV.3 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LA EDUCACION Y EL INGRESO: HOMBRES SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....40

TABLA IV.4 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DE LA SESPAS Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES, SIN CONSIDERAR LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....42

TABLA IV.5 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DE LA SESPAS Y EL INGRESO DEL HOGAR; HOMBRES, SOLAMENTE LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....43

TABLA IV.6 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DE LA SESPAS Y EL TIEMPO DE TRASLADO A FACILIDADES DE LA SESPAS; HOMBRES, SIN CONSIDERAR LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....45

TABLA IV.7 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DEL SECTOR PRIVADO Y EL INGRESO DEL HOGAR; HOMBRES, EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....48

TABLA IV.8 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DEL SECTOR PRIVADO Y EL INGRESO DEL HOGAR; HOMBRES, SOLAMENTE BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....49

TABLA V.1 ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: MUJERES, EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....55

TABLA V.2 ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR; HOMBRES, EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....56

TABLA V.3 ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR; MUJERES, SOLAMENTE BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....59

TABLA V.4 ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR; HOMBRES, SOLAMENTE LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....60

TABLA V.5 ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA COMO FUNCION DE LA EDUCACION Y EL INGRESO DEL HOGAR; MUJERES, EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987.....62

LISTA DE TABLAS DEL APENDICE A

TABLA A.1 ATENCION HOSPITALARIA, COEFICIENTES ESTIMADOS Y ESTADISTICAS-T DE "CONDITIONAL LOGIT" ELECCION DE SUBSECTOR Y DECISION DE SOLICITAR ATENCION.....76

TABLA A.2 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR: POR HOMBRES COMO FUNCION DE LA EDAD DE LA PERSONA Y EL NIVEL DE INGRESO.....77

TABLA A.3 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR POR MUJERES, COMO FUNCION DE LA EDAD DE LA PERSONA Y EL NIVEL DE INGRESO.....78

TABLA A.4 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DEL PRECIO ENCARADO POR PERSONAS EN EL SECTOR PRIVADO Y DE ACUERDO A NIVEL DE INGRESO DE LA PERSONA.....79

TABLA A.5 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DEL PRECIO ENCARADO POR LAS PERSONAS EN SESPAS Y DE ACUERDO A NIVEL DE INGRESO.....80

TABLA A.6 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DEL TIEMPO DE TRASLADO A LAS FACILIDADES DE SESPAS Y DE ACUERDO AL PRECIO DE LA SESPAS.....81

TABLA A.7 DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LA EDUCACION DE LA PERSONA Y EL NIVEL DE INGRESO.....82

TABLA A.8 ATENCION AMBULATORIA, SECTOR PRIVADO, REGRESION HEDONICA DE PRECIO, ESTIMADOS OLS.....83

TABLA A.9 ATENCION AMBULATORIA, SECTOR PRIVADO, REGRESION HEDONICA DE PRECIO, ESTIMADOS OLS.....84

TABLA A.10 ATENCION AMBULATORIA, REGRESSIONES HEDONICAS DE TIEMPO DE TRASLADO, ESTIMADOS OLS.....85

TABLA A.11 ATENCION HOSPITALARIA, COEFICIENTES ESTIMADOS Y ESTADISDICAS DE "CONDITIONAL LOGIC".....86

TABLA A.12 ATENCION HOSPITALARIA, SECTOR PRIVADO, REGRESION HEDONICA DE PRECIO, ESTIMADOS OLS.....87

GLOSARIO DE TERMINOS Y ACRONIMOS

AIM	Associación de Igualas Medicas, Santo Domingo
beneficiario	un individuo es llamado beneficiario si pertenece directamente o indirectamente (dependiente) a un organismo de salud gratuito o subsidiado , o esta cubierto por un mecanismo de seguro de salud.
HCF/LAC	Financiamiento de Atención de Salud en América Latina y el Caribe ("Health Care Financing in Latin America and the Caribbean"). Fondos de USAID bajo contrato administrado por la Universidad del Estado de New York en Stony Brook.
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales.
IEPD	Instituto de Estudios de Población y Desarrollo.
igualas	organizaciones de servicio de salud similares a las organizaciones de mantenimiento de salud.
IRG	Grupo de Recursos Internacionales ("International Resources Group, Ltd.").
atenciò mèdica	curativa, atencion de salud no dental proporcionada por un mèdico.
SESPAS	Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social.
SUNY	Universidad del Estado de New York ("State University of New York")
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional ("US Agency for International Development").

I. INTRODUCCION

La "demanda" de atención médica - es decir, la cantidad de servicios de salud que los consumidores comprarán (asumiendo que aquellos estén disponibles) - es determinada por un número de variables, como los ingresos de los consumidores, los precios cobrados por los servicios de salud y su calidad (de acuerdo a la evaluación propia de los consumidores), la cobertura de mecanismos de pago por terceros (e.g., seguro social y privado) y la distancia que los consumidores tienen que viajar para obtener los servicios a su disposición. Estudios de la demanda de atención médica, como este, intentan medir el efecto de cada una de estas variables en la demanda de atención médica de una población dada.

La demanda de atención médica está condicionada también por factores demográficos, biológicos, socioculturales e institucionales. El estudio de la demanda de servicios de salud de una población dada requiere, por lo tanto, datos de las características de los hogares de la población, en los factores que afectan las decisiones para utilizar los servicios de salud, en la organización de los servicios de salud disponibles para la población y los medios en que estos servicios son financiados y suministrados. Este tipo de datos se reúne ordinariamente por medio de encuestas de hogares y fuentes institucionales.

En la República Dominicana, los servicios de salud son financiados y suministrados por el gobierno, a través de su Secretaría del Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), y las Fuerzas Armadas, así como las instituciones del sector privado (e.g., varias compañías de seguros privadas, la Asociación de Igualas Médicas, la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados, organizaciones privadas voluntarias y proveedores individuales). Los datos de gastos y utilización de cuidados de salud, sin embargo, son derivados de los proveedores, mas bien que por parte de la demanda. Previo al trabajo en el que se basa este informe, no se habían realizado encuestas de hogares en la República Dominicana específicamente con el propósito de analizar el comportamiento en la solicitud de atención médica (1).

A. Encuesta de Hogares de Santo Domingo.

Para generar los datos básicos necesarios para analizar la demanda de servicios de salud en Santo Domingo, el proyecto HCF/LAC realizó una encuesta de muestra probabilística

estratificada de 11,565 individuos, en 2,537 hogares, seleccionados entre el estimado de 1.8 millones de habitantes de Santo Domingo (Gomez 1988:5, Tabla II.1). La encuesta, realizada entre Octubre y Diciembre de 1987, se diseñó para identificar tanto los patrones como las determinantes de la utilización por los hogares de los servicios de salud público y privado (2). La población se dividió en tres estratos de acuerdo a las características residenciales socieconomicas y los resultados de la muestra fueron ponderados por el recíproco de la probabilidad de selección de cada hogar, ya que los estratos no eran de igual tamaño, para obtener estimados representativos para cada estrato. Las preguntas de la encuesta se enfocaron hacia variables socioeconómicas (tales como edad, sexo, educación, actividad económica, bienes del hogar e ingresos), honorarios pagados por los hogares a los proveedores por servicios de salud y medicamentos y acceso de los hogares a los llamados "terceros" tipos de cobertura de servicios de salud suministrados a través de la seguridad social, programas de salud privados o Fuerzas Armadas. Adicionalmente se compiló un inventario de establecimientos de cuidados de salud existentes (clínicas, hospitales, consultas de doctores y dentistas y farmacias) y se reunió información de las características de los servicios de salud tanto de las fuentes primarias como secundarias (ver Duarte y otros, Sept. 1988).

Los resultados de este trabajo se presentan en un informe de investigación de HCF/LAC, Encuesta de Hogares sobre Consumo de Servicios de Salud en Santo Domingo, República Dominicana: Metodología y Hallazgos Preliminares (Gómez 1988), incluyendo una discusión de la metodología usada en esta encuesta, los hallazgos demográficos y socioeconómicos más relevantes de este análisis de la demanda y un número de cruces preliminares de patrones de utilización y del acceso a los servicios de salud en Santo Domingo, el cual debe ser considerado como un volumen asociado al presente informe (3). Se encuentra disponible una descripción detallada en español de la metodología empleada en la encuesta de hogares (Gómez 1987).

B. Implicaciones para la Política a Seguir de los Estudios de la Demanda

Las decisiones de los hogares para solicitar atención médica - solicitar o no atención fuera del hogar y dónde solicitarla - tienen importantes implicaciones para la política a seguir. Hasta cierto punto, tales decisiones pueden ser influenciadas directamente por los ejecutivos que toman las decisiones en el sector salud para lograr ciertas

metas de salud pública. Los datos de la encuesta de hogares de Santo Domingo muestran, por ejemplo, que aproximadamente 70 porciento de las personas que detectaron algún problema de salud durante las dos semanas previas a la encuesta decidieron no solicitar cuidados de salud fuera de sus hogares. Muchos de ellos, indudablemente se recuperaron, pero es presumible que el estado de salud de algunos se deterioró significativamente como resultado de su decisión negativa. Si a los que dictan las políticas a seguir y a las autoridades de salud pública se les hubiera suministrado información acerca de las razones por las cuales los individuos que detectaron problemas de salud decidieron no solicitar atención, las autoridades hubieran estado mejor calificadas para influir en las decisiones individuales para promover un mayor uso de los servicios disponibles.

Algunos de los factores que influyen en las decisiones de solicitar atención médica no pueden ser controlados a corto plazo por las autoridades de salud pública. Por ejemplo, el nivel de educación de una persona que padece de una enfermedad puede ser un determinante principal en su decisión para solicitar atención médica, pero el nivel educativo de una población puede ser mejorado sólo a largo plazo. Además, la educación, aún afectando las decisiones para solicitar atención médica descansa en un área de responsabilidad del gobierno y del sector privado fuera del alcance de los planificadores de salud. Sin embargo, otras variables que pueden ser claves determinantes en la decisión de solicitar atención médica pueden estar sujetas a la influencia directa de las autoridades de salud. Por ejemplo, el precio de los servicios de salud, la cantidad de tiempo que las personas tienen que emplear trasladándose a los establecimientos de salud y la cantidad de tiempo que las personas tienen que esperar por los servicios en estos establecimientos, son variables que los planificadores de salud pueden modificar en un período de corto o mediano plazo para lograr cambios específicos en la utilización de los servicios de salud.

También es de interés para las autoridades de salud pública comprender cómo aquellos que deciden solicitar atención fuera del hogar escogen entre los diferentes proveedores de atención médica. Si las autoridades concluyen, por ejemplo, que el subsector privado puede proveer atención primaria para los de ingresos económicos medio y alto más eficientemente que el subsector público, los datos de las determinantes de la elección de subsector por parte de los usuarios puede ayudar a las autoridades de salud a dar los pasos necesarios — subsidiar los precios es un ejemplo — para promover un mayor uso de los establecimientos privados. Alternativamente, si las autoridades de salud desean promover

un mayor uso de los establecimientos públicos por medio de un mejoramiento de la calidad, serian indispensables estimados sobre el probable incremento en la utilización (dado ciertos mejoramientos en la calidad), en los costos de varias medidas para mejorar la calidad y en el potencial de usar honorarios o tarifas para cubrir parte de los gastos incurridos. El análisis de la demanda puede proveer estimados del efecto en la utilización, tanto de servicios públicos como privados, de los cambios en precios, calidad de servicios de acuerdo con la evaluación de los usuarios, tiempo de espera y distancia para trasladarse.

C. Organización del Informe

El objetivo de este informe es analizar las determinantes de decisiones para solicitar atención médica en Santo Domingo, así como las determinantes de elección entre varios proveedores de atención médica por parte de aquellos que deciden solicitar atención. El análisis se realizó a dos niveles. Primero, se identificó los patrones de los comportamientos de solicitar atención médica tanto en pacientes ambulatorios y hospitalarios en Santo Domingo. Segundo, se conformó un análisis estadístico de las determinantes de la demanda de atención médica a proveedores asociados con diferentes subsectores del sector de salud en Santo Domingo.

El informe se organizó como sigue. El Capítulo II suministra información sobre los antecedentes del estudio y brevemente describe la metodología del mismo. El Capítulo III, es concebido como un preludio al análisis de los Capítulos IV y V, contiene una visión descriptiva general de la utilización de la atención médica ambulatoria y hospitalaria en Santo Domingo (en este estudio la frase "atención médica" se usa para atención no dental prestada por un médico con fines curativos). El capítulo enfoca la elección de los pacientes acerca de cual subsector de salud escoger. Los Capítulos IV y V - el primero dedicado a la atención médica ambulatoria y el segundo a la atención hospitalaria - presentan los resultados del análisis estadístico de las determinantes de la demanda de atención médica, así como una serie de ejercicios simulados para ilustrar tanto el efecto de la elección de las políticas como de las determinantes de la demanda en el comportamiento de la solicitud de atención médica.

Un borrador del informe se sometió a revisión crítica y a una interpretación posterior en una sesión de trabajo de expertos Dominicanos e internacionales del sector salud,

efectuada en Santo Domingo en Enero, 1989. Seguidamente, el borrador se revisó y se añadió un capítulo final (Capítulo VI), conteniendo las conclusiones y recomendaciones reflejando no solamente los resultados provenientes del análisis econométrico, si no tambien las interpretaciones de estos resultados ofrecidas por los participantes de la sesión de trabajo.

El Apéndice A contiene tablas presentando simulaciones adicionales y resultados estadísticos. El Apéndice B proporciona un tratamiento metodológico detallado del modelo econométrico utilizado en el análisis estadístico.

II. ANTECEDENTES Y METODOLOGIA

A. Organización del Sector Salud en Santo Domingo

Los proveedores de cuidados de salud en Santo Domingo pueden ser clasificados como pertenecientes a uno de los cuatro principales subsectores. Estos son: el subsector público, en el cual los cuidados son suministrados por la Secretaría del Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); el subsector de la seguridad social, en el cual los cuidados son suministrados por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS); el subsector de las Fuerzas Armadas y el subsector privado, que incluye instituciones con fines de lucro y no lucrativas. (4).

Los establecimientos de la SESPAS suministran atención médica a muy poco o ningún costo a todos los ciudadanos. La atención médica suministrada por el IDSS está disponible para los empleados de las empresas afiliados al IDSS e incluye atención infantil y de maternidad para los dependientes de los obreros. Estos servicios son gratuitos y, en principio, no están disponibles para las personas que no son beneficiarios directos del IDSS o sus dependientes. Los establecimientos de salud administrados por las Fuerzas Armadas prestan servicios gratuitos a los miembros de las Fuerzas Armadas y sus dependientes. Estos servicios son solo para los miembros de las Fuerzas Armadas y sus dependientes. Finalmente el sector privado abarca un grupo heterogéneo de instituciones y practicantes individuales cuyos establecimientos varían en tamaño y complejidad y que son operados como entidades privadas. La mayor parte de los establecimientos privados son instituciones con fines de lucro cuyos ingresos se derivan de una combinación de honorarios de los usuarios y arreglos pagados por adelantado. Algunos son no lucrativos, aunque muchos de ellos cobran honorarios por sus servicios.

En este informe, un "beneficiario" es una persona que tiene derecho a atención médica gratuita o subsidiados o que está cubierto por mecanismos de seguros de salud por terceros (pagados por adelantado); los que escogen pagar todo el costo directo no son beneficiarios. Por definición, todos los residentes de Santo Domingo son beneficiarios de la SESPAS. Los beneficiarios del IDSS son aquellos obreros que contribuyen a través de deducciones de salarios, al fondo de seguridad social, así como sus esposas (durante el embarazo) e hijos menores de un año. Los beneficiarios de las Fuerzas Armadas son los miembros de las Fuerzas Armadas y sus dependientes, mientras que los beneficiarios del sector privado son los afiliados y dependientes de las igualas

médicas o de planes de seguros de salud privados.

B. Consideraciones Metodológicas

La demanda de atención médica, como se mencionó anteriormente, es determinada por una serie de variables. Una ecuación de la demanda de atención médica es una expresión aritmética que muestra como varía la cantidad de cuidados que los individuos están dispuestos a pagar a un proveedor dado, como una función de una serie de variables explicativas. Estas variables incluyen, entre otras, algunas que caracterizan a los proveedores de atención médica (e.g. afiliación al subsector, acuerdos de pagos por adelantado suministrados, pagos directos y tiempo de espera en el establecimiento del proveedor); otras que caracterizan a los individuos (e.g., sexo, edad, nivel educativo e ingresos); y otras que juntas caracterizan tanto a proveedores como a pacientes (e.g. la distancia del hogar del paciente a su establecimiento de atención médica). Basado en lo observado en la utilización de servicios, la forma en que tales variables interpretativas influyen en la cantidad de atención solicitada puede ser estimada aritméticamente a través del uso de técnicas estadísticas. Este proceso se llama la "estimación" de una ecuación de demanda.

El resultado del proceso de estimación de la demanda es una serie de coeficientes numéricos asociados con cada variable interpretativa, cada una de las cuales mide la magnitud del impacto de esa variable en la demanda de los servicios de salud, mientras que toma en cuenta los efectos de todas los otras variables en la ecuación. Por ejemplo, un resultado de la estimación de la demanda pudiera ser tal que si los precios de los servicios suministrados en el sector privado aumentan un 10 porciento, la cantidad de servicios que las personas están deseando solicitar de los proveedores privados desciende en un 2.5 porciento. Tales resultados de la estimación de la demanda pueden ser usados para simular el impacto de varias políticas intervencionistas, tales como el aumento o disminución de las honorarios pagados directamente por los usuarios, dando más oportunidades de acuerdos de pago por adelantado a niveles asequibles de contribución, mejorando la calidad de los servicios y reduciendo los tiempos de traslado y espera.

Para realizar un análisis de la demanda, debe formularse un modelo de comportamiento del consumidor. El Apéndice B ofrece una descripción detallada del modelo de comportamiento utilizado en este estudio (5). Una característica importante de este modelo es el uso del concepto de la calidad en

cuidados de salud (vêa Gertler, Locay y Sanderson 1987). La calidad ha sido tipicamente asociada solamente con las caracterìsticas del proveedor. Por ejemplo, frecuentemente se ha medido por las calificaciones del proveedor o por los tipos y cantidades de medicamentos disponibles en las farmacias del proveedor. Por contraste, la calidad de un proveedor de atenciòn mèdica en este estudio se mide por el grado de apreciaciòn del mejoramiento en el estado de salud de un individuo como resultado de haber obtenido atenciòn curativa de este proveedor (nòtese que como se usa aquì, la calidad no incluye un diagnòstico por un profesional de salud). De este modo, la calidad no està sòlo afectada por los atributos del proveedor sino por las caracterìsticas del usuario (ver tambièn Bitran 1988). Esto significa que dos individuos con los mismo problemas de salud que visitan al mismo proveedor pueden detectar de diferente manera la calidad del cuidado que ellos reciben, aùn si se les da el mismo cuidado . Cuando esto ocurre, la diferencia en calidad resulta de una diferencia en el mejoramiento detectado - ya haya sido fijado subjetiva u objetivamente - en el estado de salud de los dos individuos despuès de seguir el tratamiento prescrito.

Nuestro uso del concepto de calidad del cuidado de salud implica que - con la excepciòn de precio, ingreso y tiempo de traslado - las variables que explican la cantidad de servicios de salud que serèn solicitados refleja la forma en que las personas detectan la calidad de estos servicios. Por ejemplo, supongamos que el anàlisis estadìstico muestra que la educaciòn tiene una influencia positiva y significativa en la utilizaciòn de servicios de salud privados y un positivo pero menor efecto significativo en la utilizaciòn de cuidados de proveedores pùblicos. Tal hallazgo puede ser interpretado como un indicativo de que las personas màs educadas detectan, aùn mas que los menos educados, que los servicios de proveedores privados son de màs alta calidad que los servicios pùblicos. Esto puede ser porque las personas con màs alto nivel de educaciòn pueden usar los servicios de proveedores privados con màs efectividad para mejorar su estado de salud, aunque tambièn son posibles otras interpretaciones. De este modo, el modelo de demanda puede predecir que es mas probable que las personas con màs altos niveles de educaciòn visiten los proveedores privados que los pùblicos.

Para este informe, el proceso de estimaciòn de la demanda fue llevado a cabo en dos niveles. En la primer etapa, para fijar còmo las variables explicativas del modelo influyen en la demanda de servicios de salud de SESPAS, IDSS y el sector privado, sòlo se consideraron aquellas personas solicitando atenciòn mèdica (en oposiciòn a todos los enfermos que solicitaron atenciòn de otros tipos de proveedores). En la

segunda etapa, los resultados de estimación de la primera etapa fueron usados para estudiar cómo las variables explicativas del modelo afectaban la decisión para solicitar cuidados fuera del hogar por personas que estaban enfermas o heridas.

III. PATRONES DE UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Este capitulo revisa primero algunos hallazgos relevantes concernientes a la detección de enfermedades y utilización de servicios de salud según se informaron en Gómez (1988). Después se describen los patrones de utilización de servicios de salud ambulatorios y hospitalizaciones de la población encuestada que solicita atención médica. Los preventivos dentales, maternales e infantiles y los preventivos de atención suministrados por otros proveedores no son analizados aquí.

A. Resumen de Hallazgos de la Encuesta de Hogares

Aunque cerca del 42 porciento de la encuesta de Santo Domingo - alrededor de 756,000 personas - experimentaron algún síntoma de enfermedad durante el período de la encuesta, sólo cerca del 15 porciento - alrededor de un tercio de aquellos que detectaron algún problema de salud, cerca de 279,000 individuos - realmente utilizaron servicios de salud (Gómez 1988, Tabla IV.1). Los otros dos tercios de aquellos que se sentían enfermos se administraron ellos mismos algún tratamiento o decidieron que no necesitaban ningún remedio. Solamente una pequeña porción (7 porciento) de aquellos que se sintieron enfermos pero que no solicitaron atención mencionaron su incapacidad para pagar por los servicios como la razón para no solicitar los atención, un resultado esperado ya que los servicios de la SESPAS son gratuitos. Sin embargo, cuando este grupo se le agrega al 8 porciento que mencionaron su incapacidad para pagar por medicamentos como razon por no solicitar atención, mas alguna porción del 24 porciento que mencionaron "otras razones" por no solicitar atención, la proporción de los que no solicitaron atención por razon de pobreza es considerable -- posiblemente tan alta como del 10-20 porciento (los tres grupos de entrevistados que respondieron no son mutuamente excluyentes). Es digno de hacer notar que la utilización de servicios de salud fue de más del 60 porciento ambulatorio y 70 porciento hospitalario por pacientes femeninos - muchas de ellas asociadas con embarazo y parto, mientras que sólo algunas implicaban enfermedad. Casi todas las mujeres requiriendo atenciõ prenatal obtuvieron dicho servicio, y mas del 80 porciento de aquellas reportarõn mas de una consulta.

Cerca del 23 porciento de toda la utilización de servicios de salud en Santo Domingo fue utilizada por beneficiarios cubiertos por el Instituto Dominicano de Seguros

Sociales, seguros privados de salud y las Fuerzas Armadas con alguna "doble cobertura" (6) y "utilización cruzada" (7) de servicios entre esas tres formas de cobertura. No debe sorprender que la cobertura de seguros de salud privados fue relativamente más alta entre el estrato residencial socioeconómico alto; la cobertura de la seguridad social fue más alta en el estrato medio, aunque algunos tenían también dicha cobertura en el estrato bajo. Muchos, aún en los estratos de hogares con ingresos más bajos, pagaron directamente por atención privada ambulatoria.

Dentro de más del 75 porciento de la población que no tenía el beneficio de la cobertura de salud, más de la mitad usaron servicios privados de salud para atención ambulatoria. La mayoría del resto - incluyendo algunos con derecho a otras formas de cobertura - usaron los servicios SESPAS (Gómez 1988, Tabla IV.7). SESPAS fue el principal proveedor de servicios hospitalarios, principalmente para atención de maternidad - incluyendo la utilización por muchos que tenían derecho a este servicio bajo la seguridad social, seguros privados de salud o las Fuerzas Armadas (Gómez 1988, Tabla IV.14).

B. Atención Médica Ambulatoria.

Se ha destacado anteriormente que cerca de 279,000 personas en Santo Domingo utilizaron servicios de salud debido a un problema de salud detectado durante el período de las dos semanas encuestadas (Gómez 1988, Tabla IV.1). De estas 279,000 personas, la mayoría visitaron a los médicos y algunos visitaron dentistas, enfermeras, promotores de salud u otro tipo de proveedores de atención médica (Gómez 1988, Tabla IV.4); además, algunas visitas fueron por prevención y no por atención médica. Cuando uno resta, del total de la población que utilizó servicios de salud, aquellos que visitaron los proveedores de servicios de salud solamente solicitando prevención o cuidado dental y aquellos que solicitaron atención médica de los proveedores que no eran médicos, nos quedan aproximadamente 219,000 individuos que, durante el período de las dos semanas encuestadas detectaron ellos mismos haber tenido problemas que no eran dentales requiriendo atención médica y que visitaron a un médico por ello (Tabla III.1A). Este informe se ha centrado en este grupo.

Estas 219,000 personas hicieron aproximadamente 221,000 visitas a médicos. La Tabla III.1B muestra la distribución de estas visitas médicas por subsector, excluyendo aquellas visitas que tuvieron lugar en establecimientos de salud no identificados por subsector. Aproximadamente 30 porciento de

TABLA III.1A

ESTIMADO NUMERO DE INDIVIDUOS
QUE REPORTARON UN PROBLEMA DE SALUD
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

	Numero	Porcentaje
Personas con problema de salud *	699,712	100.0
Personas que no solicitaron atencion medica	480,643	68.7
Personas que solicitaron atencion medica	219,069	31.3

* El total no incluye los individuos que utilizaron los servicios de salud para atencion preventiva o dental.

TABLA III.1B

NUMERO DE VISITAS AL MEDICO PARA
ATENCION CURATIVA, POR SUBSECTOR
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987 *

Subsector visitado	Numero	Porcentaje
SESPAS (a)	60,501	29.7
IDSS (b)	21,236	10.4
Fuerzas Armadas	8,427	4.1
Privado	113,790	55.8
Total	203,954	100.0

* No incluye 17,419 visitas a provedores no identificados

a - Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social

b - Instituto Dominicano de Seguros Sociales

TABLA III.2

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA
DE ACUERDO A LA EDAD DEL PACIENTE
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Categoria por edad (anos)	Solicitaron atencion	No solicit. atencion	Total por grupo de edad	Composicion de edades para personas con problema de salud
Menos de 1	48.6	51.4	100.0	6.1
1-4	34.0	66.0	100.0	11.5
5-14	22.8	77.2	100.0	16.7
15-44	32.6	67.4	100.0	44.9
45 o mas	28.7	71.3	100.0	20.8
Total	31.3	68.7	100.0	100.0

TABLA III.3

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA
DE ACUERDO AL SEXO DEL PACIENTE
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Sexo	Solicitaron atencion	No solicit. atencion	Total	Composicion por sexo para personas con problema de salud
Hombres	30.6	69.4	100.0	42.0
Mujeres	31.8	68.2	100.0	58.0
Total	31.3	68.7	100.0	100.0

las visitas tuvieron lugar en establecimientos de la SESPAS, 10 porciento en establecimientos del IDSS, 4 porciento en establecimientos de las Fuerzas Armadas y 56 porciento en establecimientos privados.

1. La Decisión de Solicitar Cuidado. Las Tablas III.2 a III.6 relacionan las decisiones de pacientes de solicitar atención médica por edad, sexo, educación, estado de salud e ingresos del hogar. La Tabla III.2 muestra que el comportamiento de solicitar atención médica difiere significativamente con la edad. Los niños menores de un año constituyen el grupo con la más alta proporción de aquellos con un problema de salud que realmente solicitaron atención médica (48.6 porciento). La segunda más alta proporción, 34.0 porciento, correspondió a los niños en el grupo de edad 1-4. Es notable que los niños de 5 a 14 constituyen la categoría de edad con la fracción más baja - sólo 23 porciento - de aquellos que reportaron estar enfermos habiendo solicitado atención profesional (8). Cerca del 30 porciento de los del grupo de edad entre 15-44 años y mayores de 44 años con enfermedades solicitaron atención médica. Las mujeres con problemas de salud detectados por ellas mismas solicitaron atención sólo en una proporción ligeramente mayor que los hombres (Tabla III.3) (9), pero debe notarse que no esta incluida en la tabla la atención por maternidad, que explica una alta proporción de la utilización de servicios de salud per mujeres.

La Tabla III.4 muestra que los padres con un nivel de educación post-secundario alcanzado, significativamente es más probable que soliciten atención médica para sus niños enfermos que los padres con un nivel educativo más bajo (los que forman una gran mayoría). Esto sugiere que los padres que no han terminado su educación secundaria pueden no tener conocimientos sobre cuidados de salud lo que los haria mas proclives a solicitar atención para sus niños. Entre los propios adultos, la probabilidad de solicitar atención médica, no está relacionada con los logros educativos de una manera demostrable. Es máa probable que los adultos soliciten atención curativa si están enfermos a que soliciten tal atención para sus niños si estos últimos están enfermos.

El tipo de problema de salud del cual una persona se reconoce estar sufriendo, parece tener un efecto importante en la decisión de solicitar atención (Tabla III.5). Los problemas intestinales como única causa para informar acerca de una enfermedad, representa sólo el 5 porciento de los problemas de salud, pero cerca de la mitad de los que reportan este problema como su único padecimiento médico solicitaron atención. Por contraste, los problemas respiratorios sin

otras complicaciones, responden al 21 porciento de todas las enfermedades reportadas, pero sólo una de cinco personas así afectadas realmente solicitaron atención. Las víctimas de accidente (que representaron sólo 1.5 porciento de los problemas de salud reportados) solicitaron atención en el 75 porciento de los casos. (Aunque la opinion propia sobre la gravedad de la enfermedad tambien afecta la decisión de solicitar atención, esta no fué tomada en cuenta en el análisis.)

Finalmente, el ingreso mensual del hogar parece tener un impacto positivo pero modesto en la decisión de solicitar atención (Tabla III.6): mientras más alto es el ingreso del hogar, más alta es la proporción del número total de personas enfermas que solicitan atención médica. Nótese, sin embargo, que por añadidura, al ser menos probable solicitar atención cuando se está enfermo, las personas más pobres fueron mucho menos capaces de declararse enfermos en primera instancia que las personas más ricas. Esto puede deberse a que la definición de buena salud varía según el nivel de ingreso de la familia. La definición de buena salud de los mas pobres difiere de las de las personas mas ricas. Los hogares con ingreso mensual por debajo de RD$ 400 representan el 42 porciento de todos los hogares, pero sólo el 30 porciento de las personas en este grupo de ingresos declararon un problema de salud. Por contraste, sólo el 6 porciento de todos los hogares tienen ingresos de RD$ 2,000 o más, pero el 16 porciento de todos los que declararon un problema de salud estaban en este grupo.

2. <u>Elección del Subsector</u>. En la Tabla III.7 las visitas a los médicos están clasificadas por subsectores visitados y la condición de beneficiarios de los pacientes. Como se ha notado previamente, alrededor del 56 porciento de todas las visitas a los médicos tuvieron lugar en el subsector privado, 30 porciento en la SESPAS, 10 porciento en el IDSS y 4 porciento en las Fuerzas Armadas. Cerca de un tercio de las visitas que tuvieron lugar en los establecimientos del IDSS fueron hechas por personas que no tenían derecho a cobertura IDSS - un hallazgo sorprendente, ya que el IDSS no está obligado a facilitar atención a los que no son beneficiarios. Un fenómeno similar puede observarse en los establecimientos de las Fuerzas Armadas donde casi la mitad de las visitas fueron hechas por los que no eran beneficiarios. Finalmente, cerca de dos terceras partes de las consultas en los establecimientos privados fueron hechas por personas que no eran miembros de una igualá ni beneficiarios de un plan de seguros de salud privado. La mayoría de éstas, por lo tanto, estuvieron obligadas a pagar los honorarios totales cargados por los servicios que recibieron, aunque debe notarse que

TABLA III.4

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA
DE ACUERDO AL NIVEL DE EDUCACION,
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

A: Pacientes menores de 15 anos de edad.

Mayor nivel de educacion alcanzado en el hogar (anos)	Solicitaron atencion	No solict. atencion	Total	Perfil educacional para aquellos con problema de salud
1-6	28.8	71.2	100.0	9.1
7-12	28.3	71.7	100.0	21.2
13-18	36.9	63.1	100.0	6.1
19+	64.0	36.0	100.0	1.1
Subtotal	30.8	69.2	100.0	37.5

B: Pacientes de 15 anos de edad y mayores.

Educacion del paciente (anos)	Solicitaron atencion	No solict. atencion	Total	Perfil educacional para aquellos con problema de salud
0	29.0	71.0	100.0	0.2
1-6	32.3	67.7	100.0	26.6
7-12	32.3	67.7	100.0	29.5
13-18	33.4	66.6	100.0	5.6
19+	14.0	86.0	100.0	0.6
Subtotal	32.2	67.8	100.0	62.5
TOTAL	31.3	0.7	100.0	100.0

TABLA III.5

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA
DE ACUERDO AL TIPO DE PROBLEMA DE SALUD REPORTADO,
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Problema de salud reportado	Solicitaron atencion	No solicit. atencion	Total	Distribucion entre aquellos con problema de salud
Solo problema respiratorio	20.2	79.8	100.0	21.3
Solo problema intestinal	46.6	53.4	100.0	4.6
Problema respiratorio e intestinal	34.9	65.1	100.0	4.1
Enfermedad diferente a respiratorio o intestinal	31.9	68.1	100.0	31.2
Problema respiratorio y/o intestinal en conjuncion con otra enfermedad	33.7	66.3	100.0	19.3
Problema respiratorio y/o intestinal en conjuncion con otras dos enfermedadades	32.1	67.9	100.0	15.2
Accidente	74.8	25.2	100.0	1.5
Otras combinaciones	34.8	65.2	100.0	2.8
Total	31.3	68.7	100.0	100.0

TABLA III.6

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA
DE ACUERDO CON EL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR.
SANTO DOMINGO (R.D.), 1997
(en porcentajes)

Ingreso del hogar (RD$ de Nov , 1997)	Solicitaron atencion	No solicit. atencion	Total por grupo de ingreso	Porcentaje de todos aquellos con problema de salud	Estratificacion del ingreso del hogar ‡
Menos de $400	29.0	71.0	100.0	29.8	41.8
$400 - 799	28.2	71.9	100.0	24.6	32.6
$800 - 1,299	30.1	69.9	100.0	19.6	13.5
$1,300 - 1,999	35.2	64.9	100.0	10.0	6.3
$2,000 o mas	35.3	64.7	100.0	16.0	5.8
Total	31.3	68.7	100.0	100.0	100.0

‡ - Fuente, Gomez (1998), Tabla III.9, p 29

alrededor del 14 porciento de las consultas por personas que no estaban asegurados ni eran miembros de igualas fueron gratuitas. (10).

3. Gastos de Pacientes Ambulatorios. Los gastos de pacientes ambulatorios incluyen los pagos directos por las consultas, medicinas y exámenes. En la Tabla III.8 los pacientes están clasificados de acuerdo con su condición de beneficiarios de los diferentes subsectores de salud y por si han incurrido o no en gastos directos. Aquí surgen varios hallazgos interesantes. Primero, debido a la política de la SESPAS de suministrar atención gratuita, más del 90 porciento de los ususarios de la SESPAS no pagaron nada por el cuidado que recibieron. Alrededor del 10 porciento de los pacientes de la SESPAS pagaron algo (la magnitud de estos gastos se discute más adelante), lo cual refleja las gratificaciones de los usuarios ocasionalmente cargadas por la SESPAS (ver Lewis 1987; Duarte y otros).

La Tabla III.8 también muestra que prácticamente a todos los beneficiarios del IDSS se les suministró atención médica sin cargo alguno en los establecimientos del IDSS, lo cual concuerda con la política de atención gratuita del Instituto de Seguros Sociales. Es interesante observar que a la inmensa mayoría (86.0 porciento) de los usuarios del IDSS que no eran beneficiarios del IDSS también se les suministró atención gratuita. Todos los beneficiarios y no beneficiarios de las Fuerzas Armadas obtuvieron atención médica sin cargo alguno en los establecimientos de las Fuerzas Armadas.

Excepto en los casos en los que se requiere pago colateral, los beneficiarios del sector privado de igualas o compañías de seguro no deben incurrir en gastos directos por atención médica ambulatoria recibidos de proveedores afiliados con estas igualas o compañías de seguro; en cambio, a las igualas y a las compañías de seguro se les factura directamente por los proveedores privados por el cuidado suministrado a los beneficiarios. Sin embargo, si el beneficiario de una iguala o un seguro privado visita a un proveedor no afiliado, el paciente debe pagar al proveedor por el cuidado recibido. La Tabla III.8 muestra que alrededor del 76 porciento de los beneficiarios del sector privado que fueron a establecimientos privados no incurrieron en gastos directos por estos atención, lo cual indica que ellos visitaron a proveedores afiliados que no requerían pagos colaterales. Al mismo tiempo, alrededor del 24 porciento de los beneficiarios del sector privado incurrieron en algunos gastos por la atención recibida, lo cual sugiere que estas personas visitaron a proveedores no afiliados con sus igualas o compañías de seguro o que visitaron a proveedores afiliados

TABLA III 7

CONSULTAS PARA ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR SUBSECTOR VISITADO
Y CONDICION BENEFICIARA DEL PACIENTE.
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

Subsector visitado	Beneficiarios		No beneficiaros		Beneficiaros y No beneficiaros		Porcentaje de todas las visitas
	Total	%	Total	%	Total	%	
SESPAS	60,501	100.0	--	--	60,501	100.0	29.7
IDSS	14,558	68.6	6,672	31.4	21,235	100.0	10.4
Fuerzas Armadas	4,615	54.8	3,812	45.2	8,427	100.0	4.1
Privado	37,362	32.8	75,429	67.2	113,790	100.0	55.8
Total	117,036	57.4	86,918	42.6	203,954	100.0	100.0

TABLA III.8

PAGO DIRECTO POR ATENCION MEDICA AMBULATORIA
POR SUBSECTOR VISITADO Y LA CONDICION BENEFICIARA DEL PACIENTE
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

Subsector visitado	Beneficiarios						No beneficiarios					
	Pago directo realizado						Pago directo realizado					
	No		Si				No		Si			
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
SESPAS	54,739	90.5	5,762	9.5	60,501	100.0	--	--	--	--	--	--
IDSS	14,296	98.9	162	1.1	14,558	100.0	5,745	85.0	933	14.0	6,678	100.0
Fuerzas Armadas	4,615	100.0	0	0.0	4,615	100.0	3,812	100.0	0	0.0	3,812	100.0
Privado	28,559	76.4	8,803	23.6	37,362	100.0	10,943	14.3	65,485	85.7	76,428	100.0
Total	102,309	87.4	14,727	12.6	117,036	100.0	20,500	23.6	66,418	76.4	86,918	100.0

Nota: Pagos directos son honorarios pagados por el paciente al proveedor. Cuando un paciente es beneficiario del subsector visitado, algunos o todos los costos de atencion son realizados a traves de pagos indirectos: por ejemplo; impuesto a la renta o pagos de seguro

que requerían algún tipo de pago.

Tiene un interés particular los pagos hechos por los usuarios del sector privado que no eran ni asegurados ni miembros de igualas. Como era de esperarse, la gran mayoría (85.7 porciento) de las personas en este grupo pagaron por los servicios de salud recibidos, pero (como se notó mas arriba) el 14 porciento estaba exento de este pago. Cuando fueron identificadas las personas en este grupo y los establecimientos que habían visitado, se hizo evidente que los establecimientos que habían suministrado atención gratuita eran en su mayoría, clínicas con fines lucrativos que normalmente suministran atención gratuita a algunos pacientes de bajos ingresos.

El gasto promedio asociado con las visitas ambulatorias a un médico se muestran, por subsector, en la Tabla III.9. Los promedios se calcularon usando sólo aquellos pacientes que habían pagado directamente por los atención que recibieron (i.e. honorarios por consultas y cargos por medicinas, pruebas de laboratorio, etc.). Los honorarios promedio por servicios oscilan desde un mínimo de RD$ 5 en los establecimientos de la SESPAS hasta un máximo de RD$ 15 en establecimientos privados. En promedio, los pacientes del sector privado gastan un total de RD$ 60 (US$ 13.24) (11) por consulta, medicamentos y exámenes - casi el doble de aquellos pacientes de la SESPAS que pagaron algunos honorarios para recuperar costos y cerca de tres veces lo que pagaron los pocos pacientes que pagaron algo al IDSS. El costo relativamente alto de las visitas privadas fue debido a los cargos por medicinas que responden a cerca de la mitad del promedio de los gastos totales de los pacientes en el sector privado pero menos de un tercio en la SESPAS y sólo un quinto en el IDSS.

4. <u>Ingreso de Hogar de Pacientes Ambulatorios</u>. La distribución del ingreso mensual del hogar de los pacientes, por subsector consultado, se muestra en la Tabla III.10. El ingreso mensual del hogar se puede convertir en un ingreso per-cápita anual en dólares, multiplicando la primera cifra por 12 y dividiendo su resultado entre el tamaño promedio de la familia de 4.14 por la tasa de cambio. De este modo el ingreso mensual del hogar de RD$ 800 representa un ingreso per-cápita anual de US$ 512 [512 = 800 x 12/(4.14 x 4.53)] (12). La tabla muestra que aquellos que visitaron los establecimientos de la SESPAS tendían a tener ingresos mensuales del hogar más bajos que otros. Por ejemplo, el 67 porciento de los usuarios de la SESPAS tuvieron un ingreso mensual del hogar de RD$ 800 o menos, mientras que sólo el 49 porciento de los usuarios del IDSS, 33 porciento que visitaron a los doctores de las Fuerzas Armadas y 47 porciento

TABLA III.9

PROMEDIO DEL PAGO DIRECTO ASOCIADO CON LAS CONSULTAS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR LOS PACIENTES OBLIGADOS A PAGAR POR SU ATENCION, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en RD$ de Noviembre, 1987)

Proposito del pago	SESPAS	IDSS	Privado
Pago por la visita	5	7	15
Pago por medicamentos	10	5	32
Pago por pruebas de laboratorio	20	11	13
Pago total asociado con una visita	35	23	60

TABLA III.10

DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR DE LOS PACIENTES POR SUBSECTOR VISITADO PARA ATENCION MEDICA AMBULATORIA, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Ingreso mensual del hogar (en RD$ de Nov., 1987)	SESPAS	IDSS	Fuerzas Armadas	Privado
Menos de 200	18.1	5.2	0.0	12.2
200 - 300	12.9	8.0	5.6	8.1
301 - 400	12.1	7.0	14.0	6.6
401 - 600	14.8	11.4	5.8	11.6
601 - 800	8.8	17.0	7.2	8.1
801 - 1,300	19.3	24.3	24.1	18.2
1,301 - 2,000	9.4	13.8	4.3	13.6
2,000 o mas	4.6	13.3	39.0	21.6

TABLA III.11

DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR POR USUARIOS DEL SECTOR PRIVADO DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA QUE NO ESTABAN ASEGURADOS Y NO HICIERON PAGOS DIRECTOS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

Rango del ingreso mensual del hogar (en RD$ de Nov., 1987)	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Menos de 200	20.4	20.4
200 - 300	14.1	34.5
301 - 400	6.3	40.8
401 - 600	13.7	54.5
601 - 800	11.1	65.6
801 - 1,300	13.0	78.6
1,301 - 2,000	12.7	91.3
2,001 o mas	8.7	100.0

que vieron a un médico del sector privado tuvieron un ingreso mensual del hogar por debajo de RD$ 800.

La Tabla III.11 muestra la distribución de ingresos por hogares en aquellos usuarios de atención médica del sector privado que recibieron atención gratuita. Una comparación de la distribución acumulada de ingresos de la Tabla III.11 con las distribuciones presentadas en la Tabla III.10 revela que los pacientes no asegurados del sector privado que recibieron atención gratuita tienen una distribución de ingresos similar a la de los usuarios de la SESPAS. Estos resultados confirman que la atención gratuita suministrada por médicos privados a pacientes no asegurados benefician a personas pertenecientes predominantemente a grupos de bajos ingresos.

5. Tiempo de Traslado a los Establecimientos. El tiempo de traslado ha mostrado tener una influencia importante en las decisiones para solicitar atención médica (ver, e.g., Dor, Gertler y van der Gaag 1987). La Tabla III.12 muestra el promedio de tiempo de traslado del paciente a los establecimientos médicos por subsector visitado. El promedio de tiempo de traslado fue similar para los pacientes de la SESPAS y privados mientras que los pacientes que visitaron a los doctores de las Fuerzas Armadas y del IDSS emplearon un poco más de tiempo en trasladarse. En algunos casos, las diferencias del subsector son grandes desde el punto de vista de porcentajes, pero los promedios de tiempo de traslado muestran que estas diferencias probablemente no son importantes en términos absolutos, debido a lo compacto que es el area urbana de Santo Domingo: la diferencia entre el promedio más alto y más bajo de los subsectores es solamente 12 minutos. En el caso de Santo Domingo, por lo tanto, los servicios de salud parecen estar dentro de una distancia razonable para la mayoría de los usuarios.

6. Tiempo de Espera en los Establecimientos. El tiempo de espera, como el tiempo de traslado, puede influir en la decisión para solicitar atención tanto como en la elección del proveedor. La Tabla III.13 muestra que las distribuciones del tiempo de espera fueron muy similares en los establecimientos de la SESPAS, IDSS y las Fuerzas Armadas: en estos subsectores, aproximadamente el 45 porciento de los pacientes esperaron 20 minutos o menos antes de recibir atención. El promedio de tiempos de espera para estos subsectores fue también algo similar, oscilando desde una hora en los establecimientos del IDSS hasta una hora y 14 minutos en los establecimientos de la SESPAS. En el subsector privado, sin embargo, el 60 porciento de los pacientes esperaron menos de 20 minutos y el promedio general del subsector fue solamente 49 minutos - 25 minutos menos que el promedio en los

TABLA III.12

DISTRIBUCION ACUMULADA Y EL PROMEDIO DE TRASLADO PARA VISITAS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA, POR SUBSECTOR, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Tiempo de traslado	SESPAS	IDSS	Fuerzas Armadas	Privado
10 minutos o menos	35.1	19.4	4.8	27.4
20 minutos o menos	55.6	46.1	29.4	49.4
30 minutos o menos	75.1	70.1	56.8	73.1
45 minutos o menos	81.2	75.4	65.5	78.9
1 hora o menos	95.8	89.7	87.1	91.0
Promedio del tiempo de traslado (minutos)	28	38	40	30

TABLA III.13

DISTRIBUCION ACUMULADA Y EL PROMEDIO DEL TIEMPO DE ESPERA PARA VISITAS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA, POR SUBSECTO SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Tiempo de espera	SESPAS	IDSS	Fuerzas Armadas	Privado
10 minutos o menos	22.6	18.2	22.2	33.9
20 minutos o menos	45.5	47.1	42.2	60.0
30 minutos o menos	64.1	66.1	64.4	75.9
45 minutos o menos	80.5	77.7	71.1	84.6
1 hora o menos	88.4	83.5	73.3	87.3
Promedio del tiempo de espera (minutos)	74	60	69	49

establecimientos de la SESPAS. Esto puede, en parte responder por los porcentajes relativamente altos de usuarios de atención privados aún entre aquellos con bajos ingresos.

En conclusión se debe reiterar que los hallazgos presentados anteriormente están basados en un análisis de alrededor de 219,000 personas que, durante un período de dos semanas, se sintieron enfermas con un problema de salud no-dental que requería atención curativa y que visitaron a un médico por ese motivo. Esas 219,000 personas hicieron aproximadamente 221,000 visitas ambulatorias a medicos durante las dos semanas.

C. Atención Médica Hospitalaria

En esta sección se consideran solamente hospitalizaciones debidas a enfermedades y accidentes; están excluídas las hospitalizaciones por diagnósticos o por partos, ya que estas formas de atención pueden ser suficientemente diferentes para garantizar diferentes modelos de comportamiento al solicitar atención médica.

1. Elección del Subsector. Comparado con los pacientes ambulatorios, los hospitalarios tienen menos posibilidad de elección para solicitar o no atención de salud; ya sea que son referidos para ser hospitalizados posterior a una visita ambulatoria o su problema de salud es lo suficientemente serio para requerir hospitalización directa. Por esta razón la encuesta de hogares solamente recogió datos de las selecciones de los pacientes hospitalarios acerca de a cual subsector solicitar atención (en vez de recoger datos de la decisión de solicitar atención hospitalaria y de la elección de subsector). La Tabla III.14 muestra que cerca de 81,000 personas, o 4.5 porciento de la población de Santo Domingo, solicitaron atención hospitalarios debido a enfermedad o accidente durante el período de 23 meses anteriores a la encuesta de hogares (Es importante señalar, sin embargo, que el número total de hospitalizaciones puede estar subestimado debido a fallos de la memoria (13). La distribución de hospitalizaciones por subsector ha sido como sigue: 60 porciento de los pacientes fueron hospitalizados en el sector privado, el 29 porciento en la SESPAS, el 7 porciento en el IDSS y el 4 porciento en los hospitales de las Fuerzas Armadas.

Cuando la condición de beneficiario de los pacientes fue considerada relacionada al subsector visitado, se destacan hallazgos similares a los observados en las atenciones médicas ambulatorias. Primero, un gran porcentaje (41.1 porciento) de todos los hospitalizados en los establecimientos del IDSS no eran beneficiarios del IDSS (la cifra comparable para atención

médica ambulatoria fue de 31.4 porciento). De la misma manera, alrededor del 45 porciento de los hospitalizados en los hospitales de las Fuerzas Armadas no eran afiliados a las Fuerzas Armadas - una cifra que también es parecida a la de atención médica ambulatoria. Tercero, más de tres cuartos de las utilizaciones del sector privado afectan a individuos no asegurados, un porcentaje mayor que el observado para la atención médica ambulatoria.

2. Gastos de Pacientes Hospitalarios. La proporción de pacientes hospitalarios de la SESPAS que recibieron atención gratuita (90.4 porciento) es casi idéntica la observada para cuidados ambulatorios: sólo el 9.6 porciento de los hospitalizados en los establecimientos de la SESPAS pagaron por sus atención (Tabla III.15). Entre los hospitalizados en los establecimientos del IDSS (como fue el caso de los pacientes ambulatorios del IDSS), prácticamente a todos los beneficiarios del IDSS se les suministró atención gratuita y el porcentaje de los no beneficiarios del IDSS que pagaron por sus atención (5.8 porciento) fue aún menor que el observado para la atención médica ambulatoria. A todos los pacientes de las Fuerzas Armadas se les suministró atención gratuita independientemente de su condición de beneficiario - situación también observada en la atención médica ambulatoria. Una gran proporción de beneficiarios del sector privado (44.3 porciento) incurrieron en algunos gastos asociados con la hospitalización, los cuales probablemente reflejan límites, deducibles y pagos colaterales establecidos por las igualas y las compañías de seguros privadas. Finalmente, más del 90 porciento de los usuarios no asegurados en los establecimientos hospitalarios del sector privado pagaron por sus atención - un porcentaje mayor que el observado para la atención médica ambulatoria. De los pacientes que pagaron por el cuidado que recibieron, los pacientes de la SESPAS pagaron, en promedio, RD$ 414 por hospitalizaciones, en honorarios aplicables a subvencionar costos, comparado con el promedio de RD$ 595 por hospitalización pagado por pacientes del sector privado.

3. Ingreso del Hogar de Pacientes Hospitalarios. La Tabla III.16 muestra que los pacientes hospitalarios en los hospitales privados y de las Fuerzas Armadas tenían distribuciones de ingresos del hogar similares, sugiriendo que la condición socioeconómica de los usuarios de estos dos subsectores era similar. Por contraste, los pacientes hospitalarios de la SESPAS constituyen una proporción más alta de grupos de ingresos más bajos en lo que concierne a ingresos del hogar. A más alto ingreso del hogar una proporción más baja de individuos dentro de los grupos de ingresos escogió la hospitalización de la SESPAS (Tabla III.17). Se ha observado

TABLA III.14

HOSPITALIZACIONES DURANTE UN TIEMPO DE REFERENCIA DE 23 MESES
POR SUBSECTOR Y ESTADO BENEFICIARIO DEL PACIENTE
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

Subsector	Beneficiarios		No beneficiarios		Beneficiarios y No beneficiarios		Porcentaje de todas las hospitalizaciones
	Total	%	Total	%	Total	%	
SESPAS	23,317	100.0	--	--	23,317	100.0	28.8
IDSS	3,427	58.9	2,390	41.1	5,817	100.0	7.2
Fuerzas Armadas	1,663	55.4	1,339	44.6	3,002	100.0	3.7
Privado	11,159	22.8	37,761	77.2	48,920	100.0	60.4
Total	39,566	48.8	41,490	51.2	81,056	100.0	100.0

TABLA III 15

PAGO DIRECTO POR HOSPITALIZACION
POR SUBSECTOR Y ESTADO BENEFICIARIO DEL PACIENTE
SANTO DOMINGO (R.D.), 1997

	Beneficiarios						No beneficiarios						
	Pago directo realizado						Pago directo realizado						Si al pago fue hecho, pago pro-promedio
	No		Si				No		Si				
Subsector	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
SESPAS	21,069	90.4	2,249	9.6	23,317	100.0	--	--	--	--	--	--	414
IDSS	3,224	94.1	202	5.9	3,427	100.0	2,252	94.2	139	5.8	2,390	100.0	131
Fuerzas Armadas	1,563	100.0	0	0.0	1,663	100.0	1,339	100.0	0	0.0	1,339	100.0	--
Privado	6,210	55.7	4,949	44.3	11,159	100.0	2,779	7.4	34,982	92.6	37,761	100.0	595
Total	32,155	81.3	7,400	18.7	39,556	100.0	6,370	15.4	35,120	84.6	41,490	100.0	--

el efecto contrario en el caso del sector privado: los hogares con más altos ingresos tienen una mayor tendencia a escoger hospitales o clínicas privados.

4. Tiempo de Traslado y Espera. El tiempo de traslado promedio del subsector a los establecimientos hospitalarios no difiere significativamente del tiempo de traslado a los establecimientos ambulatorios. A diferencia de las visitas ambulatorias a médicos, sin embargo, las hospitalizaciones son, en su mayor parte, hechos importantes pero poco frecuentes en la vida de las personas. Es por lo tanto poco probable que las diferencias menores de tiempo de traslado entre los establecimientos hospitalarios alternativos tenga un efecto importante en la selección del establecimiento. El promedio de tiempo de espera para obtener una cama en el hospital -- una vez que el paciente se presentó para admisión -- fue de menos de 2 horas tanto en los establecimientos privados como de las Fuerzas Armadas. Los tiempos de espera en la SESPAS y IDSS para obtener una cama en el hospital fueron un poco mayor, pero la mayoría de las personas en estos dos subsectores tienen que esperar menos de medio día entre la solicitud de una cama en el hospital hasta que la misma esté disponible.

TABLA III.16

DISTRIBUCION DEL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR DE LOS PACIENTES HOSPITALARIOS, POR SUBSECTOR HOSPITALIZADO, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Ingreso mensual del hogar (en RD$ de Noviembre, 1987)	SESPAS	IDSS	Fuerzas Armadas	Privado	Todos los subsectores
Menos de 200	14.7	5.8	2.8	6.3	9.5
200 - 300	20.6	9.6	12.6	9.8	13.6
301 - 400	15.6	15.9	11.1	10.5	12.9
401 - 600	20.7	29.2	22.4	16.7	18.9
601 - 800	10.7	11.5	8.3	14.0	12.2
801 - 1,300	9.6	17.1	22.4	19.2	15.6
1,301 - 2,000	2.5	5.4	16.0	8.9	6.5
2,001 o mas	5.6	5.5	4.4	14.6	10.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

TABLA III.17

DISTRIBUCION DEL SUBSECTOR DE HOSPITALIZACION POR NIVELES DEL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR DE LOS PACIENTES, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987
(en porcentajes)

Ingreso mensual del hogar (en RD$ de Noviembre, 1987)	SESPAS	IDSS	Fuerzas Armadas	Privado	Todos los subsectores
Menos de 200	58.9	5.0	1.0	35.1	100.0
200 - 300	54.8	5.5	3.1	36.6	100.0
301 - 400	44.9	9.9	3.0	42.2	100.0
401 - 600	39.5	12.0	4.1	44.4	100.0
601 - 800	31.9	7.4	2.4	58.3	100.0
801 - 1,300	22.7	8.7	5.1	63.5	100.0
1,301 - 2,000	14.3	6.5	8.7	70.5	100.0
2,001 o mas	12.2	5.2	2.7	79.9	100.0

IV. RESULTADOS: ATENCION MEDICA AMBULATORIA

El análisis descriptivo del comportamiento para solicitar atención médica ambulatoria presentado en el Capítulo III, el cual está basado en un simple cruce de variables, sugirió unas relaciones aparentes entre pares de variables. Sin embargo, tales cruces no revelan la significación estadística de la relación aparente entre las variables. La demanda de atención médica ambulatoria, además, involucra no sólo la interacción de dos variables sino la de muchas variables. Este Capítulo, basado en un análisis estadístico de las decisiones sobre la atención médica ambulatoria reflejadas en la encuesta de hogares, aisla los efectos de cada una de varias variables explicativas - las que son tanto mesurables como las consideradas normalmente influyentes en la toma de decisiones (en la demanda de atención médica ambulatoria).

Los estimados de este análisis de la demanda fueron derivados de un modelo de comportamiento que es empleado en este capítulo para simular los probables efectos de cambios en las variables explicativas de la demanda de atención médica ambulatoria en Santo Domingo. El Apéndice A contiene las simulaciones adicionales y los resultados estadísticos. En el Apéndice B aparece una descripción detallada del modelo y una discusión de consideraciones metodológicas relacionadas.

A. Influencia de la Edad, Sexo e Ingreso en la Demanda de Atención Médica Ambulatoria.

Basado en los resultados técnicos presentados en el Apéndice B (Tabla B.1), la Tabla IV.1 presenta las probabilidades estadísticas de varias elecciones de atención médica ambulatoria por parte de mujeres, como una función de su edad y el ingreso del hogar. La Tabla IV.2 contiene las probabilidades equivalentes para los hombres. Es importante hacer notar los comentarios en las notas al pie de estas tablas: los individuos reflejados tienen un nivel de educación promedio de 7.8 años (o, en el caso de los menores de 15 años, que los adultos mejor educados en las familias de estas personas tienen 7.8 años de educación), que estas personas en lugar de ser víctimas de accidentes son enfermos y que los beneficiarios del IDSS están excluídos. El comportamiento para solicitar cuidados de salud difiere significativamente emtre los beneficiarios y los no beneficiarios del IDSS: los primeros tienen una propensión mucho mas alta para solicitar cuidados en establecimientos del IDSS que los segundos. Así que la decisión de solicitar cuidado fuera del hogar y la elección del subsector por beneficiarios del IDSS es analizada

TABLA IV 1

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR
COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: MUJERES
SANTO DOMINGO (R D), 1997

		Nivel de ingreso del hogar * (RD$ de Noviembre, 1987)							
		I: RD$ 200		II: RD$ 450		III: RD$ 850		IV: RD$ 1500	
Edad de la persona (anos)	Decision	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)
Menor de 1	Sin atencion	0.501		0.500		0.497		0.494	
	Privado	0.265	53.1	0.272	54.6	0.283	56.2	0.299	59.1
	SESPAS	0.220	44.1	0.214	42.8	0.207	41.2	0.195	38.5
	IDSS	0.014	2.8	0.013	2.6	0.013	2.5	0.012	2.4
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
1 - 4	Sin atencion	0.703		0.701		0.699		0.696	
	Privado	0.162	54.5	0.167	55.9	0.173	57.5	0.183	60.2
	SESPAS	0.133	44.8	0.130	43.5	0.126	41.9	0.119	39.1
	IDSS	0.002	0.7	0.002	0.7	0.002	0.7	0.002	0.7
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
5 - 14	Sin atencion	0.800		0.799		0.799		0.795	
	Privado	0.095	47.5	0.099	48.7	0.102	50.7	0.109	53.4
	SESPAS	0.100	50.0	0.099	48.8	0.095	47.3	0.091	44.6
	IDSS	0.005	2.5	0.005	2.5	0.004	2.0	0.004	2.0
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
15 - 44	Sin atencion	0.724		0.722		0.720		0.716	
	Privado	0.188	68.2	0.193	69.4	0.199	70.5	0.209	73.3
	SESPAS	0.076	27.5	0.074	26.5	0.071	25.3	0.066	23.2
	IDSS	0.012	4.3	0.011	4.0	0.011	3.9	0.010	3.5
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
Mas de 45	Sin atencion	0.770		0.772		0.769		0.763	
	Privado	0.189	81.8	0.191	83.8	0.195	83.3	0.202	85.3
	SESPAS	0.029	13.0	0.029	12.7	0.028	12.0	0.025	10.5
	IDSS	0.012	5.2	0.008	3.5	0.011	4.7	0.010	4.2
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Resultados en esta tabla son estimados para una mujer con 7.8 anos de educacion (para mujeres menores de 15 anos, el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es usado), que no es una beneficiaria del IDSS, y no tuvo un accidente. El precio promedio del sector privado calculado para esta persona fue RD$ 34 30

* - El mayor nivel de ingreso del hogar es omitido porque los resultados no son estadisticamente confiables

TABLA IV.2

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR
COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

		Nivel de ingreso del hogar * (RD$ de Noviembre, 1987)							
		I: RD$ 200		II: RD$ 450		III: RD$ 850		IV: RD$ 1500	
Edad de la persona (anos)	Decision	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub sector
Menor de 1	Sin atencion	0.539		0.536		0.522		0.530	
	Privado	0.235	51.6	0.244	52.6	0.255	54.6	0.272	57.8
	SESPAS	0.202	43.7	0.196	42.2	0.189	40.5	0.177	37.7
	IDSS	0.024	5.3	0.024	5.2	0.023	4.9	0.021	4.5
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
1 - 4	Sin atencion	0.734		0.732		0.731		0.727	
	Privado	0.142	53.3	0.147	54.8	0.152	56.9	0.164	60.1
	SESPAS	0.120	45.3	0.117	43.7	0.112	42.0	0.106	38.9
	IDSS	0.004	1.4	0.004	1.5	0.003	1.1	0.003	1.1
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
5 - 14	Sin atencion	0.823		0.822		0.822		0.819	
	Privado	0.091	45.8	0.094	47.2	0.088	49.4	0.095	52.5
	SESPAS	0.098	49.7	0.095	49.3	0.083	48.5	0.079	43.6
	IDSS	0.009	4.5	0.009	4.5	0.007	4.1	0.007	3.9
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
15 - 44	Sin atencion	0.752		0.751		0.749		0.744	
	Privado	0.161	65.0	0.165	66.3	0.172	69.3	0.181	71.0
	SESPAS	0.067	27.4	0.065	26.1	0.062	24.5	0.057	22.3
	IDSS	0.020	8.0	0.019	7.6	0.018	7.1	0.017	6.7
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
Mas de 45	Sin atencion	0.796		0.794		0.791		0.787	
	Privado	0.159	77.7	0.162	78.7	0.167	79.9	0.175	82.2
	SESPAS	0.026	12.8	0.025	12.1	0.024	11.5	0.022	10.3
	IDSS	0.019	9.5	0.019	9.2	0.018	8.6	0.016	7.5
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Resultados en esta tabla son estimados para un hombre con 7.8 anos de educacion (para hombres menores de 15 anos, el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es usado), que no es un beneficiario del IDSS, y no tuvo un accidente. El precio promedio del sector privado calculado para esta persona fue RD$ 24.20.

* - El mayor nivel de ingreso del hogar es omitido porque los resultados no son estadisticamente confiables.

aparte en las Tablas IV.5 y IV.8.

Las Tablas IV.1 y IV.2 pueden usarse para fijar los efectos simultáneos de edad e ingreso del hogar en el comportamiento para solicitar atención médica ambulatoria. Esto muestra que - excepto para bebés (i.e., niños menores de un año) en los niveles de ingreso III y mas alto - para todos los grupos de edad, para ambos sexos y a travez de los cuatro niveles de ingreso del hogar, hay una mayor probabilidad de que la atención no será solicitada frente a un problema de salud (no relacionado con accidentes) a que ésta será solicitada (ver Apéndice B para los resultados del quinto y más alto nivel de ingresos del hogar) (14).

Se puede predecir, basandonos en las tablas, que la probabilidad de solicitar atención médica ambulatoria está relacionada tanto con la edad como con los ingresos. Casi la mitad de todos los bebés con problemas de salud, para ambos sexos y a travez de todos los niveles de ingresos, son llevados a ver al doctor, pero esta proporción es mucho más baja para todos los otros grupos de edad - siendo especialemente notable para niños en edad escolar (i.e., grupo de edad 5 - 14). Entre las mujeres, más de un cuarto de las que están entre 1 - 4 y entre 15 - 44 y alrededor de un cuarto de las mayores de 45, ven a un doctor cuando están enfermas, pero del grupo de edad de 5 - 14 aparentemente poco atendidas, sólo un quinto son llevadas a ver al doctor cuando se sienten enfermas. (Esto puede indicar que el grupo de edad de 5-14 esta infra servido, pero puede tambien sugerir que las personas en este grupo de edad sufren de menos problemas de salud serios y mas de enfermedades leves que no requieren atención médica, que los miembros de otros grupos de edad). Las mismas proporciones generales son válidas entre los hombres, excepto que aún menos de un quinto del grupo de edad 5 - 14 ven a un doctor cuando están enfermos. Así, la edad tiene un efecto significativo en la probabilidad de solicitar atención médica ambulatoria. Es digno de hacer notar que el comportamiento que el modelo predice y que está reflejado en las Tablas IV.1 y IV.2, corresponde exactamente al comportamiento real de los enfermos, como fue descrito en el Capítulo III.

La comparación de las Tablas IV.1 y IV.2 demuestra que las diferencias em el comportamiento entre los hombres y las mujeres no son muy significantes. Así que en el resto de este capítulo se presentan resultados exclusivamente para los hombres. Otra razón importante por usar hombres en los análisis es que la mayoría de afiliados del IDSS son hombres. Asi que, para poder evaluar los diferencias en el comportamiento para solicitar cuidados de salud entre

beneficiarios y no beneficiarios del IDSS (como en los Tablas IV.4, IV.5, IV.7, y IV.8), es necesario considerar los hombres en vez de las mujeres.

Las proporciones de cada grupo de edad que ven a un doctor cuando están enfermos son similares a travez de todos los niveles de ingreso: para ambos sexos y a travez de todos los grupos de edad, enfermos con más altos niveles de ingreso del hogar tienen solamente una probabilidad ligeramente mayor de solicitar atención médica ambulatoria que aquellos que tienen más bajo ingreso del hogar. Por ejemplo, los resultados econométricos predicen que de todas las mujeres en el grupo de edad 15 - 44 en la Tabla IV.1, las que están en el nivel de ingreso I (el mas bajo) ven a un doctor en el 27.6 porciento en los casos de enfermedad reportada (1 - 0.724), mientras que aquellas en el nivel IV (ingreso medio-alto) ven a un doctor en el 28.4 porciento de los casos (1 - 0.716). En el grupo de edad mayores de 45, las que están en el nivel I buscan atención médica ambulatoria en el 23 porciento de los casos (1 - 0.770), mientras que aquellas que están en el nivel IV solicitan atención en el 23.7 porciento de los casos (1 - 0.763). De este modo el ingreso parece tener solamente un efecto pequeño en la probabilidad de solicitar atención médica ambulatoria - un hallazgo con posibles implicaciones importantes.

Por contraste, dentro del grupo que solicitan cuidados fuera del hogar, la elección de cual subsector se va a visitar está más fuertemente influenciada por el ingreso del hogar. En relación a las personas de bajo ingreso, los que disfrutan de mayor ingreso del hogar es menos probable que visiten a los médicos de la SESPAS o del IDSS y más probable que visiten médicos privados. Con todo, para prácticamente cada categoría de ingreso del hogar, la demanda de médicos privados es mayor que la demanda de médicos en otros subsectores: Más de la mitad de los que están enfermos y deciden solicitar atención médica ambulatoria ven a los doctores del sector privado. Con pocas excepciones estos resultados se aplican a travez de todos las edades y niveles de ingreso. (La excepción son las mujeres en el grupo de edad 5 - 14 y en los niveles de ingreso I y II y los hombres en los niveles I - III, un poco menos de la mitad ven a doctores privados). Por ejemplo, de todas las mujeres adultas (grupo de edad 15 - 44) en el nivel de más bajo ingreso que deciden solicitar atención, 68 porciento visitan a un médico del sector privado; para el mismo grupo de edad con más alto nivel de ingreso mostrado, el 73 porciento visitaron a un médico privado. Las proporciones de personas que escojen a los médicos de la SESPAS y del IDSS declinan a medida que el ingreso del hogar aumenta.

La preferencia por la atención del sector privado, fuerte a travez de todos los segmentos de la población de Santo Domingo, es más pronunciada en los adultos. Por ejemplo, niñas (1 - 4 años de edad) en el tercer nivel de ingresos que son llevados a ver al doctor, ven a un médico privado en el 58 porciento de todos los casos. Por contraste, personas en el mismo nivel de ingresos de 45 años o más ven a un médico del sector privado en el 83 porciento de los casos. Lo contrario también es cierto para los que visitan a los doctores de la SESPAS: niñas enfermas, de 1 a 4 años en el nivel de ingreso III son llevadas a ver a doctores de la SESPAS en el 42 porciento de los casos, mientras que solamente el 12 porciento de las de 45 años o más en el mismo nivel visitan a doctores de la SESPAS (posiblemente reflejando el énfasis de la SESPAS en la atención del niño saludable). Como se puede ver en las Tablas IV.1 y IV.2, el modelo estadístico predice bajas tasas de uso de los médicos del IDSS. Este hallazgo no es sorprendente ya que, como fue explicado anteriormente, estas tablas no incluyen beneficiarios del IDSS. Sin embargo, el uso de médicos del IDSS predecido en las tablas, aunque bajo, no es cero. Esto se debe a que algunos usuarios del IDSS no son benefeciarios del IDSS (ver Capítulo III).

Las Tablas IV.1 y IV.2 reflejan una importante diferencia en el comportamiento para solicitar atención médica de los hombres y de las mujeres. Mientras que las mujeres, a travez de los grupos de edad e ingreso, es muy poco probable que soliciten atención médica ambulatoria que los hombres (ver la tabla III.3), ellas consultan medicos del subsector privado en mucha mas alta proporción que los hombres.

B. Influencia de la Educación en el Comportamiento para Solicitar Atención Médica Ambulatoria.

Los estimados del análisis de la demanda (ver Apéndice B) también muestran el efecto de la educación en las decisiones sobre atención médica ambulatoria. En general, mientras más alto es el nivel de educación de una persona, más alta es la probabilidad de solicitar atención médica y de solicitar a un médico del sector privado (ver Tabla IV.3); de nuevo, las observaciones calificativas incluídas en la tabla deben leerse cuidadosamente tratando de entender que los resultados conciernen al segmento más grande de la población -i.e., excluyendo solamente beneficiarios del IDSS - y también sólo incluye algunas otras variables.

La mayor tendencia a utilizar doctores del sector privado en los más educados es observado en todos los niveles de ingreso. Por ejemplo, una persona de ingreso medio (i.e., en el tercer nivel de ingreso del hogar), solamente con dos años

TABLA IV 3

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR
COMO FUNCION DE LA EDUCACION Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES
SANTO DOMINGO (R.D.), 1997

		Nivel de ingreso del hogar * (RD$ de Noviembre, 1997)							
		I: RD$ 200		II: RD$ 450		III: RD$ 850		IV: RD$ 1500	
Anos de educacion	Decision	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccio del sub-sector (%)	Probabilidad	Eleccion del sub-sector (%)
2	Sin atencion	0.755		0.754		0.752		0.749	
	Privado	0.115	47.3	0.120	48.7	0.126	50.8	0.136	54.1
	SESPAS	0.104	42.5	0.101	41.1	0.099	39.5	0.093	37.1
	IDSS	0.025	10.2	0.025	10.2	0.024	9.7	0.022	8.8
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
4	Sin atencion	0.754		0.753		0.751		0.749	
	Privado	0.132	53.7	0.136	55.1	0.142	57.1	0.152	60.4
	SESPAS	0.091	37.0	0.089	35.6	0.085	34.1	0.080	31.7
	IDSS	0.023	9.3	0.023	9.3	0.022	8.8	0.020	7.9
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
6	Sin atencion	0.753		0.752		0.750		0.747	
	Privado	0.147	59.5	0.152	61.3	0.159	63.2	0.168	66.4
	SESPAS	0.078	31.6	0.075	30.2	0.072	28.8	0.067	26.5
	IDSS	0.022	8.9	0.021	8.5	0.020	8.0	0.018	7.1
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
8	Sin atencion	0.751		0.749		0.747		0.743	
	Privado	0.163	65.5	0.169	66.9	0.174	68.8	0.184	71.5
	SESPAS	0.066	26.5	0.064	25.5	0.061	24.1	0.055	21.9
	IDSS	0.020	8.0	0.019	7.5	0.018	7.1	0.017	6.5
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
10	Sin atencion	0.749		0.747		0.745		0.740	
	Privado	0.178	79.9	0.183	72.4	0.189	73.9	0.198	75.1
	SESPAS	0.055	21.9	0.052	20.9	0.051	19.5	0.047	18.1
	IDSS	0.018	7.2	0.017	6.7	0.016	6.3	0.015	5.8
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
12	No medical care	0.746		0.744		0.741		0.737	
	Privado	0.192	75.9	0.197	76.9	0.202	79.4	0.212	80.7
	SESPAS	0.046	18.3	0.044	17.2	0.042	16.2	0.038	14.4
	IDSS	0.016	6.1	0.015	5.9	0.014	5.4	0.013	4.9
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Los resultados en esta tabla son estimados para un hombre entre 15 y 44 anos de edad, quien no es un beneficiario del IDSS, y no tuvo un accidente. El precio promedio del sector privado calculado para una persona fue RD$ 34.60

* - El mayor nivel de ingreso del hogar es omitido porque los resultados no son estadisticamente confiables

de educación, tiene un 24.8 porciento (1 - 0.752) de probabilidad de solicitar atención médica ambulatoria si se manifiesta enfermo y un 50.8 porciento de probabilidad de seleccionar a un médico del sector privado. Por contraste, una persona con el mismo ingreso pero con 10 años de educación, aunque es solamente un poco más probable que solicite atención (25.5 porciento de probabilidad, o 1 - 0.745), es mucho más probable que elija a un médico del sector privado (73.8 porciento de probabilidad).

Esto se corresponde con aquellos que se reconocen enfermos y que son menos probable que usen a los proveedores de la SESPAS y del IDSS a medida que su nivel de educación es mas alto. A travez de todos los niveles de ingreso, la relación inversa más dramática es el más bajo uso de los servicios de la SESPAS asociados con los más altos niveles de educación; la disminución en el uso de los servicios del IDSS en cada nivel es menos dramática pero aún sigue siendo notable.

C. Influencia del Precio en el Comportamiento para Solicitar Atención Médica Ambulatoria.

1. Precios de la SESPAS. Las Tablas IV.4 y IV.5 (en las cuales son analizados separadamente los efectos de precio e ingreso para beneficiarios y no beneficiarios del IDSS) ilustran el efecto que tendría una política de decision en la elección del subsector de atención por el paciente - el incremento de precios en los establecimientos de la SESPAS. Ambas tablas muestran las probabilidades de decisión y elecciones del subsector para cuatro principales niveles de ingresos. Los precios de la SESPAS normalmente están cerca de cero (15), pero es concebible que puedan aumentarse para aquellos que demuestren capacidad y estén dispuestos a pagar. El ingreso resultante puede ser utilizado para mejorar la calidad de los servicios de la SESPAS y de este modo contrarestar cualquier disminución en la utilización de los servicios que pueda ocurrir como resultado del aumento de precios. En general, de acuerdo con estas tablas, si los precios de la SESPAS fueran a incrementarse, correspondería a ello un descenso en la utilización de los servicios de la SESPAS, a traves de todos los niveles de ingresos del hogar mostrados, aunque el descenso no sería dramático. Esto sugiere que la SESPAS puede cobrar honorarios a más personas y posiblemente incrementar sus honorarios, mientras que experimenta solamente una pequeña reducción de visitas a los doctores de la SESPAS por atención médica ambulatoria.

Cuando se compara la Tabla IV.4 con la Tabla IV.7, que muestra los efectos de aumentos en los precios del sector

TABLE IV.4

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DE LA SESPAS Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES, SIN CONSIDERAR LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

		Nivel de ingreso del hogar * (RD$ de Noviembre, 1987)							
		I: RD$ 200		II: RD$ 450		III: RD$ 850		IV: RD$ 1500	
Precio SESPAS	Decision	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccio del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)
RD$ 1.80	Sin atencion	0.752		0.751		0.749		0.745	
	Privado	0.161	54.9	0.165	66.3	0.171	68.1	0.181	70.9
	SESPAS	0.067	27.0	0.065	26.1	0.062	24.7	0.057	22.4
	IDSS	0.020	8.1	0.019	7.6	0.018	7.2	0.017	6.7
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 10	Sin atencion	0.753		0.752		0.749		0.744	
	Privado	0.164	66.4	0.169	67.7	0.173	68.9	0.182	71.1
	SESPAS	0.063	25.5	0.061	24.6	0.060	23.9	0.057	22.3
	IDSS	0.020	8.1	0.019	7.7	0.018	7.2	0.017	6.6
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 20	Sin atencion	0.754		0.752		0.749		0.745	
	Privado	0.167	67.9	0.170	69.5	0.175	69.7	0.182	71.3
	SESPAS	0.059	23.5	0.058	23.4	0.057	22.7	0.056	22.0
	IDSS	0.021	8.5	0.020	8.1	0.019	7.6	0.017	6.7
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 30	Sin atencion	0.755		0.753		0.749		0.744	
	Privado	0.170	69.4	0.172	70.0	0.177	70.5	0.183	71.5
	SESPAS	0.054	22.0	0.054	21.9	0.055	21.9	0.056	21.9
	IDSS	0.021	8.6	0.020	8.1	0.019	7.6	0.017	6.6
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para hombres entre 15 y 44 anos de edad con 7.8 anos de educacion y que no tuvieron un accidente. El precio promedio del sector privado calculado para esta persona fue RD$ 34.30

* - El mayor nivel de ingreso del hogar es omitido porque los resultados no son estadisticamente confiables.

TABLA IV.5

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DE LA SESPAS Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES, SOLAMENTE LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS. SANTO DOMINGO (R.D.). 1987

		Nivel del ingreso del hogar ‡ (RD$ de Noviembre, 1987)							
		I: RD$ 200		II: RD$ 450		III: RD$ 850		IV: RD$ 1500	
Precio SESPAS	Decision	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)
RD$ 1.83	Sin atencion	0.724		0.723		0.721		0.720	
	Privado	0.099	32.2	0.093	33.6	0.099	35.5	0.108	38.6
	SESPAS	0.037	13.4	0.036	13.0	0.036	12.9	0.034	12.1
	IDSS	0.150	54.3	0.148	53.4	0.144	51.6	0.138	49.3
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 10	Sin atencion	0.724		0.723		0.722		0.719	
	Privado	0.090	32.6	0.094	33.9	0.099	35.6	0.109	38.8
	SESPAS	0.034	12.3	0.034	12.3	0.034	12.2	0.034	12.1
	IDSS	0.152	55.1	0.149	53.8	0.145	52.2	0.139	49.1
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 20	Sin atencion	0.725		0.724		0.721		0.719	
	Privado	0.090	32.9	0.094	34.1	0.100	35.8	0.109	38.8
	SESPAS	0.031	11.3	0.032	11.6	0.033	11.9	0.034	12.1
	IDSS	0.153	55.8	0.150	54.3	0.146	52.3	0.138	49.1
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 30	Sin atencion	0.725		0.724		0.722		0.719	
	Privado	0.091	33.1	0.095	34.4	0.100	36.1	0.109	38.9
	SESPAS	0.029	10.5	0.030	10.9	0.031	11.2	0.033	11.8
	IDSS	0.155	56.4	0.151	54.7	0.146	52.7	0.138	49.3
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para hombres entre 15 y 44 anos de edad con 7.8 anos de educacion y que no tuvieron un accidente. El precio promedio del sector privado calculado para esta persona fue RD$ 24.30.

‡ - El mayor nivel de ingreso del hogar es omitido porque los resultados no son estadisticamente confiables.

privado sobre las elecciones de los no beneficiarios del IDSS, se destaca un hallazgo sorprendente: una proporción significativa de personas en el nivel de ingreso del hogar más bajo utilizaría, al encarar un precio de la SESPAS de RD$ 30, los servicios de la SESPAS aunque ellos puedan ver a un médico del sector privado por el mismo precio. Si se encaran con un precio en el sector privado de RD$ 30, el 24 porciento puede utilizar los servicios de la SESPAS (Tabla IV.6): y si se enfrentan con un precio de la SESPAS de RD$ 30, el 22 porciento aún seguiría utilizando servicios de la SESPAS (Tabla IV.4). Estos hallazgos siguen siendo ciertos a travez de todos los grupos de ingresos, posiblemente porque los establecimientos de la SESPAS están mas cerca de algunos usuarios y/o porque los usuarios estan mas familiarizados con los servicios de la SESPAS.

Un alza en los precios de la SESPAS tenderia a reducir las visitas a los doctores de la SESPAS por atención médica ambulatoria, pero mejorando la calidad de los servicios puede incrementarse la utilización lo suficiente para eliminar el efecto del aumento en precio, resultando potencialmente en un incremento neto en el uso de los servicios de la SESPAS a precios más altos. Si el precio se eleva de su promedio actual de cerca de 0 hasta RD$ 20 por visita, el número de visitas a los establecimientos de la SESPAS por las personas con edades 15 - 44 en el grupo de ingresos RD$ 200 pudiera disminuir de 450,000 a 400,000 visitas anuales. El ingreso resultante obtenido por la SESPAS sería de RD$ 8 millones (16). (Por supuesto que deben hacerse cálculos adicionales para fijar el efecto total de tal medida tomando en consideración todas las categorías de edad y sexo y todos los grupos de ingresos).

Si llegara a considerarse el aumento de los precios de la SESPAS como una opción, sería igualmente importante para la SESPAS determinar como debe mejorarse la calidad de sus servicios con el aumento en ingresos que resultaría. Por ejemplo, el tiempo de espera en los establecimientos de la SESPAS puede reducirse, las medicinas pueden estar disponibles en cantidades mayores, puede propiciarse la capacidad de generadores eléctricos auxiliares en los hospitales y puede introducirse unos sistemas de incentivos mayores para mejorar el cumplimiento de deberes del equipo de médicos y directores. Si estas y/o otras medidas pueden mejorar el concepto de los usuarios de la SESPAS de la calidad de la atención, puede que entonces no se produzca nunca la disminución de la utilización.

La Tabla IV.5 muestra como los aumentos en precios de la SESPAS puede afectar el comportamiento de los beneficiarios

del IDSS (recordemos que muchos beneficiarios del IDSS usan más servicios de la SESPAS que los del IDSS). Los efectos observados son paralelos a los predecidos en la Tabla IV.4 para los no beneficiarios del IDSS. Con el aumento de precios de la SESPAS, las visitas a los doctores por los beneficiarios del IDSS disminuirían sólo ligeramente, a travez de los cuatro niveles de ingresos del hogar mostrados, mientras que las visitas a los doctores del sector privado aumentarían ligeramente a travez de todos los niveles de ingresos. El efecto de aumentar los precios de la SESPAS en la utilización de los servicios médicos del IDSS es poco positivo (y afecta solo a las porciones más bajas de todo el conjunto de ingresos del hogar).

El hallazgo más significativo de la Tabla IV.5 es que, en general, solamente cerca de la mitad de los que pueden optar por cuidados de salud del IDSS realmente utilizan los servicios del IDSS - menos en los de nivel de ingresos del hogar más alto que en los mas bajos. Comparando esto y la tabla de precios del sector privado (IV.7 y IV.8), queda claro que la tendencia a usar los beneficios del IDSS puede ser mayor si hubiera un aumento en el precio del sector privado que si hubiera un aumento en precio de la SESPAS.

Los resultados técnicos, mostrados en el Apéndice B, también sugieren que el tiempo de traslado a un establecimiento de la SESPAS tiene un efecto negativo (aunque estadísticamente no significativo) en la probabilidad de solicitar atención de un determinado proveedor: mientras todo lo demás se mantenga igual, una persona con un problema de salud elegirá un establecimiento más cercano a su hogar sobre uno que esté más lejos. Una explicación por la preferencia observada para las visitas al subsector privado es que hay mas medicos privados localizados cerca de los hogares.

La Tabla IV.6 estima los efectos de combinar dos políticas potenciales de procedimiento de la SESPAS: un aumento en el precio y una reducción en el tiempo de traslado (logrado por la construcción de nuevos servicios ambulatorios de la SESPAS en vecindarios de bajo y medio ingresos. Como se ha señalado anteriormente, un aumento en el precio puede reducir la utilización, pero a la vez puede producir ingresos adicionales que pueden ser usados para fabricar y operar nuevos establecimientos.

Cuál sería el efecto, por ejemplo, del subgrupo de población en el nivel II de ingresos si el precio de una visita de la SESPAS fuera aumentado de su promedio de menos de RD$ 2 a RD$ 10? (ver los supuestos adicionales mostradas al pie de la Tabla IV.6) Si, al mismo tiempo, el promedio de

TABLA IV 5

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DE LA SESPAS Y EL TIEMPO DE TRASLADO A FACILIDADES DE LA SESPAS: HOMBRES, SIN CONSIDERAR LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

		Tiempo de viaje * (en minutos)					
		28		22		18	
Precio SESPAS	Decision	Probabilidad	Eleccion del subsector (%)	Probabilidad	Eleccion del subsector (%)	Probabilidad	Eleccion del subsector (%)
RD$ 1.92	Sin atencion	0.751		0.750		0.750	
	Privado	0.165	66.3	0.163	65.2	0.161	64.1
	SESPAS	0.065	26.1	0.068	27.2	0.071	28.3
	IDSS	0.019	7.6	0.019	7.6	0.019	7.6
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 10	Sin atencion	0.751		0.751		0.750	
	Privado	0.169	67.5	0.166	66.7	0.164	65.6
	SESPAS	0.061	24.5	0.064	25.7	0.067	26.8
	IDSS	0.020	8.0	0.019	7.6	0.019	7.6
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 20	Sin atencion	0.752		0.752		0.751	
	Privado	0.170	68.5	0.168	68.0	0.167	67.1
	SESPAS	0.058	23.4	0.060	24.2	0.063	25.3
	IDSS	0.020	8.0	0.019	7.7	0.019	7.6
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 30	Sin atencion	0.753		0.752		0.752	
	Privado	0.173	70.0	0.171	69.0	0.169	68.1
	SESPAS	0.054	21.9	0.057	23.0	0.060	24.2
	IDSS	0.020	8.1	0.020	8.0	0.019	7.7
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para un hombre entre 15 y 44 anos de edad con 7.8 anos de educacion y que no tuvo un accidente. El precio promedio del sector privado calculado para esta persona fue de RD$ 34.30

* - El promedio de tiempo de viaje observado para un usuario de la SESPAS fue de 28 minutos.

tiempo de traslado a los establecimientos de la SESPAS se redujera de los actuales 28 minutos a 16 minutos, el número total de visitas a la SESPAS por este subgrupo de población se mantendría virtualmente igual pero el aumento en honorarios proporcionaría a la SESPAS un aumento de ingreso estimado de RD$ 3.5 millones por año (17).

2. Precios del Sector Privado. Al igual que en las dos tablas de precios de la SESPAS (IV.4 y IV.5), los efectos de los precios en el sector privado sobre la decisión de solicitar atención médica ambulatoria y elección del subsector, se muestran tanto para los no beneficiarios del IDSS (Tabla IV.7) como para los beneficiarios del IDSS (Tabla IV.8). La razón de que estos análisis se hubieran hecho separadamente, es el comportamiento al solicitar atención médica ambulatoria por las personas en los dos grupos difiere; como se mencionó anteriormente, es mas probable que los beneficiarios del IDSS soliciten atención médica en los establecimientos del IDSS que los no beneficiarios. Como en las tablas de la SESPAS, ambas tablas del sector privado muestran probabilidades de decisión y elecciones del sub-sector para los cuatro niveles de ingresos mas bajos. Ya que la variable de los precios en la ecuación de la demanda fue estadísticamente significativa solamente con un nivel de confianza de 85 porciento (ver Apéndice B); los resultados deben interpretarse con cautela con respecto a su confiabilidad.

Surgen varios hallazgos importantes de una cuidadosa revisión de la Tabla IV.7. Primero, aún si la atención médica ambulatoria en el sector privado fuese gratuita para el usuario (i.e., un precio del sector privado de RD$ 0), tres cuartos de los que se declaran enfermos no solicitarían atención médica ambulatoria en ninguno de los tres subsectores - un hallazgo que permanece igual en todos los cuatro niveles de ingresos del hogares mostrados. Esto sugiere que (a) tres cuartos de los que se sintieron enfermos no se consideraron tan enfermos como para pagar o emplear el tiempo o el esfuerzo en visitar a un médico, o (b) hay una propensión baja para solicitar atención médica en la población encuestada, para la cual se puede buscar una explicación cultural o educativa.

Segundo, la decisión de solicitar atención médica ambulatoria de un doctor - en cualquiera de los tres subsectores - está sólo debilmente afectada por los precios en el subsector privado. Los que se encuentran en los niveles de ingresos más bajos (I - III) tienden a solicitar atención médica ambulatoria - sin tener en cuenta el subsector menos frecuentemente a medida que se le cargan precios mayores, pero el efecto no es muy fuerte. Por ejemplo, los hombres en el

TABLA IV 7

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DEL SECTOR PRIVADO Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES, EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS.
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

		Nivel de ingreso del hogar * (RD$ de Noviembre, 1987)							
		I: RD$ 200		II: RD$ 450		III: RD$ 850		IV: RD$ 1500	
Precios del sector privado	Decision	Probabilidad	Eleccion del subsector (%)	Probabilidad	Eleccion del subsector (%)	Probabilidad	Eleccion del subsector (%)	Probabilidad	Eleccion del subsector (%)
RD$ 0	Sin atencion	0.744		0.742		0.744		0.744	
	Privado	0.195	72.2	0.195	72.0	0.194	71.8	0.184	71.8
	SESPAS	0.059	21.5	0.059	21.8	0.058	21.9	0.059	21.9
	IDSS	0.015	6.3	0.016	6.2	0.015	6.3	0.016	6.3
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 30	Sin atencion	0.753		0.750		0.749		0.745	
	Privado	0.164	65.9	0.167	65.8	0.173	68.7	0.191	70.9
	SESPAS	0.066	26.5	0.064	25.6	0.061	24.2	0.057	22.4
	IDSS	0.019	7.5	0.019	7.6	0.018	7.1	0.017	6.7
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 60	Sin atencion	0.757		0.755		0.751		0.744	
	Privado	0.145	60.0	0.154	62.8	0.165	66.3	0.182	71.1
	SESPAS	0.075	30.9	0.070	28.6	0.065	26.1	0.057	22.3
	IDSS	0.022	9.1	0.021	8.6	0.019	7.6	0.017	6.6
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 90	Sin atencion	0.762		0.757		0.752		0.742	
	Privado	0.132	55.4	0.144	59.9	0.161	64.9	0.197	72.5
	SESPAS	0.082	34.5	0.075	31.1	0.067	27.0	0.055	21.3
	IDSS	0.024	10.1	0.022	9.1	0.020	8.1	0.016	6.2
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para hombres entre 15 y 44 anos de edad con 7.8 anos de educacion y que no tuvieron un accidente

* - El mayor nivel de ingreso del hogar es omitido porque los resultados no son estadisticamente confiables

TABLA IV 8

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION MEDICA AMBULATORIA Y LA ELECCION DEL SUBSECTOR COMO FUNCION DE LOS PRECIOS DEL SECTOR PRIVADO Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES, SOLAMENTE LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS, SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

		Nivel de ingreso del hogar ‡ (RD$ de Noviembre, 1987)							
		I. RD$ 200		II: RD$ 450		III: RD$ 850		IV: RD$ 1500	
Precios del sector privado	Decision	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccio del sub-sector (%)	Proba-bilidad	Eleccion del sub-sector (%)
RD$ 0	Sin atencion	0.719		0.718		0.720		0.719	
	Privado	0.112	39.9	0.112	39.7	0.110	39.3	0.110	39.3
	SESPAS	0.033	11.7	0.034	12.1	0.034	12.1	0.034	12.1
	IDSS	0.136	48.4	0.136	48.2	0.136	49.6	0.136	48.6
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 30	Sin atencion	0.722		0.722		0.722		0.719	
	Privado	0.091	32.9	0.095	34.2	0.100	36.0	0.109	38.8
	SESPAS	0.037	13.4	0.036	12.9	0.035	12.6	0.034	12.1
	IDSS	0.149	53.8	0.147	52.9	0.143	51.4	0.138	49.1
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 60	Sin atencion	0.727		0.725		0.724		0.719	
	Privado	0.076	27.9	0.083	30.2	0.093	33.5	0.110	39.1
	SESPAS	0.039	14.3	0.038	13.8	0.037	13.3	0.034	12.1
	IDSS	0.158	57.9	0.154	55.0	0.148	53.2	0.137	48.8
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0
RD$ 90	Sin atencion	0.728		0.727		0.724		0.719	
	Privado	0.066	24.2	0.075	27.5	0.089	32.3	0.114	40.6
	SESPAS	0.041	15.1	0.039	14.3	0.037	13.4	0.033	11.7
	IDSS	0.165	60.7	0.159	58.2	0.150	54.3	0.134	47.7
		1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0	1.000	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para hombres entre 15 y 44 anos de edad con 7.2 anos de educacion y que no tuvieron un accidente.

‡ - El mayor nivel de ingreso del hogar es omitido porque los resultados no son estadisticamente confiables.

nivel de ingresos más bajo (RD$ 200), frente a un precio cero en el sector privado, solicitarían atención médica ambulatoria de un doctor en el 25.6 porciento (1 - 0.744) de los casos. Si las mismas personas encaran un precio en el sector privado de RD$ 60 - el precio promedio realmente pagado por pacientes no asegurados que visitan a médicos del sector privado - ellos solicitarán atención (de nuevo en cualquier subsector) sólo un poco menos frecuentemente, en el 24.3 porciento (1 - 0.757) de los casos.

Tercero, entre aquellos que deciden solicitar atención médica ambulatoria hay un preferencia marcada por médicos privados a través de todos los nivel de ingresos del hogar. Con un precio de cero en el sector privado, el 72 porciento de todos aquellos que solicitaron atención médica ambulatoria de un doctor, a travez de todos los grupos de ingresos, solicitarían atención médica privada. Otro 22 porciento solicitaría ver a un doctor de la SESPAS; el 6 porciento querría ver a un médico del IDSS. Aún al alto precio de RD$ 90 en el sector privado, habría todavía una fuerte preferencia en todos los grupos de ingresos, por la atención privada.

Si los precios en el sector privado se incrementan, lo mismo sucedería a la tendencia a solicitar atención de los médicos de la SESPAS y del IDSS para todos los que sean integrantes del nivel de ingresos del hogar más altos (nivel IV) aún cuando la población reflejada en la tabla no sean beneficiarios del IDSS. Si el precio del sector privado para la atención médica ambulatoria fuera cero, el 6.3 porciento de todos los de el nivel de ingreso más bajo que decidieron solicitar atención utilizarían servicios del IDSS, una proporción que aumentaría a 10.1 porciento de los que están en el más bajo nivel al enfrentarse con un precio del sector privado de RD$ 90. La misma tendencia puede ser observada, aunque menos dramáticamente, para los niveles de ingresos II y III. Sólo para aquellos en el nivel de ingresos IV, no aumentaría la utilización del IDSS con aumento de precios del sector privado - aparentemente debido a que el alza de precios del sector privado no desalentaría a las personas más ricas para solicitar atención privada.

La Tabla IV.7 demuestra que -- aunque la proporción de personas enfermas decididas a solicitar atención pudiera no estar significativamente afectada por cambios en los precios del subsector privado - la tendencia de los que sí decidieron solicitar atención podría cambiar hacia o alejarse del sector privado, dependiendo de los precios. Por ejemplo, hay un 60 porciento de probabilidades de que los que están en el nivel de ingresos más bajo que detectaron una enfermedad y que decidieron solicitar atención médica ambulatoria irían al

sector privado si el precio fuera de RD$ 60. Si el precio se redujera a cero el número de personas en el nivel de ingresos más bajo que soliciten atención fuera del hogar no cambiaría significativamente, pero el 72 porciento de ellos irían a un médico del subsector privado.

De este modo las reducciones en el precio del sector privado resultarían en un aumento de la demanda de la atención médica privada y una correspondiente disminución en las visitas de la SESPAS e del IDSS. Para continuar con el mismo ejemplo, una reducción del precio de RD$ 60 a cero puede aumentar la utilización del sector privado por el nivel de ingreso bajo en un 26 porciento (18). Si el precio aumentara de RD$ 30 a RD$ 60 - un 100 porciento de aumento - la proporción de personas enfermas que soliciten atención en el sector privado disminuría de 18.4 a 16.3 porciento, una reducción relativamente menor en probabilidades (19), aunque debe notarse que la reduccion estaría concentrada en el grupo de ingreso mas bajo. Debido a la magnitud de este efecto, los costos potenciales de una disminución de los precios en el sector privado son considerables. Hay, por ejemplo, 360,000 habitantes en Santo Domingo en el nivel de ingresos del hogar más bajo. En un período de dos semanas, alrededor del 40 porciento (144,000) de ellos pudieran tener un problema de salud (no dental) y alrededor del 45 porciento de ese grupo (64,800 personas) estarían en la categoría de edad 15 - 44 (ver Tabla III.2). Con un precio en el sector privado de RD$ 60, estas personas enfermas harían cerca de 9,500 visitas (64,800 x 14.6 porciento) a médicos del sector privado. Con un precio de cero en el sector privado, sin embargo, aproximadamente 12,000 (64,800 x 18.4 porciento) visitarían a proveedores del sector privado. El costo de un subsidio total del precio del sector privado para este segmento de la población sería de RD$ 150,000 (RD$ 60 x [12,000 - 9,500]) cada dos semanas, o RD$ 15.6 millones anualmente. Desde una perspectiva de política a seguir, por lo tanto, hay varias elecciones a hacer -- entre ellas, por ejemplo, una decisión entre (a) cargarle a aquellos que pueden pagar por los servicios de la SESPAS, si deciden usarlos y (b) reducir la demanda de servicios públicos subsidiando el uso del sector privado por aquellos con limitada capacidad para pagar por su atención médica ambulatoria.

La Tabla IV.8 presenta, sólo para beneficiarios del IDSS, una información similar a la mostrada en la Tabla IV.6 para los no beneficiarios. Esto sugiere que, si los precios del sector privado fueran a aumentarse, pocos beneficiarios en los grupos de más bajos ingresos seleccionarían la atención médica ambulatoria si estuvieran enfermos, pero que aquellos que sí solicitaron atención cambiarían del sector privado

hacia los servicios del IDSS y de la SESPAS. Esto es parecido a la tendencia mostrada en la Tabla IV.7 para los no beneficiarios del IDSS.

Sólo 48 porciento de los beneficiarios del IDSS utilizarían realmente los servicios del IDSS si los precios del sector privado para atención médica ambulatoria fuera cero — una observación que es cierta a través de todos los grupos de ingresos mostrados. Observen también, sin embargo, aunque aceptable para la atención del IDSS y pagando cero en el sector privado, cerca del 18 porciento de todos los cuatro grupos de ingresos decidirían consultar a doctores de la SESPAS, posiblemente por razones de familiaridad con los servicios de la SESPAS o con su calidad.

Ambas tablas sugieren que el subsidio del precio del sector privado puede promover un mayor uso de médicos privados por los grupos de bajos ingresos y nos ilustra de cómo puede ser anticipado el costo de tal medida.

V. RESULTADOS: SERVICIOS HOSPITALARIOS

Este capítulo presenta los resultados del análisis estadístico de la demanda de atención médica hospitalaria, tomando en consideración sólo hospitalizaciones por enfermedad o herida. (Los análisis de los patrones de utilización de la atención médica al igual que otros tipos de atención hospitalaria, incluyendo tratamientos médicos y partos, pueden encontrarse en Gómez 1988). La forma usada para analizar los determinantes de la demanda de pacientes hospitalarios es similar a la usada en el Capítulo IV para atención ambulatoria, con dos diferencias importantes.

La primera diferencia es metodológica, un efecto de la muestra empleada y las decisiones específicas bajo análisis. En el caso del Capítulo IV, se estudiaron dos decisiones para la atención ambulatoria (solicitar o no solicitar atención médica y - entre aquellos que tomaron la decisión de solicitar atención - cual subsector visitar) y todas las personas que habían estado enfermas durante el período de recolección de datos se incluyeron en la muestra. En el caso del presente capítulo, por el contrario, la decisión de solicitar atención (o sea, ser hospitalizados) no se analizó, ya que las personas que necesitaban atención hospitalaria, en comparación con las personas necesitando atención ambulatoria, deben tener ménos en cuenta solicitar o no atención médica: ya sea que son referidos para ser hospitalizados posterior a una visita ambulatoria o su problema de salud es lo suficientemente serio para requerir una hospitalización directa. Así, para la atención hospitalaria sólo se estudiaron las determinantes de elecciones del subsector en el cual fueron hospitalizados y sólo se incluyeron en la muestra las personas que habían sido hospitalizadas.

La segunda diferencia entre los capítulos IV y V es que los efectos del cambio de precio en la elección del subsector, analizado en el Capítulo IV, no son discutidas aquí. Las razones técnicas para estas dos diferencias entre los dos capítulos - comentadas detalladamente en el Apéndice B - están basadas en la incapacidad del modelo de comportamiento para aislar adecuadamente los efectos del precio en la elección del subsector. Una posible explicación de esta limitación es que el modelo falla en captar y medir apropiadamente la influencia de la calidad detectada en la atención en la elección del subsector. Por ejemplo, el modelo predice que, manteniéndose otras cosas iguales, las personas preferirán los precios altos a los bajos - una predicción consecuente con la hipótesis de que los pacientes consideran a los proveedores con altos pre-

cios como si ofrecieran servicios de alta calidad, pero no es consecuente con la teoría económica y el sentido común, que predicen que - manteniéndose otras cosas iguales - las personas preferirán los precios bajos a los altos. Una consecuencia secundaria en este problema es que la influencia del ingreso en la elección del subsector de acuerdo con el modelo, es más bajo de lo que se esperaba (20).

Los resultados estadísticos, de la atención hospitalaria, del análisis de la elección del subsector pueden encontrarse en el Apéndice A, Tabla A.11, junto con los coeficientes de regresión de la ecuación del precio del sector privado (Tabla A.12). Estos resultados se incorporaron al modelo de comportamiento que se usa en este capítulo para simular las probabilidades de que una persona que requiera atención hospitalaria pueda elegir ser hospitalizado en un establecimiento de la SESPAS, del IDSS, o del sector privado.

A. Influencia del Sexo, Edad e Ingreso en la Elección del Subsector

Se ha mencionado en el Capítulo IV que el comportamiento de los beneficiarios del IDSS en Santo Domingo difiere del de los no beneficiarios, ya que en los primeros es mucho más probable que soliciten atención en los establecimientos del IDSS que los últimos. Las Tablas V.1 a V.4 distinguen de esta manera entre estos dos grupos de pacientes hospitalarios. Las Tablas V.I y V.2 presentan, respectivamente, los resultados de simulaciones para mujeres y hombres no beneficiarios del IDSS, con un promedio de 7.2 años de educación y cuya hospitalización no ha sido motivada por un accidente o la necesidad de una operación quirúrgica. Las probabilidades de elección del subsector por los beneficiarios del IDSS se presentan separadamente en las Tablas V.3 y V.4.

Las Tablas V.1 y V.2 pueden utilizarse para fijar la influencia simultánea de la edad y el ingreso del hogar en la elección del subsector para pacientes hospitalarios. Las Tablas muestran que, para ambos sexos y a través de todos los grupos de edades, es mas probable que las personas con más altos ingresos, sólo ligeramente, elijan establecimientos privados que las personas de más bajos ingresos: por ejemplo, una mujer en la categoría de edad de 15-44 años con un ingreso del hogar de RD $200 elegirá un establecimiento del sector privado en el 81.6 porciento de los casos, mientras que una mujer en la misma categoría de edad pero con un ingreso más alto del hogar de RD $2500 elegirá un proveedor privado en el 82 porciento de los casos, que es una probabilidad ligeramente mayor. Mientras que estos resultados generalmente concuerdan

TABLA V.1

ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA
COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: MUJERES,
EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS,
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

Edad de la persona (anos)	Subsector	Nivel de ingreso del hogar: I: RD$ 200 — Subsector elejido(%)	II: RD$ 450 — Subsector elejido (%)	III: RD$ 950 — Subsector elejido (%)	IV: RD$ 1500 — Subsector elejido (%)	V: RD$ 2500 — Subsector elejido (%)
Menos de 1	Privado	82.1	82.1	82.1	82.3	82.4
	SESPAS	15.5	15.5	15.5	15.4	15.3
	IDSS	2.4	2.4	2.4	2.3	2.3
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 - 4	Privado	55.9	55.9	56.0	56.1	56.2
	SESPAS	36.9	36.9	36.8	36.7	36.6
	IDSS	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
5 - 14	Privado	81.2	81.2	81.3	81.4	81.5
	SESPAS	17.1	17.1	17.0	16.9	16.8
	IDSS	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15 - 44	Privado	81.6	81.7	81.7	81.8	82.0
	SESPAS	16.6	16.5	16.5	16.4	16.2
	IDSS	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mas de 45	Privado	74.7	74.7	74.8	75.0	75.4
	SESPAS	19.0	19.0	18.9	18.8	18.5
	IDSS	6.3	6.3	6.3	6.2	6.1
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para una mujer con 7.2 anos de educacion (para mujeres menores de 15 anos, el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es usado), que no es una beneficiaria del IDSS, y no tuvo un accidente u operacion. Los precios de una hospitalizacion calculados para cada subsector fueron los siguientes promedios: privado - RD$ 414; SESPAS - RD$ 36; IDSS - RD$ 19.

TABLA V 2

ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA
COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES,
EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS,
SANTO DOMINGO (R D), 1987

Edad de la persona (años)	Subsector	Nivel de ingreso del hogar I: RD$ 200 Subsector elejido(%)	II: RD$ 450 Subsector elejido (%)	III: RD$ 850 Subsector elejido (%)	IV: RD$ 1500 Subsector elejido (%)	V: RD$ 2500 Subsector elejido (%)
Menos de 1	Privado	68.9	68.9	68.9	69.0	69.1
	SESPAS	26.2	26.2	26.1	26.0	25.9
	IDSS	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 - 4	Privado	37.7	37.7	37.7	37.8	39.0
	SESPAS	50.0	50.0	50.0	49.9	49.7
	IDSS	12.3	12.3	12.3	12.3	12.3
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
5 - 14	Privado	67.7	67.7	67.8	68.0	68.2
	SESPAS	28.7	28.7	28.6	28.5	28.3
	IDSS	3.6	3.6	3.6	3.5	3.5
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15 - 44	Privado	68.2	68.3	68.4	68.5	68.8
	SESPAS	27.9	27.9	27.7	27.6	27.4
	IDSS	3.9	3.9	3.9	3.9	3.8
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mas de 45	Privado	57.9	58.0	58.2	58.3	58.7
	SESPAS	29.7	29.6	29.5	29.4	29.1
	IDSS	12.4	12.4	12.3	12.3	12.2
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para un hombre con 7.2 anos de educacion (para hombres menores de 15 anos, el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es usado), que no es beneficiario del IDSS, y no tuvo un accidente u operacion. Los precios de hospitalizacion calculados para cada subsector fueron los siguientes promedios: privado - RD$ 414; SESPAS - RD$ 36; IDSS - RD$ 19.

con lo que fue observado en el Capitulo IV para la atención ambulatoria, los mismos indican una mayor preferencia entre las mujeres por el sector privado que entre los hombres, especialmente considerando el hecho de que los análisis se refieren solamente a la atención médica y por ello excluyendo partos normales.

Las mismas tablas también muestran que hay marcadas diferencias en la elección del subsector tanto en las mujeres como en los hombres, en todos los grupos de edad. Los niños entre 1 y 4 años - y en particular los varones - es menos probable que sean hospitalizados en establecientos del sector privado que los de otros grupos de edad y tienen la mayor probabilidad entre todos los grupos de edad de ser hospitalizados en los establecimientos de la SESPAS. Los varones en el grupo de edad de 1 - 4 (Tabla V.2) son hospitalizados en establecimientos de la SESPAS en la mitad de los casos; para las niñas en el mismo grupo de edad la cifra es el del 37 porciento. Entre todos los grupos de edad y en ambos sexos, la próxima mayor probabilidad de escoger a la SESPAS para hospitalización - entre los hombres mayores de 45 años - es sólo el 30 porciento.

Las dos tablas también muestran una preferencia especialmente marcada a través de todos los grupos de ingresos para la hospitalización de niños en el sector privado. Los niños menores de un año representan el grupo de edad con la mayor probabilidad de hospitalización en establecimientos privados, a expensas tanto de establecimientos de la SESPAS como del IDSS. Los niños entre las edades 1 - 4, por contraste, constituyen el grupo con la menor probabilidad de hospitalización en establecimientos privados y la mayor probabilidad de hospitalización en establecimientos de la SESPAS.

Las Tablas V.3 y V.4 contienen la misma información para beneficiarios del IDSS así como las Tablas V.1 y V.2 la muestran para los no beneficiarios. Tres hallazgos importantes resaltan de una comparación de estos dos conjuntos de tablas. Primero, como se esperaba, los beneficiarios del IDSS es (casi cuatro veces) más probable que usen los establecimientos de la Seguridad Social que los no beneficiarios. Por ejemplo, los hombres no beneficiarios en el grupo de edad 15 - 44 (Tabla V.2) escogen el IDSS solamente alrededor del 4 porciento de los casos, mientras que los hombres beneficiarios en el mismo grupo de edad (Tabla V.4) escogen el IDSS alrededor del 15 porciento de los casos.

Segundo, las personas que pueden ser hospitalizadas bajo el IDSS tienen una probabilidad mayor de elegir ser hospitali-

zadas en establecimientos privados (así como una mayor probabilidad de elegir ser hospitalizadas en establecimientos del IDSS) que la que tienen los no beneficiarios del IDSS. Por ejemplo, las mujeres en el grupo de edad 15 - 44 que no tienen derecho a los beneficios del IDSS van a los proveedores privados en el 82 porciento de los casos (Tabla V.1). Por contraste, las mujeres beneficiarias del IDSS en el mismo grupo de edad buscan atención en los establecimientos privados aún con una mayor probabilidad de cerca del 85 porciento (Tabla V.3). Lo que es aún más notable aquí es que las mujeres con edad de 15 - 44 que son beneficiarias del IDSS van a los establecimientos del IDSS con una probabilidad de sólo el 7 porciento, quizás porque las mujeres beneficiarias del IDSS no están cubiertas para hospitalizaciones debidas a enfermedades o heridas sino solamente en problemas relacionados con la maternidad. La mayor probabilidad de que los beneficiarios del IDSS (relativo a los no beneficiarios) escogerán hospitalización en el sector privado o en establecimientos del IDSS es a expensas de los servicios hospitalarios de la SESPAS.

Finalmente, las Tablas V.3 y V.4 muestran que tanto los hombres y mujeres beneficiarios del IDSS de 45 años o más tienen una mayor probabilidad de elegir establecimientos de la Seguridad Social que los miembros de los grupos de edades más jóvenes. Este efecto es particularmente fuerte en el caso de los hombres (Tabla V.4), que eligen los establecimientos del IDSS en más de la mitad de los casos. Una posible explicación de este hallazgo es que, en general, las personas en los grupos de edades más altos están afectados por los tratamientos médicos más caros. Por contraste con los otros dos subsectores y particularmente el sector privado, el IDSS puede constituir una opción atractiva para las personas en este grupo de edad debido a su atención "gratuita" y posiblemente a su reputación de la alta calidad de ciertos tratamientos médicos complejos.

La utilización relativamente baja por las mujeres más jóvenes beneficiarias del IDSS de los establecimientos del IDSS puede deberse a la limitada cobertura de dependientes del IDSS. La mayor utilización por mujeres mayores de 45 sugiere que las mujeres mayores de 45 años son más idóneas para ser trabajadoras totalmente cubiertos que dependientes calificadas para pocos beneficios. Otro factor que afecta el uso de las facilidades del IDSS por personas de edad - beneficiarios del IDSS - puede ser que los trabajadores de edad, tanto hombres como mujeres, tienen como promedio un nivel de educación mas bajo y son más pobres que los trabajadores jóvenes y por lo tanto son menos capaces de afrontar la atención privada.

TABLA V.2

ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA
COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: MUJERES,
SOLAMENTE LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS,
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

Edad de la persona (anos)	Subsector	Nivel de ingreso del hogar: I: RD$ 200 — Subsector elejido(%)	II: RD$ 450 — Subsector elejido (%)	III: RD$ 850 — Subsector elejido (%)	IV: RD$ 1500 — Subsector elejido (%)	V: RD$ 2500 — Subsector elejido (%)
Menos de 1	Privado	92.9	93.0	93.0	93.0	93.1
	SESPAS	3.3	3.2	3.2	3.2	3.2
	IDSS	3.8	3.8	3.9	3.8	3.7
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 - 4	Privado	75.1	75.2	75.3	75.5	75.7
	SESPAS	9.9	9.9	9.9	9.8	9.7
	IDSS	15.0	14.9	14.8	14.7	14.5
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
5 - 14	Privado	91.7	91.7	91.7	91.8	91.9
	SESPAS	4.7	4.7	4.7	4.7	4.6
	IDSS	3.6	3.6	3.6	3.5	3.5
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15 - 44	Privado	85.3	85.3	85.5	85.5	85.7
	SESPAS	7.9	7.9	7.8	7.8	7.7
	IDSS	6.8	6.8	6.7	6.7	6.6
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mas de 45	Privado	51.6	51.7	51.9	52.2	52.6
	SESPAS	13.6	13.6	13.5	13.4	13.3
	IDSS	34.8	34.7	34.6	34.6	34.1
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para una mujer con 7.2 anos de educacion (para mujeres menores de 15 anos, el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es usado), que es beneficiaria del IDSS, y no tuvo un accidente u operacion. Los precios de hospitalizacion calculados para cada subsector fueron los siguientes promedios: privado - RD$ 414; SESPAS - RD$ 36; IDSS - RD$ 19.

TABLA V.1

ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA
COMO FUNCION DE LA EDAD Y EL INGRESO DEL HOGAR: HOMBRES,
SOLAMENTE LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS,
SANTO DOMINGO (R.D.), 1997

Edad de la persona (anos)	Subsector	Nivel de ingreso del hogar: I: RD$ 200 — Subsector elejido (%)	II: RD$ 450 — Subsector elejido (%)	III: RD$ 950 — Subsector elejido (%)	IV: RD$ 1500 — Subsector elejido (%)	V: RD$ 2500 — Subsector elejido (%)
Menos de 1	Privado	85.1	85.1	85.2	85.3	85.6
	SESPAS	6.0	6.0	6.0	5.9	5.8
	IDSS	8.9	8.9	8.9	8.8	8.6
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 - 4	Privado	55.4	55.5	56.7	56.9	57.3
	SESPAS	15.0	15.0	14.9	14.9	14.7
	IDSS	29.6	28.5	23.4	29.2	28.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
5 - 14	Privado	83.1	83.1	83.2	83.3	83.5
	SESPAS	8.5	9.6	9.6	8.5	9.4
	IDSS	8.2	8.3	8.2	9.2	8.1
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15 - 44	Privado	72.0	72.1	72.2	72.5	72.7
	SESPAS	13.4	13.4	13.3	13.2	13.1
	IDSS	14.6	14.5	14.5	14.3	14.2
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mas de 45	Privado	30.9	31.0	31.1	31.4	31.6
	SESPAS	16.3	16.3	16.3	16.2	16.2
	IDSS	52.8	52.7	52.6	52.4	52.2
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota: Los resultados de esta tabla son estimados para un hombre con 7.2 anos de educacion (para hombres menores de 15 anos, el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es usado), que es beneficiario del IDSS, y no tuvo un accidente u operacion. Los precios de hospitalizacion calculados para cada subsector fueron los siguientes promedios: privado - RD$ 414; SESPAS - RD$ 36; IDSS - RD$ 19.

B. Influencia de la Educación en la Elección del Subsector

Como en el caso de la atención ambulatoria (Tabla IV.3), la educación tiene un efecto positivo e importante en la probabilidad de que una persona necesitada de atención hospitalaria elija un establecimiento del sector privado. Este efecto, virtualmente idéntico para hombres y mujeres, se muestra para mujeres en la Tabla V.5. La tabla presenta las probabilidades de elección del subsector para atención hospitalaria para mujeres no beneficiarias del IDSS, por ingreso y en función de la educación (o, para pacientes menores de 15, la educación del miembro de familia mejor educado del hogar). La tabla muestra, por ejemplo, que las personas con sólo 2 años de educación son, aproximadamente 17 puntos porcentuales, menos probable que elijan proveedores privados que las personas con 12 años de educación.

Un hallazgo mucho más significativo de esta tabla es que aún las personas menos educadas y de bajos ingresos, seleccionarán atención privada hospitalaria alrededor del 80 porciento de las veces - una cifra que alcanza el 96 porciento de las veces en el caso de personas de altos ingresos y altamente educadas.

TABLA V 6

ELECCION DEL SUBSECTOR PARA ATENCION HOSPITALARIA
COMO FUNCION DE LA EDUCACION Y EL INGRESO DEL HOGAR: MUJERES,
EXCLUYENDO LOS BENEFICIARIOS DEL IDSS.
SANTO DOMINGO (R.D.), 1987

		Nivel de ingreso del hogar				
		I. RD$ 200	II: RD$ 450	III: RD$ 850	IV: RD$ 1500	V: RD$ 2500
Anos de educacion	Subsector	Subsector elejido(%)	Subsector elejido (%)	Subsector elejido (%)	Subsector elejido (%)	Subsector elejido (%)
2	Privado	79.5	79.5	78.6	79.2	79.0
	SESPAS	20.4	20.4	20.3	20.1	19.9
	IDSS	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
4	Privado	84.1	84.1	84.2	84.2	84.6
	SESPAS	14.8	14.8	14.7	14.5	14.4
	IDSS	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
6	Privado	88.5	88.5	88.5	88.6	88.8
	SESPAS	10.5	10.5	10.4	10.4	10.2
	IDSS	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
8	Privado	91.7	91.7	91.8	91.9	91.9
	SESPAS	7.4	7.4	7.2	7.3	7.2
	IDSS	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
10	Privado	94.1	94.1	94.1	94.2	94.2
	SESPAS	5.1	5.1	5.1	5.0	5.0
	IDSS	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
12	Private	95.8	95.8	95.8	95.8	95.9
	SESPAS	3.5	3.5	3.5	3.5	3.4
	IDSS	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota: Los resultados en esta tabla son estimados para una mujere entre 15 y 44 anos que no es beneficiaria del IDSS, y no tuvo un accidente u operacion. Los precios de hospitalizacion calculados para cada subsector fueron los siguientes promedios: privado - RD$ 414; SESPAS - RD$ 36; IDSS - RD$ 19.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones ofrecidas en este capítulo están basadas no sólo en el análisis de la demanda de atención curativa (atención curativa no dental prestada por un médico) presentado en este informe, sino también en otras tres fuentes: los documentos de HCF/LAC y el IEPD que precedieron a este informe (Gómez 1988; Duarte y otros. 1988) y discusiones a fondo, en una sesión de trabajo patrocinada por USAID de República Dominicana en Santo Domingo en Enero, 1989, de estos dos documentos más el borrador preliminar del presente informe.

Los participantes en las sesiones de trabajo en Santo Domingo (ver Apéndice C) estuvieron en amplio acuerdo en dos puntos importantes subrayando la confiabilidad del análisis de la demanda. Primero, los datos de la encuesta constituyen un reflejo confiable del comportamiento en solicitar atención médica de la población de Santo Domingo. Segundo, aunque tanto la perspectiva descriptiva de los patrones de utilización de los servicios de salud y los estimados econométricos de los determinantes de utilización envuelven, por necesidad, ciertos supuestos simplificadores, las conclusiones que emanan de estos análisis, sin embargo, sugieren un número de recomendacines concretas que pueden ser implementadas, en sentido experimental, como parte de un diálogo de política interminable y un esfuerzo continuado de investigación. De aquí que cada una de las conclusiones relacionadas abajo está seguida por una o más recomendaciones específicas orientadoras de acciones.

1. <u>Preferencia por la atención privada.</u> Hay una fuerte preferencia en Santo Domingo por los servicios de salud privados, aún entre la población de bajos ingresos, los no asegurados y aquellos que pueden optar por atención en cualquier otra parte (por ejemplo, beneficiarios IDSS): 56 porciento de todas las consultas médicas ambulatorias y 60 porciento de todas las hospitalizaciones por atención curativa tienen lugar en los establecimientos privados, mientras que los servicios públicos (particularmente servicios ambulatorios) se informan estar subutilizados. Esto sugiere que los usuarios detectan como mejor la calidad de la atención médica ofrecida por el subsector privado comparado con los servicios ofrecidos por la SESPAS y el IDSS.

De acuerdo con los participantes de las sesiones de trabajo, las causas específicas de estas percepciones pueden

incluir (a) mayores tiempos de espera, horarios menos convenientes de los doctores, equipo mantenido probremente y suministros farmacéuticos inadecuados en los establecimientos públicos; (b) políticas de personal inapropiada en el sector público; (c) una administración hospitalaria deficiente (incluyendo una insuficiente descentralización de la toma de decisiones de los administradores de hospital); (d) una concentración desproporcionada de los recursos financieros, humanos y farmacéuticos de la SESPAS en hospitales, particularmente en el Distrito Nacional y (e) falta de claros patrones de realización y metas en el subsector público.

Recomendaciones: La preferencia del usuario por atenciones de salud en el sector privado en el Distrito Nacional ha resultado en un desajuste entre los principios de la política de acción pública (bajo la cual la SESPAS debe jugar un papel principal como proveedor de atención médica primaria) y la real distribución y utilización de los recursos (los cuales favorecen al sector privado). Los pasos tendientes a mitigar este desajuste incluyen (a) un análisis de mercado más completo, el cual se enfoque en la estructura del mercado de atención médica en Santo Domingo e identifique el subsector más adecuado para servir a cada segmento de la población; (b) un estudio de los conceptos que tiene la población de la calidad de la atención recibida en los establecimientos de salud pública y del potencial del mejoramiente de estos conceptos —no sólo por medio de los mejoramientos en la calidad de la atención en el sector público (posiblemente utilizando ingresos de los honorarios de los usuarios, discutido bajo el número cuatro, más abajo) sino también por medio de campañas educativas públicas; (c) reconocimiento por el sector público del importante papel jugado por el suministro y financiamiento de servicios de salud privados —y posiblemente también del IDSS— los cuales deben ayudar a liberar más recursos de la SESPAS para atención preventiva y ambulatoria en el Distrito Nacional y/o reducir la concentración de atención médica de la SESPAS en Santo Domingo para distribuir más recursos en el resto del país; (d) una completa revisión de las prácticas administrativas de hospitales públicos actualmente en curso en la República Dominicana y (e) el establecimiento de patrones de actuación unificados y metas de políticas a seguir coordinadas para todos los proveedores privados y públicos de atención médica.

2. Utilización cruzada de servicios. Hay una extensa utilización cruzada y un mal uso de los servicios de salud entre los cuatro principales subsectores de salud en Santo Domingo. Diez porciento de los que visitaron los establecimientos ambulatorios de la SESPAS pueden optar por

los atención médica bajo el IDSS, las Fuerzas Armadas y/o los seguros privados. Casi la mitad de todos los beneficiarios del IDSS escogen el sector privado para su atención, mientras que el 26 porciento de las consultas ambulatorias en los establecimientos del IDSS son hechas por pacientes que no son beneficiarios ni del IDSS ni de los seguros privados y que son tratados gratuitamente. Un hallazgo conexo es que los establecimientos de urgencia de los hospitales están siendo utilizados para atención preventiva y ambulatoria.

Recomendaciones : Como se destacó arriba, la responsabilidad de cada subsector debe ser definida más claramente con respecto a los ingresos de los usuarios, inscripción en los planes de seguros de salud o capacidad para cobertura de salud y necesidades de salud. Se puede argüir que es deseable mantener una libre elección entre los proveedores de atención médica en los diversos subsectores, pero todos los pacientes tratados en forma gratuita en los establecimientos de salud de la SESPAS deben ser cribados por cobertura del IDSS, las Fuerzas Armadas o de los seguros privados y a aquellos con cualquier tipo de cobertura de seguro se les debe cobrar por su atención o la SESPAS debe facturar a estos proveedores por la atención prestada a sus beneficiarios.

Segundo, con el fin de reducir la inapropiada utilización cruzada de los servicios debe desarrollarse un sistema de referencia tanto dentro como entre los subsectores, basado en los patrones de utilización actuales como ha quedado reflejado en la base de datos de la encuesta en hogares y complementado por datos de la utilización institucional. Con el tiempo, este sistema debe animar la utilización de los establecimientos de atención primaria en los cuatro subsectores, canalizando los usuarios hacia los servicios para los cuales ellos están capacitados en virtud de las contribuciones de seguro y limitando los servicios de la SESPAS hacia los medicamente indigentes y aquellos que eligen pagar por ellos mismos (sino están en el estatus de bajos ingresos). Se necesitaría un sistema de información médica que cubra todo el sector para hacer posible este proceso de referencia. Finalmente, puede ser necesario restringir el acceso a los hospitales de la SESPAS para atención ambulatoria. Una forma de lograrlo sería cargar a los pacientes por cualquier servicio de salud prestado en el cuarto de urgencia del hospital que (en la opinión del doctor de guardia) pudiera haber sido tratado como no urgente en una clínica o centro de salud de la localidad del paciente.

3. Población no atendida. Dos terceras partes de los habitantes de Santo Domingo no solicitan atención médica cuando se sientes enfermos. Mientras que la mayoría de

aquellos que no solicitan atención cuando están enfermos informan que su propio tratamiento es adecuado o que el tratamiento parece innecesario, una proporción problemática -entre el 10 y el 20- informa que es la falta de dinero para la visita al doctor o para las medicinas la razón para no solicitar atención médica en caso de enfermedad.

Recomendaciones: Ya que los servicios de salud de la SESPAS se ofrecen gratuitamente para la mayoría de los usuarios, la proporción sustancial de la población que define la indigencia como su razón para no solicitar atención médica cuando es necesaria, sugiere que (a) este segmento de la población no puede soportar el traslado al establecimiento de la SESPAS, ya sea por los costos de transporte o el costo de perder horas de trabajo; (b) los pacientes no están conscientes que hay atención médica gratuita disponibles en los establecimientos de la SESPAS; (c) ellos no pueden afrontar el costo de las medicinas que le son prescritas durante sus visitas gratuitas; o (d) otros factores económicos, educativos o culturales restringen la utilización de servicios de salud a este segmento de la población. (Estos factores pueden también restringir la utilización de las dos terceras partes de la población que no solicita atención médica cuando están enfermos; una cuarta parte de aquellos que no solicitan atención cuando están enfermos manifiestan no tener ninguna razón específica por la cual no solicitan atención).

Mientras que los resultados econométricos señalan hacia explicaciones en términos de las variables independientes sometidas a prueba, los participantes de las sesiones de trabajo vieron la necesidad de un análisis de mayor alcance de las preguntas surgidas por los hallazgos de no utilización, con el fin de que la utilización de los servicios de salud de aquellos que están necesitando atención pero que no están siendo atendidos sea mejorada. El gran número de personas que se sienten enfermas pero que no solicitan atención, en combinación con la sobreutilización de hospitales para atención médica ambulatoria, puede apoyar el mejoramiento de los actuales establecimientos PHC y quizás la construcción de establecimientos adicionales, tanto privados como de la SESPAS, en las comunidades urbanas de bajos ingresos.

4. Efectos de los honorarios de los usuarios en la utilización. Aunque los pacientes de bajos ingresos son más sensibles a los precios cargados que los pacientes de altos ingresos, se sugiere que puede reducirse sólo ligeramente la utilización, aún entre los de bajos ingresos, proyectando los efectos de precios más altos en la utilización de servicios de salud ambulatorios tanto en los subsectores privado como

público.

Recomendaciones. En muchos paises subdesarrollados, los ministerios de salud imponen ahora honorarios a los usuarios y algunos utilizan los ingresos logrados para mejorar la calidad de los servicios de salud pública. Este informe ha mostrado que en los establecimientos de la SESPAS en Santo Domingo (donde menos del 10 porciento de los atendidos pagan ahora honorarios de usuarios), el hecho de cargar más altos honorarios no reduciría significativamente la utilización y mejorar la calidad de los servicios puede aumentar la utilización lo suficiente para balancear los efectos del alza de precios, resultando potencialmente en un incremento neto en el uso de los servicios de la SESPAS a precios mayores. Es recomendable que la SESPAS explore nuevas vias en las cuales más y/o más altos honorarios puedan imponerse, ya sea a una proporción mayor de usuarios y/o a una variedad más amplia de servicios. Esto puede requerir el uso de pruebas de los medios. Para poder ganar experiencia con la ampliación de los cargos por honorarios de usuarios, debe diseñarse e implementarse un proyecto de recuperación de costos, involucrando tanto a los establecimientos hospitalarios como ambulatorios. Los ingresos logrados deben ser retenidos por los establecimientos involucrados para mejorar la calidad de sus servicios, proveer subsidios a los medicamente indigentes y financiar actividades promocionales de salud y prevención escogidas.

5. Efectos de las variaciones de precios en la elección del subsector. Aunque el aumento de los precios puede tener un pequeño impacto en la proporción general de las personas enfermas que solicitan atención médica, los precios más altos puede afectar la distribución de los subsectores de los que buscan atención médica. Especificamente, precios mas altos en el subsector privado disminuiría la proporción de personas solicitando atención privada, especialmente entre los grupos de bajos ingresos e incrementaria la utilización de los servicios de la SESPAS y del IDSS. Recíprocamente, la reducción de precios en el subsector privado (o aumentos en el sector público) resultaría en un aumento de la demanda de atención privada (y la correspondiente disminución en visitas de la SESPAS y del IDSS). (Debe hacerse notar en este aspecto que mucho del relativamente alto costo de visitas a proveedores de servicios de salud privados se debe a cargos por medicamentos, que responden por más de la mitad del gasto total promedio por paciente del sector privado pero menos que un tercio del promedio de gastos en la SESPAS y sólo un quinto en el IDSS).

Recomendaciones: Este informe presenta estimados de los

ingresos que pueden ser generados al aumentar los honorarios cargados a los usuarios de la SESPAS. El modelo usado en estos estimados debe ser comprobado para evaluar las cuestiones de aceptabilidad y administración que inevitablemente se producirían. Deben diseñarse dos experimentos de -uno-a-dos-años- para evaluar la posibilidad y efectos de ampliar los cargos de los honorarios de los usuarios y/o aumentar las tarifas para aquellos usuarios a los que ya se les cobra. Puede realizarse una prueba en el hospital que está actualmente haciendo un análisis de costo en profundidad bajo otro proyecto financiado por USAID (REACH), donde los datos detallados disponibles sobre el costo y los honorarios de los usuarios proveerá una base mayor para diseñar tal experimento. Deben seleccionarse también, para pruebas, una o dos clínicas de la SESPAS para el comienzo de los honorarios de los usuarios ya sea en una escala "sliding scale across-the-board" o selectivamente para ciertos servicios y/o usuarios. Debe prepararse un diseño detallado para tal experimento, precedido por un análisis de los usuarios de la clínica y los servicios ofrecidos. A la vez, debe rediseñarse el programa de medicinas esenciales para hacer estas medicinas disponibles a través del sector privado además de la SESPAS y del IDSS.

6. Diferencias en la utilización de los servicios por sexo, edad, educación e ingresos. El sexo, la edad y la educación de los pacientes afecta significativamente la utilización de los servicios de salud en Santo Domingo, pero mientras las diferencias en utilización por niveles de ingreso son estadísticamente significativas, el ingreso no es una determinante importante en la utilización de los servicios de salud. La utiliación por las mujeres sobrepasa a la de los hombres, en parte porque las mujeres son más numerosas que los hombres en Santo Domingo (del 53 al 47 porciento). Además, el análisis econométrico demuestra que es más probable que las mujeres soliciten atención médica que los hombres - especialmente atención privadas - cuando se reconocen enfermas. Es mas probable que los bebes y los niños de menos de 5 años obtengan atención médica cuando se detecta la enfermedad que los miembros de los grupos jóvenes y más viejos; Por el contrario, la utilización entre los niños enfermos en edad escolar (5 a 14 años) es relativamente baja. La educación alcanzada está positivamente relacionada con la probabilidad de solicitar atención médica del sector privado tanto hospitalaria como ambulatoria.

Recomendaciones: Se recomienda dos actividades de seguimiento: primero, un estudio de la utilización de los servicios de salud por las mujeres, enfocándolo en su uso más intenso de los servicios del subsector privado (relativo a los hombres); y segundo, una investigación acerca de la

significativamente baja utilización de los servicios de salud entre los niños enfermos en edad escolar (5 - 14 años), comparado con los grupos de edad jóvenes y viejos.

7. Cobertura del seguro. Cerca del 23 porciento de la población de Santo Domingo tiene alguna forma de cobertura de salud (diferente del de la SESPAS), ya sea en virtud de la condición de beneficiario bajo el IDSS o las Fuerzas Armadas o a través de su inscripción en un plan privado de pago por adelantado (seguro de salud o miembro de una iguala). El otro 77 porciento de los residentes de la ciudad no tienen tales beneficios. De acuerdo con los participantes en las sesiones de trabajo, el potencial de expansión de cobertura en el sector privado es grande, pero aún no hay una política coordinada en el sector de salud para una ampliación de la cobertura de los seguros de salud.

Recomendaciones: Para animar el desarrollo y proliferación de la cobertura de salud privada en Santo Domingo, los oficiales del sector de salud deben considerar las siguiente opciones. Primero, a más empleadores -aún empleadores de tiempos parciales y/o obreros domésticos- se les debe requerir que proporcionen beneficios de seguros de salud a sus empleados, lo cual permitiría a los aseguradores de salud aumentar la amplitud de sus pagos a medida que el volumen de su cobertura aumenta. Debe ser controlada la innecesaria utilización de servicio por los asegurados por deducibles y pagos colaterales. Segundo, se debe requerir los usuarios de los establecimientos SESPAS que tienen cobertura de seguro actuar bajo esta cobertura (los efectos de este requisito debe ser parte del diseño de los experimentos de precios sugeridos en la recomen dación no. 5, más arriba). Los oficiales del sector de salud deben tomar nota de los patrones reales de utilización identificados y discutidos en este informe, ya que aquellos trabajan hacia el desarrollo de una política coordinada de extensión de la cobertura.

8. Cobertura del IDSS. A pesar de sus contribuciones obligatorias a la seguridad social, muchas beneficiarios del IDSS en Santo Domingo eligen la atención médica privada o aún los servicios de la SESPAS. El resultado es que el número de pacientes atendidos en los establecimientos IDSS es pequeño en comparación a la cantidad de dinero gastado en prestar atención médica en estos establecimientos.

Recomendaciones. En lugar de contribuciones obligatorias cada vez más altas para el IDSS para lograr extender la cobertura de salud con la construcción de nuevos establecimientos, debe explorarse la posibilidad de contratar los servicios de salud de la seguridad social a proveedores

privados. El ahorro de costo debe permitir expandir la cobertura a las tarifas actuales, en parte porque los empleadores deben estar más dispuestos a unirse al IDSS bajo esta opción.

9. Tiempo de espera. Las diferencias en tiempos de espera entre los subsectores de salud es considerable. El tiempo de espera de la SESPAS, el IDSS y las Fuerzas Armadas promedian una hora o más (en el caso de la SESPAS, los participantes de las sesiones de trabajo citaron ineficacias administrativas e insuficientes horas de los médicos a causa de las largas esperas). En los establecmientos privados, el promedio de tiempo de espera es sólo ligeramente más de media hora. Las diferencias de tiempo de espera pueden ser significativa en determinar la elección de subsector y puede ser responsable, en parte, por los relativamente altos porcentajes de usuarios de la atención privada entre los miembros de los grupos de bajos ingresos.

Recomendaciones. Se recomiendan dos medidas. Primero, debe reducirse significativamente los tiempos de espera en los establecimientos de salud públicos si el número de enfermeras y otros proveedores paramédicos por doctor fueran aumentados y las funciones, tanto de los proveedores paramédicos como los doctores, fueran redefinidas. Los proveedores paramédicos pueden, por ejemplo, realizar una criba mayor de los pacientes y administrar más la atención preventiva. Para que esta redistribución de las actividades sea aceptable para los pacientes, sin embargo, se necesitará más entrenamiento para los proveedores paramédicos y más educación para la salud. Segundo, a corto plazo, las esperas en los establecimientos de la SESPAS deben usarse para la promoción de servicios preventivos y educación para la salud con impacto inmediato, incluyendo vacunación, planificación familiar, etc., mientras se hacen esfuerzos por reducir los tiempos de espera.

10. Diálogo de Política. Los dos informes HCF/LAC, el informe supletorio de IEPD y las sesiones de trabajo de Enero 1989 en Santo Domingo han ofrecido una oportunidad sin precedentes para la iniciación de la coordinación en todo el sector y continuación del diálogo tan necesitada . Los representantes de los cuatro subsectores de salud mayores que asistieron a las sesiones de trabajo coincidieron en que este diálogo de política, así como la investigación continuada en las actuales condiciones del sector de salud de Santo Domingo, debe recibir una primerísima atención en el futuro inmediato.

Recomendaciones: Deben establecerse algunos medios institucionalizados por los cuales los representantes de los cuatro subsectores de salud puedan (a) continuar a nivel del

sector el diálogo orientado a la política impulsado por los informes del HAF/LAC y el IEPD y las discusiones de las sesiones de trabajo; (b) identificar y coordinar el seguimiento de las necesidades de investigación y (c) planear e implementar cambios intrasectoriales. Esto puede lograrse formando una comisión a alto nivel de 8 a 12 dirigentes del sector de salud, representando a la SESPAS, el IDSS, las Fuerzas Armadas, AIM, las empresas de seguros de salud privados y las universidades e instituciones de investigación. El grupo debe ser convocado mensualmente para discutir las implicaciones de política y los pasos prácticos hacia la coordinación y cooperación del subsector de salud, basado en los resultados de los estudios de investigación existentes y cualquier estudio adicional que pudiera identificarse con las orientaciones del grupo. El diálogo comenzado en las sesiones de trabajo auspiciadas por USAID debe continuarse a nivel de Distrito Nacional, el cual (como capital del país y ciudad más grande) es responsable de la participación desproporcionada del suministro de servicios y la financiación médica del sector pública. La posibilidad de promover tal práctica a nivel nacional debe también ser considerada.

11. Análisis adicionales. La base de datos de la encuesta de hogares contiene mucha información que no ha sido aún totalmente analizada. El análisis econométrico de las determinanates de la demanda presentadas en este informe, por ejemplo, cubría solamente atención curativas (la cual, por ser la más grande porción de la base de datos, puede ser tratada con la mayor precisión y confiabilidad estadística); la considerable cantidad de datos en atención preventiva -así como muchas otras partes de la base de datos- no ha sido aún totalmente utilizada.

Recomendaciones: Ya que los datos realmente analizados en este informe y sus volúmenes complementarios reflejan solamente una fracción de la información contenida en la base de datos de la encuesta en hogares de Santo Domingo, se necesita un análisis adicional -particularmente de los datos sobre atención preventiva- para complementar los hallazgos presentados en los tres informes. Los tres documentos deben ser ampliamente circulados y los datos que contienen deben mantenerse en análisis y discusión.

Además de los datos de atención preventiva, hay otros datos de potencial importancia para un análisis de seguimiento que incluyen (a) variaciones en la intensidad de utilización de los servicios de salud por los pacientes con diferentes tipos de cobertura; (b) la relación entre la utilización de los servicios de salud por personas con problemas de salud agudos versus crónicos; (c) otras determinantes del

comportamiento en la solicitud de atención médica que no fueron usados en el análisis de la demanda (por ejemplo, el grado de incapacidad como un indicador de la gravedad de la enfermedad, características ocupacionales); y (d) datos sobre el inventario de proveedores (hasta ahora sólo usados superficialmente).

Si el número de observaciones en una muestra data es demasiado pequeño para análisis econométrico, tales datos pueden sin embargo apoyar el seguimiento del estudio de casos en áreas residenciales particulares o hasta hogares individuales -estudios que pudieran producir conocimientos adicionales o proporcionar la base para los experimientos de precios recomendados anteriormente. Más aún, el análisis de la demanda del tipo presentado aquí debe ser repetido periódicamente para observar los cambios en las condiciones de salud y comportamiento del usuario y para evaluar los efectos de las intervenciones de atención médica específicas.

Dada la escasez de Dominicanos entrenados para analizar el tipo de datos contenido en la base de datos de la encuesta, es aconsejable establecer permanentemente la capacitación de investigación financiera de atención médica en la República Dominicana entrenando a dos o más personas para continuar trabajando con la base de datos de la encuesta y las fuentes de datos institucionales. Debe seleccionarse una institución local ya establecida para esta investigación y proporcionar servicios de apoyo para la comisión de política a seguir recomendada anteriormente.

NOTAS FINALES

1. Varias encuestas de hogares anteriores en la República Dominicana incluían algunas preguntas sobre usos de cuidados de salud.

2. Los "patrones" de utilización de servicios de salud son relaciones descriptivas entre cualesquiera dos variables (por ejemplo, el número de visitas a los médicos por edad, sexo, subsector visitado, etc.). No hay causalidad implicada en la elección de variables. Las "determinantes" son variables explicativas (por ejemplo, ingreso del hogar, precio por visita al médico, educación, etc.) que se asumen tienen relaciones significativas estadísticamente y predecibles a variables dependientes particulares (por ejemplo, el número de consultas a médicos).

3. El informe de la encuesta en hogares incluye datos de atención dental, preventiva y curativa. Por el contrario, este informe enfoca sólo la atención curativa prestada por médicos (atención "médica").

4. Mientras que el Capítulo III de este informe toma en consideración los cuatro subsectores de salud (SESPAS, IDSS Fuerzas Armadas y proveedores privados), el subsector Fuerzas Armadas se desestimó del análisis estadístico (Capítulos IV y V) debido a su tamaño relativamente pequeño.

5. Para otros trabajos recientes acerca del análisis de la demanda, el lector interesado debe dirigirse a Heller 1982; Akin y otros 1985, 1986; Mwabu 1986; Gertler, Locay y Sanderson 1987 y Dor, Gertler y van der Gaag 1987.

6. La doble cobertura ocurre cuando una persona está capacitada para diferentes formas de coberturas por terceros. El alcance hasta donde estas diferentes formas se duplican y complementan unas a otras no se determinó en la encuesta de hogares.

7. La utilización cruzada es el uso de uno o más subsectores (ya sea que el paciente es beneficiario o no de cualquiera de los subsectores involucrados). No se conoce por la encuesta de hogares si esto representa una duplicación o provisión complementaria de servicios.

8. En otros estudios de la demanda de atención médica, ha sido observado el mismo patrón de utilización por edad; ver, por ejemplo, Gertler y otros 1986; Bitran y otros 1988.

9. Debido a que el cuidado de maternidad está excluído es por lo que estas cifras difieren significativamente de las presentadas en Gómez 1988, Tabla IV.2.

10. Ver más abajo las discusiones de la Tablas III.8 y III.11.

11. La tarifa de cambio oficial al momento de realizarse la encuesta en Noviembre de 1987 era de RD$ 4.53 por US$ 1.00.

12. Con fines comparativos, el ingreso anual percápita en la República Dominicana fue de US$ 710 en 1986 (Banco Mundial 1988).

13. Aún teniendo en cuenta que el número total de hospitalizaciones esta infra estimado, el estimado de distribución de hospitalización entre los subsectores, se ha juzgado digno de confianza.

14. El modelo de comportamiento estadístico usado en este capítulo para simular el comportamiento de las personas no indica exactamente el comportamiento para las personas en el nivel más alto (quinto) de ingreso. Esto es porque el efecto de los precios sobre el comportamiento no es lineal y de aquí que no predice exactamente el comportamiento del segmento de población de más alto ingreso.

15. Entre los que responden a la encuesta, el gasto promedio por paciente en una visita a la SESPAS fue de RD$ 1.83.

16. Con un precio de RD$ 1.83, la proporción de personas enfermas solicitando cuidado de la SESPAS sería de 6.7 porciento ([1 - 0.733] x 27.1 porciento). Este porcentaje multiplicado por el número de personas enfermas en este grupo de población (64,800), produce un número proyectado de visitas de 4,340 en un período de dos semanas, o 450,000 anualmente. A RD$ 20, el 5.8 porciento ([1 - 0.754] x 23.7 porciento) de aquellos que tienen un problema de salud solicitarían atención de la SESPAS, haciendo 3,800 visitas en un período de dos semanas o 400,000 en un año. El ingreso logrado sería 400,000 veces el precio de RD$ 20, o RD$ 8 millones.

17. A un precio de RD$ 2 y un tiempo de traslado de 28 minutos la Tabla estima que el 6.5 porciento ([1 - 0.751] x 26.0 porciento) de todas las personas con un problema de salud dentro de este grupo —o 4,200 personas (64,800 x 6.5 porciento)— solicitarían atención de los establecimientos de la SESPAS en un período de dos semanas (64,800 es el número de personas dentro de este grupo que caerían enfermos en un período de dos semanas). Si el precio fuera elevado a RD$ 10 y

el tiempo de traslado reducido a 16 minutos, aproximadamente el 6.7 porciento ([1 - 0.750] x 26.9 porciento) de todas las personas enfermas -o 4,300 personas (64,800 x 6.7 porciento)- visitarían un establecimiento de la SESPAS - un porcentaje casi idéntico. El aumento de ingreso anual sería de RD$ 3,600,000 ([RD$ 10 - RD$ 2] x 4.300 x 52 x 2). La SESPAS debe fijar si este ingreso sería suficiente para construir nuevos establecimientos tales que el tiempo promedio de transporte a los establecimientos de la SESPAS sería reducido a 16 minutos o menos.

18. A un precio de RD$ 60, el 14.6 porciento ([1 - 0.757] x 60.2 porciento) de los pacientes verían a doctores del subsector privado; sin ningún costo, el 18.4 porciento ([1 - 0.744] x 72.0 porciento) solicitarían cuidados en el subsector privado. El cambio de porcentaje de 14.6 porciento a 18.4 porciento es de 26 porciento.

19. En términos económicos, estos resultados sugieren que, a este nivel de precios, la elasticidad de precios de la demanda por servicios privados es de -0.11. De aquí que, la demanda por servicios privados parece ser inelástica, aún en los grupos de ingreso más bajos.

20. El ingreso interviene en las ecuaciones de la demanda interactuado con (es decir, multiplicado por) el precio. Debido a que la percepción de la calidad de la atención parece estar reflejada en el precio, no se pueden usar variables explicativas asociadas con el precio (tales como precio multiplicado por ingreso) para simular adecuadamente el efecto de estas variables en la demanda por atención en varios subsectores. De aquí que el modelo pronostique -en el caso de ingreso- un efecto más bajo que el esperado de ingresos sobre la demanda.

APENDICE A

SIMULACIONES ADICIONALES Y RESULTADOS ESTADISTICOS

TABLE A.1

ATENCION HOSPITALARIA
COEFICIENTES ESTIMADOS Y ESTADISTICAS-T DE "CONDITIONAL LOGIT"
ELECCION DE SUBSECTOR[a] Y DECISION DE SOLICITAR ATENCION[b]

	Eleccion del subsector				Decision para solicitar atencion fuera del hogar	
	SESPAS		IDSS		No Solicita Atencion	
	Coeficiente	Estadistica t	Coeficiente	Estadistica t	Coeficiente	Estadistica t
Constante	-0.80	2.23	-1.87	2.79	1.57	12.17
Precio[c]	-0.11×10^{-1}	1.57	-0.11×10^{-1}	1.57	-	-
Precio al cuadrado[c]	0.28×10^{-4}	0.59	0.28×10^{-4}	0.58	-	-
Precio Y ingreso[c]	0.63×10^{-2}	3.59	0.62×10^{-2}	3.29	-	-
Tiempo de traslado[c]	-0.91×10^{-2}	1.02	-0.91×10^{-2}	1.02	-	-
Edad:[d] Menos de 1 ano	1.55	4.13	-0.17	0.29	-1.12	6.95
2 - 5 anos	1.64	4.31	-1.52	2.05	-0.26	1.90
6 - 14 anos	1.99	5.17	-0.22	0.39	0.29	2.19
15 - 44 anos	0.92	2.59	0.74×10^{-2}	0.09	-0.21	2.10
Sexo[d]	-0.29×10^{-2}	0.02	0.65	2.56	0.15	2.01
Anos de educacion	-0.13	7.52	0.99×10^{-1}	3.52	-0.15×10^{-1}	1.93
Enfermedad cronica[d]	-0.12	0.67	-0.22	0.79	-0.42	5.14
Accidente[d]	0.53	1.81	0.24	0.44	-2.12	9.52
Paciente es beneficiario del IDSS[c,d]	2.52	10.96	2.63	10.96	-	-
Valor inclusive -	-	-	-	-	0.21	2.62

(a) Los coeficientes del sector privado han sido normalizados; por esta razon, los coeficientes SESPAS y IDSS son calculados en forma relativa a los coeficientes del sector privado

(b) En la decision de la ecuacion de atencion, el coeficiente asociado con la eleccion de solicitar atencion ha sido normalizado; por esto, los coeficientes "No solicita atencion" son calculados en forma relativa a la eleccion "Solicitar atencion".

(c) Los coeficientes son restringidos para ser iguales en todos los subsectores

(d) Variables dicotomas. En las variables de edad, la variable dicotoma "mas de 44 anos" es omitida. La variable dicotoma "sexo" toma el valor de 1 si la persona fue un hombre y 0 en otro caso. La variable dicotoma "enfermedad cronica" toma el valor de 1 si la persona tuvo una enfermedad cronica y 0 en otro caso. La variable "accidente" toma el valor de 1 si la persona tuvo un accidente y 0 en otro caso. Finalmente, la variable "beneficiario del IDSS" toma el valor de 1 si la persona fue un beneficiario del IDSS y tenia la opcion IDSS y 0 en otro caso.

TABLA A 2

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR: POR HOMBRES
COMO FUNCION DE LA EDAD DE LA PERSONA Y EL NIVEL DE INGRESO

		Nivel de ingreso (RD$ de Noviembre, 1997)				
Edad de la persona	Decision	I RD$ 200	II RD $450	III RD $850	IV RD $1500	V RD $2500
Menos de 1	Sin atencion	0.538	0.535	0.534	0.520	0.522
	Privado	0.235	0.244	0.255	0.272	0.299
	SESPAS	0.202	0.196	0.189	0.177	0.159
	IDSS	0.024	0.024	0.023	0.021	0.019
2 - 5	Sin atencion	0.734	0.732	0.730	0.727	0.721
	Privado	0.142	0.147	0.153	0.164	0.181
	SESPAS	0.120	0.117	0.113	0.106	0.095
	IDSS	0.004	0.004	0.003	0.003	0.003
6 - 14	Sin atencion	0.823	0.822	0.821	0.818	0.815
	Privado	0.081	0.084	0.088	0.095	0.107
	SESPAS	0.089	0.088	0.083	0.079	0.072
	IDSS	0.002	0.008	0.007	0.007	0.006
15 - 44	Sin atencion	0.752	0.751	0.749	0.744	0.738
	Privado	0.161	0.165	0.172	0.181	0.196
	SESPAS	0.067	0.065	0.062	0.057	0.051
	IDSS	0.020	0.019	0.018	0.017	0.015
Mas de 45	Sin atencion	0.795	0.794	0.791	0.787	0.781
	Privado	0.159	0.162	0.167	0.175	0.186
	SESPAS	0.026	0.025	0.024	0.022	0.019
	IDSS	0.019	0.019	0.018	0.016	0.014

Suposiciones: La persona es un hombre con 7.8 anos de educacion, no es un beneficiario del IDSS y no tuvo un accidente (para individuos menores de 15 anos el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es tomado). El precio procedic del sector privado es: RD $34.3.

TABLA 4.3

DECISIÓN PARA SOLICITAR ATENCIÓN Y ELECCIÓN DEL SUBSECTOR; POR MUJERES, COMO FUNCIÓN DE LA EDAD DE LA PERSONA Y EL NIVEL DE INGRESO
Probabilidades realizadas usando el modelo estadístico

		Nivel de ingreso (PD$ de noviembre, '89)				
Edad de la persona	Decisión	I PD$ 200	II PD $450	III PD $850	IV PD $1500	V PD $2500
Menos de 2	Sin atenc	0.531	0.488	0.437	0.485	0.497
	Privado	0.265	0.279	0.289	0.259	0.225
	SESPAS	0.120	0.114	0.107	0.135	0.173
	IDSS	0.084	0.093	0.108	0.122	0.117
2 - 5	Sin atenc	0.701	0.701	0.739	0.726	0.551
	Privado	0.152	0.167	0.172	0.182	0.199
	SESPAS	0.122	0.120	0.125	0.115	0.129
	IDSS	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002
6 - 14	Sin atenc	0.636	0.739	0.735	0.735	0.792
	Privado	0.155	0.089	0.162	0.109	0.120
	SESPAS	0.180	0.082	0.095	0.091	0.084
	IDSS	0.005	0.005	0.008	0.004	0.004
15 - 44	Sin atenc	0.724	0.722	0.720	0.716	0.710
	Privado	0.122	0.132	0.199	0.206	0.222
	SESPAS	0.076	0.074	0.071	0.066	0.059
	IDSS	0.012	0.011	0.011	0.010	0.009
Mas de 45	Sin atenc	0.771	0.759	0.756	0.762	0.756
	Privado	0.189	0.191	0.195	0.202	0.213
	SESPAS	0.020	0.019	0.022	0.025	0.022
	IDSS	0.012	0.008	0.011	0.010	0.008

Especificaciones: La persona es una mujer con 7.3 años de educacion, que no es una beneficiaria del IDSS y no tuvo un accidente (para individuos menores de 15 años el mayor nivel de educacion alcanzado en la familia es tomado). El precio promedio del sector privado es: PD $34.3.

TABLA A 4

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR
COMO FUNCION DEL PRECIO ENCARADO POR PERSONAS EN EL
SECTOR PRIVADO Y DE ACUERDO
AL NIVEL DE INGRESO

Precio del sector privado	Decision	Nivel de ingreso (RD$ de Noviembre, 1997) I RD$ 200	II RD $450	III RD $850	IV RD $1500	V RD $2500
1. Nº beneficiarios del IDSS						
$0	Sin atenc	0.744	0.744	0.743	0.743	0.743
	Privado	0.185	0.185	0.184	0.184	0.184
	SESPAS	0.055	0.056	0.056	0.056	0.057
	IDSS	0.016	0.016	0.016	0.016	0.016
$30	Sin atenc.	0.752	0.750	0.748	0.744	0.739
	Privado	0.164	0.167	0.173	0.181	0.195
	SESPAS	0.066	0.064	0.061	0.057	0.052
	IDSS	0.019	0.019	0.018	0.017	0.015
$60	Sin atenc.	0.757	0.755	0.751	0.744	0.732
	Privado	0.146	0.154	0.165	0.182	0.209
	SESPAS	0.075	0.079	0.065	0.057	0.045
	IDSS	0.022	0.021	0.019	0.017	0.013
$90	Sin atenc	0.762	0.758	0.752	0.742	0.724
	Privado	0.132	0.144	0.161	0.187	0.227
	SESPAS	0.082	0.075	0.067	0.055	0.038
	IDSS	0.024	0.022	0.020	0.016	0.011
2. Beneficiarios del IDSS						
$0	Sin atenc.	0.719	0.719	0.719	0.719	0.718
	Privado	0.112	0.112	0.111	0.111	0.111
	SESPAS	0.033	0.034	0.034	0.034	0.034
	IDSS	0.136	0.136	0.136	0.136	0.136
$30	Sin atenc.	0.723	0.722	0.721	0.719	0.716
	Privado	0.091	0.095	0.100	0.109	0.122
	SESPAS	0.037	0.036	0.035	0.034	0.032
	IDSS	0.149	0.147	0.143	0.138	0.129
$60	Sin atenc	0.726	0.725	0.723	0.719	0.712
	Privado	0.076	0.093	0.093	0.110	0.139
	SESPAS	0.039	0.038	0.037	0.034	0.030
	IDSS	0.159	0.154	0.145	0.137	0.120
$90	Sin atenc.	0.728	0.727	0.724	0.719	0.706
	Privado	0.066	0.075	0.089	0.114	0.150
	SESPAS	0.041	0.039	0.037	0.032	0.027
	IDSS	0.165	0.159	0.150	0.134	0.107

Suposiciones: Proyecciones realizadas para un hombre con 7.8 anos de educacion, edad entre 15 y 44 anos y que no tuvo un accidente.

TABLA A 5

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR
COMO FUNCION DEL PRECIO ENCARADO POR LAS PERSONAS EN SESPAS
Y DE ACUERDO AL NIVEL DE INGRESO

Precio del sector privado	Decision	Nivel de ingreso (PD$ de Noviembre 1987) I RD$ 200	II RD $450	III RD $950	IV RD $1500	V RD $2500
1 No beneficiarios del IDSS						
$1.83	Sin atenc.	0.753	0.751	0.749	0.744	0.733
	Privado	0.151	0.165	0.171	0.191	0.197
	SESPAS	0.057	0.059	0.062	0.057	0.051
	IDSS	0.020	0.019	0.018	0.017	0.015
$10	Sin atenc.	0.753	0.751	0.749	0.745	0.739
	Privado	0.154	0.169	0.173	0.192	0.195
	SESPAS	0.062	0.061	0.060	0.057	0.052
	IDSS	0.020	0.019	0.018	0.017	0.015
$20	Sin atenc	0.754	0.752	0.749	0.745	0.737
	Privado	0.157	0.170	0.175	0.192	0.194
	SESPAS	0.059	0.058	0.057	0.055	0.055
	IDSS	0.021	0.020	0.019	0.017	0.014
$30	Sin atenc.	0.755	0.753	0.750	0.745	0.737
	Privado	0.170	0.173	0.177	0.183	0.192
	SESPAS	0.054	0.054	0.055	0.055	0.057
	IDSS	0.021	0.020	0.019	0.017	0.014
2. Beneficiarios del IDSS						
$1.83	Sin atenc.	0.724	0.723	0.722	0.719	0.715
	Privado	0.099	0.095	0.099	0.108	0.124
	SESPAS	0.037	0.036	0.036	0.034	0.032
	IDSS	0.150	0.149	0.144	0.139	0.128
$10	Sin atenc.	0.724	0.723	0.722	0.719	0.715
	Privado	0.090	0.094	0.099	0.109	0.124
	SESPAS	0.034	0.034	0.034	0.034	0.032
	IDSS	0.152	0.149	0.145	0.138	0.128
$20	Sin atenc.	0.725	0.724	0.722	0.719	0.715
	Privado	0.090	0.094	0.100	0.109	0.123
	SESPAS	0.031	0.032	0.033	0.034	0.035
	IDSS	0.153	0.150	0.146	0.138	0.127
$30	Sin atenc	0.725	0.724	0.722	0.719	0.715
	Privado	0.091	0.095	0.100	0.109	0.123
	SESPAS	0.029	0.030	0.031	0.033	0.037
	IDSS	0.155	0.151	0.145	0.138	0.126

Suposiciones: Proyecciones realizadas para un hombre con 7.8 anos de educacion, edad entre 15 y 41 anos y que no tuvo un accidente.

TABLA A 6

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR
COMO FUNCION DEL TIEMPO DE TRASLADO A LAS FACILIDADES DE SESPAS
Y DE ACUERDO AL PRECIO DE LA SESPAS

Precio SESPAS	Decision	Tiempo de traslado (*) (Minutos) 28	25	22	19	16
$1.83	Sin atenc	0.751	0.750	0.750	0.750	0.750
	Privado	0 165	0 164	0.163	0.162	0.161
	SESPAS	0.065	0 065	0 068	0.069	0.071
	IDSS	0 019	0 019	0.019	0.019	0 019
$10	Sin atenc.	0 751	0 751	0 751	0 751	0.750
	Privado	0.168	0.167	0.166	0.165	0 164
	SESPAS	0.061	0 063	0.064	0.066	0.067
	IDSS	0 019	0 019	0 019	0.019	0 019
$20	Sin atenc	0.752	0.752	0 752	0 751	0.751
	Privado	0.170	0.169	0 168	0.169	0.167
	SESPAS	0.059	0.059	0.060	0 062	0 063
	IDSS	0.020	0.020	0.019	0.019	0.019
$30	Sin atenc	0 753	0.753	0 752	0.752	0 752
	Privado	0 172	0.172	0.171	0.170	0.169
	SESPAS	0.054	0.055	0.057	0 058	0.060
	IDSS	0 020	0.020	0.020	0.020	0 019

Suposiciones: Proyecciones realizadas para un hombre entre 15 y 44 anos con 7.9 anos de educacion, que no es beneficiario del IDSS, que pertenece al nivel II de ingreso (ingreso familiar mensual de RD$450), y que no tuvo un accidente.

(*) 28 minutos fue el promedio observado como tiempo de traslado para los los usuarios de SESPAS

TABLA 4.7

DECISION PARA SOLICITAR ATENCION Y ELECCION DEL SUBSECTOR
COMO FUNCION DE LA EDUCACION DE LA PERSONA
Y EL NIVEL DE INGRESO

		Nivel de ingreso (RD$ de Noviembre, 1987)				
Anos de educacion	Decision	I RD$ 200	II RD $450	III RD $850	IV RD $1500	V RD $2500
2	Sin atenc	0.755	0.754	0.752	0.743	0.741
	Privado	0.116	0.120	0.126	0.136	0.152
	SESPAS	0.104	0.101	0.099	0.092	0.084
	IDSS	0.025	0.025	0.024	0.022	0.020
4	Sin atenc.	0.754	0.753	0.751	0.748	0.742
	Privado	0.132	0.136	0.142	0.152	0.168
	SESPAS	0.091	0.088	0.085	0.080	0.072
	IDSS	0.023	0.023	0.022	0.020	0.018
6	Sin atenc.	0.752	0.752	0.749	0.745	0.740
	Privado	0.147	0.152	0.158	0.168	0.194
	SESPAS	0.079	0.075	0.072	0.067	0.060
	IDSS	0.022	0.021	0.020	0.018	0.016
8	Sin atenc.	0.751	0.750	0.747	0.742	0.737
	Privado	0.162	0.169	0.174	0.184	0.199
	SESPAS	0.066	0.064	0.061	0.055	0.050
	IDSS	0.020	0.019	0.018	0.017	0.015
10	Sin atenc	0.749	0.747	0.745	0.740	0.732
	Privado	0.179	0.183	0.189	0.198	0.213
	SESPAS	0.055	0.053	0.051	0.047	0.041
	IDSS	0.018	0.017	0.016	0.015	0.013
12	Sin atenc	0.745	0.744	0.741	0.737	0.729
	Privado	0.192	0.197	0.203	0.212	0.226
	SESPAS	0.046	0.044	0.042	0.039	0.033
	IDSS	0.016	0.015	0.014	0.013	0.011

Suposiciones: Proyecciones realizadas para un hombre entre 15 y 44 anos, que no es beneficiario del IDSS, que no tuvo un accidente y que pago un precio de RD$34.6 en el sector privado

TABLA A.8

ATENCION AMBULATORIA
SECTOR PRIVADO
REGRESION HEDONICA DE PRECIO
ESTIMADOS OLS*

Variables	Coeficiente	Estadistico t
Constante	16.88	1.56
Paciente tuvo enfermedad 2**	19.47	2.12
Paciente tuvo enfermedad 3**	114.52	5.26
Paciente tuvo seguro privado**	-6.94	0.86
Edad	-0.12	0.56
Sexo***	-13.01	1.47
Paciente tuvo una enfermedad cronica**	10.97	1.23
Paciente tuvo un accidente**	-5.24	0.34
Numero de facilidades de salud en el vecindario del paciente	0.14	2.73

Grados de libertad: 693

Ajustado r^2: 0.0453

* Incluidos todos los pacientes del sector privado.

** Variable dicotoma = 1 si el paciente tuvo el problema
0 otro caso

*** Variable dicotoma = 1 para pacientes hombres
0 parapacientes mujeres

TABLA A.9

ATENCION AMBULATORIA
SECTOR PRIVADO
REGRESION HEDONICA DE PRECIO
ESTIMADOS OLS*

Variables	Coeficiente	Estadistico t
Constante	26.16	2.07
Paciente con enfermedad 2**	22.34	2.15
Paciente con enfermedad 3**	112.16	4.86
Paciente con seguro privado**	-17.25	1.93
Edad	-0.18	0.74
Sexo***	-16.54	1.69
Paciente con enfermedad cronica**	12.83	1.29
El paciente tuvo un accidente**	-6.28	0.37
Numero de facilidades de salud en el vecindario del paciente	0.16	2.84

Grados de libertad: 620

Ajustado r^2 : 0.0518

* No incluidos los pacientes privados no asegurados que fueron exceptuados del pago.

** Variable dicotoma = 1 si el paciente tuvo problema
0 otro caso

*** Variable dicotoma = 1 para pacientes hombres
0 para pacientes mujeres

TABLA A 10

ATENCION AMBULATORIA
REGRESSIONES HEDONICAS DE TIEMPO DE TRASLADO
ESTIMADOS OLS[‡]

	Subsector					
	SESPAS		IDSS		Privado	
	Coeficiente	Estadistica t	Coeficiente	Estadistica t	Coeficiente	Estadistica t
Constante	26.44	4.14	12.29	0 89	17.40	4 44
Numero de facilidades en el vecindario	-0.08	0.07	-1.60	1.29	-0.05	3.37
Edad	-0.38	3.39	0.79	3.26	0.18	2 89
Sexo[‡‡‡]	4.96	1.26	-7.44	0 99	1.32	0 53
Enfermedadas intestinales[‡‡]	0 42	0.07	28 30	2.05	7.47	1.72
Enfermedad 1 otra que respiratoria y/o intestinal[‡‡]	9.42	0.07	28 30	2.06	7.47	1.72
Enfermedad 1 en adicion a respiratoria y/o intestinal[‡‡]	-9.37	2.00	22 92	2.21	1 14	0.35
Enfermedad 2[‡‡]	2.55	0.37	18.92	1.47	5.73	1.50
Accidente[‡‡]	10.09	1.49	-9.03	0.64	18.81	4.41
Ajustada r^2	0.04		0.15		0.05	
Grados de libertad	213		102		693	

‡‡ Variable dicotoma = 1 si el paciente tuvo el problema
0 otro caso

‡‡‡ Variable dicotoma = 1 para pacientes hombres
0 para pacientes mujeres

TABLA A.11

ATENCION HOSPITALARIA
COEFICIENTES ESTIMADOS Y ESTADISTICAS DE "CONDITIONAL LOGIC"

	SESPAS		IDSS	
	Coeficiente	Estadistica t	Coeficiente	Estadistica t
Constante	2.39	5.66	1.24	1.95
Precio	0.19×10^{-1}	8.65	0.11×10^{-1}	3.65
$Precio^2$	-0.11×10^{-5}	1.41	-0.11×10^{-5}	1.41
Precio X ingreso	0.41×10^{-5}	0.33	0.41×10^{-5}	0.33
Tiempo de traslado	0.37×10^{-1}	1.46	0.37×10^{-1}	1.46
Edad: Menos de 1	-2.01	2.53	-2.79	2.95
2 - 5 anos	-0.69	0.94	-1.22	1.62
6 - 14 anos	-1.53	2.49	-2.83	3.53
15 - 44 anos	-1.04	2.42	-2.13	4.21
Sexo	0.67	2.50	0.92	2.20
Anos de educacion	-0.20	6.34	-0.65×10^{-1}	1.59
Cirugia menor	2.11	4.43	1.52	1.96
Cirugia mayor	12.03	6.22	10.90	5.27
Accidente	0.98	2.19	0.96	1.95
El paciente es beneficiario del IDSS	---	---	2.04	4.95

TABLA A.12

ATENCION HOSPITALARIA
SECTOR PRIVADO
REGRESION HEDONICA DE PRECIO
ESTIMADOS OLS

Variables	Coeficiente	Estadistico t
Constante	316.79	2.82
El paciente tuvo seguro privado*	-323.29	-2.25
Edad	3.26	0.84
Paciente con cirugia menor**	174.68	0.72
Paciente con cirugia mayor**	1,513.86	7.53
Numero de dias en el hospital	7.44	0.92

Grados de libertad: 280

Ajustado r^2 : 0.18

* Variable dicotoma = 1 si el paciente tuvo seguro privado o fue beneficiario de una 'iguala'

0 otro caso

** Variable dicotoma = 1 cirugia de un nivel especificado fue realizada

0 otro caso

APENDICE B

MODELO DE COMPORTAMIENTO Y TECNICAS DE ESTIMACION ESTADISTICA

Este Apéndice proporciona una descripción detallada del modelo de comportamiento y las técnicas de estimación estadística usadas en este estudio.

A. Modelo de Comportamiento

El modelo de comportamiento utilizado en este estudio sigue al desarrollado por Gertler y otros (1987) y Dor y otros (1987). Queda asumido que las personas obtienen utilidad de su estado de salud y del consumo de servicios y bienes no sanitarios. La enfermedad afecta negativamente el estado de salud de las personas. Las personas enfermas tienen que decidir si adquieren cuidados de salud. Si lo adquieren, la habilidad de las personas en transformar el cuidado de salud en un mejor estado de salud depende de muchos factores, tales como edad, sexo, educación y tipo de problema de salud.

Para llegar a obtener servicios de salud las personas tienen que incurrir en gastos en dinero y no en dinero. Los gastos en dinero comprenden los pagos directos al proveedor y los pagos por translado a las facilidades sanitarias. Los gastos no en dinero son el tiempo empleado en viajar a y desde el establecimiento del proveedor y el tiempo empleado en esperar en el establecimiento.

El gasto directo en dinero afecta la utilidad de las personas y reduce la cantidad de ingresos disponibles para comprar servicios y bienes no sanitarios. El costo del tiempo también afecta esta utilidad negativamente, reduciendo el tiempo disponible de las personas para esparcimiento o para actividades productoras de ingresos.

Formalizando, hagamos que U_{ij} sea la utilidad obtenida por una persona i cuando consume servicios de salud de proveedor j. Sea H_{ij} el estado de salud esperado por la persona después de recibir atención, R_{ij} los bienes y servicios consumidos por la persona i despues de pagar al proveedor j y T_{ij} el tiempo empleado por el individuo i cuando obtiene atención del proveedor j.

Así

$$U_{ij} = U \ (H_{ij}, R_{ij}, T_{ij}) \qquad (1)$$

Se supone que las personas tienen recursos monetarios limitados. El total de sus gastos en servicios y bienes sanitarios y no sanitarios no pueden exceder el ingreso disponible. Sea Yi' el ingreso disponible para la persona i, Pij' el precio que la persona i debe pagar al proveedor j por unidad de cuidado de salud, Mij la cantidad de servicios de cuidados de salud adquiridos, W el precio unitario del conjunto de servicios y bienes no sanitarios y Rij la cantidad de estos servicios y bienes consumidos por la persona i. Debe mantenerse la siguiente restricción presupuestaria:

$$Y_{i'} = (P_{ij'} \cdot M_{ij}) + (W \cdot R_{ij}) \qquad (2)$$

Una persona con un problema de salud tiene que escoger un proveedor j y la cantidad de atención médica es M_{ij}, que maximiza su utilidad como se especifica en (1), sujeto a la restricción presupuestaria (2).

Se asume que la cantidad de atención a consumir (M_{ij}) está determinada por el proveedor y desconocida en el momento de la primera visita. Además, se asume que la cantidad de atención que los pacientes esperan recibir no varia por proveedor y es aproximadamente uno (una visita). Para simplificar la anotación, uno puede dividir la restricción presupuestaria por el precio de los servicios y bienes no sanitarios.

Así, (2) resulta

$$Y_i = P_{ij} + R_{ij} \qquad (3)$$

donde $P_{ij} = P_{ij}'/W$ y $Y_i = Y_i'/W$

Es importante señalar que este modelo permite la discriminación de precio por parte del proveedor. En otras palabras, un proveedor que suministra servicios de salud homogéneos puede cargar diferentes precios a diferentes personas. Este aspecto del modelo refleja una práctica común entre los profesionales médicos en Santo Domingo.

Si la cantidad de atención médica fuera una variable endógena, las personas con problemas de salud se enfrentarian a dos decisiones: cual proveedor escoger y la cantidad de atención a obtener del proveedor elegido, dados sus costos de

precio y tiempo. Sin embargo, como la cantidad de atención ha sido establecida en la unidad, las personas enfermas deben decidir sólo de cual proveedor obtener atención.

La sustitución de (3) en (1) produce una función de utilidad que se muestra en (4) y que relaciona la utilidad con el ingreso de la persona, a los precios de los bienes y servicios, al estado de salud y a el tiempo de esparcimiento.

$$V_{ij} = V_{ij} \ (H_{ij}, \ Y_i - P_{ij}, \ T_{ij}) \tag{4}$$

Como en Gertler y otros (1987), la calidad en los cuidados de salud puede definirse estableciendo una relación entre el estado de salud de la persona antes de recibir la atención, Hio, y después de recibir la atención del proveedor j, Hij. Por ejemplo, la calidad puede ser definida como la diferencia entre el estado de salud despues y antes del tratamiento:

$$Q_{ij} = H_{ij} - H_{io} \tag{5}$$

Resolviendo para Hij en (5), uno puede obtener una relación entre el estado de salud post-tratamiento, estado de salud pre-tratamiento y la calidad de la atención.

$$H_{ij} = H_{io} + Q_{ij} \tag{6}$$

La calidad del cuidado de salud, Qij, queda asumido que es una función de las características de las personas y los proveedores. De este modo,

$$Q_{ij} = Q_{ij} \ (X_i, \ Z_j) \tag{7}$$

donde X_i y Z_j representan las características de la persona y el proveedor respectivamente. La expresión (6) puede re-escribirse como sigue:

$$H_{ij} = H_{io} + Q_{ij}(X_i, Z_j) \tag{8}$$

Sustituyendo para Hij, como queda definido en (8), en (4) más arriba, uno obtiene una expresión para la utilidad indirecta de las personas que puede ser estimada empíricamente.

Especificación Empírica

En el análisis empírico se ha usado una función de utilidad indirecta que es cuadrática en el consumo.

$$V_{ij} = H_{ij} + a \cdot (Y_i - P_{ij}) + b \cdot (Y_i - P_{ij})^2 + c \cdot T_{ij} \qquad (9)$$

Sustituyendo por H_{ij} de (8) en (9) se obtiene la siguiente expresión para la utilidad de la persona:

$$V_{ij} = H_{io} + Q_{ij}(X_i, Z_j) + a(Y_i - P_{ij}) + b \cdot (Y_i - P_{ij})^2 + c \cdot T_{ij} \qquad (10)$$

Las personas con problemas de salud escogen proveedores de los cuales pueden obtener la mayor utilidad. Ya que el ingreso de la persona y el estado de salud pre-tratamiento no varia por proveedor, la expresión (10) se reduce a:

$$V_{ij} = Q_{ij}(X_i, Z_j) + a \cdot P_{ij} - 2b \cdot Y_i \cdot P_{ij} + b \cdot P_{ij}^2 + c \cdot T_{ij} \qquad (11)$$

Finalmente, se se supone que la calidad es une función lineal de las caraterísticas de la persona y del proveedor, la expresión (11) se convierte en:

$$Vij = a \cdot P_{ij} + b \cdot (P_{ij}^2 - 2\, Y_i \cdot P_{ij}) + c \cdot T_{ij} + D_i \cdot X_i + E_j \cdot Z_j \qquad (12)$$

donde D_i y E_j son vectores de parametros y X_i y Z_j son vectores de las características personales y del proveedor, respectivamente.

C. Estimación

Las personas con problemas de salud encaran dos tipos de decisiones. Primero, ellos tienen que decidir si solicitan o no atención y, segundo, condicionado en solicitar atención tienen que decidir de cual proveedor solicitar atención. El proceso de la toma de decisión en dos etapas ha sido estimado utilizando "nested logit" (McFadden 1981). "Nested logit" no padece de la independencia de alternativos irrelevantes (IIA) y es una formulación más general del "logit" condicional de McFadden.

"Nested logit" puede ser estimado utilizando el método de máximo verosimilitud con información completa (FIML). Sin embargo, la función de probabilidad es no lineal en alto grado y programar un algoritmo de maximización puede ser un proceso difícil y que consume tiempo.

El proceso de dos etapas es una alternativa para el método de máxim verosimilitud con información completa. La desventaja de FIML sobre el procedimiento de dos etapas es que cualquier mal especificación en una etapa tambien contamina los parametros en la otra etapa. Los supuestos sobre la distribución de errores también son mas fuerte para FIML que para el procedimiento de dos etapas.

La estimación en dos etapas se hace en la siguiente forma: en la primera etapa, solamente aquellas personas que solicitaron atención son consideradas para estimar los parámetros de expresión (12). Usando los parámetros estimados, se calcula el "valor inclusivo", que representa una suma ponderada exponencialmente de las utilidades que pueden ser obtenidas de cada proveedor alternativo. En la segunda etapa, el valor inclusivo es usado como una variable adicional en la expresión de utilidad indirecta.

Tiene que notarse que V_{ij} en (12) no es observado. Lo que realmente se observa es las deciciones tomadas por las persones, i.e., el proveedor escojido. Asi, la variable dependiente es una variable dicótoma que toma dos valores dependiendo de que decición fue hecha. Tradicionalmente, las variables dicótomas son designadas arbitrariamente 1 y 0, siendo usado el primer valor si la decisión fue hecha y el último si no lo fue. Por supuesto que cualquier otra designación es igualmente válida. Las variables independientes son las especificadas en el lado derecho de la ecuación (12).

Como se explicó en el Capítulo 3, el foco de este análisis es la elección de la persona de los subsectores de cuidados de salud. En principio, cada persona enferma puede obtener atención de los proveedores en cualquiera de estos tres subsectores: el sector público (SESPAS), la Seguridad Social (IDSS) o el sector privado. Usando la fórmulación de "nested logit", la probabilidad de que una persona que decide solicitar atención seleccionaráel subsector j viene dada por la expresión

$$Prob_j = \frac{e^{Wj.d/(1-g)}}{e^{W_{SE}.d/(1-g)} + e^{W_{ID}.d/(1-g)} + e^{W_{PR}.d/(1-g)}}$$

(13)

donde g es el coeficiente de correlación entre los términos de error de las funciones de utilidad indirecta asociadas con cada alternativa, d es un vector de parámetros (a, b, c, Di, Ej) como se especificóen la expresión (12), más arriba, y W es un vector conteniendo las variables independientes (P_{ij}, $P_{ij}^2 - 2Y_i.P^{ij}$, T^{ij}, X^i, Z^j) de la expresión (12) y los subindices SE, ID y PR indican los subsectores SESPAS, IDSS y el sector privado, respectivamente.

Por ejemplo, la expresión (13) puede usarse para calcular la probalidad que una persona enferma elija SESPAS (j=SE). En ese caso, el numerador de (13) sería $e^{WSE.d/(1-g)}$. Expresiones similares pueden usarse para calcular la probalidad de elejir a IDSS o el sector privado. Observe que en las tres expresiones el denominador es el mismo.

El producto de las expresiones de probabilidad, como se especificó en (13), constituye la función de verosimilitud cuya maximación produce el vector estimado de parámetros d/(1-g). El valor inclusivo para la SESPAS, el IDSS y PRIVADO queda definido como sigue:

$$S_{SIP} = \ln\left(e^{W_{SE}.d/(1-g)} + e^{W_{ID}.d/(1-g)} + e^{W_{PR}.d/(1-g)}\right)$$

(14)

donde ln indica el logaritmo natural.

BEST AVAILABLE

Una vez calculado el valor inclusivo, las expresiones de probabilidad para las opciones de ATENCION/NO ATENCION quedan definidas como sigue:

$$Prob_{NO\ ATENCION} = \frac{e^{W_N . h}}{e^{W_N . h} + e^{S.(1-g)}} \qquad (15)$$

$$Prob_{PATENCION} = \frac{e^{S.(1-g)}}{e^{W_N . h} + e^{S.(1-g)}} \qquad (16)$$

donde S es el valor inclusivo de la expresión (14), W es el vector de variables que caracterizan la alternativa de NO ATENCION y h es el vector de parámetro correspondiente.

En resumen, los parámetros d/(1-g) calculados en la primera etapa se usan para calcular el valor inclusivo. Estos parámetros muestran como las características de las personas y los proveedores influyen en la elección del sub-sector una vez hecha la elección de solicitar la atención. En la segunda etapa, el valor inclusivo es usado como una variable caracterizando la opción ATENCION para poder estimar el vector de los parámetros h.

Después de la estimación, los cálculos de probabilidades pueden realizarse como sigue:

$$\frac{Prob_{ATENCION}}{Prob_{ATENCION}} = \frac{e^{W_N . h}}{e^{S.(1-g)}} = k1 \qquad (17)$$

$$\frac{Prob_{SESPAS}}{Prob_{IDSS}} = e^{(W_{SE} - W_{ID}).d/(1-g)} = k2 \qquad (18)$$

$$\frac{Prob_{SESPAS}}{Prob_{PRIVADO}} = e^{(W_{SE} - W_{PR}).d/(1-g)} = k3 \qquad (19)$$

$$Prob_{NO\ ATENCION} + Prob_{SESPAS} + Prob_{IDSS} + Prob_{PRIVADO} = 1$$

(20)

Las ecuaciones (17) a (20) constituyen un sistema de cuatro ecuaciones con incógnitas $P_{NO\ ATENCION}$, P_{SESPAS}, P_{IDSS} y $P_{PRIVADO}$.

Resolviendo estas cuatro ecuaciones, uno obtiene la siguiente solución consecutiva para las expresiones de probabilidad:

$$Prob_{IDSS} = \frac{1}{(1+k1).(1+k2+k2/k3)} \quad (21)$$

$$Prob_{SESPAS} = k2.Prob_{IDSS} \quad (22)$$

$$Prob_{PRIVADO} = (k2/k3).Prob_{IDSS} \quad (23)$$

$$Prob_{NO\ ATENCION} = k1.(Prob_{SESPAS} + Prob_{IDSS} + Prob_{PRIVADO}) \quad (24)$$

Ecuaciones Hedónicas del Precio y Tiempo de Traslado

Una persona que tiene un problema de salud y que decide solicitar cuidados encara estas tres elecciones: ir a un establecimiento de la SESPAS, ir a un establecimiento del IDSS o ir a un establecimiento privado. Cada elección está caracterizada por un precio y un tiempo de traslado. Las personas hacen la elección en el tiempo de traslado y el precio esperado. Para los fines de la estimación, es necesario imputar un precio y un tiempo de traslado a cada una de las tres opciones encaradas por las personas enfermas. Desafortunadamente, la única información disponible es el precio realmente pagado al proveedor en el subsector elegido y la distancia realmente cubierta.

Se imputa un precio y un tiempo de traslado a cada una de estas tres opciones encaradas por las personas usando los valores hedónicos pronosticados. Una ecuación hedónica de precio es una ecuación que tiene como su variable dependiente el pago directo por el paciente al proveedor y como variables independientes aquellas variables que afectan el precio, tales como la situación de asegurado del paciente y el tipo de problema médico. Una ecuación hedónica del tiempo de traslado tiene como variable dependiente el tiempo de traslado al establecimiento del proveedor y como variables independientes aquellas variables que se anticipan afectan el tiempo de

traslado, tales como la edad del paciente y el número de establecimientos del subsector correspondiente en el vecindario del paciente.

Se estimó una ecuación hedónica de precio hedónico para imputar precios del sector privado. La estimación se hizo a base de una regresión de los precios realmente pagados por los usuarios del sector privado en las variables independientes. Los resultados de esta regresión se muestran en las Tablas A.8 y A.9 para la atención ambulatoria y en la Tabla A.12 para los cuidados hospitalarios. Como se demostró en el Capítulo 3, la mayoría de los usuarios de la SESPAS y del IDSS no pagan precio alguno. El precio promedio realmente pagado se usó como precio esperado en lugar de usar la técnica del precio hedónico para imputar los precios en estos dos sectores. En la SESPAS, el precio promedio de consulta fue de RD $1.83 y en el IDSS fue de RD $ 0.42.

La Tabla A.9 muestra los resultados de la estimación obtenida por la regresión hedónica de precio, excluyendo de la muestra a los pacientes privados sin seguro que no estuvieron exemptos de pago. Como era esperado el coeficiente que mide si la gente tenía o no seguro privado es mas significante para personas no aseguradas. Los pacientes que no pagarón son excluídos (Tabla A.9) del total de pacientes para el sector privado (Tabla A.8). Finalmente las ecuaciones hedónicas de tiempo de traslado fueron estimadas y usadas para imputar el tiempo de traslado en los tres sectores. Los coeficientes estimados de las regresiones hedónicas del tiempo de traslado se muestran en la Tabla A.10 para el cuidado ambulatorio.

APENDICE C: PARTICIPANTES A LA REUNION DE TRABAJO

A. Participantes Dominicanos

1. Dr. Rafael Albuquerque
   Instituto Dominicano de Seguros Sociales

2. Lic. Jose Rafael Almonte
   Hospital Luis Aybar

3. Dr. Fernando Alvarez
   Asociacion Medica Dominicana

4. Dr. Winston Alvarez
   Instituto Dominicano de Seguros Sociales

5. Dr. Ney B. Arias Lora
   SESPAS

6. Dr. Freddy E. Aybar Villanoel
   Clinica Infantil Robert Reid Cabral

7. Dr. Luis Horacio Betances
   Centro Medico Dr. Betances

8. Dr. Jordi Brossa
   Clinica Abreu

9. Dr. Mauro Canario
   Centro de Investigaciones de Salud Materno-Infantil (CENISMI)

10. Dra. Sonia Candelario
    SESPAS

11. Lic. Magaly Caram de Alvarez
    Asociacion Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)

12. Dr. Jose M. Checo Ramirez
    Instituto Dominicano de Seguros Sociales

13. Dr. Milton Cordero
    Asociacion Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)

14. Dr. Rudyard Corona Bueno
    Hospital Dr. Luis E. Aybar

15. Dr. Rafael Dayeh
    Hospital Moscoso Puello

16. Dr. Jose De Jesus Morfi
    Cruz Roja Dominicana

17. Dr. Julio O. De Pena Diaz
    Servicio Medico Latino, S.A.

18. Dr. Bienvenido A. Delgado Billini
    Universidad Nacional Pedro Henriquez Urena (UNPHU)

19. Dra. Milagros Diaz Gonzalez
    SESPAS

20. Dr. Arismendi Diaz Santana
    Instituto Dominicano de Seguros Sociales

21. Lic. Isis Duarte
    Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo (IEPD)

22. Dr. Bernardo Fernandez Dilone
    Hospital Maternidad Nuestra Senora de la Altagracia

23. Dra. Raquel Fernandez Zucco
    Instituto Dominicano de Seguros Sociales

24. Dr. Alberto Fiallo Billini
    Universidad Ibero-Americana (UNIBE)

25. Dr. Cristian Francisco
    Fuerzas Armadas Dominicana

26. Sr. Juan Franco
    American Life Insurance Company

27. Dr. Victor Garcia
    Instituto Dominicano de Seguros Sociales

28. Dr. Baldemas Garrido
    Instituto Dominicano de Seguros Sociales

29. Lic. Carmen Julia Gomez
    Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo (IEPD)

30. Dr. Abel Ricardo Gonzalez
    Asociacion de Igualas Medicas

31. Dr. Jose M. Herrera Carrasco
    SESPAS

32. Sr. Pedro J. Jimenez
    Asociacion para el Desarrollo Microempresas (ADEMI)

33. Dr. Raymundo Jimenez
    Instituto Tecnologico de Santo Domingo

34. Dr. Roberto E. Liz
    FUNDAPEC

35. Dr. Hugo Mendoza
Centro de Investigaciones de Salud Materno-Infantil (CENISMI)

36. Ms. Leonilda Miranda
SESPAS

37. Lic. Maritza Molina
Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo (IEPD)

38. Dr. Jorge Morales Yordan
Pontificia Universidad Catolica
Madre y Maestra (PUCMM)

39. Dr. Pablo Nadal Salas
Asociacion de Igualas Medicas

40. Sr. Eduardo Ogando
Centro de Investigaciones de Salud Materno-Infantil (CENISMI)

41. Lic. Silvenia Pepin Arias
SESPAS

42. Sr. J. A. Peralta M.

43. Dra. Ceila E. Perez Estrella
Centro de Investigaciones de Salud Materno-Infantil (CENISMI)

44. Sr. Ney Antonio Pinedo A.
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

45. Dr. Ramon Portes Carrasco
Asociacion Dominicana de Planificacion Familia (ADOPLAFAM)

46. Sr. Angel A. Rivera
Latinoamericana de Seguros, S. A.

47. Dr. Eduardo Roedan
Grupo Medico Asociado

48. Dr. Fernando Rojas
SESPAS

49. Sr. Jose Rosado Torres
HUACAL

50. Sr. Mauricio J. Ruiz
American Life Insurance Company

51. Dra. Giselle Scanlon Grullon
UNIBE, Programa de Salud Comunitaria y Familiar

52. Dr. Ismael Ramon Taveras
SESPAS

53. Sr. Luis Jose Valdera
American Life Insurance Company

B. Participantes Internacionales

1. Mr. Ricardo Bitran
Abt Associates, Inc.

2. Ms. Maria Castillo
USAID/Dominican Republic

3. Sr. Juan A. Charles
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

4. Ms. Ann Lion Coleman
Development Associates, Inc.

5. Sr. Luis Carlos Gomez
International Resources Group (IRG)

6. Dr. Gretchen Gwynne
State University of New York at Stony Brook

7. Mr. Lee Hougen
USAID/Dominican Republic

8. Mr. Jerry La Forgia
International Resources Group (IRG)

9. Ms. Patricia Moser
AID/Washington, D. C.

10. Ms. Monica Ortega Nieto
Save the Children Federation

11. Dr. Pedro Rosado del Valle
Clapp and Mayne, Inc.

12. Ms. Mirta Roses de Periago
Organizacion Panamericana de la Salud (PAHO)

13. Dr. Dieter K. Zschock
State University of New York at Stony Brook

REFERENCIAS

Akin, John S., Charles C. Griffin, David K. Guilkey, and Barry M. Popkin
1985. The Demand for Primary Health Care in the Third World. Totowa, NJ: Rowman and Allanheld.

1986. The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. Economic Development and Cultural Change 34(4):755-782.

Bitran, Ricardo A.
1988. Health Care Demand Studies in Developing Countries: A Critical Review and Agenda for Research (a Resources for Child Health Project [REACH] document). Arlington, VA: John Snow, Inc.

Bitran, Ricardo, M. Monkatu, T. Vian, and S. Brewster
1988. A Household Health Care Demand Study in the Bokoro and Kisantu Zones of Zaire, Volume 2: Descriptive Statistics (a Resources for Child Health Project [REACH] draft document). Arlington, VA: John Snow, Inc.

Dor, Avi, Paul Gertler, and Jacques van der Gaag
1987. Non-price Rationing and the Choice of Medical Care Providers in Rural Cote d'Ivoire. Journal of Health Economics 6:291-304.

Dor, Avi, and Jacques van der Gaag
1987. The Demand for Medical Care in Developing Countries: Quantity Rationing in Rural Cote d'Ivoire (LSMS Working Paper Number 35). Washington: The World Bank.

Duarte, Isis, Carmen Julia Gomez, Gerard La Forgia, and Maritza Molina
1988 (Sept.). Organizacion, Cobertura, Financiamiento, y Utilizacion de los Servicios de Salud del Distrito Nacional por Sectores. Poblacion y Desarrollo (Boletin del Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo).

Gertler, Paul, Luis Locay, and Warren Sanderson
1986. The Demand for Health Care in Peru: Lima and

the Urban Sierra, 1984. HSA-Peru Research Report No. 3. SUNY/Stony Brook, NY: HSA-Peru.

Gertler, Paul, Luis Locay, and Warren Sanderson
1987. Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. Journal of Econometrics 36:67-88.

Gomez, Luis Carlos
1987. Metodologia. Unpublished ms. available from HCF/LAC or IEPD.

1988. Household Survey of Health Services Consumption in Santo Domingo, Dominican Republic: Metholdogy and Preliminary Findings (HCF/LAC Research Report No. 8). Stony Brook, New York: HCF/LAC.

Heller, Peter S.
1982. A Model of the Demand for Medical and Health Services in Peninsular Malaysia. Social Science and Medicine 16:267-284.

Lewis, Maureen
1987. The Hospital User Fee Experience in the Dominican Republic (draft). Washington: The Urban Institute.

McFadden, D.
1981. Econometric Models of Probablistic Choice. In C. Manski and D. McFadden (eds.): Structural Analysis of Discrete Data with Econometric Applications. Cambridge, MA: MIT Press.

Mwabu, Germano M.
1986. Health Care Decisions at the Household Level: Results of a Rural Health Survey in Kenya. Social Science and Medicine 22(3):315-319.

1988. Conditional Logit Analysis of Household Choice of Medical Treatments in Rural Villages in Kenya. Social Science and Medicine.

World Bank
1988. World Development Report 1988. New York: Oxford University Press.